



Salud en Tabasco

ISSN: 1405-2091

revista@saludtab.gob.mx

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco
México

Morlet-Barjau, Arturo; Ortiz-Maldonado, Ernesto; Moscoso-López, Manuel
Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital General
Salud en Tabasco, vol. 14, núm. 3, septiembre-diciembre, 2008, pp. 792-806
Secretaría de Salud del Estado de Tabasco
Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711373005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital General

Arturo Morlet-Barjau^(1,2,3,6) Ernesto Ortiz-Maldonado^(3,4,7) Manuel Moscoso-López^(3,5)

morletbarjau@gmail.com

RESUMEN

Las psicosis son situaciones clínicas prevalentes tanto en los servicios de hospitalización como en urgencias. Es importante que los médicos estén familiarizados con los datos clínicos y el manejo farmacológico para evitar con ello complicaciones posteriores. Aunque los problemas psicóticos son situaciones clínicas difíciles que muchos médicos intentan evitar, es importante conocer los aspectos generales y prácticos del abordaje de estos pacientes. Esta revisión práctica de la literatura intenta proporcionar lineamientos básicos para la identificación y tratamiento de emergencia de los cuadros psicóticos que se presentan en un servicio de urgencias de un Hospital General.

Palabras claves: *Psicosis, hospital general, comorbilidades, servicio de urgencias, depresión.*

SUMMARY

Psychosis are a very prevalent clinical conditions in medical inpatients as well as in the emergency department in Psychiatric and General Hospitals; For that reason it is very important that other medical doctors were familiarized with the clinical manifestations and pharmacological management in order to prevent subsequent complications. Although psychotic problems are very difficult clinical situations that many doctors try to avoid, it is very important to know general and practical issues when treating these patients.

This practical review of the literature tries to provide the basic guidelines to identify and treat de psychotic states that presents in an emergency service in a General Hospital.

Palabras claves: *psychosis, general hospital, emergency service, depression.*

INTRODUCCIÓN

Los problemas psicóticos que se presentan en los hospitales generales son condiciones clínicas frecuentes que afectan tanto a los pacientes como a los familiares y al entorno hospitalario. En nuestro país, como en otros en vías de desarrollo, existe una especial tolerancia y resistencia para solicitar atención psiquiátrica cuando se presentan episodios psicóticos en algún miembro de la familia o comunidad, aún cuando otro especialista ha descartado otras causas asociadas e intenta enviar al paciente para su evaluación. Una de las situaciones desafortunadas por sus consecuencias, y que anima a algunas familias a solicitar ayuda psiquiátrica, es la presencia de agitación o violencia. Lo escrito anteriormente justifica plenamente la importancia de la educación a la población y personal relacionados con la salud, sobre la importancia de la evaluación temprana de todos aquellos pacientes que muestren evidencias de algún problema relacionado con la salud mental.

Existen pocos estudios que consideren el diseño de lineamientos para abordar y tratar a los pacientes psicóticos en los servicios de urgencias, especialmente por lo complicado de esta situación y por el riesgo que implica proporcionar tratamiento cuando se acompañan de alteraciones conductuales. El número de situaciones clínicas psiquiátricas que se presentan en los hospitales se ha duplicado en los últimos 30 años incluyendo los trastornos psicóticos¹ y se estima que aproximadamente el 6% de todas las admisiones a los servicios de urgencias en los Estados Unidos están relacionadas con problemas conductuales con síntomas psicóticos, en su mayoría relacionadas con causas médicas.^{2,3,4}

Es muy importante la identificación y tratamiento adecuados de los problemas psicóticos en los hospitales generales en

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente," México, D.F.

⁽²⁾ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán," México D.F.

⁽³⁾ Hospital Ángeles de Villahermosa, Tabasco

⁽⁴⁾ Hospital General Gustavo A. Rovirosa Pérez. Villahermosa, Tabasco

⁽⁵⁾ Neurociencias México, Villahermosa, Tabasco

⁽⁶⁾ Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

⁽⁷⁾ Centro Médico ISSET "Dr. Julián Manzur Ocaña," Villahermosa, Tabasco

vista de lo que representa para el pronóstico y bienestar del paciente así como el entorno familiar y social.⁵ En general, la intervención de urgencias en un paciente que se presenta con síntomas psicóticos está fundamentada en el control inmediato en vista de la brevedad del tiempo para la toma de decisiones, lo cual hace difícil la obtención de información así como la exploración física y neurológica para descartar causas relacionadas.^{6,7,8} Sin embargo, la evaluación psiquiátrica inmediata es de vital importancia ya que la admisión o referencia del servicio de urgencias puede traer consecuencias devastadoras en vista de la posibilidad de que se presenten, en cualquier momento, conductas violentas que pueden poner el peligro tanto al paciente como al personal de salud.⁹⁻¹⁴

Debe señalarse que no existen políticas claras, en la mayoría de los países, sobre la utilización en pacientes psicóticos o agitados de medidas de restricción física, química (psicofármacos) o referencia a un centro psiquiátrico; en la mayoría de los casos se toman decisiones por criterio médico que puede variar considerablemente de uno a otro especialista.¹⁵ Es evidente que debería ser el Psiquiatra quien adiestre al resto de los especialistas para la toma de decisiones al tratar a un paciente psicótico con o sin problemas conductuales como la agitación.

Aspectos generales de las psicosis

La psicosis es una alteración del estado mental que se extiende al pensamiento, respuestas afectivas, reconocimiento de la realidad y comunicación con los demás que se presenta con mucha frecuencia en los servicios de urgencias de los hospitales generales. Las características principales de las psicosis son las siguientes:

- a) Una prueba de realidad alterada; aunque al paciente se le confronte con una realidad comprobable, no logra discernir entre lo que es real y lo que no lo es.
- b) La presencia de ideas delirantes; falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa; esta creencia no está aceptada por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto.
- c) Alucinaciones; la percepción de estímulos auditivos, visuales, táctiles u olfatorios en ausencia de una fuente real de estos.
- d) Ilusiones; la percepción distorsionada de los estímulos cuya fuente es real, como percibir una silla como una persona.

Además de lo anterior, se puede observar desconfianza, ansiedad y agresividad física o verbal. Si el paciente presenta alucinaciones, sobre todo si estas son de tipo auditivo, pueden observarse soliloquios (habla solo, generalmente contestando voces) ó si las alucinaciones son de tipo visual

puede presentar actitud alucinada. La catatonia es un síndrome raro y se caracteriza principalmente por la presencia de mutismo (lenguaje pausado o ausencia de respuestas), negativismo (resistencia a las instrucciones o incluso resistencia activa a ser movido), catalepsia o flexibilidad cérea (permanencia en una posición aunque sea incómoda durante mucho tiempo o permanencia en la posición que se le acomode), estupor (marcada falta de reactividad al medio ambiente a pesar de que exista estado de vigilia adecuado comprobado incluso mediante electroencefalografía).¹⁶ Los principales signos y síntomas de las psicosis se resumen en el cuadro 1.

