

# PROTOCOLO DE ACTUACION EN LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS.

## AUTORÍA

Prieto Báez, Beatriz. Enfermera de la Junta de Extremadura\*  
Gómez Nuñez, M<sup>a</sup> del Puerto. Enfermera del Servicio Extremeño de Salud\*\*.

\*Centro de Atención a la Dependencia de Plasencia.

\*\*UME 2.1 de Merida (112 de Extremadura).

Dirección para correspondencia:[beatriz\\_pb@hotmail.com](mailto:beatriz_pb@hotmail.com)

## RESUMEN

La calidad de los cuidados es el objetivo fundamental de todos los profesionales sanitarios, y con el fin de conseguir este objetivo al tratar con pacientes psiquiátricos en situación de urgencia, nos marcamos unas líneas de actuación que nos sirvan de guía en momentos tan cruciales como es la decisión de proceder a la contención de estos pacientes, garantizándoles su seguridad y la del personal que les rodea.

El tratar con pacientes Psiquiátricos en situaciones de Urgencias conlleva un riesgo añadido, por una parte, tratar la patología de base que ha provocado la Emergencia y por otra estabilizar el brote Psicótico que presenta en ese momento. Las patologías mentales aún a fecha de hoy son un campo bastante desconocido y de difícil tratamiento.

La comprensión de la epidemiología<sup>7</sup> de la discapacidad intelectual co-ocurrente con la esquizofrenia y otras enfermedades Psiquiátricas es difícil de entender.

Nos encontramos que la esquizofrenia<sup>8</sup>, no así el trastorno bipolar y la depresión unipolar, fueron representadas en individuos con un diagnóstico dual junto con una patología física/intelectual que no fue detectada hasta pasado un periodo mínimo de 6-12 meses.

La necesidad, en todo esto, viene dada por la alta incidencia de pacientes que debutan con un cuadro psicótico con alta agresividad que necesitan nuestra inmediata actuación para evitar daños mayores.

Se plasman, en este artículo, las diferentes medidas tomadas y llevadas a cabo para estabilizar a pacientes psíquicos en las situaciones anteriormente descritas.

## PALABRAS CLAVES

Urgencias Psiquiátricas. Contención Verbal. Contención Farmacológica. Contención Física.

## TITLE

PROTOCOL FOR ACTION IN PSYCHIATRIC EMERGENCIES.

## ABSTRACT

The quality of care is the primary goal of all health professionals, and in order to achieve this objective in dealing with psychiatric patients in emergency, we set a blueprint for action that guide us in such crucial moments as decision to proceed to the containment of these patients, ensuring their personal safety and that of their surroundings. Dealing with psychiatric patients in emergency situations carries an added risk, first treat the underlying condition that caused the emergency and otherwise stabilize the presenting psychotic episode at the time. Mental disorders as of today still are a relatively unknown field and difficult to treat. The understanding of intellectual disability epidemiología<sup>7</sup> co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illnesses is difficult to understand. We find that the esquizofrenia<sup>8</sup>, but not bipolar disorder and unipolar depression, were represented in individuals with a dual diagnosis with a physical pathology / intellectual who was not detected until after a minimum period of 6-12 months.

The need, in all this is given by the high incidence of patients presenting with a psychosis with high aggressiveness that need our immediate action to prevent further damage. Are reflected in this article, the various measures taken and implemented to stabilize mental patients in the situations described above.

## KEYWORDS

Psychiatric Emergencies. Containment Verbal. Containment Drug. Physical Containment.

## INTRODUCCIÓN

"La Razón es cosa tan violenta como la locura y cuesta horriblemente perderla", palabras citadas por el Crítico Literario Emir Rodríguez Monegal refiriéndose con ellas a Horacio Quiroga, del cual conocemos la "Obra Quirogaiana. Estudio que comenzó en 1903 con el análisis del comportamiento Humano en el ambiente selvático de las misiones<sup>1</sup>.

Estudios más recientes demuestran y perfilan todo lo dicho en esta obra y además nos muestran diversas estadísticas nada desdeñables, el 1 % de la población sufre trastorno Bipolar o enfermedades maniaco-depresivas<sup>2</sup>.

El 1 % de la población es Esquizofrénica, pero solo recibe tratamiento el 5%, de aquí el 25% intenta suicidarse en el curso de su enfermedad.

Tampoco debemos olvidar que las estadísticas indican que un 25% de la población (1 de cada 4 personas) en algún momento de su vida, estará afectada por un trastorno de este tipo.

