

# Manejo del traslado involuntario del paciente psiquiátrico en Galicia. A propósito de un caso

Francisco Contreras Martín<sup>1</sup>, Jorge Somoza Digón<sup>1</sup>, Silvia Mourente Díaz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de familia. Médico coordinador de la central de coordinación de urgencias sanitarias de Galicia 061 (CCUS). <sup>2</sup>Médico especialista en neurofisiología clínica. Sanatorio quirúrgico Modelo de A Coruña.

Cad Aten Primaria  
Ano 2010  
Volume 17  
Páx. 264-269

## CASO CLÍNICO

Es sábado y son las 23:34 h. Estando de guardia en la central de coordinación de urgencias sanitarias del 061 de Galicia (CCUS) recibimos una alerta procedente del 112 de Galicia por una persona que llama desde Andalucía.

Un hombre se había puesto en contacto con el servicio de emergencias andaluz 112, desde cuya central pasan la llamada al 112 de Galicia, y éste al 061. El motivo de la alerta es su preocupación por la situación de su pareja, una mujer de 43 años, que vive en la ciudad de A Coruña. El hombre explica que su compañera acaba de llamarle con ánimo depresivo y en un estado de gran nerviosismo, amenazándole con que va terminar con su vida. Nos explica que la paciente está muy agitada verbalmente, siendo la primera vez que ocurre algo parecido.

Resulta evidente el nerviosismo de la persona que llama, sobre todo y así lo expresa, por la distancia que le separa de su pareja y la impotencia que le provoca la imposibilidad de acercarse a socorrerla personalmente. Como único antecedente de interés señala que la mujer está a tratamiento antidepressivo desde hace años.

El alertante nos advierte de que la paciente, que vive en un noveno piso del centro de la ciudad, ha amenazado con tirarse por la ventana en el caso de que alguien (policía, bomberos, médico o ambulancia) se acerque a intentar socorrerla.

En A Coruña, a esa hora, disponemos de los siguientes centros sanitarios (FIGURA 1):

- Complejo hospitalario universitario de A Coruña (CHUAC).
- Punto de atención continuada (PAC).

### Correspondencia

Francisco Contreras Martín  
email: francisco.contreras.martinon@sergas.es

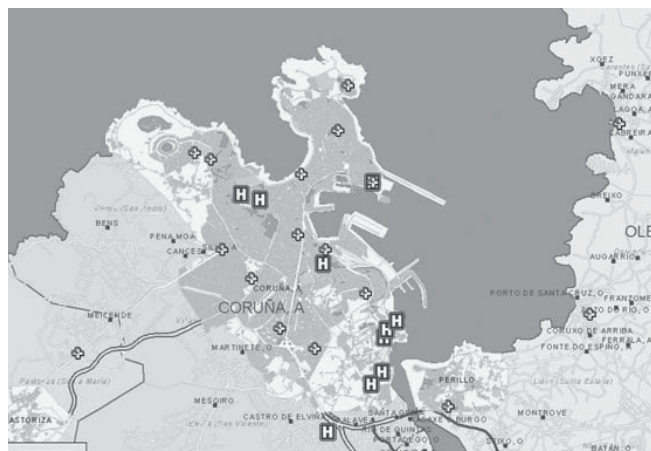


FIGURA 1

Centros sanitarios (hospitales y centros de salud) en la ciudad de A Coruña.

Entre los recursos asistenciales que disponemos en esta ciudad están (FIGURA 2):



FIGURA 2

Recursos asistenciales y medicalizados en la ciudad de A Coruña

- Dos ambulancias medicalizadas (AM-740 y AM-750). La AM-750 está ocupada en una parada cardiorrespiratoria y la AM-740, tam-

bién ocupada, haciendo un retorno al Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol de un paciente sometido a una angioplastia de rescate por un síndrome coronario agudo en la unidad de hemodinámica del CHUAC (PROGALIAM).

