



## INSTRUCTIVO DE LA LISTA DE CHEQUEO PARA REFERENCIA EN URGENCIAS PSIQUIATRICAS DIRIGIDO A MÉDICOS GENERALES.

CODIGO: I-IVCSSP02

VERSION: 01

FECHA: 24-07-2014

**SI EL CASO A EVALUAR SE REFIERE O ESTA RELACIONADO CON UN CASO DE ABUSO O VIOLENCIA SEXUAL, REMITASE AL PROTOCOLO RELACIONADO CON VIOLENCIA SEXUAL.**

**OBJETIVO:** Definir el procedimiento de diligenciamiento de la lista de chequeo para remisiones a psiquiatría en los diferentes niveles de atención.

**ALCANCE:** Médicos generales y personal asistencial encargado del sistema de referencia y contrareferencia en el departamento de Nariño.

### DEFINICIONES.

**Lista de chequeo:** Es un documento que permite la verificación de requisitos mínimos, que debe diligenciarse cuando se requiere remitir a un paciente por los médicos generales a psiquiatría.

**Agitación psicomotora:** Es un síndrome clínico inespecífico de muy variada etiología que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Esta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración, taquicardia, midriasis), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales. La de agitación psicomotora no constituye en sí misma una enfermedad.

**Inmovilización:** Es un procedimiento médico en el cual a través de medios físico-mecánicos se limitan los movimientos de una persona para evitar daño a sí mismo, a otras personas u a objetos.

**Delirium:** Consiste en una alteración de la conciencia que se acompaña de un cambio en las funciones cognoscitivas que no puede ser explicado por la existencia o desarrollo de una demencia. La alteración se desarrolla a lo largo de un breve periodo de tiempo, habitualmente horas o días, y tiende a fluctuar a lo largo del día. A través de la historia clínica, del examen físico o de las pruebas de laboratorio se demuestra que el delirium se debe a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica, de la intoxicación o por la abstinencia de sustancias, del consumo de medicamentos, o de la exposición a tóxicos o la combinación de estos factores.

**Síndrome de abstinencia:** Conjunto de síntomas provocados por la reducción o suspensión brusca de la dosis habitual de una sustancia de la que se tiene dependencia.

**Conducta suicida:** Toda aquella conducta generalmente consiente que va encaminada hacia la autodestrucción –por acción u omisión- del propio sujeto aunque sea difícil comprobar la intencionalidad e independientemente de que la persona sepa o no el móvil de su conducta suicida.

**Intoxicación:** Es un síndrome reversible producido por la ingestión o exposición a una sustancia con cambios psicológicos o comportamentales, clínicamente significativos, que se presentan durante el consumo de la sustancia y no se deben a otra enfermedad.

| No.                            | ACTIVIDAD   | DESCRIPCION   | RESPONSABLE     |
|--------------------------------|---|---|-----------------|
| <b>1. ABORDAJE PRIMARIO.</b>   |   |   |                 |
| 1.                             | <b>Signos vitales</b> estables.   | Los signos vitales deben estar estables, recuerde que en un paciente en agitación psicomotora puede haber alteración de los signos vitales de manera que no se afecta la vida del paciente.   | Médico general. |
| 2.                             | ¿El <b>examen físico</b> es normal?<br>(Si el examen físico es anormal, verifique que la condición no requiera tratamiento prioritario por otra especialidad).                              | Todo paciente que vaya a ser remitido a psiquiatría debe tener examen físico completo. Los pacientes con enfermedad mental con gran frecuencia tienen un examen físico normal, a menos que exista comorbilidad, en caso de existir el médico general o especialista no psiquiatra debe asegurar la estabilidad de manera que la condición médica no amenace la vida o requiera tratamiento prioritario. | Médico general. |
| 3.                             | <b>Nivel de conciencia</b> sin sedación.<br>¿El paciente está alerta?   | Los pacientes con enfermedad mental usualmente no tienen alteración de estado de conciencia a menos que estén bajo sedación o tengan diagnóstico de delirium.   | Médico general. |
| 4.                             | ¿El paciente tiene <b>historia personal</b> de psicosis?  | Lo más probable es que se trate de una recaída de su enfermedad y no requiere exámenes adicionales, a menos que el examen físico lo indique.  | Médico general. |
| 5.                             | ¿El paciente tiene <b>historia familiar</b> de enfermedad mental?   | Las enfermedades mentales tienen un componente hereditario por lo tanto es importante que usted explore antecedentes familiares, ya que en caso de haberlos aumenta la probabilidad de tener enfermedad mental.   | Médico general. |
| <b>2. ABORDAJE SECUNDARIO.</b> |   |   |                 |
| 6.                             | ¿El paciente se encuentra en <b>agitación psicomotora</b> ? (Sugiera sedación con Midazolam intramuscular y/o Haloperidol intramuscular si no hay otra contraindicación. Ver referencia 1). | De acuerdo con la causa, aplique el protocolo de atención al paciente agitado, se recomienda el uso de medicación intramuscular pues en un episodio psicótico es muy difícil además de peligroso buscar una vía parenteral segura para la administración de medicamentos (médica, psiquiátrica o tóxica).   | Médico general. |