CUADRO 1. Síntomas y signos clínicos de la psicosis.^{17,18,19}

<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la prueba de realidad • Ideas delirantes • Alucinaciones • Ilusiones <p>Puede existir, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Susplicacia • Agitación psicomotriz * • Ansiedad • Agresividad • Actitud alucinada • Catatonia

*La agitación psicomotriz clínicamente significativa puede definirse como una agresión verbal o física anormal, conductas motoras propositivas para la agresión acompañadas en ocasiones de una alteración importante en el funcionamiento del paciente.²⁰

Motivo de consulta del paciente psicótico en urgencias

Prácticamente cualquiera de las alteraciones psicopatológicas que se conocen pueden ser motivo de consulta: desde la sintomatología clínica principal del cuadro, especialmente alteraciones del pensamiento (delirios) o de la sensorpercepción (alucinaciones) hasta alteraciones afectivas, agitación o inhibición psicomotriz, auto y/o heteroagresividad o efectos secundarios que involucran el sistema nervioso y que se atribuyen a la medicación.²¹ Es frecuente que el paciente se presente al servicio de urgencias acompañado de algún familiar que ha sido testigo de las conductas disruptivas o inclusive por autoridades de seguridad pública o privada; cuando el paciente se presenta con un familiar y existe la oportunidad, es conveniente incluir en el interrogatorio antecedentes familiares de trastornos mentales.²²⁻²⁵

Historia clínica y exploración física

Antes de iniciar cualquier maniobra física o farmacológica en un paciente psicótico se debe de realizar, de ser posible, una exploración física y neurológica que permita la situación clínica, así como preguntas relevantes para el diagnóstico diferencial.^{26,27} Si el paciente se encuentra muy agitado y no coopera, entonces se debe sedarlo considerando la situación clínica del paciente así como sus parámetros farmacocinéticos y farmacodinámicos. Es importante contar con la presencia de algún familiar o persona que conozca al paciente lo mejor posible con el objetivo de obtener mayor información e inclusive ayudar en ciertos casos a tranquilizar al paciente.

Exámen neurológico en el paciente psicótico

El objetivo principal del examen neurológico, cuando es posible realizarse en el paciente psicótico, es la localización de alguna lesión o disfunción relacionada con el cuadro clínico. El examen del estado mental realizado por el neurológico y el psiquiatra comparten datos como el nivel de conciencia, orientación, memoria, funciones mentales superiores, cálculo y lenguaje. El nivel de conciencia en toda admisión a los servicios de urgencias debe registrarse en todos los casos, en vista de que este parámetro proporciona un estado basal. La escala de coma de Glasgow²⁸ es fácil de usar y es aceptada por la mayoría de los países. (Cuadro 2)

CUADRO 2. Escala de coma de Glasgow (Teasdale and Jennett, 1974).

Item	Respuesta del paciente	Puntos
Apertura del ocular	Espontánea	4
	A ordenes verbales	3
	Al dolor	2
	Sin respuesta	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Conversación confusa	4
Respuesta motora	Palabras inapropiadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Ninguna	1
	Obedece comandos	6
	Localiza el dolor	5
	Retiro al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extiende al dolor	2
	Ninguna	1

El lenguaje es otra área importante para evaluar de manera basal en vista de que los síntomas no pueden ser comunicados con certeza sin él. La disfasia, ya sea receptiva o expresiva es un signo clave de localización; sin embargo, es importante establecer si el paciente es diestro (aproximadamente el 85%) o zurdo ya que esto permite

CUADRO 3. Se le da instrucciones al paciente para haga lo siguiente:

1. Parase con los pies juntos.
2. Cerrar los ojos.
3. Abrir los ojos y caminar en línea recta hacia delante y hacia atrás.
4. Caminar con la punta de los pies y talones.
5. Brazos hacia delante con las palmas de las manos hacia arriba.
6. Sostener esta posición por uno segundos.
7. Cerrar los ojos, tocar la nariz con la punta del dedo índice que el examinador ha tocado ligeramente. Posteriormente tocar la nariz con la punta del dedo medio que el examinador ha tocado ligeramente.
8. Simule tocar el piano con los brazos hacia delante.
9. Toque repetidamente la región posterior de cada mano con la palma opuesta.
10. Mientras observa al examinador, cierre fuerte los ojos.
11. Sonría ampliamente.
12. Saque la lengua.
13. Mueva la lengua de un lado a otro.
14. Mire al examinador mientras mueve un dedo en cada cuadrante a la izquierda y derecha y posteriormente en el cuadrante derecho e izquierdo al mismo tiempo; el paciente debe apuntar hacia el dedo que se mueve.
15. Siga el dedo del examinador con la cabeza mirando hacia delante: el dedo debe moverse a través de la línea media hacia el hombro a lo ancho de cada lado y luego de arriba abajo; esto debe repetirse del lado opuesto.
16. Siéntese en la mesa de exploración mientras el examinador revisa los reflejos.
17. Permita al examinador revisar el fondo de ojo con un oftalmoscopio.

determinar la dominancia cerebral. Los neurolépticos convencionales pueden causar disartria, así como los anticonvulsivantes a dosis altas. Las enfermedades cerebrovasculares, esclerosis múltiple, las enfermedades cerebelosas y la disquinesia tardía pueden también estar asociadas con la disartria. El examen neurológico completo, que lleva aproximadamente unos 40 minutos, no es siempre factible en algunas situaciones clínicas aunque importante e ideal. Existe la alternativa de realizar un examen neurológico breve^{29,30} como se muestra en el cuadro 3.

Si la exploración física y neurológica resulta normal, es probable que la causa de la psicosis sea de índole psiquiátrica. Aún así, se recomienda realizar algunos exámenes de laboratorio y gabinete para obtener mayor certeza diagnóstica como se indica en el cuadro 4.

Entre los aspectos útiles de interrogar se encuentran:^{24,25,31,32,33}

1. La presencia de episodios previos similares.
2. Antecedentes de consumo de sustancias.
3. Factores desencadenantes.
4. Tiempo de evolución del cuadro y fluctuación durante el día.
5. Conducta extraña o bizarra previa al inicio de la psicosis; si el paciente tiene historia de ser aislado, retraído, podemos orientarnos más hacia el espectro de la esquizofrenia.
6. Antecedentes familiares de esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión o demencia.
7. Retiro abrupto de medicamentos psicotrópicos.

Es muy importante determinar si el paciente tiene ideas delirantes de daño o persecución o si presenta alucinaciones amenazantes, ya que esto puede incrementar la ansiedad y volverse más agresivo. Asimismo deben considerarse la presencia de ideas o planes suicidas u homicidas para evitar que el paciente se lesione, consuma un acto suicida o dañe a los demás.

I.-Descripción general

- A.-Aspecto
- B.-Conducta y actividad psicomotriz
- C.-Actitud hacia el entrevistador

II.-Animo y afecto

III.-Discurso

IV.-Alteraciones perceptuales

V.-Pensamiento

- A.-Proceso y forma
- B.-Contenido

VI.-Sensorio y cognición

- A.-Alerta y nivel de conciencia
- B.-Orientación
- C.-Memoria
- D.-Concentración y atención
- E.-Capacidad de leer y escribir
- F.-Habilidad visoespacial
- G.-Pensamiento abstracto
- H.-Inteligencia

VII.-Control de impulsos

VIII.-Juicio y advertencia de enfermedad

IX.-Veracidad de la información.

CUADRO 4. Exámenes de laboratorio recomendados en un paciente con psicosis aguda*

<p>Electrolitos séricos Química sanguínea (creatinina, BUN y glucosa) Calcio sérico Transaminasa glutámico-oxaloacética sérica, bilirrubinas y fosfatasa alcalina Niveles de tiroxina (T4) libre y hormona estimulante de tiroides Biometría hemática con volumen corpuscular medio (VCM) Examen general de orina Tamizaje para drogas en orina Tomografía axial computarizada Imagen de resonancia magnética Electroencefalografía</p>

* Algunos de estos estudios bajo consideración del clínico.

