

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO A NIVEL
PREHOSPITALARIO

HARLEY ALEXANDER ZAPATA HERNANDEZ

UNIVERSIDAD CES
ANTIOQUIA, MEDELLÍN
TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
2013

CONTENIDO

	pág.
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS	7
2.1.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS PREHOSPITALARIAS	8
2.2 ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN MEDELLÍN Y EN EL DEPARTAMENTO DE ANQUIOQUIA COLOMBIA	10
2.3 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE IMPORTANCIA PREHOSPITALARIA	11
2.5 MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE IMPORTANCIA PREHOSPITALARIA	18
2.5.1 CONTENCIÓN NO MECÁNICA	18
2.5.2 RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA	23
2.5.3 CONTENCIÓN MECÁNICA	24
2.6 CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	25
3. OBJETIVO GENERAL	26
3.1 OBJETIVOS	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE	27

PSIQUIÁTRICO A NIVEL PREHOSPITALARIO	
REFERENCIAS	48
BIBLIOGRAFÍA	51

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los servicios de urgencias la prevalencia promedio de trastornos psiquiátricos es de un 24 % de los pacientes atendidos, además de un 9 % con sintomatología enmascarada (1).

En nuestro medio, cada vez es más la población con algún trastorno mental, identificadas como: depresiones severas, intentos de suicidio, demencia, ansiedad generalizada, trastornos bipolares, pánico, retardo mental, crisis de angustia, patologías psicosomáticas, entre otras.

Se estima que, en la ciudad de Medellín, suceden tres intentos de suicidio cada día, lo que refleja la gran problemática que este evento representa para la ciudad donde se reportan en promedio 1.100 intentos anuales (2).

Según un estudio realizado sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados (3), se halló que de los 157 pacientes estudiados, un total de 70 (44.5 %) se diagnosticaron con algún trastorno psiquiátrico; es evidente que, a pesar del llamado ojo clínico que se desarrolla en el área de la salud, los pacientes psiquiátricos tienden a pasar a veces desapercibidos. Y es por esto que se hace imperiosa la necesidad del correcto adiestramiento para lograr reconocer a dichos pacientes, y esto es, en todos los niveles: hospitalario y prehospitario.

Dichos niveles de atención, hospitalario y prehospitario, deberán poseer, cada uno, entrenamientos diferentes y no se podrá utilizar una guía de atención al paciente psiquiátrico de uno para el otro. Esto se puede ejemplificar con los siguientes puntos:

- Al nivel hospitalario: Se recomienda indagar al paciente psiquiátrico en un lugar tranquilo, con pocos estímulos sensoriales (luces, ruidos), sin objetos potencialmente peligrosos alrededor. Esto es posible.

Al nivel prehospitalario: No es posible realizar todas estas recomendaciones, pues, durante el evento nos encontraremos con estímulos sensoriales aumentados como resultado del sonido de la sirena y del motor de la ambulancia, del tránsito vehicular, de olores fuertes (según situación y localización), entre otros.

- Al nivel hospitalario: Posibilidad de obtener a personal entrenado para la atención de un paciente psiquiátrico.

- Al nivel prehospitalario: Actualmente, el libro Urgencias en la atención Prehospitalaria, de María Eugenia Jaramillo Londoño y Luis Conrado Federico Velásquez Posada, en el capítulo 44, habla sobre urgencias psiquiátricas en atención Prehospitalarias, además de otros textos académicos. Sin embargo, se hace necesario el desarrollo de una guía que permita el abordaje del paciente psiquiátrico con relación a los eventos que se produzcan durante el primer contacto, pasando por el traslado, hasta la llegada al centro receptor para así poder obtener a personal calificado ante estas situaciones.

En un estudio sobre accidentes de trenes, se halló que dentro de los factores primarios de riesgo de mortalidad se encontraba, en un 60 %, la presencia de enfermedades psiquiátricas (4).

Es evidente que los escenarios son diferentes y, por ende, su manejo, abordaje y complejidad. Por esto, no se puede pretender atender a un paciente psiquiátrico con una guía que sólo lo observa dentro de un hospital, y en consecuencia, se deberán ampliar los conocimientos que se tienen sobre la atención del paciente psiquiátrico al nivel prehospitalario.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Actualmente, la sobrevivencia del paciente dentro de una sala de urgencias depende en gran medida de la llamada hora de oro, que sólo puede ser brindada por personas capacitadas para los eventos a atender en dicho escenario.

Es por esto que se desarrollaron pilares educativos en estas áreas para así generar profesionales íntegros, con gran capacidad no sólo empírica, como se había venido haciendo, sino con grandes capacidades teóricas, que lo avalan como el propiciador para la sobrevivencia de los afectados en el sistema de emergencias médicas.

La atención Prehospitalaria es una dulce dádiva que se brinda a todo aquel que requiera atención, como también lo es un conocimiento que, por ser tan reciente, requiere de gran dedicación para llenar los vacíos conceptuales que a veces dejan un sabor amargo.

Todo lo anterior nos lleva a pensar que se debe procurar abarcar a la mayor población posible, conociendo cada una de sus patologías y los *feedback* negativos y positivos que se pudieran generar en la escena por dicha patología.

Es por esto que se hace necesaria la existencia de una Guía para la Atención del Paciente Psiquiátrico al nivel prehospitalario con el fin de brindar procedimientos que faciliten el reconocimiento, manejo y atención de los pacientes que posean cualquier trastorno mental.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo atender al nivel prehospitalario a un paciente psiquiátrico desde el primer contacto, pasando por el traslado hasta la llegada al centro receptor?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Se podría considerar que cualquier trastorno mental que puede generar daños a una tercera persona o así misma es una urgencia psiquiátrica, por ello, se requiere de una intervención rápida y eficaz que permita una contención adecuada y una evaluación integral de las características de la situación.

Actualmente, el mundo se encuentra en un estado acelerado de desarrollo, algunas personas duermen menos, y esto es directamente proporcional para la generación de trastornos psiquiátricos (5). Las urgencias psiquiátricas estarán presentes sean diagnosticadas o no, sean descubiertas o no. Por ello, el personal prehospitalario deberá estar capacitado para hacer frente a cualquier situación que se pueda presentar.

En la escena se deberán explorar una gran cantidad de variables, se necesitará una vista aguda que permita preparar el escenario para el abordaje inicial, y posteriormente a toda la seguridad obligatoria, se procederá a un detallado análisis del estado del (los) paciente(s).

Para poder determinar qué hacer en cada situación relacionada con una urgencia psiquiátrica subyacente se deberá abordar los siguientes ítems: la urgencia psiquiátrica desde el ámbito prehospitalario; qué dicen las estadísticas acerca de las enfermedades psiquiátricas en el Departamento de Antioquia Colombia y en especial, en Medellín, lugar que es la población de muestra de la actual guía, sin negar que pueda ser de gran importancia y uso a nivel global; los trastornos psiquiátricos de relevancia para el nivel prehospitalario; los posibles manejos no farmacológicos y farmacológicos de los pacientes psiquiátricos prehospitalarios; y la regulación correcta de estos pacientes.

2.1.1 URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS PREHOSPITALARIAS

En países desarrollados, las diez principales causas de pérdida de años de vida saludables entre las edades de 15 a 44 años son: 1. Trastorno depresivo mayor; 2. Uso de alcohol; 3. Accidentes de tránsito; 4. Esquizofrenia; 5. Lesiones autoinfligidas; 6. Desorden bipolar; 7. Uso de drogas psicoactivas; 8. Desorden obsesivo compulsivo; 9. Osteoartritis; 10. Violencia (6).

