

# LINEAMIENTOS PARA LA ATENCION DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD.  
LEY NACIONAL N° 26.657 / CDPD (CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD).

La urgencia en salud mental debe ser asistida en cualquier instancia de la red de servicios con base en la comunidad: Caps, CICs, hospitales generales o instituciones polivalentes y otros ámbitos comunitarios (domicilio, trabajo, escuela, etc.).

## FLUJOGRAMA DE ATENCION:

### 1) Medidas iniciales de cuidado:

- Atención digna, receptiva y humanitaria.
- Atender prontamente para disminuir el sufrimiento de la persona.
- Asegurar una comunicación clara y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Generar un vínculo de confianza con la persona y sus referentes.
- Garantizar condiciones de cuidado: propiciar acompañante sanitario, social, familiar o vincular.

### 2) Evaluación integral del estado de la persona y de la situación:

Aspecto general, examen físico general, estado psíquico global, situación vital (familia, vivienda, trabajo), considerar factores protectores y factores de riesgo.

#### DESCARTAR CUADROS ORGANICOS

### 3) Cuadros o manifestaciones más frecuentes. (Ver Cuadro)

### 4) Estrategias Terapéuticas inmediatas:

#### a) Abordaje psicosocial / psicoterapéutico.

- Invitar a la persona a hablar de lo que le pasa: poder expresarse y ser escuchado suele tener efecto de alivio.
- Evitar confrontar o realizar juicios de valor.
- Considerar la red de apoyo sociofamiliar de la persona y favorecer su participación.
- Incluir las acciones intersectoriales necesarias para lograr una atención integral.
- Intervenir en el contexto de la persona en crisis.

#### MUCHAS URGENCIAS SE RESUELVEN EN ESTA INSTANCIA

#### b) Abordaje psicofarmacológico.

El fin de la medicación es provocar sedación, la supresión sintomática y disminuir el sufrimiento.

Se prioriza la vía oral.

#### EL USO COMBINADO DE HALOPERIDOL Y DE LORAZEPAM ES LA INDICACION MAS ADECUADA PARA ATENDER LA URGENCIA

#### Esquema de referencia:

**Haloperidol:** Comp. 1, 5 y 10 mg / gotas 0.1 mg y 0.5 mg (VO) / amp. 5 mg (IM).

Administración: 2 a 10 mg VO o IM. Dosis máxima: 20 mg. El haloperidol es una medicación segura por requerirse dosis muy elevadas para provocar letalidad.

Niños de 3 a 12 años: 0,01 a 0,03 mg/kg/día VO en dos dosis día. Máximo 0,15 mg/kg/día. Mayores de 12 años: 0,5 a 5 mg dosis. Por vía IM: 0,025 a 0,075 mg/kg/ dosis ó 1 a 5 mg dosis, cada ½ a 1 hora hasta ceder la agitación.

**Lorazepam:** Comp. 1, 2, 2.5 mg (VO) / amp. 4 mg (IM) (requiere cadena de frío).

Dosis de inicio: 2 mg (Vo o IM), máximo 4 a 6 mg en 1.5 hs

- Niños o ancianos: 0.5 a 1 mg (VO o IM), máximo 2 a 4 mg en 1.5 hs.

Pueden repetirse cada 30 a 60 minutos hasta obtener la remisión de excitación de la persona.

Dosis máxima en 24 hs. es de 10 a 15 mg.

Repetir (haloperidol + lorazepam) luego de la primera hora de administrados. De ser necesario, cada 30 minutos hasta la remisión de la agitación.

En caso de no haber Haloperidol, podrá ser reemplazado por antipsicóticos atípicos: Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Zuclopentixol. En caso de no haber Lorazepam, reemplazar por Clonazepam (sublingual o vía oral) o Diazepam.

No se aconseja el uso de antipsicóticos típicos sedativos como Clorpromazina, Levomepromazina y Prometazina (Son bloqueantes alfa adrenérgicos: generan hipotensión, arritmias, etc.).

Si existen antecedentes de tratamientos, tener en cuenta el esquema previo de medicación.

#### c) Sujeción física o mecánica.

- Se realizará cuando no haya sido posible resolver la crisis por medio de intervenciones psicosociales y del uso de psicofarmacos y exista riesgo cierto e inminente.
- Acompañar y evaluar a la persona con persistencia del riesgo cierto inminente, en forma permanente.
- Controlar los signos vitales.
- Al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos.

#### EXPLICAR A LA PERSONA CADA ACTO DEL PROCEDIMIENTO, LA INTENCION DE CUIDAR Y LA TRANSITORIEDAD DE LA MEDIDA

- De ser posible contar con 4-5 personas.
- Es recomendable que alguien coordine el procedimiento.
- Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral hasta sostener las cuatro extremidades así como la cabeza.
- Colocar la cabeza ligeramente incorporada para evitar aspiraciones.
- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

### 5) Plan de tratamiento o Estrategia Terapéutica (ET) y seguimiento:

- a. Puede requerir internación o no según diagnóstico situacional.
- b. Siempre se realizará seguimiento ambulatorio.
- c. Siempre se realizará abordaje con la red socio-familiar.

Para ampliar información, consultar "Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental" (msal).