- Médico y DUE del PAC de la "Casa del mar" de A Coruña.
- Helicóptero medicalizado (H-3) con base en Santiago, que no está operativo porque el caso ese día fue a las 21:23h.
- Tres ambulancias asistenciales con 2 TES (A-650, A-651, A-652). Las tres están libres.

### ¿Qué le parece más oportuno hacer con esta paciente?

Decidimos movilizar al médico del PAC con una ambulancia asistencial con 2 TES y a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, a través del servicio de emergencias 112-Galicia. Advertimos a los agentes de la policía que valoren la posibilidad de que el personal que acuda al domicilio lo haga sin llevar uniforme, dadas las amenazas de la paciente, de precipitarse por la ventana de su casa si ve autoridades que traten de socorrerla. Hacemos la misma advertencia al médico que se acerca al punto. Tanto la policía como el facultativo aceptan nuestra sugerencia y se acercan al domicilio vestidos de paisano. También se envía a los bomberos ante la posibilidad de que la mujer salte por la ventana.

Todos los miembros del operativo quedan en un lugar cercano al punto y se coordinan para que los primeros que vayan al domicilio sean los agentes de paisano. Éstos consiguen reducir a la paciente y avisan al médico del PAC, que sube inmediatamente para intentar valorarla. La valoración se muestra difícil debido a la escasa colaboración de la mujer y a su gran agitación física. Mientras las agentes la reducen aplicando medidas de contención física, el facultativo decide administrar un ansiolítico. Una vez reducida la ansiedad, consigue realizarle una entrevista clínica, en la que destaca una paciente consciente, desorientada en el tiempo y orientada en espacio y persona. La mujer presenta ánimo subdepresivo, llanto fácil y en la entrevista confirma que no tiene ganas de vivir desde que su pareja se ha trasladado a otra comunidad autónoma. Después de la entrevista, el médico decide su traslado a un centro hospitalario para que sea evaluada por el psiquiatra de guardia del hospital de referencia, quien, tras valorarla, decide el ingreso de la paciente.

### COMENTARIO DEL CASO<sup>1,2</sup>.

La urgencia psiquiátrica se define como un trastorno emocional, del pensamiento o de la conducta que requiere atención inmediata.

En la central de coordinación del 061 de Galicia se atienden pacientes con problemas de salud mental muy diversos. Dos de las situaciones que debemos resolver con frecuencia son: pacientes con agitación psicomotriz y la valoración de pacientes depresivos con ideación suicida. Cualquiera de ellos puede acabar en un traslado involuntario de pacientes "por razón de trastorno psíquico" a su hospital de referencia.

Desde el 061 y en colaboración con el "Programa de saúde mental

do Sergas" se elaboró un protocolo de intervención en urgencias extrahospitalarias en relación con problemas de salud mental (PROGRAMA ACOUGO) entre los que están incluidos el manejo de estas dos situaciones frecuentes en nuestra práctica diaria.

En los casos en los que el paciente se niega a ser trasladado y conocemos la autorización judicial previa para el ingreso del enfermo, la situación se simplifica notablemente, pero no siempre es así.

Cuando cualquier persona presente patología psiquiátrica grave que implique riesgo para el mismo paciente o terceros y el facultativo considere que el paciente es incapaz para decidir, éste puede ser internado "por razón de trastorno psíquico".

El ingreso puede solicitarlo el cónyuge o similar, ascendientes, descendientes, hermanos, etc., sabiendo que cualquier persona puede poner en conocimiento del ministerio fiscal hechos que puedan ser determinantes de internamiento.

El juez de primera instancia es la persona que decide el ingreso.

El procedimiento de ingreso puede ser de dos tipos:

- A) No urgente: el juez lo decide tras una serie de trámites legales.
- B) Urgente: la medida la adopta el médico (psiquiatra del hospital) que lleva a cabo el ingreso urgente. Debe comunicar esta decisión al juez en el plazo máximo de 24 horas. El tribunal, con un máximo de 72 horas desde que tenga conocimiento de la noticia, debe ratificar el ingreso o en caso de denegar la autorización de ingreso, dar inmediatamente el alta hospitalaria al paciente.