|                            |  |  |                 |
|----------------------------|--|--|-----------------|
| 7.                         | ¿El <b>paciente necesita ser inmobilizado?</b> (Si la respuesta es "SI" sugiera que la inmovilización sea siempre en cuatro (4) puntos).   | La inmovilización siempre debe realizarse en cuatro puntos (muñecas y tobillos, los miembros superiores deben estar extendidos en posición anatómica) verificando que haya suficiente espacio entre el inmovilizador y la piel del paciente (debe caber un dedo). Cada 15 minutos debe ser verificada la perfusión distal y el patrón respiratorio. El registro de la tensión arterial debe realizarse por lo menos dos veces la primera hora. Preferiblemente un paciente inmobilizado debe estar bajo sedación. Evite la inmovilización prolongada y reevalúe cada 4 horas la necesidad de continuar con esta orden. | Médico general. |
| <b>3. COMORBILIDAD.</b>    |  |  |                 |
| 8.                         | ¿Es el <b>primer episodio psicótico?</b> (Si la respuesta es "SI", preferiblemente remita a un nivel superior).  | En pacientes mayores de 50 años no es frecuente que se presente un episodio psicótico primario, por lo que se deben estudiar causas orgánicas antes de remitir a psiquiatría.  | Médico general. |
| 9.                         | ¿El paciente tiene otra <b>condición médica comórbida?</b> (Si la respuesta es "SI", asegúrese que esté controlada).   | El paciente con enfermedad mental y una enfermedad médica comórbida no controlada debe ser prioritariamente estabilizado en su condición orgánica antes de ser remitido a psiquiatría.   | Médico general. |
| 10.                        | Historia de <b>trauma cráneo - encefálico reciente.</b> (Si la respuesta es "SI" remita a nivel superior que cuente con el servicio de TAC para descartar lesión intracraneal).  | Las lesiones intracraneales pueden generar alteraciones comportamentales que no indican enfermedad mental y requieren manejo prioritario por otras especialidades, por lo tanto siempre debe ser remitido a un nivel superior de atención que cuente con equipos de neuroimagen y con las especialidades médicas y quirúrgicas pertinentes.  | Médico general. |
| 11.                        | El paciente tiene <b>alucinaciones visuales y/u olfatorias.</b> (Si la respuesta es "SI" remita a nivel superior con TAC para descartar lesión intracraneal).  | Las alucinaciones visuales y olfatorias en la mayoría de las veces sugieren lesión orgánica, no psiquiátrica, por lo que deben ser estudiadas por lo cual se recomienda en lo posible remitir los casos a un nivel superior que cuente con equipos de neuroimagen.   | Médico general. |
| <b>4. INTENTO SUICIDA.</b> |  |  |                 |
| 12.                        | <b>Conducta suicida</b> (Si la respuesta es "SI" sugiera sedación y pregunte el método suicida).   | Todo paciente que haya realizado un intento suicida debe ser remitido a psiquiatría previa estabilización de su condición orgánica (sutura de heridas, inmovilización de fracturas, lavado gástrico, etc.).  | Médico general. |
| 13.                        | <b>Intento suicida con carbamatos/inhibidores de colinesterasa.</b> (Si la respuesta es "SI", no debe tener riesgo de síndrome intermedio y debe ser observado entre 24 a 96 horas dependiendo del estado clínico del paciente. Ver referencia 2). | En la intoxicación con inhibidores de la colinesterasa se puede producir días después el síndrome intermedio, lo que aumenta el riesgo de muerte.  | Médico general. |