El delirium en los Hospitales Generales

En la atención de los procesos psicóticos en los servicios de urgencias es importante siempre considerar el diagnóstico de delirium ya que es una condición frecuente en pacientes previamente hospitalizados. En los servicios de urgencias de los Hospitales Generales se han reportado frecuencias hasta del 30%^{34,35} y del 10 al 60% en pacientes quirúrgicos.³⁶ El delirium es una alteración global de las funciones cognitivas que se desarrollan generalmente en un breve período y se caracterizan por alteraciones en la atención asociadas con cambios en el nivel de conciencia acompañados de pensamiento desorganizado y curso fluctuante. A diferencia del coma generalmente se conservan los procesos de conciencia. El delirium con frecuencia aparece después de estados comatosos asociado a los mismos tipos de alteraciones sistémicas metabólicas o fisiológicas y se ha relacionado a la disfunción de diversas zonas cerebrales como las estructuras frontales, parietales derechas y ganglios basales.³³ Es importante insistir en que el delirium es una condición frecuente, que puede iniciar de forma súbita y esto condicione la asistencia para evaluación en un servicio de urgencias. Finalmente la etiología de este problema es multifactorial en la mayoría de los casos y puede ser el resultado de muchas condiciones médicas y psiquiátricas.

Como ha sido descrito ampliamente en la literatura internacional el manejo del delirium incluye especialmente 3 puntos a saber:

- a) Estabilizar o corregir si es posible la causa médica o factores relacionados como el retiro de medicamentos con efectos anticolinérgicos importantes, especialmente en ancianos.
- b) La intervención ambiental (regular el sueño, reducción del ruido, terapia física y medidas generales)
- c) La intervención farmacológica (especialmente uso de antipsicóticos y benzodiazepinas).

El antipsicótico más empleado hasta la fecha es el Haloperidol³⁷ con buenos resultados; sin embargo, cada día se realizan nuevos estudios con antipsicóticos atípicos como la Olanzapina³⁸ o la Ziprazidona^{39,40} con una efectividad similar pero mejor tolerancia en vista de la baja posibilidad de ocasionar síntomas extrapiramidales. La Ziprazidona tiene la ventaja de no ocasionar efectos metabólicos a largo plazo en comparación con otros antipsicóticos atípicos como la Olanzapina, Quetiapina y Risperidona, sin embargo, no debe indicarse en pacientes con alteraciones electrocardiográficas previas en el segmento QTc.^{41,42} Las benzodiazepinas pueden ser útiles para tratar o prevenir el delirium asociado con abstinencia al alcohol o tranquilizantes, sin embargo, en otros tipos de delirium, estos agentes se han asociado con

exacerbación o prolongación de los síntomas. (cuadro 5)

Información esencial para el paciente y la familia

1. La agitación y las conductas extrañas pueden ser síntomas de un trastorno mental que puede o no ser breve.
2. Los episodios agudos pueden tener buen pronóstico y es importante permanecer positivos a la efectividad de los tratamientos.
3. Durante los padecimientos de curso crónico es difícil predecir los episodios agudos.
4. Entre más pronto se identifiquen y traten los episodios psicóticos se puede mejorar el pronóstico.
5. Informe a los familiares acerca de la importancia de los medicamentos, como funcionan y los posibles efectos secundarios.
6. Advierta que el tratamiento puede ser necesario por algunas semanas o meses después de que el episodio se ha resuelto y que en algunos casos se administra de manera prolongada.
7. En niños y adolescentes se debe aclarar que los síntomas psicóticos no ocurren por culpa de alguien en especial y no están relacionados con la manera como se ha ejercido la paternidad.

Abordaje terapéutico del paciente psicótico**Medidas generales**

El paciente psicótico generalmente está muy alerta del entorno y es sensible a los comentarios y acciones de otras personas. Por lo anterior, se recomienda lo siguiente:

1. Observar la seguridad del paciente y personal; es conveniente en muchos casos que los familiares y los amigos estén disponibles.
2. Tome en cuenta las necesidades básicas del paciente, por ejemplo ofrezca agua o comida si es posible.
3. Evite el exceso de estímulos y estrés, ofrezca un lugar tranquilo de preferencia.
4. No discuta acerca de las ideas psicóticas del paciente, puede usted no estar de acuerdo con las creencias del paciente pero no trate de refutarlas o sugerirle que está equivocado.
5. Evite confrontarlo o criticarlo a menos que sea necesario para prevenir daños o conductas disruptivas.
6. Si existen conductas violentas importantes considere la restricción física, el uso de

- medicamentos y el traslado a un hospital cerrado para su atención posterior lo más pronto posible.
7. Si el paciente refiere ideas suicidas vigile su estado continuamente de manera estrecha y retire cualquier objeto peligroso. Refiera al paciente a un hospital psiquiátrico con hoja de datos clínicos, procedimientos o medicamentos administrados y situación clínica de peligro por riesgo suicida.
 8. Acompañe al paciente durante el traslado siempre con vigilancia estrecha.
 9. En pacientes muy violentos puede ser necesario el apoyo de personal de seguridad, manténgalos cerca en caso de que los necesite.
 10. Si el paciente requiere tratamiento farmacológico de urgencia y se niega a esta intervención considere la autorización de un familiar o consulte las políticas legales de intervención de urgencias de su hospital.⁴⁴
 11. Es importante ofrecer apoyo psicológico a los familiares y personas relacionadas con el cuidado del paciente así como los lugares de referencia apropiados para el caso.

Medidas específicas en el abordaje del paciente psicótico

- 1) Hacer comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro pero de volumen moderado y pausado.
- 2) Guardar una distancia mínima de un metro durante la entrevista y contar con una salida cercana.
- 3) Evitar el exceso de estímulos (de preferencia en un lugar tranquilo).
- 4) Poner límites claros y observar su reacción emocional.
- 5) Explicar con claridad al paciente y al familiar cada procedimiento.
- 6) Evite dar la espalda o mirarlo fijamente a los ojos.
- 7) Solicitar ayuda en caso de ser necesario.
- 8) Vigilar constantemente al paciente.

Como ya se mencionó, de ser posible, se debe aplazar el tratamiento farmacológico hasta tener una impresión diagnóstica. Sin embargo, si el paciente se encuentra agitado o agresivo, debe aplicarse un sedante o inmovilizarlo mediante vendas especiales. Es importante explicarles al paciente y al familiar la razón de este procedimiento.

Tratamiento farmacológico

Generalmente se utilizan benzodiazepinas o antipsicóticos de corta duración, como el haloperidol como primera elección para el tratamiento agudo.^{45,46} Aunque los antipsicóticos

típicos se usan con frecuencia, los efectos anticolinérgicos pueden modificar las características de las psicosis especialmente en pacientes de edad avanzada.

