

URGÈNCIES PSIQUIÀTRIQUES

Jordi Duràn Rabes, Miquel Galán Seuma

INTRODUCCIÓ

Situació en la que el trastorn del pensament, l'afecte i/o la conducta són tals que el pacient, l'entorn proper o el sistema, consideren que requereix atenció immediata. Poden ser:

- Manifestacions d'una alteració psicològica aguda (ansietat, pànic, depressió, trastorn d'adaptació...).
- Actituds que impliquen riscos de dany personal o a tercers (agressió, suïcidi).
- Comportaments desorganitzats evidents (psicosis, deliri...).

Poden agrupar-se en tres situacions clíniques típiques:

- Una crisi d'agitació aguda.
- Una crisi depressiva aguda (riscos suïcides).
- Una reacció neuropàtica aguda.

Es contemplen tres tipus d'intervenció:

- Intervenció verbal: directa, comprensiva.
- Intervenció física: ubicació a l'entorn, contenció física.
- Intervenció farmacològica: psicofàrmacs (Midazolam i Haloperidol).

ENTITATS CLÍNiques FREQUENTS

Agitació psicomotora

Estat d'hiperactivació psicològica i motora en el qual hi ha un augment incontrolable de la mobilitat i/o sensació d'inquietud interna amb una important activació emocional. El malalt es mostra inquiet: alerta, gesticula exageradament i normalment es mostra colèric, enfadat, temorós o amb notable labilitat emocional.

1) Agitació de causa mèdica:

Delirium (síndrome confusional) d'etiologia molt diversa (metabòlica, respiratòria, postcomicial, etc...).

Demències.

Intoxicacions (drogues d'abús, fàrmacs).

Deprivació de substàncies.

2) Agitació de causa psiquiàtrica

Síndrome psicòtica:

Esquizofrènia i trastorns associats.

Trastorns afectius: depressió psicòtica, mania.

Altres trastorns:

Trastorns de la personalitat

Crisis d'angoixa

Agitació reactiva a situacions d'estrès agut.

Depressió i risc de suïcidi

Inici relativament abrupte, insomni terminal, inquietud, pèrdua dels interessos, disminució de la gana, disminució de la libido, sentiments de desesperança, retracció social progressiva, emergència de delusions de culpa y pensament de minusvàlua, impressió de que allò viscut ha estat un fracàs y que no hi ha pervenir.

Ansietat i pànic

Torturant sentiment vital de opressió, neguit i tensió nerviosa, impressió de patir amenaces imprecises, expressió facial característica, manifestacions neurovegetatives, tals com: midriasi, pal·lidesa facial, suors profusos, taquicàrdia, taquipnea, diarrea, sequedat de boca, disminució de la gana, insomni, hipertensió e hipoglucèmia. A lo exposat, s'hi afegeixen altres símptomes com tensió muscular, cefalea, polaciúria, etc. Els atacs de pànic, caracteritzats per episodis breus d'ansietat intensa, sorgeixen súbitament, arriben al seu màxim ràpidament i no estan associats a situacions amenaçants.

Psicosi Agudes

Agitació, hiperactivitat autonòmica, al·lucinacions i delusions. Poden presentar-se a la mania, esquizofrènia, trastorns esquizofreniformes, psicosis per amfetamina y una sèrie de malalties mèdiques y neurològiques que poden semblar els trastorns psiquiàtrics majors.

Manies

Fase de mania del trastorn bipolar en la que se presenta eufòria, elació, exaltació de las tendències instintives, verborrea, fuga de idees y agitació.

Esquizofrènia

Pertorbació de la personalitat, trastorns delusius del pensament (d'autoreferència, persecució, dany, etc.) alteracions de la percepció (al·lucinacions) amb absència de consciència de malaltia.

Deliri

Disminució del contacte amb l'entorn, desorientació cronopsíquica, alteracions perceptives (il·lusions i al·lucinacions) i sovint, agitació.

Causes:

1. Tòxiques: Us de drogues: anticolinèrgiques, Hipnosedants, digitàliques, cimetidina, glucocorticoides i altres. Abús de drogues: alcohol, amfetamina, inhalació de substàncies volàtils.
2. Síndrome de abstinència: Alcohol, Hipnosedants.
3. Endocrinopaties: Hipo o hipertiroïdisme i altres.
4. Metabòliques: Urèmia, pancreatitis, hipoglucèmia, encefalopatia hepàtica, deficiències vitamíniques de la sèrie B y àcid nicotínic i altres.
5. Neurològiques: De diversa índole.