### EJECUCIÓN DE INGRESO INVOLUNTARIO<sup>2</sup>:

El juez adoptará su decisión en forma de auto.

En el caso de orden judicial, el facultativo deberá proceder al ingreso del paciente y no le podrá dar el alta mientras no lo autorice el juzgado.

En el caso de autorización judicial se permite a los facultativos decidir el ingreso del paciente en contra de su voluntad. A pesar de la existencia de una autorización judicial, los médicos pueden no llevar a cabo el ingreso si no lo creen indicado. En los ingresos por autorización judicial el médico puede decidir el momento del cese del ingreso, dando de alta al enfermo y comunicándoselo inmediatamente al juzgado competente.

El 24 de Febrero del año 2004 se firmó el "Protocolo xeral sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia" entre la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Justicia, Interior y Administración Local. En este protocolo se consensúa el traslado invo-

luntario del paciente psiquiátrico entre las diferentes administraciones implicadas.

### GUÍA DE ACTUACIÓN<sup>2</sup>:

1. Si conocemos previamente la existencia de una autorización judicial para el ingreso del enfermo, la situación se simplifica notablemente. Se valorará en ese caso la presencia de fuerzas y cuerpos de seguridad del estado.
2. Si no tiene autorización judicial previa, se valorará si el traslado es de carácter urgente.
3. Si no es urgente, se derivará a su médico de cabecera o a su especialista de área.
4. Si el traslado es de carácter urgente, la primera medida que tiene que tomar el médico de urgencias extrahospitalarias que valore al paciente es la contención psíquica (llamar al paciente por su nombre y presentarnos, actuar sin prisas, actitud firme y tranquilizadora, no hablarle en voz alta y agresiva, disminuir en lo posible el número de personas presentes, intentar la comunicación verbal y escuchar al paciente con atención, ayudándolo a expresar sus sentimientos, obviando discusiones baldías, etc.).
5. Si accede al traslado, se realizará. En caso contrario, se intentará la sedación farmacológica voluntaria.
6. Si colabora, será trasladado al hospital.
7. Si no colabora, se procederá a la contención física, para la cual solicitaremos el auxilio de las fuerzas y cuerpos de seguridad (protocolizado por acuerdos institucionalizados).

Una vez el paciente esté sujeto, se administrará tratamiento farmacológico intravenoso (preferentemente) o, si no es posible, intramuscular.

### INMOVILIZACIÓN Y ENTRADA EN DOMICILIO<sup>2</sup>:

Debemos aclarar, que ante la posibilidad de necesitar entrar en el domicilio de un paciente que presenta una urgencia psiquiátrica, el protocolo general en materia de “traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou transtorno mental”, firmado entre la Consellería de Sanidad, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Justicia, Interior y Administración Local, expone en el punto 2 de la cláusula quinta: “Inmovilización y entrada en domicilio”, lo siguiente:

“Cuando para acceder al sujeto afectado y proceder a su traslado, sea preciso entrar en el domicilio o habitación en contra de su voluntad, el FACULTATIVO – a través de Urgencias Sanitarias 061- dará aviso a los cuerpos y fuerzas de seguridad, que evaluarán la situación y procederán a la entrada si aprecian la existencia de peligro inminente para la integridad del paciente, para terceras personas, o para los bienes. Las fuerzas o agentes actuantes notificarán a la autoridad judicial competente de la intervención realizada”.

De cara a Atención Primaria, debemos tener claro que la decisión de

un traslado involuntario para valoración psiquiátrica de un paciente ante una situación de emergencia es del facultativo, que valora la situación in situ, y que cuenta para ello con el apoyo de las fuerzas de seguridad.

### GUÍA DE ACTUACIÓN CON EL PACIENTE QUE SUFRE IDEA-CIÓN SUICIDA<sup>2,3</sup>.

En toda consulta en que encontremos factores de riesgo para la conducta suicida debemos preguntar al paciente si en algún momento pensó en acabar con su vida; sin miedo a ser inductores de algún tipo de conducta e intentando que verbalice su idea suicida.