Si el paciente se encuentra tranquilo y cooperador, se puede iniciar un antipsicótico por vía oral y si existe ansiedad se puede combinar con una benzodiazepina. Actualmente se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos como la ziprazidona, olanzapina, aripiprazol, risperidona o quetiapina, en vista de menor incidencia de síntomas extrapiramidales a corto plazo como el temblor, distonía y acatisia y a largo plazo disquinesia tardía.⁴⁷⁻⁵³ Si el paciente coopera poco para la ingesta de los medicamentos o se encuentra agresivo, la primera opción será el uso parenteral de benzodiazepinas y/o antipsicóticos:^{54,55} es importante señalar que los antipsicóticos no eliminan la psicosis de inmediato y los efectos sedantes pueden aparecer con dosis altas, así como la posibilidad de ocasionar síntomas extrapiramidales. Las benzodiazepinas, por otro lado, tiene la ventaja de ocasionar efectos sedantes de inmediato por lo que es frecuente su uso individual o en combinación con antipsicóticos.⁵⁶ En México el diazepam, flunitrazepam y midazolam se utilizan con frecuencia por vía oral o intravenosa con buenos resultados. (cuadro 6)

Cuando se utilizan benzodiazepinas, sobre todo por vía endovenosa, es importante vigilar la función respiratoria ya que este grupo de medicamentos tiene efecto depresor sobre este sistema. Asimismo, es importante vigilar los efectos sedantes al administrar benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam o clonazepam, para evitar efectos de acumulación y ocasionar con ello sedación importante como la disartria, lentitud psicomotora, somnolencia, vértigo, pupilas mióticas, hiperreflexia, hipotermia e hipotensión con taquicardia compensatoria. Ocasionalmente, al administrar benzodiazepinas pueden observarse efectos paradójicos como agresión, excitación y psicosis, especialmente en niños, ancianos y pacientes con trastorno mentales orgánicos.

Los estudios que se han realizado con el uso de benzodiazepinas en las emergencias psiquiátricas en general incluyendo pacientes psicóticos agitados, generalmente se reportan buenos resultados tomando las precauciones necesarias, como el ajuste de dosis por Kg. de peso si la administración es intravenosa. La mayoría de los estudios se han realizado con lorazepam intravenoso,^{57,58} sin embargo, desafortunadamente la formulación intravenosa de esta benzodiazepina no está disponible en muchos países incluyendo el nuestro, por razones no relacionadas con evidencias científicas. También se han realizado estudios controlados con midazolam,⁵⁹ clonazepam, diazepam,⁶⁰ y flunitrazepam.⁶¹ Los estudios realizados con benzodiazepinas como el flunitrazepam y midazolam han mostrado ventajas en comparación con el antipsicótico haloperidol especialmente en el control de la agitación y agresión; es

conveniente entonces realizar estudios comparativos doble-
ciego con los nuevos antipsicóticos atípicos y

benzodicepinas para el control de este grupo de pacientes.
En relación con el uso de antipsicóticos se prefiere la vía

CUADRO 5. Causas de psicosis aguda.^{43,35}

<p>Psiquiátricas Manía Depresión con síntomas psicóticos Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo Trastorno esquizofreniforme Trastorno psicótico breve Psicosis facticia Trastorno delirante primario</p> <p>Por abuso de drogas Fenciclidina (“pelo de angel), y alucinógenos Cocaína y anfetamínicos Marihuana (con crisis de pánico) Abstinencia de alcohol con alucinosis Abstinencia de hipnóticos-sedantes</p> <p>Reacciones tóxicas a medicamentos Anticolinérgicos: antidepresivos tricíclicos, tioridazina (Melleril), antihistamínicos, agentes Antiparkinsonianos, píldoras para dormir de venta libre Cardiológicas: digitálicos, procainamida, prazosin, captopril Agonistas dopaminérgicos: levodopa, amantadina, bromocriptina, pergolida, lisurida Glucocorticoides u hormona adrenocorticotrópica Inhibidores de la monoaminoxidasa (suspensión brusca) Antiinflamatorios no esteroideos: sulindac, indometacina Isoniazida Estimulantes de venta libre como descongestionantes y medicamentos para adelgazar</p> <p>Exposición a productos industriales Metales pesados (especialmente plomo) Disulfuro de carbono</p> <p>Alteraciones metabólicas Hipoglucemia Porfiria intermitente aguda Síndrome de Cushing y rara vez enfermedad de Addison Hipo o hipercalcemia Hipo o hipertiroidismo</p> <p>Deficiencias nutricionales Psicosis de Korsadoff (deficiencia de tiamina) Pelagra (deficiencia de niacina) Deficiencia de vitamina B12</p> <p>Trastornos neurológicos Encefalitis, meningitis o absceso cerebral Neurosífilis Encefalopatía por virus de la inmunodeficiencia humana Cerebritis lúpica Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Crisis convulsivas parciales complejas Evento vascular cerebral Neoplasias del sistema nervioso central o síndrome paraneoplásico Fase temprana de la enfermedad de Alzheimer Procesos demenciales en general. Encefalopatía hipóxica</p> <p>Otras causas Encefalopatía hepática temprana, pancreatitis aguda.</p>

CUADRO 6. Benzodiazepinas recomendadas para el tratamiento agudo de la psicosis.

	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentaciones disponibles en México	Observaciones
Lorazepam (Ativán)	1-6	Intermedio	Intermedio	Tabletas de 1 y 2 mg	Se metaboliza por conjugación, seguro en insuficiencia hepática.
Diazepam (Valium, Ortopsiq, Alboral)	5-40 I.V.:2-20 mg: (0.5-1ml/min.)	Rápido	Largo	Comprimidos de 5 y 10 mg Solución inyectable con 10 mg/2 ml	Deficiente distribución I.M. Se prefiere I.V. Vigilar función respiratoria y efectos de acumulación.
Flunitrazepam (Rohypnol)	0.5-2	Rápido	Largo	Comprimidos de 1 mg Solución inyectable de 2 mg	Para uso I.M. ó I.V.
Alprazolam (Tafil, Neupax)	0.5-8	Intermedio	Corto	Tabletas de 0.25, 0.5, 1 y 2 mg	No es de primera elección. Puede ocasionar reacción paradójica.
Midazolam (Dormicum)	1 a 2 mg I.V. hasta 0.15 mg/kg 7.5-15 mg V.O	rápido	Corto	Comprimidos de 7.5 mg, Solución inyectable con 5, 15 y 50 mg	Vida media corta, poco útil para sedación continua.
Clonazepam (Rivotril, Kriadex)	0.5 mg hasta 6 mg	rápido	largo	Comprimidos de 0.5 y 2 mg	Vigilar efectos de acumulación.

intramuscular, ya que existen controversias sobre su aplicación intravenosa. El único anti psicótico que cuenta con suficientes evidencias para aplicarse por vía intravenosa es el haloperidol ya sea en los pacientes hospitalizados, en los servicios de urgencias o terapia intensiva aunque la FDA (Food and Drug Administration) advierte precaución al usarse por vía intravenosa a dosis altas por la posibilidad de ocasionar torsades de pointes y prolongación del intervalo QT, en algunos casos ocasionando la muerte. Si el paciente va a recibir un antipsicótico por primera vez o si tiene antecedentes de síntomas extrapiramidales como temblor rigidez y akinesia, es importante tener un agente anticolinérgico como clorhidrato de biperideno a dosis de 2.5 a 5 mg por vía intramuscular. Es importante además tener presente que los pacientes pueden desarrollar acatisia aguda inducida por neurolepticos, que es descrita por los pacientes como una sensación vaga de tensión interna, ansiedad e intranquilidad en las piernas, incapacidad para quedarse quietos y compulsión a moverse.^{62,63} Los síntomas más severos de acatisia pueden representarse como movimientos voluntarios de todo el tronco y extremidades, necesidad de

caminar con incapacidad para pararse, sentarse o permanecer quietos un solo instante. La acatisia puede ser confundida con síntomas de enfermedad psiquiátrica primaria como agitación, hiperactividad o ansiedad en pacientes con esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico.⁶⁴ Algunos autores como Munetz R.⁶⁵ refieren que en ocasiones, la diferencia solo puede hacerse con manipulación farmacológica.