## CUADROS O MANIFESTACIONES MAS FRECUENTES:

Manifestaciones / Cuadros comunes	Signos y síntomas más habituales	Posibles factores causales	Tratamiento
<b>1. Excitación psicomotriz</b>	Todos o algunos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>● Actividad verbal o motora aumentada o inadecuada, respuesta exagerada a estímulos, inquietud, miedo, ansiedad, agitación, irritabilidad, impulsividad, deambulación constante, auto o heteroagresión.</li><li>● Alteración de las funciones psíquicas: alucinaciones, delirios, alteraciones de la conciencia, del juicio, la memoria. Insomnio.</li></ul> Tener en cuenta los Signos de escalada en la excitación.	<ul style="list-style-type: none"><li>● Orgánico: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, posquirúrgicos.</li><li>● Psicógeno: Descompensación psicótica, crisis maniáca, episodio de ansiedad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico / psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</li><li>● En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li></ul>
<b>2. Inhibición psicomotriz</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Disminución o ausencia de la actividad motora, cognitiva, y/o verbal.</li><li>● Dificultad o desinterés por el entorno y/o por sí mismo y actividades cotidianas.</li><li>● Aislamiento. Retraimiento.</li><li>● Mirada perdida o extraviada.</li><li>● Insomnio, Hipersomnia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Orgánico: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li><li>● Psicógenos: Descompensación psicótica o de cuadros depresivos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico / psicofarmacológico del cuadro de base.</li><li>● En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li></ul>
<b>3. Estados confusionales:</b> <b>A) Síndrome de confusión mental</b> <b>B) Otros estados de alteración de la conciencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Alteración evidente del nivel de la conciencia (tendencia al sueño, obnubilación, estupor).</li><li>● Trastornos cognitivos.</li><li>● Alteración de parámetros vitales.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>● Desorientación temporo-espacial y/o de sí mismo.</li><li>● Disociación, despersonalización.</li><li>● Distorsión de la atención (distracción excesiva, dispersión), de memoria, de percepción, de actividad psicomotora y del sueño.</li><li>● Perplejidad.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Orgánico: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos, etc.</li><li>● Psicógeno: Trauma reciente/Estrés agudo/ Descompensación psicótica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico</li><li>● Tratamiento vinculado al cuadro de base.</li><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico / psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</li></ul>
<b>4. Crisis de ansiedad/ angustia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Sensación desmedida de alerta, inquietud, aprehensión, desamparo, miedos inespecíficos y/o excesivos (a estar o salir solo, a viajar, morir, etc.).</li><li>● Sensaciones subjetivas de dolencias físicas: adormecimiento, hormigueo en manos y piernas, "ahogo", opresión precordial, sensación de muerte inminente o locura.</li><li>● Taquicardia, sudoración, hiperventilación, rigidez corporal, llanto, temblor generalizado, agitación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Psicógenos o reactivos a situaciones vitales.</li><li>● Orgánico: endocrinológicos, cardíacos, tóxico, etc.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico: favorecer la expresión del malestar y del motivo desencadenante.</li><li>● Abordaje psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</li></ul>
<b>5. Estado delirante/ alucinatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Ideas delirantes (creencias falsas sostenidas con certeza irreductible).</li><li>● Alucinaciones auditivas, visuales, cenestésicas, olfativas (percibir voces, imágenes, sensaciones corporales, olores inexistentes).</li><li>● Pensamiento incoherente y/o disgregado.</li><li>● Conducta desorganizada y actitudes extrañas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Orgánico: tóxicos, metabólicos, tumorales, infecciosos, traumáticos.</li><li>● Psicógenos: descompensación psicótica, episodio maniáca o melancólico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Abordaje psicosocial / psicoterapéutico (Tener en cuenta no contradecir los dichos de la persona ni promover o alimentar el delirio).</li><li>● Abordaje psicofarmacológico y/o mecánico, de ser necesario.</li><li>● En caso de causal orgánico tratar cuadro de base.</li></ul>
<b>6. Síndromes relacionados con el uso de psicofarmacos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Síndrome extrapiramidal: distonías agudas, acatisia, parkinsonismo.</li><li>● Síndrome colinérgico agudo: ataxia, sequedad de mucosas, midriasis, confusión, agitación.</li><li>● Síndrome neuroléptico maligno: rigidez muscular, hipertermia, inestabilidad autonómica, aumento de CPK, leucocitosis, cambios a nivel de conciencia.</li><li>● Síndrome serotoninérgico: alteraciones mentales, hiperactividad autonómica y trastornos neuromusculares.</li><li>● Reacción paradójica por Benzodiazepinas: locuacidad, hiperactividad, ansiedad creciente, irritabilidad, taquicardia, sudoración, sueños vívidos, desinhibición sexual.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Uso problemático, abuso o intoxicación, sobredosis, interacción. Idiosincrasia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Interconsulta con clínica médica (eventual requerimiento de terapia intensiva). Tratamiento específico de cada cuadro.</li></ul>
<b>7. Intento de suicidio / autolesión</b>	Ver Lineamientos para la Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes. *		
<b>8. Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias</b>	Ver Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. msal 2011.*		
<b>9. Situaciones de maltrato / abuso sexual</b>	Ver Lineamientos para la Atención Integral de Personas Víctimas de Violaciones Sexuales. msal 2011.*		

\* Las recomendaciones descritas en estos documentos pueden ser adaptadas a la población general.