Demència

Aquests pacients poden tornar-se agitats o agressius en situacions diverses. La medicació ha de ser curosament administrada, de preferència a dosis baixes; està proscriu la indicació de barbitúrics per provocar confusió y depressió. Pot utilitzar-se un neurolèptic com l'Haloperidol.

Alcoholisme

- a) A la Embriaguesa Patològica, hi ha conducta compulsiva, furiosa, desorganitzada. Ha de sedar-se al pacient y, de ser necessari, indicar restricció física transitòria.
- b) A el Delirium Tremens, cal el trasllat a un hospital general.
- c) A la Al·lucinosis Alcohòlica, pel risc de suïcidi u homicidi, derivació hospitalària per valoració psiquiàtrica. S'utilitzaran neurolèptics.

Urgència psiquiàtrica

Taula I

Orienten a causa orgànica

Alteracions i/o fluctuacions del nivell de consciència.

Presència de focalitats neurològiques.

Alteració de les constants vitals.

Presència d'al·lucinacions visuals, olfactives i tàctils.

Manca d'antecedents psiquiàtrics.

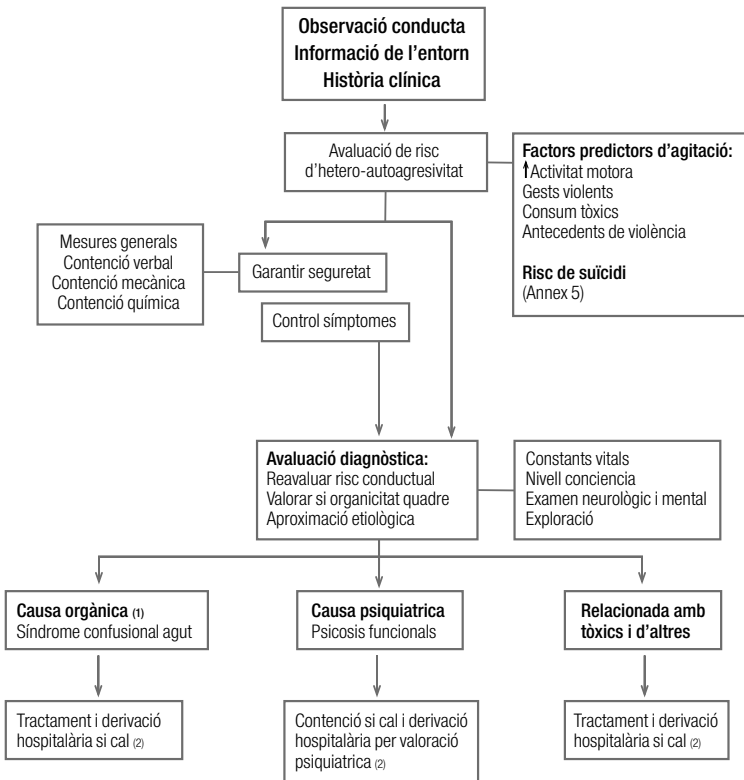
Antecedents de malalties orgàniques que puguin afectar funcionament del SNC.

Antecedents de consum de tòxics.

Taula II

Criteris de derivació hospitalària

- Brot psicòtic.
- Auto - hetero agressivitat.
- Intent i/o ideació autolítica.
- Menor d'edat.
- Sol·licitud de valoració per l'especialista.



(1) Orienta a causa orgànica la absència d'antecedents psiquiàtrics, el inici brusc dels símptomes i els canvis en les pautes de tractament. (veure Taula I)

(2) (Veure Taula II)

ACTITUT D'APROXIMACIÓ (veure Taula III)

- Evitar irrupcions brusques i/o aparatoses a l'escenari assistencial (sirenes, etc.).
- Mostrar serenitat i control de la situació, evitar actituds autoritàries i desafiantes, oferir ajut, i avaluar el risc d'agressió i la necessitat de contenció física.

L'objectiu de l'avaluació inicial és:

1. Avaluar la gravetat de la situació.
2. Obtenir el màxim d'informació que pugui facilitar un diagnòstic etiològic de presumpció.

Taula III

Consells pel maneig de l'escenari en cas d'agitació

1. Preocupar-se per la pròpia seguretat i la de l'equip.
2. Allunyar del pacient armes o instruments perillosos.
3. Si ja es armat, deixar actuar els cossos de seguretat.
4. Bloquejar la sortida sense incomodar el pacient o es senti engabiat.
5. No deixar mai sol al pacient.
6. No aproximar-se massa si creiem que hi ha perill d'agressió o el pacient ens ho manifesta.
7. Deixar-nos sempre una via de sortida.
8. Atenció a possibles signes de violència immediata.
9. Contar sempre amb el suport dels cossos de seguretat en segon terme.
10. Utilitzar el temps necessari en la intervenció verbal.
11. Retirar les persones que creiem puguin agreujar la tensió del pacient.