Finalmente debe señalarse que es una práctica común el uso de la combinación de un antipsicótico y una benzodiazepina, sin embargo hasta la fecha, sólo existen 2 estudios controlados utilizando la combinación de medicamentos versus sólo uno de estos.^{57,58}

En el cuadro 7 se mencionan los antipsicóticos típicos y atípicos de administración oral y parenteral más utilizados en nuestro país en el paciente psicótico en los hospitales generales.

Una vez controlado el cuadro de agitación, el tratamiento se deberá enfocar a la corrección de las causas subyacentes de la psicosis e inclusive sostener la dosis del anti psicótico por horario hasta 2 semanas después de la estabilización del

ARTÍCULO DE REVISIÓN

cuadro clínico. En caso de que la etiología sea psiquiátrica, se deberá canalizar al paciente para su evaluación e internamiento en un servicio de psiquiatría.

Uso de restricción física o sujeción

La sujeción terapéutica, consiste en diversos sistemas de

inmovilización especialmente para el tórax, muñecas y tobillos. Esta intervención se utiliza especialmente cuando el paciente presenta, además de alteraciones psicóticas, errores de conducta y juicio y presenta negación de la enfermedad de manera adicional. Es obligado observar siempre la consideración de los derechos humanos y la protección del paciente y personas relacionadas con el

CUADRO 7. Antipsicóticos recomendado para el tratamiento agudo de la psicosis.

	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentación disponible en México	Observaciones
Haloperidol oral (Haldol, Haloperil)® Haloperidol I.V o I.M	1-40 2.5-60 mg	2-6 hrs V.O. 20 min. I.M. 3-5 min I.V	24 hrs V.O. 21 hrs I.M./I.V	Tabletas de 5 y 10 mg Gotas con 2 mg /ml ó 0.1 mg/gota Solución inyectable de 2mg/ml	Antipsicótico típico, mayor posibilidad de ocasionar efectos extrapiramidales. Antipsicótico con mayor experiencia en pacientes con comorbilidades médicas y trastornos psicóticos. Puede ocasionar alargamiento del intervalo QTc y Torsades de Pointes.
Levomepromazina (Sinogan)® Levomepromazina I.M	25-300	1-3 hrs V.O. 30 a 90 min por vía I.V.	10-20 hrs	Comprimidos de 25 mg Solución inyectable de 25 mg	Efecto sedante intenso. Hipotensión ortostática frecuente.
Zuclopentixol (Clopixol acuphase)® I.M	50-400	3-8 hrs	48 hrs	Solución inyectable de 50 mg Tabletas de 10 y 25 mg	Sedación rápida, acción antipsicótica lenta. Usar después de la estabilización del paciente con antipsicóticos de rápida acción
Risperidona (Risperdal) (Risperdal consta)®I.M	4-16 25-50	1-2 hrs 20 min.	24 hrs 2 semanas I.M	Tabletas de 1, 2 y 3 mg Solución oral de 1 mg/ml Solución inyectable de 25 y 37.5 mg/I.M	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales a dosis bajas. Iniciar con dosis de 0.5 a 1 mg, sobre todo en pacientes geriátricos. Posibilidad de alteraciones metabólicas
Olanzapina (Zyprexa)® Olanzapina	10-20 10-30	5-8 hrs 10-20 min	33 hrs 12-24 hrs	Tabletas de 5 y 10 mg 10 mg/Liofilizado	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales. Posibilidad de alteraciones metabólicas.
Ziprazidona (Geodón)® Ziprasidona I.M	40-160 10-80	4-6 hrs 15 minutos I.M	24 hrs 2-3 hrs	Tabletas 40, 60 y 80 mg. Solución inyectable 20 mg/ml/I.M	Puede administrarse en pacientes con alteraciones hepáticas leves a moderadas. Puede prolongar el intervalo QT.No alteraciones metabólicas con uso crónico
Aripiprazol (Abilify)®	15-30 mg	3-5 hrs	24 hrs	Tabletas 10,15,20,30 mg	Puede ocasionar cefalea, ansiedad e insomnio. No alteraciones metabólicas con uso crónico
Quetiapina (Seroquel)®	50-800 mg	5-7 hrs	24 hrs	Tabletas 25,100,150,200,300 mg	Puede ocasionar vértigo, boca seca, somnolencia, hipotensión

cuidado, asimismo las leyes de cada país en relación a estos procedimientos y contar con un sistema legal de asesoría. Las sujeciones mecánicas deben aplicarse bajo lineamientos establecidos, conservando las garantías individuales, discreción y seguridad. Es muy importante que alguna de las personas que participa en la intervención del paciente psicótico le explique, de manera pausada y amable, la razón de la administración de un medicamento psicotrópico o la necesidad de sujetarlo.

El grupo de expertos en el manejo de pacientes psicóticos con alteraciones de la conducta conformado por 52 especialistas en diferentes Ciudades de los Estados Unidos,⁶⁶ consideran apropiado el uso de restricción física toda vez que una medida menos agresiva no funcione, como la intervención verbal o el uso de medicamentos psicotrópicos. En todo el mundo existe, acuerdo en el hecho de los candidatos para esta intervención son aquellos pacientes psicóticos que pueden dañarse, lastimar a otros pacientes e incluso al personal del hospital. Ocasionalmente puede utilizarse para prevenir que el paciente abandone el servicio de urgencias antes de ser evaluado apropiadamente o para ser trasladado a una unidad con los recursos para proporcionar evaluación psiquiátrica y tratamiento, si la situación clínica lo requiere.

Siempre es de suma importancia avisar a la familia, cuando es posible, de la razón del uso de restricción física y se debe registrar de manera obligada la razón de la contención, la duración el curso del tratamiento y el comportamiento del paciente durante esta maniobra. Asimismo toda indicación de sujetar a un paciente y la administración de medicamentos antipsicóticos o sedantes deben ser autorizadas por el médico por escrito y firmada de conformidad por un familiar o autoridad competente. Actualmente existen equipos diseñados exclusivamente para sujeción física que, además de ser seguros pueden aplicarse en los hospitales generales, sin embargo, cuando no se cuenta con ellos con frecuencia se utilizan sábanas plegadas de tal manera que no se lesione al paciente durante el proceso de inmovilización.

El problema Institucional en la atención del paciente psicótico

Los pacientes psicóticos referidos a un centro de salud mental o unidad psiquiátrica, generalmente ya han sido evaluados en un servicio de urgencias ya sea por un psiquiatra, un neurólogo, médico internista o especialista en medicina de emergencias. La evaluación médica tiene la intención de identificar a aquellos pacientes que no pueden ser tratados de modo seguro o eficaz en un servicio o institución psiquiátrica,⁶⁷⁻⁷² este grupo de pacientes se

pueden clasificar en dos grupos:

- a) Pacientes que tienen un trastorno psiquiátrico primario y además una condición médica seria e inestable.
- b) Pacientes que tienen una condición médica primaria o trastorno por uso de sustancias con síntomas psiquiátricos secundarios.