A partir de ese momento debemos lograr empatizar lo suficiente con el paciente para lograr explorar su grado de intencionalidad y que acepte nuestro ofrecimiento de ayuda a través de una entrevista clínica abierta que le permita la expresión de sus sentimientos.

Los factores de riesgo para la conducta suicida se muestran en la tabla 1. La escala de riesgo suicida se muestra en la tabla 2.

**TABLA 1**

Factores de riesgo para la conducta suicida.

Sexo masculino.
Edad mayor de 45 años.
Historia de abuso de alcohol y drogas.
En paro y jubilado, aislamiento social, inmigración, falta de expectativas, pérdida de categoría profesional.
Soltero/a, viudo/a, divorciado/a, mujeres sin hijos (situación de soledad), pérdida o separación reciente.
Enfermedad psíquica o física grave, diagnóstico reciente, descompensación psicótica actual con alucinaciones auditivas, ideas delirantes de prejuicio, persecución o ruina.
Historia de abuso físico o psíquico tanto actual como pasado.
Intentos autolíticos graves previos.

**TABLA 2**

Escala de riesgo suicida (SAD PERSON).

Sexo	1 punto si varón
Edad	1 punto si pertenece a la tercera edad
Depresión	1 punto en caso afirmativo
Intentos previos	1 punto en caso afirmativo
Abuso de alcohol	1 punto en caso afirmativo
Pérdida de pensamiento racional	1 punto en caso afirmativo
Apoyo social	1 punto en caso afirmativo
Plan organizado	1 punto en caso afirmativo
No compañero/a	1 punto en caso afirmativo
Enfermedad	1 punto en caso afirmativo
PUNTUACIÓN: 0 - 2 puntos: manejo ambulatorio. 3 - 4 puntos: manejo ambulatorio con control. 5 - 6 puntos: ingreso salvo negativa familiar. 7 - 10 puntos: ingreso.	

### ACTITUD QUE DEBEMOS SEGUIR<sup>2,3,4</sup>:

INTERROGATORIO	OBSERVACIÓN
¿Cuál cree que es la causa de esta situación?	Las pérdidas recientes, la desesperanza, la soledad, el desempleo sin expectativas de resolución...son factores de riesgo importantes para la conducta suicida.
¿Cuál es su situación laboral actual?	Es tan importante la situación de desempleo reciente sin expectativas o de larga duración como la disminución de categoría profesional o de acoso laboral (mobbing) con gran implicación emocional.
¿Está ahora acompañado?	Aumenta el riesgo si el paciente se encuentra aislado sin posibilidades de ayuda de manera rápida porque indica un mayor grado de intencionalidad.
¿Consumió alcohol y/o drogas?	Al disminuir el autocontrol aumenta el riesgo de suicidio.
¿Tiene alguna enfermedad que le preocupe actualmente? ¿Diagnosticada recientemente? ¿Toma algún tratamiento? ¿Sufre dolor intenso que le incapacita para sus actividades de la vida diaria?	La patología orgánica o psíquica grave es un importante factor de riesgo, así como el diagnóstico reciente de enfermedad grave invalidante.
¿Qué piensa hacer en un futuro próximo?	Valorar la existencia de planes y expectativas que puedan indicar por un lado bajo riesgo y por otro permitan tener argumentos de disuasión.
¿Pensó en morir en algún momento de su vida?	Si el paciente lo niega pero detectamos factores de riesgo de suicidio o poca convicción en la respuesta, debemos continuar con la entrevista, intentando que durante la misma verbalice las posibles ideas de suicidio.
¿Pensó en cómo llevarlo a cabo?	Mayor riesgo en pacientes con ideas persistentes, que pensaron en mecanismos de alta letalidad (ahorcamiento, precipitación...).
¿Usa, colecciona o guarda en casa algún tipo de arma? ¿Tiene acceso a venenos, tranquilizantes, antidepresivos, drogas...?	A mayor facilidad de acceso, mayor es el peligro.
¿Escuchó voces que otras personas no pueden oír? ¿Le piden que acabe con su vida?	Sospechando descompensación psicótica o cuadro delirante.
¿Alguna vez intentó suicidarse? ¿Hay antecedentes en su familia o en su medio de conducta suicida?	Interrogar sobre el número de intentos, métodos empleados y consecuencias. Aumenta el riesgo en intentos graves propios o del entorno próximo.