Cuando el enfoque de la atención se centra al nivel prehospitalario, se debe reconocer que el tiempo de intervención hacia el paciente debe ser oportuno y óptimo, y más si se trata de un paciente con algún trastorno en el comportamiento y/o mental. Son exactamente ellos quienes necesitan de personal capacitado, ya que es complicado distinguir entre varias formas de enfermedades psiquiátricas y, en la escena, el profesional puede verse confundido por las alteraciones en el examen físico ocasionados por el trastorno mental, llevándolo a conclusiones erróneas al relacionar estos síntomas y signos con las afecciones del, por ejemplo, ABCDE del trauma.

Aunque sería de gran provecho reconocer e identificar cuál es la enfermedad psiquiátrica que altera el comportamiento, se debe como primero y más importante trabajo, considerar las causas médicas de la alteración del comportamiento (7). Las condiciones médicas como hipoglicemia, hipotensión, intoxicación con etanol, sobredosis, convulsiones, lesiones craneales, y otros, pueden generar alteración del comportamiento (The Paramedic, Update Edition, chapter 40). Es por esto que, como primer procedimiento, se deberá identificar alteraciones orgánicas y corregirlas, con el fin de apreciar si el trastorno del comportamiento disminuye, desaparece, o persiste. En el caso de que sea este último, se debe sospechar inmediatamente una enfermedad psiquiátrica. Cabe resaltar que a veces lograr la identificación de la causa del trastorno del comportamiento no es posible.

Para servir como base para la diferenciación entre causa orgánica (relacionada con alteraciones del organismo), o causa funcional (relacionada a una enfermedad psiquiátrica de base) de un trastorno de comportamiento, se ilustrará la siguiente tabla:

"MADFOCS"	Medical Or Reversible (Formerly Called Organic)	Psychiatric (Formerly Called Functional)
Memory deficits	Recent impairment	Remote impairment
Activity	Psychomotor retardation Tremor Ataxia	Repetitive activity Posturing Rocking
Distortions	Visual hallucinations	Auditory hallucinations
Feelings	Emotional lability	Flat affect
Orientation	Disoriented	Oriented
Cognition	Islands of lucidity Perceives occasionally Attends occasionally Focusses	Continous scattered thoughts Unfiltered perceptions Unable to attend
Some other findings	Age greater than 40 Sudden onset Physical examination often abnormal Vital signs may be abnormal Social immodesty Aphasia Consciousness impaired	Age less than 40 Gradual onset Physical examination normal Vital signs usually normal Social modesty Intelligible speech Awake and alert

Modified from D.S Frame and E. E. Kercher, Emergency Medicine Clinics of North America 9(1991): 123. Source: J. A Marx, Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical practice, 5th ed., (St. Louis, MO: Mosby, 2002), p 1546

Es importante reconocer y diferenciar las causas orgánicas de las funcionales, pues cada vez más en el mundo aparecen más ambas situaciones. En Alemania, los motivos de llamadas al sistema de emergencias médicas más frecuentes fueron intoxicación con etanol, estados de agitación, y conducta suicida (8).

Ahora bien, siguiendo la mnemotecnica MADFOCS, mencionada en la anterior tabla, se deberá indagar las posibles causas del trastorno del comportamiento. Para el caso de Alemania, la intoxicación con etanol era una causa orgánica que dependiendo del grado de alcoholemia podría generar un trastorno de comportamiento, y que por tanto, si el profesional en la escena sólo supusiera que se tratara de una alteración causada por una enfermedad funcional psiquiátrica estaría ignorando la depresión del sistema nervioso central provocada por el etanol (9), que en caso de intoxicación, afectará gradualmente el sistema nervioso central según la cantidad consumida, con la siguiente secuencia: corteza cerebral, sistema límbico, cerebelo, formación reticular, y bulbo raquídeo (10), resaltando que es este último quien controla la respiración y frecuencia cardiaca. Y para el caso del intento del suicidio, si se descarta que no hay una causa orgánica, se

debe suponer que la situación puede estar relacionada a, por ejemplo, un cuadro depresivo, el cual pertenece a una enfermedad funcional psiquiátrica.

2.2 ESTADÍSTICAS DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN MEDELLÍN Y EN EL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA COLOMBIA

Utilizando como fuente de información los registros individuales de prestación de servicios –RIPS, en el departamento de Antioquia, durante el 2010, se realizaron un total de 103.613 atenciones a pacientes con diagnósticos de Trastorno Mental y del Comportamiento, las cuales representan el 1.2% del total de atenciones realizadas en el año en los servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias (11).

En cuanto a los diagnósticos se encontró que los Trastornos del Humor (afectivos) fueron los más frecuentes, generando el 33% del total de atenciones, seguido del 26% de los Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.

Las mujeres son el grupo más afectado por estas enfermedades, representando el 74% de los trastornos neuróticos y el 64% de los trastornos somatomorfos. Los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol y otras sustancias psicoactivas son más frecuentes en los hombres, generándose el 71% y el 81% de las atenciones por estas causas respectivamente, en hombres.

En Medellín, se observa que los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cocaína (síndrome de dependencia) son los más frecuentes en el servicio de hospitalización; que los trastornos mentales y del comportamiento relacionados con ansiedad, depresión y la intoxicación aguda por consumo de alcohol son los más frecuentes en el servicio de urgencias; que teniendo en cuenta el número de casos notificados en Medellín durante los últimos años, se estima que ocurren tres intentos de suicidio cada día, lo que refleja la gran

problemática que este evento representa para la ciudad, donde se reportan en promedio 1.100 intentos anuales (12)

2.3 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE IMPORTANCIA PREHOSPITALARIA

Actualmente, se encuentran descritos gran cantidad de trastornos: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia; delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; trastornos mentales debido a enfermedad médica; trastornos relacionados con sustancias; esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; trastornos del estado de ánimo; trastornos de ansiedad; trastornos somatomorfos; trastornos facticios; trastornos disociativos; trastornos sexuales y de la identidad sexual; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos de sueño; trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; trastornos adaptativos; trastornos de la personalidad (13)

A continuación se describirán los trastornos que se pueden hallar con más frecuencia a nivel prehospitalario:

Paciente agitado

Es considerado un síndrome comportamental que ocasiona un aumento anormal de la actividad motora y psicológica, y que puede poner en riesgo la salud y la integridad del paciente o de otros (Urgencias en la Atención Prehospitalaria del CIB, 1a edición, capítulo 44). Puede estar relacionada a un trastorno orgánico, a una enfermedad funcional psiquiátrica, o simplemente desarrollarse durante el evento.

Paciente con intento de suicidio

En una revisión de 145 historias clínicas de pacientes suicidas se halló que un 75,2 % de los pacientes tuvieron su intento suicida por tener una vida llena de estrés (14). Es importante el poder diferenciar el término intento de suicidio, que es todo evento en el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, en la cual la principal finalidad es la intencionalidad directa o encubierta de muerte (Urgencias en la Atención Prehospitalaria del CIB, 1a edición, capítulo 44).

El intento de suicidio puede deberse a diversos trastornos del estado de ánimo, tales como:

* Trastorno depresivo mayor: La característica esencial de este trastorno es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Estos pacientes se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado (DSM-IV-TR, Editorial Masson, páginas 413, 415).

* Episodios maníacos: Período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos una semana o menos, si se requiere hospitalización. El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás; algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas (DSM-IV-TR, Editorial Masson, páginas 400, 402).

* Trastorno bipolar I: La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. El suicidio consumado se produce en el 10-15 % de los sujetos con este trastorno. La ideación suicida y los intentos de suicidio aparecen más probablemente cuando el individuo se encuentra en un estado depresivo o mixto (DSM-IV-TR, Editorial Masson, páginas 428, 430).