El manejo de condiciones médicas agudas en unidades psiquiátricas es problemático por las siguientes razones:

1. Existe una disminución en la proporción personal-paciente comparado con una unidad médica o quirúrgica.
2. El personal, en general no está muy experimentado en reconocer y manejar problemas médicos.
3. Existe peligro potencial de riesgo, de que un paciente médicamente inestable o débil se lesione en la unidad psiquiátrica por la presencia de otros pacientes violentos o agresivos.
4. Es difícil para los pacientes con problemas médicos agudos que asistan a terapias grupales y otras actividades ocupacionales diseñadas por las unidades psiquiátricas.
5. Existe un alto contacto de contagio persona a persona en las unidades psiquiátricas por las características propias de infraestructura.
6. Existen algunos hospitales que prohíben el ingreso de pacientes que tengan problemas médicos agudos y trastornos psiquiátricos asociados.^{73,74}

Consideraciones especiales en niños y adolescentes

Uno de cada 10 niños en los Estados Unidos, padece de algún trastorno mental y experimentan algún grado de discapacidad. Solamente el 20% reciben atención apropiada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que en año 2020, los trastornos neuropsiquiátricos en niños estarán en una de las 5 causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad entre personas jóvenes alrededor del mundo. De acuerdo a la elevada proporción de pacientes jóvenes que no reciben atención médica en salud mental, no debe ser una sorpresa que la demanda de servicios en esta población, esté centrada en los servicios de emergencias que manejan problemas urgentes y no urgentes de emergencias pediátricas. Los pacientes en crisis son enviados a los servicios de emergencias psiquiátricas cuando los médicos de primer contacto no responden de manera inmediata.⁷⁶

Para conceptualizar las emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes, Rosenn's y colaboradores diseñaron una tabla para clasificar las emergencias. (cuadro 8)

Cuadro 8. Cuatro clases de emergencias psiquiátricas en niños y adolescentes.⁷⁷

Clase I: Emergencias potencialmente amenazantes que están en riesgo inmediato para el adolescente u otras personas.

Clase II: Estados de alteraciones importantes que requieren intervención urgente, pero que no son consideradas como alteraciones que ponen en peligro la vida.

Clase III: Condiciones serias que requieren atención pronta pero no inmediata.

Clase IV: Situaciones calificadas por alguien como emergencias pero la intervención médica no es calificada como urgente.

Las alteraciones psicóticas agudas en niños habitualmente se relacionan con causas médicas. Asimismo los cuadros afectivos bipolares pueden estar asociados y los síntomas de ansiedad pueden enmascarar las alucinaciones o ideas delirantes. El diagnóstico de psicosis debe realizarse por un especialista en niños y se debe realizar la referencia apropiada lo más pronto posible. En adolescentes debe tenerse siempre en cuenta la posibilidad de abuso de sustancias o el inicio de algún trastorno psicótico como la esquizofrenia o el trastorno afectivo unipolar o bipolar con síntomas psicóticos.⁷⁸

Aspectos legales

En vista de que el paciente psicótico tiene alterado el juicio de realidad, es importante contar con un familiar responsable para la toma de decisiones; si el paciente representa un riesgo para él o los demás, es necesario internarlo. Es importante elaborar una carta que debe firmar el familiar o representante legal donde autoriza el ingreso o de lo contrario aceptar la responsabilidad tanto del manejo como de la propia enfermedad. No todos los hospitales cuentan con un sistema legal que conozca las circunstancias particulares que propone la atención de un paciente psiquiátrico, especialmente cuando debe ser internado en contra de su voluntad en vista del peligro para sí mismo y para los demás;

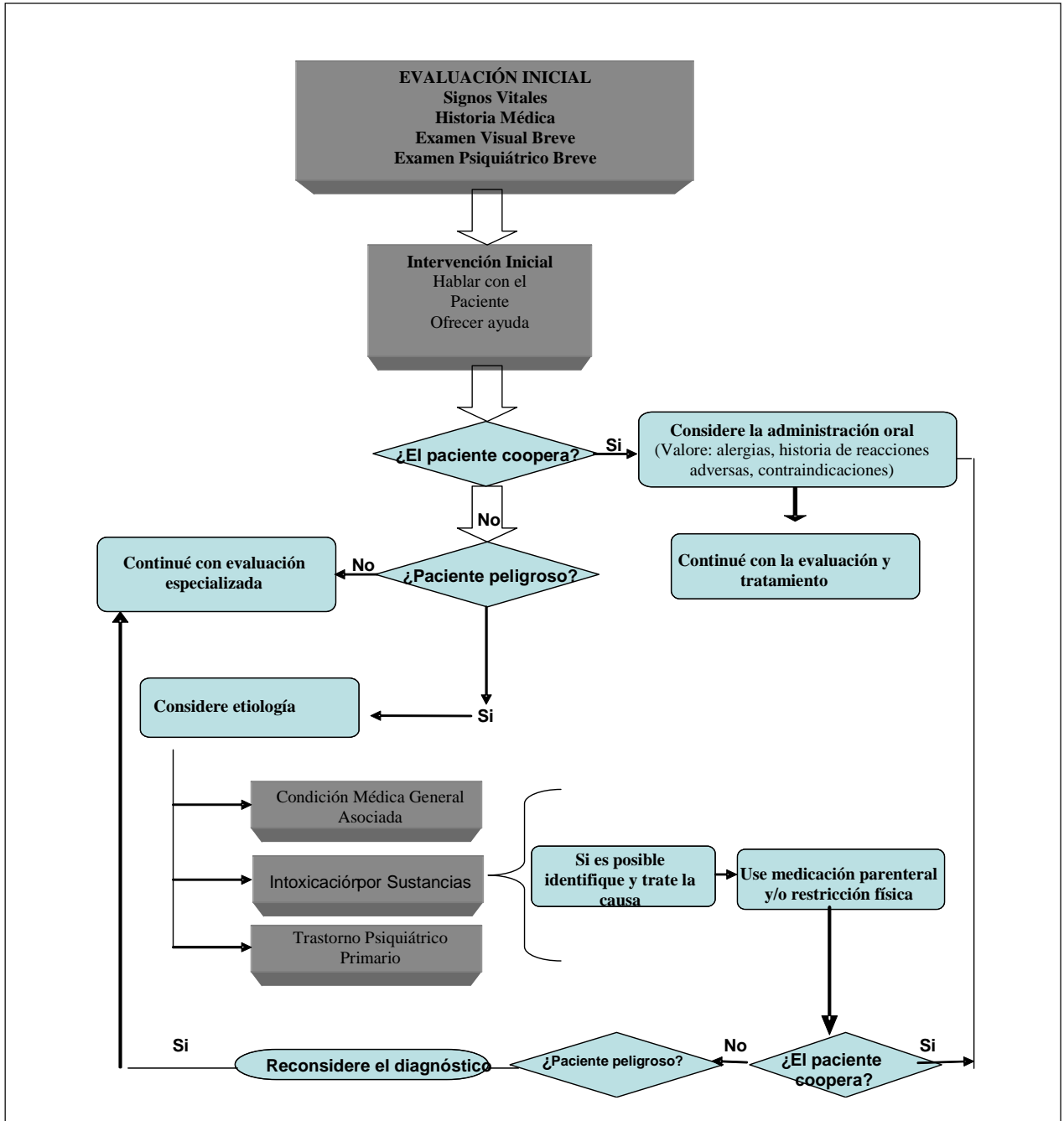
es por ello que de suma importancia que se cuente con un manual de procedimientos supervisado en su elaboración por médicos psiquiatras o en su defecto la referencia, cuando es posible, a un hospital que cuente con esta estructura. Asimismo es importante la formación de personal de enfermería que reciba algún adiestramiento para el manejo de estos pacientes que, inevitablemente pueden ser ingresados en cualquier momento al servicio de urgencias.