### TIPOS DE RESPUESTA DESDE LA CCUS<sup>2</sup>

RESPUESTA	SINTOMATOLOGÍA
Derivación al centro de urgencias de AP.	Paciente con riesgo leve.
Visita domiciliaria.	Pacientes con riesgo leve que no aceptan derivación.
Emergencia (médico AP + ambulancia 061 + fuerzas de seguridad)	Paciente con riesgo moderado-grave* o intento autolítico consumado.

\*Riesgo moderado-grave:

- Patología orgánica y/o psiquiátrica grave.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Manifestación explícita de desesperanza, percepción de no poder ser ayudado ni poder luchar contra los problemas.
- Ideas recurrentes de suicidio, planificación exhaustiva con acceso al mecanismo de lesión de alta mortalidad y sin posibilidad de rescate.
- Conductas autolíticas graves recientes.

Debemos valorar de manera especial la triada:

- Manifestación explícita de desesperanza.
- Percepción de no poder ser ayudado.
- Incapacidad percibida para luchar contra los problemas.

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN URGENTE AL PSIQUIATRA<sup>2</sup>:

Tentativa de suicidio seria.
Alta letalidad del plan suicida.
Conductas autolíticas graves recientes.
Trastorno psicótico.
Depresión severa.
Incremento en la seriedad del pensamiento suicida.
Circunstancias sociofamiliares de alto riesgo: soledad...

### RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTE CON AGITACIÓN PSICOMOTRIZ<sup>2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10</sup>

La agitación es un aumento de la actividad psicomotriz de forma mantenida y de intensidad variable, que suele acompañarse de intensa ansiedad, actos impulsivos y, en ocasiones, conductas agresivas.

La agitación psicomotriz puede tener una etiología orgánica. Es muy importante descartarla en primer lugar, pues en ocasiones puede comprometer la vida del paciente y sólo su resolución puede finalizar la agitación (hipoglucemia, alteraciones hidroelectrolíticas o gasométricas, epilepsias temporales, patología intracraneal...). En la tabla 3 podemos ver el diagnóstico diferencial de las posibles causas del paciente agitado.

En el medio extrahospitalario lo prioritario será conseguir una sedación rápida del paciente para reducir precozmente la situación de emergencia, aunque se debe anteponer el diagnóstico a cualquier tratamiento sintomático de la agitación psicomotriz. El tratamiento farmacológico de elección es:

- a) BENZODIAZEPINAS: es básico tener en cuenta sus posibles efectos adversos, tales como sedación excesiva, desinhibición paradjica y depresión respiratoria. Las benzodiazepinas están contraindicadas en miastenia gravis, insuficiencia respiratoria severa e insuficiencia hepática grave. Se empleará la vía IV o IM para la

sedación inmediata (teniendo siempre a mano flumaceniolo para neutralizar efectos adversos graves).

b) NEUROLÉPTICOS: reducen la sintomatología delirante o alucinatoria psicótica, esquizofrenia y trastorno bipolar. También indicados en pacientes con problemas respiratorios. Es importante no confundir secundarismos de los neurolépticos con un empeoramiento del cuadro e incrementar la dosis.

TABLA 3

Escala de riesgo suicida (SAD PERSON).