* Trastorno bipolar II: La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco (Cumple con la misma definición que el episodio maníaco sólo que éste sólo dura 4 días). El suicidio consumado, normalmente durante los episodios depresivos mayores, es un riesgo

importante, ya que se da en el 10-15 % de las personas con trastorno bipolar II (DSM-IV-TR, Editorial Masson, páginas 439, 440).

Paciente ansioso

La ansiedad es una respuesta fisiológica que se expresa como una alerta sobre un peligro inminente y que permite que una persona adopte medidas para enfrentar las amenazas. Cuando no existe una relación entre el agente causal y la ansiedad, se dice que existe una ansiedad patológica, por lo general es expresada como una sobre excitación (Urgencias en la Atención Prehospitalaria del CIB, 1a edición, capítulo 44).

Los siguientes son las descripciones de trastornos de ansiedad:

- * Crisis de angustia (panic attack): Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensaciones de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 477).
- * Agorafobia: Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 477).
- * Fobia específica: Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 477).
- * Fobia social: Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa a respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 477).
- * Trastorno obsesivo compulsivo: Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad) (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 477).
- * Trastorno por estrés postraumático: Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos, y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados al trauma (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 478).

* Trastorno de ansiedad generalizada: Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 478).

* Trastorno de ansiedad inducido por sustancias: Ansiedad secundaria consumo de sustancias. Las intoxicaciones por los siguientes tipos de sustancias puede dar lugar a la aparición de ansiedad: alcohol; anfetamina y derivados; alucinógenos; cafeína; cannabis; cocaína; fenciclidina y derivados; inhalantes, y otras sustancias o sustancias desconocidas. Por otra parte, la abstinencia de las siguientes sustancias también puede provocar un cuadro similar: alcohol; cocaína; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o sustancias desconocidas (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 538).

Algunos trabajos sugieren que los fármacos siguientes pueden ocasionar asimismo trastorno de ansiedad: anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos y otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, fármacos antiparkinsonianos, corticosteroides, fármacos antihipertensivos y cardiovasculares, anticomiciales, carbonato de litio, fármacos antipsicóticos y fármacos antidepresivos. Los metales pesados y tóxicos siguientes entran también en el cuadro de posibles agentes etiológicos: Sustancias volátiles como la gasolina y las pinturas, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 540).

Paciente Delirante

Es un síndrome caracterizado por alteraciones graves en el curso, velocidad y contenido del pensamiento y que además incluye alteraciones de la conciencia, alteraciones de la cognición (pensamiento, percepción y memoria), dificultades de la orientación, cambios en la actividad motora y en el ciclo sueño-vigilia (15)

Es importante reconocer que puede ser el resultado de una condición médica general, intoxicación o abstinencia de sustancias, usos de medicamentos, exposición a una toxina o la combinación de estos factores.

Paciente conversivo

Hace parte de los trastornos somatomorfos, en las cuales hay sintomatología física derivada de causas emocionales. El trastorno conversivo se presenta de

manera súbita asociada a sintomatología neurológica bizarra de tipo motor, sensitivo o sensorial, donde no hay enfermedad orgánica que la sustente y hay evidencia de factores psicológicos relevantes como precipitantes y acompañantes (16).

Paciente con trastorno de somatización

Hace parte de los trastornos somatomorfos, en las cuales hay sintomatología física derivada de causas emocionales. El trastorno de somatización presenta gran cantidad de sintomatología física generalmente crónica que incluye varios sistemas y que ha requerido varias consultas y no tiene evidente alteración orgánica que la sustente.

Paciente con hipocondriasis

Es la creencia no delirante de padecer una enfermedad grave. Esto podría generar una solicitud frecuente de llamadas para atención Prehospitalaria.

Paciente con trastorno de pánico

Es normal que a veces se generen miedos y ansiedades por diferentes situaciones estresantes en la vida. Pero, en el trastorno de pánico, éste aparece sin razón, asociada a ansiedad y miedo como síntomas físicos, causando así episodios repentinos.

Tres ataques de pánico en un período de un mes configuran un trastorno de pánico que requiere tratamiento (Definición del DSM-IV)

Paciente depresivo

La depresión (del latín depressus, que significa “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad. La depresión, o trastorno depresivo mayor, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio, por lo cual los pacientes que la padecen

acuden con frecuencia a los servicios de urgencia, generalmente, llevados por familiares o allegados.

* Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica: Es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor son: Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, etc); patología vascular cerebral (ataque vascular cerebral); enfermedades metabólicas (deficiencia de vitamina B₁₂); enfermedades endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico); infecciones víricas o de otro tipo (hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana); y algunos tipos de cáncer (carcinoma de páncreas) (DSM-IV-TR, Editorial Masson, páginas 448, 450)

Pacientes con brotes psicóticos

El brote psicótico se define como una alteración grave en el juicio de la realidad; se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios en la conducta.

Se caracteriza por un deterioro extremo en las habilidades para pensar claramente, responder emocionalmente de manera apropiada, comunicarse de manera eficaz, entender la realidad y comportarse adecuadamente. Estas deficiencias interfieren con las actividades diarias del individuo y llevan a un deterioro progresivo y significativo del mismo.

Paciente violento

Es de vital importancia reconocer los signos que permiten la sospecha de un paciente violento.

Es importante lograr identificarlo *a priori* del abordaje al paciente, pues así se podrá generar una estrategia de contención física, seguida de un contención farmacológica.

Paciente con trastornos disociativos

Uno de los momentos más importantes de la atención del paciente es el instante del contacto. Ésta nos permite indagar información de gran utilidad para el correcto abordaje del mismo. Pero a veces sucede, como en este caso, que el paciente presenta una alteración de las funciones integradoras de la consciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 489). A destacar, la alteración puede ser aguda o gradual, transitoria o crónica. Es claro que este trastorno puede llevar al personal de la salud a sacar erróneas conclusiones debido a la información alterada, alejada posiblemente de la verdad, que el paciente le brinda. A continuación, se mencionan los diferentes trastornos, que hacen parte del disociativo, que el DSM-IV TR detalla:

*Amnesia disociativa: Incapacidad para recordar información personal importante.

*Fuga disociativa: Viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo.

*Trastorno de identidad disociativo: Presencia de uno o más estados de identidad o de personalidad que controlan el comportamiento del individuo de manera recurrente.

*Trastorno de despersonalización: Sensación recurrente y persistente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo.

*Trastorno disociativo no especificado: Hace referencia al trastorno que no cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

Paciente con trastorno facticio:

Son síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo (DSM-IV-TR, Editorial Masson, página 483).

Ahora bien, cuando la causa orgánica es descartada en un paciente con trastorno de comportamiento, son esos trastornos descrito por la DSM-IV-TR los que se deben pensar. Pero, ¿es práctico y necesario aprenderse cada uno de estos trastornos? o ¿acaso se tiene que reconocer e identificar la enfermedad psiquiátrica funcional sólo con el llamado "ojo clínico"?

Es evidente que quien puede realizar un diagnóstico claro de la enfermedad mental que pueda tener una persona es un especialista en ese campo, tal como el

psiquiatra, y es por eso que la indagación del profesional prehospitalario estará enfocada en determinar si el trastorno de comportamiento es orgánico o funcional a una enfermedad psiquiátrica para determinar cuáles signos pueden verse afectados de acuerdo al resultado de la indagación del comportamiento, y, siendo lo más importante, para reconocer cómo abordar al paciente.