Rehabilitación del paciente psicótico después de la evaluación de urgencias.

Un episodio psicótico es un evento que puede ocasionar secuelas psicológicas para quien lo padece, ya sea un evento transitorio o el inicio de un episodio psicótico crónico de esta manera es importante, una vez resuelto el cuadro agudo, contar con un plan de seguimiento que incluye la evaluación psicológica y psiquiátrica, así como diferentes intervenciones psicosociales. Las personas que, en algún momento de la vida han presentado un episodio psicótico son estigmatizadas desde la perspectiva sociológica que describió inicialmente Ervin Goffman en 1963⁷⁹ como “una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como «culturalmente inaceptables» o inferiores”. Por lo anterior es importante considerar no solamente el manejo agudo del cuadro psicótico sino su curso y probables consecuencias a lo largo de la vida. Es importante considerar seriamente la posibilidad de incorporar a la persona que ha presentado un cuadro psicótico a su nivel premórbido de funcionamiento con la participación y perspectiva multidisciplinaria que involucre tanto al médico psiquiatra, psicólogo, trabajadores sociales, familia y sociedad; si esto no es factible, como en el caso de pacientes con problemas con trastornos psicóticos crónicos, debe perseguirse conseguir el estado más alto funcional considerando al perspectiva biológica, psicológica y social.

Finalmente es muy importante generar acuerdos que intenten hacer más homogéneo el diagnóstico de egreso de un paciente psicótico evaluado en el servicio de urgencias o durante su estancia hospitalaria. Actualmente se trabaja en todo el mundo para estandarizar lineamientos de intervención y diagnósticos en pacientes con trastornos psicóticos que asisten a los servicios de urgencias.⁸⁰⁻⁸⁴

Guía para el manejo de un episodio psicótico en un hospital general.



AGRADECIMIENTOS

Julio César García León y a María Fernanda Campos Tenorio por el diseño del flujograma para el manejo de un paciente psicótico en un Hospital General.

REFERENCIAS

1. Allen MH. Building level I psychiatric emergency services: tools of the crisis sector. *Psychiatric Clin North Am* 1999; 22 (4):713-734.
2. Larkin GL, Claassen CA, Edmont JA, et al. Trends in USA emergency department visits for mental health conditions, 1999-2001. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 671-677.
3. Koran LM, Sheline Y, Imai K, et al. Medical Disorders among patients admitted to a public-sector psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 1623-1625.
4. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 2006;47:1.
5. Boland RJ, Goldstein MG, Haltzman SD. Psychiatric Management of Behavioural Syndromes in Intensive Care Units. En: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB. *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York: Oxford University Press; 2000, p. 299-314.
6. Williams ER, Shepherd SM. Medical clearance of psychiatric patients. *Emerg Med Clin North Am* 2000;18:185-198.
7. Jensen LA. Managing acute psychotic disorders in an emergency department. *Nurs Clin North Am* 2003;38(1):45-54.
8. Abdullah MS. Postsurgical psychosis: case report and review of literature. *Adv Ther* 2006; 23(2): 325-331.
9. Richmond TS, Hollander JE, Ackerson TH, Robinson K, Gracias V, Shults J, Amsterdam J. Psychiatric disorders in patients presenting to the Emergency Department for minor injury. *Nursing Research* 2007; 56(4):275-282.
10. Hyman SE. *Manual of Psychiatric Emergencies*. 2a ed. Boston, 1988: Little, Brown Co.
11. Tardiff K. *Medical Management of the Violent Patient: Clinical Assessment and Therapy*. Informa Healthcare 1999.
12. Strean H. *Psychoanalytic Approaches With the Hostile and Violent Patient*. Haworth Press, 1984
13. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007; 16 (2):172-178.
14. Holleran RS. Preventing staff injuries from violence. *J Emerg Nurs* 2006;32(6): 523-4.
15. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert consensus guidelines series; Treatment of behavioral

- emergencies. *Postgraduate medicine* 2001;5-6.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2 Vol. Set) by Benjamin J Sadock and Virginia A Sadock; 2004.
17. Schiffer RB, Rao SM, Fogel BS. *Neuropsychiatry: A Comprehensive Textbook*. Lippincott Williams & Wilkins. 2 edition, 2003.
18. Hillard R, Zitek B. *Emergency In Psychiatry*. McGraw-Hill Professional; 1 edition December 26; 2003.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR, Fourth Edition (Text Revision)*, 2000.
20. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract* 2005; 11(Suppl 1):1-109.
21. Fusar-Poli P, Perez J, Broome M, Borgwardt S, et al. Neurofunctional correlates of vulnerability to psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Bioheavioral Reviews* 2007;31 (4): 465-84.
22. Rohrer J, Rohland B, Denison A, Pierce JR Jr, Rasmussen NH. Family history of mental illness and frequent mental distress in community clinic patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007;13(3):435-439.
23. Kleespies PM. *Emergencies in Mental Health Practice: Evaluation and Management*. The Guilford Press, January 27, 2000.
24. Cougnard A, Grolleau S, Lamarque F, Beitz C, Brugere S, Verdoux H. Psychotic disorders among homeless subjects attending a psychiatric emergency service. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2006;41(11):904-910.
25. Stewart SH. Alcoholics in acute medical settings have increased risk for other drug, mood, and personality disorders. (Comparative Study). *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2007; 37(1):59-67.
26. Schiffer RB, Rao SM, Fogel BS. *Neuropsychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins. In: *A Comprehensive Textbook*. 2 ed. 2003.
27. Khouzam HR, Tiu Tan D, Gill TS. *Handbook of Emergency Psychiatry*. 1 edition. Mosby; 2007.
28. Teasdale G, Jennett B. Assesment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *Lancet* 1974; 2: 81-84.
29. Malhi GS, Mathrau MS, Hale, AS. *Neurology for Psychiatrist*. London:Martin Dunitz; 2000.
30. Garden G. Physical examination in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 142-149.
31. Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 2007; 58(4):561-565.
32. Kolbasovsky A, Futterman R. Predicting psychiatric emergency room recidivism. *Managed Care Interface* 2007;20(4):33-338.
33. Kropp S, Andreis C, Te Wildt B, Sieberer M, Ziegenbein