La agitación psíquica corresponde básicamente a patologías como la esquizofrenia, trastornos delirantes y psicóticos, en la fase maniaca del trastorno bipolar y una serie de trastornos no psicóticos como los provocados por ansiedad, estrés postraumáticos y trastornos de la personalidad entre otros.

La necesidad de contención de un paciente deriva del estado de agitación que ponga en peligro su integridad física y la de aquellos que le rodean.

## OBJETIVO GENERAL

Establecer unas líneas de actuación en la contención de pacientes psiquiátricos en situaciones de urgencia, con el fin de garantizar su seguridad y la del personal que les rodea.

## METODOLOGÍA

Se realiza exposición de los diferentes tipos de contención que podemos aplicar a un paciente psiquiátrico en estado de agitación, así como los cuidados que estos pacientes precisan cuando requieren traslado a un centro hospitalario.

## MEDIDAS DE CONTENCIÓN EN SITUACIÓN DE URGENCIA

Las medidas de contención son un medio que nos posibilita la evaluación diagnóstica y la aplicación de un tratamiento adecuado a la situación del paciente.

Se establecen tres tipos de contención:

- **Contención verbal**
- **Contención farmacológica.**
- **Contención física.**

### 1. CONTENCIÓN VERBAL:

Constituye el primer paso para intentar controlar la conducta del paciente.

El objetivo es intentar establecer soluciones terapéuticas, disminuir la hostilidad y/o agresividad y lograr establecer un pacto con el paciente.

#### Procedimiento:

- Tener información sobre la historia clínica del paciente antes de hablar con el paciente.
- No realizarlo en solitario, siempre que sea posible.
- Colocarse del lado no dominante y fuera del espacio personal del paciente, sentados a la misma altura.
- Asegurarse una vía de salida accesible, siempre estando el profesional más cerca de la puerta.
- No realizar gestos amenazantes ni defensivos, evitando gestos bruscos y espontáneos.
- No mirar de forma directa y continua al paciente, ya que provocaría un aumento de la hostilidad, pero recordar que, evitarlas es signo de miedo y debilidad.
- Tener una actitud abierta, tranquila, invitando al diálogo y a la privacidad.
- Mantener un tono de voz suave, relajado y seguro, sin elevar la voz.
- Responder de forma tranquila y nunca con la misma hostilidad.
- Escuchar al paciente con calma sin interrumpir su discurso.
- Ser flexible en el diálogo, pero con límites bien esclarecidos.
- Evitar los juicios acerca de lo que "debería" o "no debería" hacer el paciente.

- Ofrecerle tratamiento farmacológico que "le ayude a pasar este momento tan desagradable", "disminuir la tensión" o "ver las cosas más relajadamente".
- Informar al paciente que se recurrirá a la Sujeción Mecánica si la ocasión lo requiere4.

## 2. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:

Las medidas de contención farmacológicas se aplicarán cuando las medidas de contención verbal no han sido efectivas para controlar el estado del paciente.

La elección del fármaco que se va a utilizar y la vía de administración dependerá del grado de agitación y del diagnóstico realizado al paciente.

El objetivo es controlar la conducta del paciente evitando lesiones.

### Procedimiento:

Se realizará según el "*Proceso del Paciente Agitado*"(s).

-Deprivación por Benzodiazepinas (BZP)/Opiáceos/Alcohol:

- Diacepam.
- Clonacepam.
- Loracepam.

-Déficit Cognitivo o Demencia:

- Tratar la causa desencadenante de agitación: dolor, sed, infección.
- Sedación con Benzodiazepinas (Clonacepam).

-Crisis de Ansiedad:

- Alprazolam, Loracepam (Vía Oral o Sublingual).
- Clonacepam, Diacepam o Cloracepato (Intramuscular).

-Cuadros Psicóticos:

- Haloperidol.
- Levopromazina.

-Riesgo Suicida:

- Levopromazina.
- Diacepam.
- Tranxilium.