2.5 MANEJO NO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE IMPORTANCIA PREHOSPITALARIA

2.5.1 CONTENCIÓN NO MECÁNICA

Hay tres claves para una buena atención a los pacientes con alteración del comportamiento:

- 1) Seguridad: Aborde esas situaciones con extrema cautela y manténgase alerta a las amenazas potenciales en todo el encuentro.
- 2) Considerar problemas médicos (reversible o externo) primero: Descartar lesiones y causas reversibles antes de decidir que el paciente está sufriendo un desorden psiquiátrico.
- 3) Usar técnicas "standard" de intervención de crisis: Precisar la enfermedad mental exacta es menos importante que intervenir terapéuticamente con habilidades de intervención de crisis, que son útiles para los encuentros con el paciente. Esto incluye lo siguiente: Estar seguros de que el paciente no es peligroso para él mismo o para otros; Usar una buena comunicación; Esclarecer la situación; Ayudar a los pacientes a identificar los problemas más urgentes, que pueden afectar en gran medida el resultado del mismo; Iniciar la intervención terapéutica de crisis inmediatamente (The Paramedic, Update Edition, 2002).

Ahora, para cada numeral se entrará en mejor detalle:

- 1) Seguridad: Recomendaciones

*Siempre estar alerta y concentrar toda la atención en el paciente.

*Indagar la escena evaluando potenciales factores que puedan servir como agresión por parte del paciente.

*Indagar si para el contacto con el paciente se hace necesario la presencia de entidades policiales. Algunas agencias de Sistema de Emergencia Médica, en los Estados Unidos, tienen una política que requiere la presencia de la policía antes de entrar en una escena de violencia o potencialmente violenta (17).

*Observar la escena en búsqueda de objetos que puedan brindar posibles impresiones diagnósticas, tales como empaques de fármacos, botellas de alcohol...entre otras.

*Cuando se trate de una escena violenta, o con sospecha de ella, sería ideal: primero, designar los miembros del equipo que estarán ocupados, es decir, realizando algo con relación al evento, y los que estarán desocupados. Estos últimos tendrán la función de permanecer en segundo plano (hasta que se le necesite) observando la escena. La función principal será controlar la escena y cubrir la espalda a su compañero (que se encuentra en interacción directa con el paciente con el trastorno del comportamiento); y segundo, crear entre los miembros del equipo una palabra clave y una señal con las manos, para así comunicar con rapidez posibles amenazas sin advertir a los demás de su preocupación (PHTLS, Séptima edición, 2012).

*La séptima edición del PHTLS, 2012, enuncia varios métodos para hacer frente a una escena que se transforma en peligrosa, esas son:

a. No estar allí. No ingresar a la escena hasta que las entidades de la ley consideren que la situación es segura.

b. Retirarse. Si se encuentra ingresando a la escena y se presenta una amenaza, retírese de forma discreta hacia el vehículo y abandone el lugar. Busque un lugar seguro e informe al personal adecuado.

c. Distraer. Si ya se encuentra en la escena y la situación se vuelve amenazante, utilice sus habilidades verbales para la distracción para reducir la tensión y el riesgo de agresión (mientras se prepara para abandonar el lugar).

d. Defenderse. Recordar, el objetivo es liberarse y huir. No quedarse luchando. Defenderse es como último recurso al no poder escapar, y por el ello, sólo se concentrarán los esfuerzos en liberarse y huir de la escena.

2) Considerar problemas médicos (reversible o externo) primero (PHTLS, Séptima edición, 2012):

*No catalogar un trastorno de comportamiento como un problema psiquiátrico funcional sin antes indagar causas orgánicas.

*Observar los movimientos del paciente, emociones, orientación, lenguaje, memoria y cognición.

*El ideal en este punto es lograr reconocer si el problema es orgánico o funcional. Pero este numeral se limita a la observación, ya que todavía no se ha realizado el acercamiento total. Por ello, toda la atención se fijará en preguntarse por antecedentes, indagando si ha consumido algo que pueda afectar su comportamiento, si sufre de alguna enfermedad relevante. Nunca olvidar preguntar qué es lo que sucedió y/o sucede, y el cómo se siente.

3) Usar técnicas "standard" de intervención de crisis:

*Escuchar activamente, identificar las emociones que está presentando el paciente. Comunicarle al paciente lo que creemos que está sintiendo y si éste asevera que no es lo que está sintiendo, dejar que el paciente corrija. Nunca llevar la contraria a un paciente con trastorno de comportamiento a menos de que esto comprometa la integridad del personal de la salud, al paciente mismo o a terceros.

*Realizar preguntas abiertas.

*Hablar con la verdad al paciente.

*Esclarecer la situación.

*Ayudar a los pacientes a identificar los problemas más urgentes.

*Para este punto, se enunciará unas series de pasos para la intervención:

a) Introducción: Realizar el acercamiento al paciente (acercamiento no en distancia, pues siempre se deberá estar en posición de escape) preguntando si desea hablar de lo que está sintiendo. El ideal no es que el paciente diga "no". En caso tal de que lo haga se comenzará a hacerle notar en la situación en la que está, de tal modo de incentivar al paciente para que se exprese.

b) Antecedentes: Preguntar qué fue lo que pasó y qué siente con respecto a lo que acaba de pasar o está sucediendo. Esto permite dar una imagen completa de lo que está pasando internamente con el paciente.

c) Pensamientos: Pedir que describa sus primeros pensamientos sobre el evento. Esto permite marcar un punto de inicio, un desencadenante de la situación.

d) Emociones: Estar atentos a la agitación motora, a los cambios emocionales. Identificar si el estado emocional del paciente se intensifica o si disminuye, en caso de disminuir, siga como lo está haciendo, en caso de intensificarse, distraer con otra pregunta con el fin de disminuir el estado emocional, cuando se logre, siga con el tema intensificador de la emoción.

e) Evaluación: Indagar por los síntomas físicos y psicológicos. Determinar si hay alguna alteración que pueda comprometer su fisiología o psicología. En este punto se percibe si se está teniendo éxito en la comunicación o por si por el contrario, se deberá sospechar uso de contención mecánica o de fármacos.

f) Reconocimiento: Mostrarle al paciente en la situación en la que está. El ideal es hacerle caer en cuenta de las posibles amenazas.

g) Acercamiento total: Si el paciente así lo indica, y podemos acercarnos a éste, se procederá a realizarse toda la inspección semiológica indagando por las deficiencias que podrían generar trastornos del comportamiento, expuestos anteriormente en la actual guía para la atención del paciente psiquiátrico al nivel prehospitalario.

Tener en cuenta las siguientes indicaciones:

*No realizar críticas ni juzgar, puede generar una reacción violenta por parte del paciente, en especial con trastornos de personalidad.

*Se debe dejar hablar al paciente, esto produce la sensación de que se está siendo escuchado.

*Sintetizar la conversación, la idea es de que no sea extenso.

*No refutar o discutir sobre una idea que tenga el paciente, a menos que esto afecte la integridad del personal de la salud, del paciente o de terceros.

*Permanecer con emociones neutrales, procurar no sobresaltarse, o al menos, que no se note en el comportamiento, tono de voz...

*No fijar la mirada y no dar la espalda.

Cuando las tres anteriores claves fallan, y el paciente se torna violento, se hace necesario una contención mecánica.

2.5.2 RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA

Se debe tener especial cuidado cuando encontremos que en el paciente existe alguno de los siguientes:

*Aumento del tono de la voz

*Tensión muscular

*Nerviosismo

*Hiperactividad

*Miradas de reojo

* y el más importante, el comportamiento motor (agitación motora).