|   |   |  |                 |
|---|---|--|-----------------|
| 14.   | <b>Intento suicida con tricíclicos</b> (Realice electrocardiograma y remita a un nivel superior para observación por 36 horas. Ver referencia 2).   | La intoxicación con tricíclicos puede producir arritmias potencialmente fatales por lo cual es necesario realizar electrocardiograma para identificarlas y tratarlas.  | Médico general. |
| 15.   | <b>Intoxicaciones con otras sustancias</b> (Verifique la toxicidad de la misma, establezca y en caso de complicación orgánica remita a nivel superior).   | En todo paciente que ingiera una sustancia con fines suicidas se debe evaluar la toxicidad de la misma con el fin de establecer la gravedad de la intoxicación y dar el tratamiento adecuado antes de ser remitido al servicio de psiquiatría.   | Médico general. |
| 16.   | <b>Lesiones por ahorcamiento, arma de fuego y/o arma cortopunzante</b> con intención suicida (Realice examen físico y en caso de complicación remita a nivel superior).   | Las lesiones por este tipo de métodos suicidas debe ser tratada antes de su remisión a psiquiatría si las lesiones son menores y no revisten gravedad ni amenaza a la vida se debe remitir directamente a psiquiatría.   | Médico general. |
| <b>5. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).</b> |   |  |                 |
| 17.   | ¿El paciente <b>consumidor de sustancias psicoactivas se encuentra en agitación psicomotora con riesgo de autoagresión o heteroagresión?</b> (Recuerde que la puerta de entrada del tratamiento de rehabilitación en adicciones no es la urgencia). | Los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas pueden presentar episodios psicóticos durante la intoxicación o la abstinencia que ameritan tratamiento en la unidad de agudos de salud mental, si el motivo de remisión es solamente el ingreso a un programa de rehabilitación debe ser remitido por consulta externa. | Médico general. |
| 18.   | ¿El paciente consumidor se encuentra en <b>intoxicación aguda por alcohol?</b> (Si la respuesta es "SI", trate primero. Ver referencia 3).  | La intoxicación por alcohol no constituye una urgencia psiquiátrica a menos que el paciente presente signos claros de psicosis o riesgo de autoagresión, donde si debe ser remitido al servicio de psiquiatría.  | Médico general. |
| 19.   | ¿El <b>paciente consumidor se encuentra en abstinencia?</b> (En caso de abstinencia alcohólica o por benzodiazepinas inicie tratamiento).   | El síndrome de abstinencia por alcohol o benzodiazepinas puede ser fatal por lo que se requiere inicio de tratamiento oportuno.  | Médico general. |
| <b>6. PARACLINICOS.</b>                             |   |  |                 |
| 20.   | Solicite <b>cuadro hemático</b> siempre. (Si el paciente refiere el consumo de Clozapina verifique que el recuento de leucocitos sea normal, si hay leucopenia remita a Medicina Interna).  | La clozapina puede producir agranulocitosis por lo que es necesario realizar cuadro hemático.  | Médico general. |
| 21.   | Solicite <b>serología VDRL</b> . (Si es reactiva, remita a nivel superior para descartar neurosífilis con VDRL en líquido cefalorraquídeo).   | La neurosífilis puede producir alteraciones comportamentales por lo que es necesario identificarla y tratarla específica y oportunamente.  | Médico general. |

|                         |  |   |                 |
|-------------------------|--|---|-----------------|
| 22.                     | Solicite <b>laboratorios adicionales</b> según indicación clínica. ( <b>Glucometría</b> y <b>uroanálisis</b> completo en todos los pacientes, si hay historia de demencia con agitación aguda debe tener y <b>electrolitos</b> , si se dispone, para descartar delirium. En caso de alteración remita a nivel superior).                                   | Las alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas, infecciosas etc. son causa frecuente de delirium y deben tratarse antes de su remisión a psiquiatría. La solicitud de estos y otros paraclínicos deben derivarse del juicio clínico. | Médico general. |
| 23.                     | En todas las mujeres en edad fértil siempre solicite <b>prueba de embarazo</b> .   | El uso de psicofármacos estará restringido en pacientes en embarazo.  | Médico general. |
| 24.                     | En casos donde el paciente se encuentre en zona endémica para paludismo y/o leptospirosis o haya visitado una zona con estas características en los últimos 10 días y/o presente cuadro clínico de la enfermedad realizar prueba de <b>gota gruesa y/o prueba rápida para leptospirosis</b> . (No aplica a todos los casos, se reserva a criterio medico). | En zonas costeras y/o endémicas para paludismo y/o leptospirosis se recomienda realizar estas pruebas según observación clínica y pertinencia de la misma por parte del profesional de salud.   | Médico general. |
| <b>7. MEDICAMENTOS.</b> |  |   |                 |
| 25.                     | Se encuentran los medicamentos <b>Midazolam</b> ampollas de 15 mg/3 ml 3 (tres) unidades, <b>Haloperidol</b> ampollas de 5 mg/1 ml 3 (tres) unidades para manejo de urgencias disponibles en carro de paros o farmacia las 24 horas. (Ver referencia 4)  | Se verificara la existencia de estos medicamentos y su disponibilidad la 24 horas ya sea en el carro de paro o en farmacia.   | Médico general. |

#### REFERENCIAS:

1. Michael H. Allen, M.D., Glenn W. Currier, M.D., M.P.H., Douglas H. Hughes, M.D., Magali Reyes-Harde, M.D., Ph.D., John P. Docherty, M.D., The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Behavioral Emergencies. 2001.
2. Autores colectivos. Guías para el manejo de Urgencias Toxicológicas. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. 2008.
3. Autores colectivos. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Bogotá, Colombia. 2013
4. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. LIATADO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL DE USO HUMANO, IMPORTADOS, FABRICADOS Y DISTRIBUIDOS POR LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA PARTICULAR. 2.014.