	Tipo de agitación			
	Orgánica	Psiquiátrica psicótica	Psiquiátrica no psicótica	Mixta
Antecedentes psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Frecuentes	Posibles
Antecedentes de ingresos psiquiátricos	Menos frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes	Posibles
Consumo de tóxicos	Menos frecuentes	Posible	Menos frecuentes	Frecuente
Nivel de conciencia	Bajo nivel de alerta	No afectada	No afectada	Posible
Orientación	Desorientación	No afectada	No afectada	Posible desorientación
Curso	Fluctuante			
Empeoramiento nocturno	No fluctuante	No fluctuante	Puede fluctuar	
Ideas delirantes	Delirio ocupacional	Perjuicio-megalomanía	Ausentes	Posibles
Alucinaciones	Visuales	Auditivas	Ausentes	Posibles
Afectividad	No afectada	Hostilidad o indiferencia	Temor o angustia	Posible afectación
Focalidad y signos físicos	Presentes	Raros	Posibles	Posibles
Pruebas complementarias	Alteradas	Normales	Normales	Pueden estar alteradas

- Midazolam (dormicum®): tiene las siguientes presentaciones: ampolla de 5 ml = 5 mg (1 ml = 1 mg) y ampolla de 3 ml = 15 mg (1 ml = 5 mg). Mezclando 1 ampolla (3 ml/15 mg) + 12 ml de suero fisiológico (SF) se consigue una proporción (1 ml/mg).  
IM/EV: = 0,05 - 0, 1 mg/Kg. Así, para una persona de 70 Kg de peso, la dosis sería 3,5-3,7 mg (3,5 - 7 ml).

- Diacepam: (cps 5 - 10 mg, ampollas 2 ml = 10 mg). Recomendado VO/SL 5 - 10 mg/30 minutos. Máximo 40 mg. EV, diluir 2 ml + 8 ml SF, así se obtiene una proporción (1 ml = 1 mg). Se recomienda infusión lenta: 2 ml/min. En la vía IM la absorción es menos errática en el deltoides (IM profunda) que si se administra en el glúteo, debido a que se evita el tejido adiposo y a la mayor vascularización de la zona.

Otras opciones, dentro de las benzodiazepinas son:

- Lorazepam (Orfidal®): 2 - 5 mg al día vo.
- Alprazolam (Trankimazin): 0,25 - 2 mg vo.
- Cloracepato dipotásico (Tranxilium®): 5 - 50 mg vo máximo 200 mg al día. En caso im o iv: 20 - 100 mg.
- Clometiazol (Distraneurine®): 2 - 4 comprimidos cada 8 horas.

- Neurolépticos sedantes: cuando predomina la agitación sobre los síntomas psicóticos. También en pacientes con adicción a opiáceos, BZD, alcohol(d).

- Clorpromazina (largactil®): (1 ampolla 5 ml/25 mg) 1 - 2 amp/2 - 4 h IM máximo 150 mg/24 horas.

- Levoprometacina (sinogan®): (1 ampolla 1 ml/25 mg) 1 - 2 ampollas IM, máximo 200 mg/24 horas.

Hay que tener muy en cuenta los posibles efectos adversos tanto de la clorpromazina como de la levoprometazina (importante poder sedante acompañado de efectos hipotensores y anticolinérgicos).

- Neurolépticos incisivos: predomina la sintomatología psicótica sobre la agitación y en pacientes seniles (d).

- Haloperidol (ampollas de 1 ml = 5 mg) IM/IV; 1 - 2 ampollas y repetir cada 30 minutos, máximo 4 ampollas en 6 horas.

El principal efecto secundario es el extrapiramidalismo, pudiendo aparecer también una depresión respiratoria, aunque es menos probable. Si aparecen efectos extrapiramidales, administrar biperideno 1 ampolla IM.

En agitaciones extremas podemos recurrir a un cóctel lítico IM clorpromazina o levoprometacina 1 - 2 ampollas IM + haloperidol 1 - 2 amp IM + akineton 1 ampolla IM.

- Tiapride (tiaprizal®): (ampollas de 2 ml = 100 mg) pacientes seniles y con problemas respiratorios IV 2 - 3 ampollas/4 - 6 horas. Hay que tener en cuenta que está contraindicado en alergia a benzamidas (p. e.: sulpirida, amisulprida, metoclopramida), tumores dependientes de prolactina (Ca mama, prolactinoma), y con uso concomitante de fármacos susceptibles de inducir una Torsade de Pointes, tales como quinidina, disopiramide, sotalol....