Los factores de riesgo que podrían afectar son (18)

*Jóvenes

*Hombres

*Ingresos económicos bajos

*Historial de violencia

*Pasados judiciales juveniles de detención

*Historial de abuso físico por parientes

*Farmacodependencia

*Comorbilidad salud mental y desórdenes.

*Desempleo

Los siguientes son unos comportamientos de pacientes psiquiátricos que se encuentran agitados (19). Esto lo podemos utilizar como signos predictores de la necesidad de la contención mecánica y farmacológica:

- *Explosividad o enojo impredecible
- *Comportamiento intimidante
- *Agitación física
- *Abuso físico o verbal
- *Comportamiento verbal hostil
- *Resistencia al cuidado
- *Impulsividad
- *reacción al dolor fuera de proporción

2.5.3 CONTENCIÓN MECÁNICA O FÍSICA

La contención mecánica nos permite limitar los movimientos del paciente mediante sistemas de inmovilización física de una parte del cuerpo o de su totalidad (20).

A continuación se describirán tres pasos para la gestión de la violencia (21):

- 1) Controlar los factores que conducen a la violencia
- 2) Identificar y responder al comportamiento previolento y dar una escala a dicho comportamiento
- 3) Limitar el daño una vez que la violencia se presenta

Para la contención se recomienda que sea :

*Cinco personas para un adulto.

*Tres personas para un niño.

*Debe ser un trabajo bien coordinado y rápido.

Se procede a inmovilizar la cabeza y las extremidades. En el caso del adulto, uno va para la cabeza, y los otros cuatro para cada uno de las extremidades, inmovilizando proximal a la muñeca y al hombro, en el caso de las superiores, y del tobillo y la cadera, en el caso de las inferiores.

Una vez realizada la contención, se valora cada cinco minutos soltando una sola extremidad. Recordar, cuando el paciente se traslade a la camilla, sujetar con vendajes a ella. Es importante resaltar que por lo general, esta contención va de la mano con el control farmacológico

2.6 CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Cuando se enfrenta con un paciente agitado o agresivo, la intervención debería empezar con lo menos invasivo posible (22). El objetivo de la contención química es usar medicamentos para sedar levemente al paciente y controlar su agitación para lograr control de violencia y de situaciones peligrosas (23)

Se deberá tener cuidado con la sobredosificación, pues puede aumentar la tasa de hospitalización y la duración de la estancia. Esto está frecuentemente asociado con resultados desfavorables. (The Paramedic, Update Edition, 2002)

La contención química al nivel prehospitalario se logra mediante el uso de benzodiazepinas como el Midazolam (Versed) o el Lorazepam (Ativan). En algunos sistemas, una butirofenona como el haloperidol (Haroperidol) es usado solo o en combinación con una benzodiazepina. (The Paramedic, Update Edition, 2002)

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Construir una guía que permita el abordaje y atención del paciente psiquiátrico al nivel prehospitalario.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar un protocolo para el abordaje y atención del paciente psiquiátrico en la fase del primer contacto.
- Diseñar un protocolo para la atención del paciente psiquiátrico en la fase del traslado.
- Determinar y proponer la manera más eficiente y eficaz de entregar a un paciente psiquiátrico a un centro receptor.
- Determinar los medicamentos apropiados para la atención del paciente psiquiátrico al nivel prehospitalario.
- Determinar los posibles errores en la evaluación de un paciente al no identificar algún trastorno mental subyacente.

GUÍA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO A NIVEL
PREHOSPITALARIO



HARLEY ALEXANDER ZAPATA HERNANDEZ

UNIVERSIDAD CES

ÍNDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
1 CLAVES FUNDAMENTALES	2
2 PRECAUCIONES	4
3 INTERVENCIÓN	5
4 RECOMENDACIONES	8
5 RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA	10
6 CONTENCIÓN MECÁNICA O FÍSICA	12
7 CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	15
8 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE INTERÉS PREHOSPITALARIOS	17

8.1 PACIENTE AGITADO	17
8.2 PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO	18
8.2.1 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	18
8.2.2 EPISODIOS MANÍACOS	18
8.2.3 TRASTORNO BIPOLAR I	20
8.2.4 TRASTORNO BIPOLAR II	20
8.3 PACIENTE ANSIOSO	21
8.3.1 CRISIS DE ANGUSTIA	21
8.3.2 AGORAFOBIA	21
8.3.3 FOBIA ESPECÍFICA	22
8.3.4 FOBIA SOCIAL	22
8.3.5 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	22
8.3.6 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	23
8.3.7 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	23
8.3.8 TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDA POR SUSTANCIAS	24
8.4 PACIENTE DELIRANTE	25
8.5 PACIENTE CONVERSIVO	26
8.6 PACIENTE CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN	27
8.7 PACIENTE CON HIPOCONDRIASIS	28
8.8 PACIENTE CON TRASTORNO DE PÁNICO	29
8.9 PACIENTE DEPRESIVO	30
8.9.1 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA	30
8.10 PACIENTE CON BROTES PSICÓTICOS	32
8.11 PACIENTE VIOLENTO	33
8.12 PACIENTE CON TRASTORNO DISOCIATIVO	34
8.13 PACIENTE CON TRASTORNO FACTICIO	36
9 ANEXO A	37

INTRODUCCIÓN

La Guía para la Atención del Paciente Psiquiátrico al nivel prehospitalario tiene el fin de brindar procedimientos que faciliten el reconocimiento, manejo y atención de los pacientes que posean cualquier trastorno de comportamiento, identificando si el trastorno es debido a una causa orgánica o funcional psiquiátrica.

1

1 CLAVES FUNDAMENTALES

Hay tres claves para una buena atención a los pacientes con alteración del comportamiento:

- 1) Seguridad: Aborde esas situaciones con extrema cautela y manténgase alerta a las amenazas potenciales en todo el encuentro.
- 2) Considerar problemas médicos (reversible o externo) primero: Descartar lesiones y causas reversibles antes de decidir que el paciente está sufriendo un desorden psiquiátrico. El anexo A es un cuadro que permite identificar si el trastorno de comportamiento es orgánico o funcional a una enfermedad psiquiátrica.
- 3) Usar técnicas "standard" de intervención de crisis: Precisar la enfermedad mental exacta es menos importante que intervenir terapéuticamente con habilidades de intervención de crisis, que son útiles para los encuentros con el

2

paciente. Esto incluye lo siguiente: Estar seguros de que el paciente no es peligroso para él mismo o para otros; Usar una buena comunicación; Esclarecer la situación; Ayudar a los pacientes a identificar los problemas más urgentes, que pueden afectar en gran medida el resultado del mismo; Iniciar la intervención terapéutica de crisis inmediatamente.

3

2 PRECAUCIONES

Precauciones frente a una escena que se transforma en peligrosa:

a. No estar allí. No ingresar a la escena hasta que las entidades de la ley consideren que la situación es segura.

b. Retirarse. Si se encuentra ingresando a la escena y se presenta una amenaza, retírese de forma discreta hacia el vehículo y abandone el lugar. Busque un lugar seguro e informe al personal adecuado.

c. Distraer. Si ya se encuentra en la escena y la situación se vuelve amenazante, utilice sus habilidades verbales para la distracción para reducir la tensión y el riesgo de agresión (mientras se prepara para abandonar el lugar).

d. Defenderse. Recordar, el objetivo es liberarse y huir. No quedarse luchando. Defenderse es como último recurso al no poder escapar, y por el ello, sólo se concentrarán los esfuerzos en liberarse y huir de la escena.