-Intoxicaciones:

- Benzodiazepinas (Flumazenilo).
- Opiáceos (Naloxona).
- Alcohol (Vitamina B1, Glucosa).
- Haloperidol (sedación).
- Clonacepam o Diacepam (convulsiones)

### DOSIS FÁRMACOS

- ALPRAZOLAM: 0,25mg-2mg v.o./ repetir a los 30' si es preciso.
- CLONACEPAM: 1mg i.m. repetir a los 30' si es preciso.
- CLORACEPATO: 20mg i.m. repetir a los 30' si es preciso.
- DIACEPAM: 10mg i.m. repetir a los 30' si es preciso.
- FLUFENAZILO: 0,2 mg en bolus en 15', 0,1 mg minuto hasta 1-2gr.
- HALOPERIDOL: 5mg i.m. repetir a los 30' si es preciso.
- LEVOPROMAZINA: 25mg i.m. repetir a los 30' si es preciso.
- LORACEPAM: 1-5mg v.o./sbl. repetir a los 30' si es preciso
- NALOXONA:0,4 mg i.v. repetir hasta un máximo de 2 mg. en los 30' siguientes
- TRANXILIUM: 25-50mg v.o.

### 3. CONTENCIÓN MECÁNICA O FÍSICA:

Debe de ser el último recurso que debemos utilizar y se utilizara cuando el tratamiento farmacológico no ha sido posible. El objetivo consiste en restringir el movimiento de una parte del cuerpo del paciente o de su totalidad, con el fin de evitar situaciones que pongan en situación de peligro al mismo paciente o a otras personas.

#### Procedimiento:

- Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- El personal que procederá a la contención deberá estar bien entrenado y en número suficiente (mínimo 5 personas).
- La persona más capacitada dirige el procedimiento y sujeta la cabeza del paciente, y el resto sujetan al paciente por los cuatro miembros.
- Se colocará al paciente en decúbito supino con la cabeza elevada (30 grados), con el fin de que mantenga contacto visual y disminuir el riesgo de aspiraciones.
- Las sujeciones deberán estar correctamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente y sin riesgo de provocar lesiones cutáneas.
- No deben de forzarse las articulaciones del paciente.
- El paciente será vigilado y acompañado durante todo el tiempo que precise contención.

#### CUIDADOS DURANTE EL TRASLADO. CANALIZACION DE LA DEMANDA

En esta situación el trabajo del personal sanitario o en su defecto el personal que acompaña al paciente, se intensifica evitando y tratando complicaciones que pueden aparecer y cubriendo las necesidades del sujeto inmovilizado.

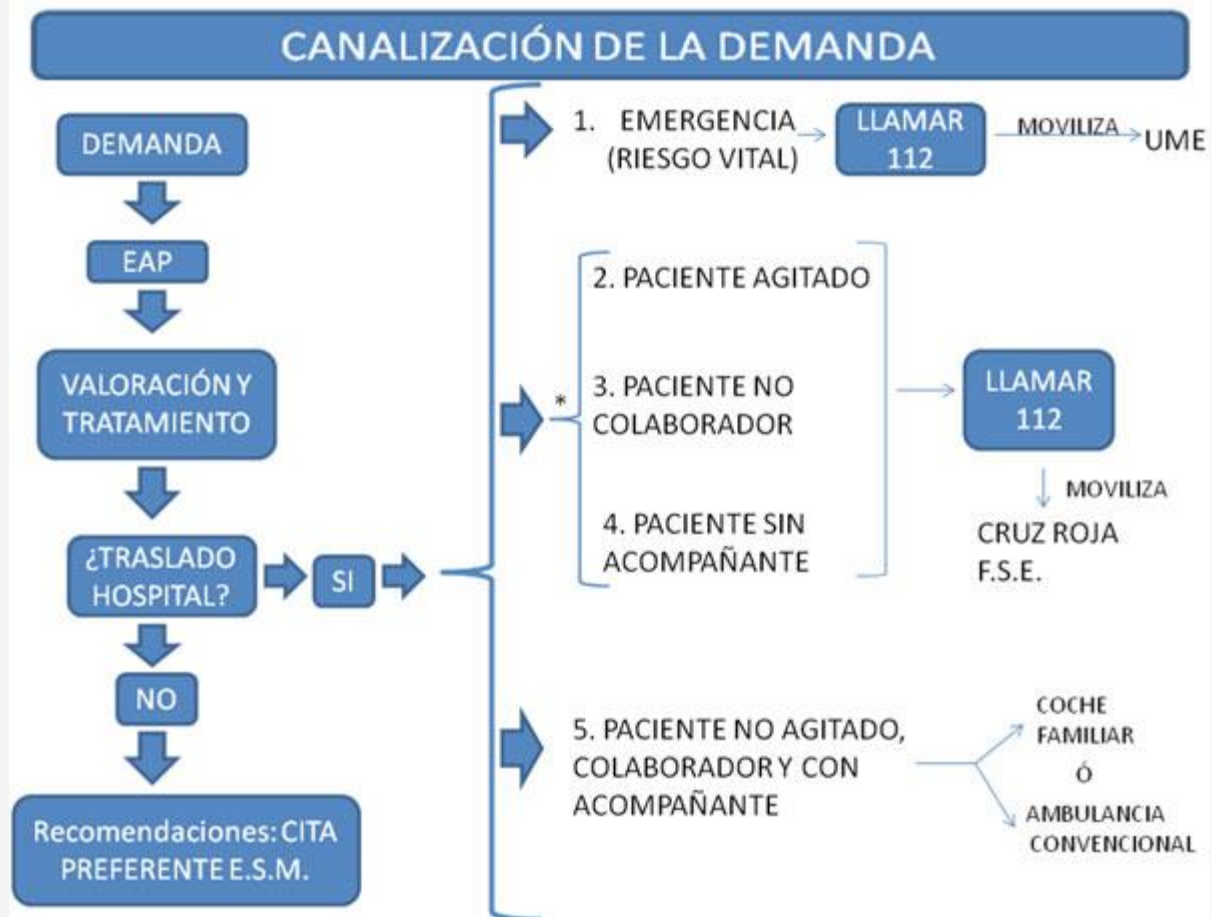
Hay que realizar prevención de riesgo tromboembólico (si se prevé un traslado de muy larga duración), revisión de los sistemas de contención cada 10-15 minutos, toma de constantes al inicio y cada 30 minutos.