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

a) Fer una entrevista al pacient, als familiars i als acompanyants per obtenir informació que permeti:

- Definir el problema actual.
- Recollir antecedents mèdics i psiquiàtrics.
- Registrar el tractament farmacològic actual.
- Establir el possible consum de tòxics.

b) Realitzar sempre que sigui possible una exploració bàsica que inclourà els elements següents:

- Exploració física (constants vitals).
- Exploració neurològica (focalitats definides).
- Exploració psicopatològica (centrada a avaluar l'orientació i la possible presència d'idees delirants i al·lucinacions).

Una vegada acabada l'exploració hauríem de ser capaços de respondre a les següents preguntes:

1. Factors orgànics (annexe 3).
2. Risc d'agressivitat (auto i/o hetero) (Algoritme).
3. Predomini de símptomes.
4. Tractament i/o derivació hospitalària. (Veure Taula II).

ANNEXE 1. Pautes de contenció

Contenció verbal:

Deixar parlar al pacient, la presència de personal de seguretat i la retirada de persones antigèniques, poden fer disminuir el grau d'agressivitat. En malalts confosos o amb elevat grau d'agitació, aquesta mesura sol ser ineficaç.

Contenció física:

La única indicació admissible de la contenció física és davant situacions que suposin una amenaça per la integritat física del propi pacient o de tercers.

1. Es necessita de cinc individus com a mínim i només un serà el líder.
2. Ha d'existir un pla premeditat i s'ha de tenir preparada la medicació parenteral.
3. S'esperarà un moment de distracció del pacient per actuar, situant-se el líder al cap del pacient i els altres quatre a cada una de les extremitats. Aquesta acció ha de ser decidida, ràpida i coordinada sota la direcció del líder.
4. Es subjectarà al pacient per les articulacions dels colzes i genolls.
5. Les subjeccions haurien de ser preferiblement de cuir.
6. Un cop reduït confirmar que les corretges no comprimeixin cap vas que impedeixi la circulació sanguínia.

La intervenció dels cossos de seguretat es fonamenta en la Llei orgànica de les forces i cossos de seguretat, la Llei 16/1991 de les policies locals i la Llei de la policia de la Generalitat. Els cossos de seguretat estan legitimats per exercir les funcions de contenció, en el cas que sigui necessari.

Els membres dels cossos de seguretat intervindran en les situacions següents:

- a. En auxili del servei sanitari especialitzat que assisteixi els malalts psiquiàtrics, per prevenir incidents que impliquin risc per al personal sanitari.
- b. Quan l'estat del malalt esdevé un conflicte d'alteració de l'ordre públic.
- c. A requeriment de l'autoritat judicial per auxiliar el servei sanitari.
- d. Agitació greu i/o resistència a ser traslladat a un centre sanitari o a ser atès pel seu trastorn de conducta.

És fonamental explicar amb claredat la situació a la família per aconseguir una bona comprensió del problema i la seva col·laboració en tot el procés.

TRACTAMENT FARMACOLÒGIC (veure annex 2)

A la contenció farmacològica o sedació contemplarem les següent possibilitats, sempre tenint en compte la absoluta necessitat de la mateixa:

1. Pacient psicòtic.
2. Intoxicacions per alcohol i altres depressors.
3. Trastorns mentals orgànics.
4. Intoxicacions per estimulants.
5. Agitació neuròtica o crisis ansietat.
6. Abstinència a opiàcis i Delirium Tremens.
7. Situacions extremes, on requerim de sedació ràpida per context o per impossibilitat de contenció física mantinguda.

1. Pacient psicòtic:

La primera opció són els neuroleptics d'alta potencia.

- **Haloperidol** (1 amp=5 mg).

Administrar 2-5 mg im o ev (en aquest cas diluït al 50%).

Es pot repetir la dosi cada 20-30 minuts.

Si apareixen efectes extrapiramidals administrarem Biperidè (1amp = 5mg) a dosis inicial de 5 mg.

Evitar haloperidol en intoxicacions per cocaïna, amfetamines i LSD, sent preferible l'administració de BDZ.

- **Midazolam** (1 amp=15 mg) im o ev. Dosi: 0.025-0.1 mg/kg/ev.

2. Intoxicacions per alcohol i altres depressors:

Son una contraindicació relativa els neuroleptics de baixa potencia i les BDZ, ja que poden produir una sumació d'efectes.

En aquests casos es útil el Tiapride (tiaprizal-1amp= 100 mg) a dosis de 1 ó 2 ampolles intramusculars o l'Haloperidol.