4

3 INTERVENCIÓN

a) Introducción: Realizar el acercamiento al paciente (acercamiento no en distancia, pues siempre se deberá estar en posición de escape) preguntando si desea hablar de lo que está sintiendo. El ideal no es que el paciente diga "no". En caso tal de que lo haga se comenzará a hacerle notar en la situación en la que está, de tal modo de incentivar al paciente para que se exprese.

b) Antecedentes: Preguntar qué fue lo que pasó y qué siente con respecto a lo que acaba de pasar o está sucediendo. Esto permite dar una imagen completa de lo que está pasando internamente con el paciente.

c) Pensamientos: Pedir que describa sus primeros pensamientos sobre el evento. Esto permite marcar un punto de inicio, un desencadenante de la situación.

d) Emociones: Estar atentos a la agitación motora, a los cambios emocionales. Identificar si el estado emocional del paciente se intensifica o si disminuye, en caso de disminuir, siga como lo está haciendo, en caso de intensificarse, distraer con otra pregunta con el fin de disminuir el estado emocional, cuando se logre, siga con el tema intensificador de la emoción.

5

e) Evaluación: Indagar por los síntomas físicos y psicológicos. Determinar si hay alguna alteración que pueda comprometer su fisiología o psicología. En este punto se percibe si se está teniendo éxito en la comunicación o por si por el contrario, se deberá sospechar uso de contención mecánica o de fármacos.

f) Reconocimiento: Mostrarle al paciente en la situación en la que está. El ideal es hacerle caer en cuenta de las posibles amenazas.

6

g) Acercamiento total: Si el paciente así lo indica, y podemos acercarnos a éste, se procederá a realizarse toda la inspección semiológica indagando por las deficiencias que podrían generar trastornos del comportamiento, expuestos anteriormente en la actual guía para la atención del paciente psiquiátrico al nivel prehospitalario.

7

4 RECOMENDACIONES

*No realizar críticas ni juzgar, puede generar una reacción violenta por parte del paciente, en especial con trastornos de personalidad.

*Se debe dejar hablar al paciente, esto produce la sensación de que se está siendo escuchado.

*Sintetizar la conversación, la idea es de que no sea extenso.

8

*No refutar o discutir sobre una idea que tenga el paciente, a menos que esto afecte la integridad del personal de la salud, del paciente o de terceros.

*Permanecer con emociones neutrales, procurar no sobresaltarse, o al menos, que no se note en el comportamiento, tono de voz...

*No fijar la mirada y no dar la espalda.

*No catalogar un trastorno de comportamiento como un problema psiquiátrico funcional sin antes indagar causas orgánicas.

*Observar los movimientos del paciente, emociones, orientación, lenguaje, memoria y cognición.

*Siempre estar alerta y concentrar toda la atención en el paciente.

*Indagar la escena evaluando potenciales factores que puedan servir como agresión por parte del paciente.

*Indagar si para el contacto con el paciente se hace necesario la presencia de entidades policiales. Algunas agencias de Sistema de Emergencia Médica, en los Estados Unidos, tienen una política que requiere la presencia de la policía antes de entrar en una escena de violencia o potencialmente violenta (17).

*Observar la escena en búsqueda de objetos que puedan brindar posibles impresiones diagnósticas, tales como empaques de fármacos, botellas de alcohol...entre otras.

9

5 RECONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA

*Aumento del tono de la voz

*Tensión muscular

*Nerviosismo

*Hiperactividad

10

*Miradas de reojo

* y el más importante, el comportamiento motor (agitación motora).

11

6 CONTENCIÓN MECÁNICA O FÍSICA

La contención mecánica nos permite limitar los movimientos del paciente mediante sistemas de inmovilización física de una parte del cuerpo o de su totalidad.

A continuación se describirán tres pasos para la gestión de la violencia (21):

- 1) Controlar los factores que conducen a la violencia
- 2) Identificar y responder al comportamiento previolento y dar una escala a dicho comportamiento
- 3) Limitar el daño una vez que la violencia se presenta

12

Para la contención se recomienda que sea :

*Cinco personas para un adulto.

*Tres personas para un niño.

*Debe ser un trabajo bien coordinado y rápido.

13

Se procede a inmovilizar la cabeza y las extremidades. En el caso del adulto, uno va para la cabeza, y los otros cuatro para cada uno de las extremidades, inmovilizando proximal a la muñeca y al hombro, en el caso de las superiores, y del tobillo y la cadera, en el caso de las inferiores.

Una vez realizada la contención, se valora cada cinco minutos soltando una sola extremidad. Recordar, cuando el paciente se traslade a la camilla, sujetar con vendajes a ella. Es importante resaltar que por lo general, esta contención va de la mano con el control farmacológico

14

7 CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Cuando se enfrenta con un paciente agitado o agresivo, la intervención debería empezar con lo menos invasivo posible. El objetivo de la contención química es usar medicamentos para sedar levemente al paciente y controlar su agitación para lograr control de violencia y de situaciones peligrosas.

Se deberá tener cuidado con la sobredosificación, pues puede aumentar la tasa de hospitalización y la duración de la estancia. Esto está frecuentemente asociado con resultados desfavorables.

La contención química al nivel prehospitalario se logra mediante el uso de benzodiazepinas como el Midazolam (Versed) o el Lorazepam (Ativan). En algunos sistemas, una butirofenona como el haloperidol (Haroperidol) es usado solo o en combinación con una benzodiazepina.

15

*Midazolam 5-15mg IM cada 15 min ó 1-2 mg IV cada 2-3 min

1 mg IV (geriátrico)

Tiempo de acción: 15-20 min IM y 1-5 min IV

Vida media: 2-6 h (13h en falla renal)

Contraindicaciones: Embarazo

*Lorazepam 1-2 mg PO

0,5-2 mg IM

<2 mg/min IV

Tiempo de acción: 20-30 min IM y 5-20 min IV

Vida media: 14 h PO (en falla renal sería 30-70 h)

Contraindicaciones: Apnea de sueño, evadir en embarazo, severa incapacidad renal.

*Diazepam 5-10 mg PO

2-10 mg IM/IV

Tiempo de acción: 1-2 h PO y 20-30 min IM

Vida media: 30-60 h

Contraindicaciones: Daño de hígado, embarazo

*Haloperidol 5-10 mg PO

5-10 mg IM

1-2 mg IV

Tiempo de acción: 2-6 h PO y 30-60 min IM/IV

Vida media: 12-18 h

Contraindicaciones: Daño severo en hígado, lactancia materna, desorden del movimiento.

8 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS DE INTERÉS PREHOSPITALARIO

8.1 PACIENTE AGITADO

Es considerado un síndrome comportamental que ocasiona un aumento anormal de la actividad motora y psicológica, y que puede poner en riesgo la salud y la integridad del paciente o de otros. Puede estar relacionada a un trastorno orgánico, a una enfermedad funcional psiquiátrica, o simplemente desarrollarse durante el evento.

8.2 PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO

Es importante el poder diferenciar el término intento de suicidio, que es todo evento en el que el individuo se causa a sí mismo una lesión, en la cual la principal finalidad es la intencionalidad directa o encubierta de muerte

El intento de suicidio puede deberse a diversos trastornos del estado de ánimo, tales como:

17

8.2.1 TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La característica esencial de este trastorno es un período de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Estos pacientes se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.

8.2.2 EPISODIOS MANIACOS

Período concreto durante el cual el estado de ánimo es anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable. Este período de estado de ánimo anormal debe durar al menos una semana o menos, si se requiere hospitalización. El sujeto puede estar hostil y amenazar físicamente a los demás;

18

algunos sujetos, en especial los que tienen síntomas psicóticos, se vuelven físicamente agresivos o suicidas

19

8.2.3 TRASTORNO BIPOLAR I

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. El suicidio consumado se produce en el 10-15 % de los sujetos con este trastorno. La ideación suicida y los intentos de suicidio aparecen más probablemente cuando el individuo se encuentra en un estado depresivo o mixto.