La finalización de la contención se realizará a su llegada al centro receptor o en su defecto cuando el especialista considere oportuno.

#### ~ASPECTOS LEGALES~

Toda privacidad de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Por la que toda inmovilización de un paciente debe ponerse en conocimiento del juez. En los casos de Urgencia, la ley permite al personal ejecutar la acción, dando cuenta al juez en un plazo de 24 horas.

---



## CONCLUSIONES

Desde los Servicios de Urgencias y Emergencias, debemos estar en primera línea de Actuación, debido a que, con el Nuevo Programa de Salud lo que se pretende es que el enfermo Psiquiátrico desarrolle una vida completamente activa dentro de su comunidad.

Por ello, desde la descentralización y la inclusión del paciente en su entorno social, nosotros, debemos intentar: mantener, recuperar o restablecer su equilibrio físico, psicológico y social con la mayor prontitud.

En este Artículo, lo que pretendemos es poner en conocimiento de familiares, sanitarios o colaboradores con Enfermos Mentales los diferentes matices de la Contención en esos momentos en los que aparece un desequilibrio en su tono afectivo, su conducta o la manera de comunicarse con otras personas.

Para finalizar, puntualizar que, a pesar del estigma que aparece (cada vez menos) en torno al Enfermo Mental, en nuestra práctica diaria nos encontramos con personas anónimas que no dudan en prestar su colaboración, eso, tal vez, nos da a entender que estamos adquiriendo conciencia social del problema que suponen hoy en día lo Trastornos Mentales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Salud Militar-Volumen28 nº 1-Marzo 2006.
- Revista Electrónica de divulgación, Salud y Sociedad. Dirección Editorial: Dra. Adriana O. Donato. [www.salud.bioética.org](http://www.salud.bioética.org).
- Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida. "Trastornos de la personalidad y su abordaje clínico."
- Unidad de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha. "Protocolos de actuación frente al paciente psiquiátrico."
- "Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012".
- Manual de Psicopatología y Enfermedades Psiquiátricas 2 tomos. Caballo y Buela Casal.
- Discapacidad Intelectual Co-ocurrente con esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas: Estudio poblacional. Vera A. Morgan; Helen Leonard; Jenny Bourke; Assen Jablensky.
- Manual Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Wyszynski, A.A./ Wyszynski, B. ISBN:9788445815762. 2006. 1ª Edición.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Manual Psicofarmacología para Atención Primaria. Charles B. Nemeroff. ISBN: 978849706005. 2001. 1ª Edición.

**LECTURAS RECOMENDADAS:**

- ▶ Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psíquico. Narrow, W.E. ISBN: 9788445819289. 2009. 1ª Edición.
  - ▶ Comorbilidad de los trastornos afectivos. Julio Vallejo Ruilda. ISBN: 978849706030. 2002. 1º Edición.
  - ▶ Depresión Bipolar. Guía completa. Rif S. El-Malla-S. Nassir Ghaemi. ISBN: 978849751233. 2008. 1º Edición.
-