3. Trastorns mentals orgànics:

Tant les BDZ com els neuroleptics de baixa potencia poden agreujar la confusió essent d'elecció els neuroleptics d'alta potencia com l'haloperidol o el tiapride. Haurem de valorar el tractament de la causa orgànica causant del trastorn del pacient i aplicar l'algoritme oportú.

4. Intoxicacions per estimulants:

Estan indicades les BDZ.

Podem utilitzar diazepam (1 amp= 10 mg), o clorazepato im.

5. Agitació neuròtica o crisi ansietat no controlada:

Podem utilitzar Midazolam iv (amp de 5 i 15 mg). Carrega de 0'025-0'1 mg / kg ev lent i manteniment en bolus a demanda o perfusió a 0'02-0'2 mg/kg hora.

6. Abstinència a opiàcis i Delirium Tremens:

Podem utilitzar clorazepat dipotàssic de 25 a 50 mg intramuscular o diazepam de 5 a 10 mg sl, ev o im. En cas de no disposar d'accés venós, el midazolam es pot administrar per via inhalatòria diluït amb sèrum al 50% a dosis de 0'05-0'2 mg/kg o per via sc, adquirint d'immediat accés venós per si es presenta depressió respiratòria.

7. Situacions extremes.

ANNEX 2. Fàrmacs per sedació (1)

Oral (2): Pot administrar-se medicació via oral en pacients amb inquietud psicomotora o agitació moderada:

Diazepam 10 mg vo. o sl.

Haloperidol 5 mg vo.

Parenteral (2): En cas de refús de la medicació oral o quan es precisi una sedació ràpida i eficaça cal utilitzar a via intramuscular (im):

Midazolam 5 mg (1 amp)

Haloperidol 5 mg (1 amp)

Cal assegurar el control de la tensió arterial als 5-30 min.

En casos excepcionals. resistents al tractament convencional, poden administra-se combinacions de benzodicepines i antipsicòtics.

Aquestes pautes poden repetir-se cada 45-60 minuts, però emprant només 5 mg de Midazolam o Haloperidol cada vegada, sense passar de 30 mg/24 h de Midazolam i de 20 mg/24 h d'Haloperidol (2).

En pacients amb agitació causada per intoxicació per alcohol i o benzodicepines és preferible la sedació amb Haloperidol 1 amp im (5 mg) que pot repetir-se cada 45-60 min fins a la remissió del trastorn.

En pacients amb agitació causada per intoxicació per cocaïna i drogues de disseny és preferible la sedació inicial amb benzodicepines (midazolam). Cal evitar inicialment els neuroleptics. en especial si es detecta hipertèrmia i/o rigidesa. Posteriorment, un cop controlades les constants vitals amb el pacient més contingut. es podrà utilitzar un fàrmac neuroleptic si persisteixen símptomes psicòtics.

En tots els casos cal assegurar el control del nivell de consciència i de constants vitals cada 30- 60 min.

Es procurarà el monitoratge de la freqüència cardíaca en tots els pacients amb sedació. que impliqui disminució important del nivell de consciència fins a la seva normalització.

(1) S'inclouen els neuroleptics atípics

(2) Meitat de dosi en pacients >65 anys i <14 anys.

ANNEX 3. Factors de risc pel suïcidi

Sociodemogràfics

Genere Masculi.

Major de 45 anys.

Vidus > separats/divorciats > solters > casats.

Estrats econòmics més ric i més pobre.

Àrees urbanes.

Desempleats, jubilats.

Ateus, protestants > catòlics, jueus.

Aïllament social.

Psicològics

Pèrdua recent.

Pèrdua de pares a la infància.

Inestabilitat familiar.

Dates senyalades (reaccions d'aniversari).

Trets de personalitat: impulsivitat, agressivitat, labilitat d'humor.

Història familiar de trastorn afectiu/alcoholisme/suïcidi.

Psiquiàtrics

Depressió, alcoholisme, drogadoicció, esquizofrènia, síndromes orgànics cerebrals.

Trastorns de personalitat (principalment borderline i narcisista).

Intent de suïcidi previ.

Malalties físiques incapacitants, doloroses, terminals.

Bibliografia

1. *Tratado de Psiquiatria.* - Ey, Henri, Bernard, Paul y Brisset Charles- Toray Masón s.a Barcelona
2. *Guías de Práctica Clínica basadas en la Evidencia. Proyecto ISS-ASCOFAME*
3. *Protocolos, Codis d'activació i Circuits d'atenció urgent a Barcelona.* CSB. Octubre 2005.
3. *Manejo en urgencias del paciente agitado o violento.* Semergen 25(6):532-536
4. *Guía de práctica clínica para la atención del paciente con esquizofrenia.* Catsby 2003.