8.2.4 TRASTORNO BIPOLAR II

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco (Cumple con la misma definición que el episodio maníaco sólo que éste sólo dura 4 días). El suicidio consumado, normalmente durante los episodios depresivos mayores, es un riesgo importante, ya que se da en el 10-15 % de las personas con trastorno bipolar II.

20

8.3 PACIENTE ANSIOSO

La ansiedad es una respuesta fisiológica que se expresa como una alerta sobre un peligro inminente y que permite que una persona adopte medidas para enfrentar las amenazas. Cuando no existe una relación entre el agente causal y la ansiedad, se dice que existe una ansiedad patológica, por lo general es expresada como una sobre excitación.

Los siguientes son las descripciones de trastornos de ansiedad:

8.3.1 CRISIS DE ANGUSTIA (PANIC ATTACK)

Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensaciones de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control.

8.3.2 Agorafobia

Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso), o bien donde sea imposible encontrar ayuda en el caso de que aparezca en ese momento una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia.

21

8.3.3 FOBIA ESPECÍFICA

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a la exposición a situaciones u objetos específicos temidos, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

8.3.4 FOBIA SOCIAL

Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa a respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación.

8.3.5 TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativos) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar dicha ansiedad).

22

8.3.6 TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Se caracteriza por la reexperimentación de acontecimientos traumáticos y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados al trauma.

8.3.7 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses.

23

8.3.8 TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

Ansiedad secundaria consumo de sustancias. Las intoxicaciones por los siguientes tipos de sustancias puede dar lugar a la aparición de ansiedad: alcohol; anfetamina y derivados; alucinógenos; cafeína; cannabis; cocaína; fenciclidina y derivados; inhalantes, y otras sustancias o sustancias desconocidas. Por otra parte, la abstinencia de las siguientes sustancias también puede provocar un cuadro similar: alcohol; cocaína; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos, y otras sustancias o sustancias desconocidas.

Algunos trabajos sugieren que los fármacos siguientes pueden ocasionar asimismo trastorno de ansiedad: anestésicos y analgésicos, simpaticomiméticos y otros broncodilatadores, anticolinérgicos, insulina, preparados tiroideos, anticonceptivos orales, antihistamínicos, fármacos antiparkinsonianos, corticosteroides, fármacos antihipertensivos y cardiovasculares, anticomiciales, carbonato de litio, fármacos antipsicóticos y fármacos antidepresivos. Los metales pesados y tóxicos siguientes entran también en el cuadro de posibles agentes etiológicos: Sustancias volátiles como la gasolina y las pinturas, insecticidas organofosforados, gases nerviosos, monóxido de carbono y dióxido de carbono

24

8.4 PACIENTE DELIRANTE

Es un síndrome caracterizado por alteraciones graves en el curso, velocidad y contenido del pensamiento y que además incluye alteraciones de la conciencia, alteraciones de la cognición (pensamiento, percepción y memoria), dificultades de la orientación, cambios en la actividad motora y en el ciclo sueño-vigilia (15)

Es importante reconocer que puede ser el resultado de una condición médica general, intoxicación o abstinencia de sustancias, usos de medicamentos, exposición a una toxina o la combinación de estos factores.

25

8.5 PACIENTE CONVERSIVO

Hace parte de los trastornos somatomorfos, en las cuales hay sintomatología física derivada de causas emocionales. El trastorno conversivo se presenta de manera súbita asociada a sintomatología neurológica bizarra de tipo motor, sensitivo o sensorial, donde no hay enfermedad orgánica que la sustente y hay evidencia de factores psicológicos relevantes como precipitantes y acompañantes.

26

8.6 PACIENTE CON TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Hace parte de los trastornos somatomorfos, en las cuales hay sintomatología física derivada de causas emocionales. El trastorno de somatización presenta gran cantidad de sintomatología física generalmente crónica que incluye varios sistemas y que ha requerido varias consultas y no tiene evidente alteración orgánica que la sustente.

27

8.7 PACIENTE CON HIPOCONDRIASIS

Es la creencia no delirante de padecer una enfermedad grave. Esto podría generar una solicitud frecuente de llamadas para atención Prehospitalaria.

28

8.8 PACIENTE CON TRASTORNO DE PÁNICO

Es normal que a veces se generen miedos y ansiedades por diferentes situaciones estresantes en la vida. Pero, en el trastorno de pánico, éste aparece sin razón, asociada a ansiedad y miedo como síntomas físicos, causando así episodios repentinos.

Tres ataques de pánico en un período de un mes configuran un trastorno de pánico que requiere tratamiento.

29

8.9 PACIENTE DEPRESIVO

La depresión (del latín depressus, que significa “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad. La depresión, o trastorno depresivo mayor, es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio, por lo cual los pacientes que la padecen acuden con frecuencia a los servicios de urgencia, generalmente, llevados por familiares o allegados.

8.9.1 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA

Es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones del humor son:

30

Enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, etc); patología vascular cerebral (ataque vascular cerebral); enfermedades metabólicas (deficiencia de vitamina B₁₂); enfermedades endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipoparatiroidismo, hiper e hipofunción corticosuprarrenal), enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico); infecciones víricas o de otro tipo (hepatitis, mononucleosis, virus de la inmunodeficiencia humana); y algunos tipos de cáncer (carcinoma de páncreas)

31

8.10 PACIENTE CON BROTE PSICÓTICO

El brote psicótico se define como una alteración grave en el juicio de la realidad; se asocia con la presencia de delirios, alucinaciones y cambios en la conducta.

Se caracteriza por un deterioro extremo en las habilidades para pensar claramente, responder emocionalmente de manera apropiada, comunicarse de manera eficaz, entender la realidad y comportarse adecuadamente. Estas deficiencias interfieren con las actividades diarias del individuo y llevan a un deterioro progresivo y significativo del mismo.

32

8.11 PACIENTE VIOLENTO

Es de vital importancia reconocer los signos que permiten la sospecha de un paciente violento.

Es importante lograr identificarlo *a priori* del abordaje al paciente, pues así se podrá generar una estrategia de contención física, seguida de un contención farmacológica.

33

8.12 PACIENTE CON TRASTORNO DISOCIATIVO

Uno de los momentos más importantes de la atención del paciente es el instante del contacto. Ésta nos permite indagar información de gran utilidad para el correcto abordaje del mismo. Pero a veces sucede, como en este caso, que el paciente presenta una alteración de las funciones integradoras de la consciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. A destacar, la alteración puede ser aguda o gradual, transitoria o crónica. Además, puede ser:

*Amnesia disociativa: Incapacidad para recordar información personal importante.

*Fuga disociativa: Viajes repentinos e inesperados lejos del hogar o del puesto de trabajo.

*Trastorno de identidad disociativo: Presencia de uno o más estados de identidad o de personalidad que controlan el comportamiento del individuo de manera recurrente.

34

*Trastorno de despersonalización: Sensación recurrente y persistente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo.

*Trastorno disociativo no especificado: Hace referencia al trastorno que no cumple con los criterios para el diagnóstico de un trastorno disociativo específico.

8.13 PACIENTE CON TRASTORNO FACTICIO

Son síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionalmente, con el fin de asumir el papel de enfermo.

Ahora bien, cuando la causa orgánica es descartada en un paciente con trastorno de comportamiento, son esos trastornos descrito por la DSM-IV-TR los que se deben pensar. Pero, ¿es práctico y necesario aprenderse cada uno de estos trastornos? o ¿acaso se tiene que reconocer e identificar la enfermedad psiquiátrica funcional sólo con el llamado "ojo clínico"?