Otras opciones terapéuticas interesantes, no siempre disponibles en Atención Primaria son:

- Risperidona (Risperdal®): 0,5 - 2 mg al día vo en 1 ó 2 tomas. Se debe utilizar con precaución en pacientes con demencia por el aumento de accidentes isquémicos en mayores de 65 años.
- Olanzapina (Zyprexa®): 10 mg vo o im. Puede repetirse a las



2 horas (máximo 30 mg al día). Contraindicado en la agitación asociada a la demencia por el aumento de mortalidad asociado a su uso.

- Ziprasidona (Zeldox®): 40 mg vo cada 12 horas o 10 - 20 mg im que se puede repetir a las 2 horas (máximo 40 mg al día).

#### SITUACIONES ESPECIALES:

- Pacientes orgánicos seniles: las dosis de neurolépticos deben reducirse a la mitad.
- Agitación en el paciente alcohólico: elegir una pauta de entre las siguientes:
  - Tiapride (tiaprizal®): (ampollas 2 ml 100 mg) IM/EV 1 - 2 ampollas / 6 - 12 horas.
  - Diacepam: cps 5 - 10 mg. (Ampollas 2 ml = 10 mg): VO/SL (5 - 10 mg) cada 30 minutos, máximo 40 mg. EV 2 ml + 8 ml SF (1 ml/mg) perfusión 2 ml/min, dosis total 20 mg = 20 ml.
  - Midazolam (dormicum®): ampolla 5 ml = 5 mg (1 ml = 1 mg), ampolla 3 ml = 15 mg (1 ml = 5 mg). 1 ampolla (3 ml/15 mg) + 12 ml SF (1 ml/1 mg) IM/EV: 0,05 - 0,01 mg/Kg EV (3,5 - 7 ml - 70 Kg).
- En la agitación de la demencia por cuerpos de Lewi, el uso de neurolépticos puede empeorar la misma.
- En estados de agitación relacionados con el consumo de tóxicos los neurolépticos, y en especial el haloperidol, disminuye el umbral convulsivo.
- En la epilepsia u otros procesos intracraneales se deben utilizar

benzodiazepinas por el riesgo de disminuir el umbral convulsivo con neurolépticos.

- En los casos de demencia avanzada o delirium, deben evitarse las benzodiazepinas por disminuir el nivel de conciencia y la posibilidad de empeorar el cuadro, siendo de elección los neurolépticos.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Herrán A, Vázquez-Barquero JL. Urgencias, crisis y violencia en atención primaria. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid: Aula Médica; 1998. p. 541.
2. Procedimiento ACOUGO. Protocolo de intervención en urgencias extrahospitalarias 061. Xunta de Galicia. 2005.
3. Paterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSON scale. *Psychosomatics*. 1983; 24(4):343-9.
4. Fernández-Obanza Windscheid E, Pérez Tenreiro M, Calvo López R, Mayán Conesa P, Bembibre Vázquez. ABCDE en urgencias extrahospitalarias. Ferrol; 2007.
5. Moratal Margarit R. Procedimientos en emergencias extrahospitalarias. Ed. Arán. Madrid, 2007.
6. Fuentes Vígil, J et al. Aprendiendo a ser empático. En: Formación médica continuada. Ed. Doyma. Vol 7, núm 8, Octubre, 2000.
7. Pérez Blanco, J; Pérez Solá, V; Ansiedad. Crisis de ansiedad. En Lloret, J et al; Protocolos terapéuticos de Urgencias Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 3ª edición. 1997.
8. Barranza Díaz E et al. Psicosis; Capítulo 48; En Guzmán Delgado, CC et al; Manual de urgencias Médico Quirúrgicas; McGraw-Hill Interamericana; México 1998.
9. Sánchez Alonso S. Protocolo diagnóstico y terapéutico del enfermo agitado. *Medicine* 2007;9(84):5440-5442.
10. Rodríguez Martín. Protocolo de evaluación clínica y tratamiento del paciente agitado. *Medicine* 2007;9(87):5631-5634.