- M. Huber TJ. Characteristics of psychiatric patients in the accident and emergency department. *Psychiatrische Praxis* 2007;34(2):72-75.
34. Simonsen E, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, et al. Clinical epidemiologic first-episode psychosis: 1-year outcome and predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116(1):54-61.
35. Francis J, Martin D, Kapoor WN. A prospective study of delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1990; 263 (8):1097-1101.
36. Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective noncardiac surgery. *JAMA* 1994; 271 (2):134-139.
37. Mildbrant EB, Kersten A, Kong L, et al: Haloperidol use is associated with lower hospital mortality in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med* 2005;33 (1) 226-229.
38. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, et al. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. *Intensive Care Med* 2004;30 (3): 444-449.
39. Martel ML. Ziprasidone for the sedation of the agitated ED patient. *Am J Emerg Med* 2004;22 (3), 238.
40. Preval H, Klotz SG, Southard R, Francis A. Rapid-acting IM ziprasidone in a psychiatric emergency service: a naturalistic study. *Preval H - Gen Hosp Psychiatry* 2005;27(2): 140-144.
41. Baptista T, Zárata J, Joobar R, et al. Drug induced weight gain, and impediment to successful pharmacotherapy: focus on antipsychotics. *Curr Drug Target* 2004; 5:(3), 279-299.
42. Weiden PJ, Daniel DG, Simpson G S, Romano J. Improvement In Indices Of Health Status In Outpatients With Schizophrenia Switched To Ziprasidone. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003; 23: (6).
43. Sadock BJ, Sadock VA, N: Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (2 Vol. Set) by Benjamin J Sadock and Virginia A Sadock, 2004.
44. Martin-Latry K, Ricard C, Verdoux H. A one-day survey of characteristics of off-label hospital prescription of psychotropic drugs. *Pharmacopsychiatry* 2007;40(3):116-120.
45. Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, Ghaemi SN. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(5):720-726.
46. Lejeune J. Oral risperidone plus oral lorazepam versus standard care with intramuscular conventional neuroleptics in the initial phase of treating individuals with acute psychosis. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19(5): 259-269.
47. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med* 2001; 1-88.
48. Citrome L. Atypical antipsychotics for acute agitation. New intramuscular options offer advantages. *Postgrad Med* 2002;112(6):85-88.
49. Laks J, Miotto R, Marinho V, Enqelhardt E. Use of aripiprazole for psychosis and agitation in dementia. *International psychogeriatrics* 2006; vol. 18 (2): 335-340.
50. Boidi G. Rapid dose initiation of quetiapine for the treatment of acute schizophrenia and schizoaffective disorder: a randomised, multicentre, parallel-group, open study. *Hum Psychopharmacol* 2007; 22(5): 299-306.
51. Barak Y. Intramuscular ziprasidone treatment of acute psychotic agitation in elderly patients with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(7): 629-633.
52. Mohr P. Treatment of acute agitation in psychotic disorders. *Neuro Endocrinol Lett* 2005; 26(4): 327-335.
53. Mohr P. Treatment of acute agitation in psychotic disorders. *Neuro Endocrinol Lett* 2005;26(4): 327-335.
54. Altamura AC, Sassella F, Santini A, Montresor C, Fumagalli S, Mundo E. Intramuscular preparations of antipsychotics: uses and relevance in clinical practice. *Drugs* 2003; 63(5): 493-512.
55. Mac Allister RH, Ferrier N. Rapid tranquilization: time for reappraisal of options for parenteral therapy. *Br. J. of Psychiatry* 2002; 180:485-489.
56. Stuart J, et al. Management of Psychiatric Problems in Critically ill patients. *The American Journal of Medicine* 2006; 119:22-29.
57. Battaglia J, Moss S, Rush J, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med* 1997;15(4):335-340.
58. Bienek SA, Ownby RL, Penalver A, et al. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy* 1998; 18:57-62
59. Wyant M, Diamond B, O'Neal E, et al. The use of midazolam in acutely agitated psychiatric patients. *Psychopharmacol Bull* 1990; 26 (1):126-129.
60. Chouinard G, Annable L, Turnier L, et al. A double-blind randomized clinical trial of rapid tranquilization with IM clonazepam and IM haloperidol in agitated psychotic patients with manic symptoms. *Can J Psychiatry* 1993; 38 (suppl 4):5114-21.
61. Dorevich A, Katz N, Zemishlany Z, et al. Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behavior. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (1): 142-144.
62. Haskovec L. Weitere Bemerkungen ueber die Akathisie. *Wien Med. Wochenschr* 1904;54: 526-530.
63. Sthal S. Akathisia and tardive dyskinesia. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 915-917.
64. Van Putten T. The many faces of akathisia. *Compr Psychiatry* 1975;16:43-47.
65. Munetz R. Distinguishing akathisia and tardive dyskinesia: A review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 1983; 3: 343-350.
66. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert

- consensus guidelines series; Treatment of behavioral emergencies. *Postgraduate medicine* 2001;10-11.
67. Arfken CL, Zeman LL, Koch A. Perceived impact by administrators of psychiatric emergency services after changes in a state's mental health system. *Community Mental Health Journal* 2006;42(3):281-290.
68. Oud MJ, Schuling J, Slooff CJ, Meyboom-de Jong B. How do General Practitioners experience providing care for their psychotic patients?. *BMC Family Practice* 2007; 8:37.
69. O'Rourke N, Bedard M, Bachner YG. Measurement and analysis of behavioural disturbance among community-dwelling and institutionalized persons with dementia. *Aging & Mental Health* 2007; 11(3):256-265.
70. Mausbach BT, Cardenas V, Goldman SR, Patterson TL. Symptoms of psychosis and depression in middle-aged and older adults with psychotic disorders: the role of activity satisfaction. *Aging & Mental Health* 2007;11(3):339-45.
71. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2006;41(7):580-586.
72. Ziegenbein M, Anreis C, Bruggen B, Ohlmeier M, Kropp S. Possible criteria for inpatient psychiatric admissions: which patients are transferred from emergency services to inpatient psychiatric treatment *Health Services Research*;2006; 6: 150.
73. Koranyi EK, Potoczny WM. Physical illness underlying psychiatric symptoms. *Psychother Psychosom* 1992;58:155-60.
74. Gregory RJ, Nihalani ND, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis. *General Hospital Psychiatry* 2004;26: 405-410.
75. Ringeisen H, Oliver KA, Menvielle E. Recognition and treatment of mental disorders in childrens: consideration of pediatric health systems. *Pediatr Drugs* 2002;4:697-703.
76. Haugh R. A crisis in adolescent psychiatry. *Hosp Health Netw* 2000;77: 12.
77. Rosenn DW. Psychiatric emergencies in childrens and adolescents. In: Bassuk El, Birk AW, editors. *Emergency psychiatry; concepts, methods, and practices*. New York: Plenum 1984; p.303-349.
78. Starling J, Bridgland K, Rose D. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Research Support, Australasian Psychiatry* 2006; 14(4):403-407.
79. Goffman E. *Estigma de la identidad deteriorada*. Amorrortu editores; 1963.
80. Walter-Ryan WG, Alarcon RD, Meadows DT. Toward a profile of medically ill psychiatric patients. *South Med J* 1987; 80:822-826.
81. Madsen AL, Aakerlund LP, Pederson DM. Somatic illness in psychiatric patients. *Ugeskr Laeger* 1997;159:4508-4511.
82. Abiodun OA. Physical morbidity in a psychiatric population in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 2000;22:195-9.
83. Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnoses made by Psychiatrists residents in general emergency departments. *Psychiatric serv* 1995; 46 (12) 1248-1256.
84. -Busselo J. Management of agitated, violent or psychotic patients in the emergency department: an overdue protocol for an increasing problem. *An Pediatr* 2005; 63(6): 526-536.