Es evidente que quien puede realizar un diagnóstico claro de la enfermedad mental que pueda tener una persona es un especialista en ese campo, tal como el psiquiatra, y es por eso que la indagación del profesional prehospitalario estará enfocada en determinar si el trastorno de comportamiento es orgánico o funcional a una enfermedad psiquiátrica para determinar cuáles signos pueden verse afectados de acuerdo al resultado de la indagación del comportamiento, y, siendo lo más importante, para reconocer cómo abordar al paciente.

9 ANEXO A

"MADFOCS"	Medical Or Reversible (Formerly Called Organic)	Psychiatric (Formerly Called Functional)
Memory deficits	Recent impairment	Remote impairment
Activity	Psychomotor retardation Tremor Ataxia	Repetitive activity Posturing Rocking
Distortions	Visual hallucinations	Auditory hallucinations
Feelings	Emotional lability	Flat affect
Orientation	Disoriented	Oriented
Cognition	Islands of lucidity Perceives occasionally Attends occasionally Focusses	Continous scattered thoughts Ufiltered perceptions Unable to attend
Some other findings	Age greater than 40 Sudden onset Physical examination often abnormal Vital signs may be abnormal Social immodesty Aphasia Consciousness impaired	Age less than 40 Gradual onset Physical examination normal Vital signs usually normal Social modesty Intelligible speech Awake and alert

REFERENCIAS

1. Ministerio de la protección social (2009). Guía para manejo de urgencias, tomo III, duodécima parte, alteraciones psiquiátricas.
2. Carolina Salas Zapata. Avances diagnóstico de salud mental de Medellín, 2012
- 3 José Gabriel Franco, Pablo Edgar Gómez, María Victoria Ocampo, Alejandro Vargas & Diana Milena Berríos (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colombia Médica*, vol 36, No 3
- 4 Meltem AKKA , Didem AY, Nalan MET N AKSU & Müge GÜNALP3 (2011). Tren kazalarının 10 yıllık de erlendirilmesi [10-year evaluation of train accidents]. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 17 (5):440-444
- 5 Christopher N. Kaufmann, Adam P. Spira, Donald S. Rae, Joyce C. West & Ramin Mojtabai (2011). Sleep Problems, Psychiatric Hospitalization, and Emergency Department Use Among Psychiatric Patients With Medicaid, *Psychiatric Services*, VOL. 62, No. 9
- 6 Will Chapleau, Angel Clark Burba, Peter T. Pons & David Page (2008). The Paramedic, Update Edition, chapter 40.
- 7 J. A. Marx (2002). Ed. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice, 5th ed, St. Louis, MO: Elsevier Mosby, pp. 1543-1545.
- 8 Pajonk FG, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T & Madler C. (2008). Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings, *Gen Hosp Psychiatry*, Jul-Aug;30(4):360-6 doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.03.005.

- 9 Otten E, Prybis KM & Gesell LB (2001). Ethanol, In: Ford M, Delaney K, Ling L, Erickson T. Clinical Toxicology. Philadelphia: W.B. Saunders, p. 605-12.
- 10 Lina María Peña A., Claudia Lucía Arroyave H., José Julián Aristizábal H. & Ubier Eduardo Gómez C. (2010). Toxicología Clínica del CIB, 1a edición, capítulo 34.
- 11 María Eugenia Jaramillo Londoño & Luis Conrado Federico Velásquez Posada (2011). Urgencias en la atención Prehospitalaria, capítulo 44, urgencias psiquiátricas.
- 12 Martha Elena Cadavid Gil & Juan Carlos Peña Henao (2011). Avances diagnóstico Salud Mental Anquioquia. <http://www.onsm.gov.co/images/stories/dxdepartamental/2011/Antioquia.pdf>
- 13 Juan J. López-Ibor Aliño & Manuel Valdés Miyar (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, Masson, S.A
- 14 Satinder K. Mahal, Christopher B. Chee, June C.Y. Lee, Tri Nguyen & Benjamin K.P. Woo (2009). Improving the quality of suicide risk assessments in the psychiatric emergency setting: physician documentation of process indicators, J Am Osteopath Assoc. 2009 Jul;109(7):354-8
- 15 Ministerio de la protección social (2009). Guía para manejo de urgencias, tomo III, duodécima parte, alteraciones psiquiátricas.
- 16 Carolina Salas Zapata (2012). Observatorio Nacional de Salud Mental (Documento preliminar). <http://www.onsm.gov.co/images/stories/dxdepartamental/2011/Medellin.pdf>
- 17 NAEMT (2012). PHTLS Soporte vital básico y avanzado en el trauma prehospitalario, séptima edición, capítulo 5, Valoración de la escena.

18 Data from Elbogen EB, Johnson SC (2009). The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 152-61

19 Data from Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al (2005). The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. J Psychiatric Pract 2005; 11 (suppl 1): 405-25.

20 Liliana Hincapie, Luz Maria Cardona & Magaly Andrea Montoya (2007). Manejo del paciente psiquiátrico en el área prehospitalaria, Biblioteca Universidad CES.

21 Data from Lavoie FW (1994). Violence in emergency facilities. Acad Emerg Med 1994; 1(2): 166-8

22 D.F Kupas & G.C Wydro (2002). Patient Restraint in Emergency Medical Services Systems". Position Paper, National Association of EMS Physicians, approved February 28, Prehospital Emergency Care (Philadelphia, PA: Hanley and Belfus, 2002).

23 M.H. Allen et al. (2004). "Use of Restraints and Pharmacotherapy in Academic Psychiatric Emergency Services", General Hospital Psychiatry 26.1 (2004): 42-49.

BIBLIOGRAFÍA

- Carolina Salas Zapata. Avances diagnóstico de salud mental de Medellín, 2012
- José Gabriel Franco, Pablo Edgar Gómez, María Victoria Ocampo, Alejandro Vargas & Diana Milena Berríos (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia. *Colombia Médica*, vol 36, No 3
- Meltem AKKA , Didem AY, Nalan MET N AKSU & Müge GÜNALP3 (2011). Tren kazalarının 10 yıllık de erlendirilmesi [10-year evaluation of train accidents]. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 17 (5):440-444
- Carlos Roncero, Laia Rodríguez-Cintas, Carmen Barra, Gideoni Fuste, Constanza Daigre, Josep A. Ramos-Quiroga & Miguel Casas (2012). Treatment adherence to treatment in substance users referred from Psychiatric Emergency service to outpatient treatment, 40(2):63-9
- Maycon Rogério Selegim, Sônia Regina Marangoni, Sonia Silva Marcon & Magda Lúcia Felix de Oliveira (2011). Family ties of crack cocaine users cared for in a psychiatric emergency department, *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*; Vol. 19 Issue 5, p1163-1170, 8p, 1 Color Photograph
- Yves Chaput, Lucie Beaulieu, Michel Paradis & Edith Labonté (2011). The elderly in the psychiatric emergency service(PES); a descriptive study, Chaput et al. *BMC Psychiatry*, 11:111
- Ministerio de la protección social (2009). Guía para manejo de urgencias, tomo III, duodécima parte, alteraciones psiquiátricas.

- María Eugenia Jaramillo Londoño & Luis Conrado Federico Velásquez Posada (2011). Urgencias en la atención Prehospitalaria, capítulo 44, urgencias psiquiátricas.
- http://es.123rf.com/imagenes-de-archivo/estrella_de_la_vida.html. Imagen estrella de la vida.

