

13

Atención en urgencias del paciente psicótico

Ruiz Murugarren, Salvador¹. Márquez Martín, Patricia². de la Fuente Visedo, Álvaro³. Gordillo Urbano, Rafael Manuel⁴.

(1) Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. (2) Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. (3) Médico Interno Residente de Psiquiatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. (4) Médico Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

INTRODUCCIÓN SEMIOLÓGICA (EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO)

La psicosis es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional, influenciada por los esquemas cognitivos y socioculturales del individuo, que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del yo o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad¹.

Se estima que entre el 13 y el 23% de la población general presentará sintomatología psicótica al menos una vez a lo largo de la vida, y entre el 1 y el 4% cumplirá criterios diagnósticos de un trastorno del espectro psicótico^{2,3}. El comienzo de las manifestaciones clínicas sintomáticas de la psicosis se produce habitualmente en la adolescencia o durante los primeros años de la edad adulta (en el 75% de los casos el comienzo se produce entre los 15 y los 30 años). Durante mucho tiempo se consideró que no existía diferencia de géneros en la esquizofrenia; sin embargo, en el metaanálisis de Aleman et al.⁴ publicado en 2003, los hombres tienen entre un 30 y un 40% más de riesgo de padecer esquizofrenia en comparación con las mujeres. Además, el inicio, que puede ser insidioso o agudo, es más precoz entre los varones⁵. Según el estudio de Oliva-Moreno et al⁶ la prevalencia estimada de esquizofrenia en España es del 0,8%, y la incidencia anual del 0,2%.

El periodo de máximo riesgo de recaída tras el primer episodio es entre 2 y 5 años (periodo crítico). Posteriormente, entre un 50-70% de los pacientes alcanzan un estado clínico estable sin un deterioro significativo posterior (efecto plateau)⁷.

El curso de la esquizofrenia, aunque variable, tiende a ser crónico, continuo o recurrente, con grandes diferencias interpersonales. Se caracteriza por la aparición de episodios agudos o “brotos”, en ocasiones únicos, con posterior desarrollo fásico tendente hacia:

- la recuperación completa (20-30% de los casos)⁵;
- la cronificación (14-24%) y/o
- las recaídas que pueden reducir el nivel y la duración de las siguientes remisiones, empeorar la discapacidad del paciente y aumentar la refractariedad a tratamientos futuros.

Padecer esquizofrenia reduce la esperanza de vida en 15 años, aproximadamente, a causa del aumento de la incidencia de patologías médicas concurrentes (enfermedad cardiovascular, principalmente –el 40% de los pacientes presentan síndrome metabólico–), incremento en el consumo de sustancias tóxicas (40-60% de los pacientes) y mayor riesgo de suicidio⁸. Asimismo, existe una mayor prevalencia de fracaso escolar y laboral, conflictos familiares y aislamiento social⁹.

EL CIRCUITO DEL PACIENTE EN PSICOSIS

Una vez que el paciente acude al servicio de urgencias se realiza una valoración por personal sanitario. El personal sanitario encargado de clasificar al paciente recogerá al menos estos datos:

- El motivo de consulta y condiciones de su llegada (Ambulancia, contención...)
- Antecedentes en salud mental
- Signos/sintomas de intoxicación o abstinencia,

Según ello clasificará según su gravedad explícita o potencial. Si se sospecha un origen orgánico del cuadro, este debe ser el primer aspecto a descartar¹⁰.

- **Características del lugar:** El espacio donde se va a realizar la evaluación debe ser un espacio tranquilo que permita privacidad, con amplitud suficiente para entrevistar tanto al paciente como a los familiares. Deben estar accesibles los protocolos de actuación urgente y no debe haber objetos que sean potencialmente peligrosos. La sala debe contar con dos salidas, un botón de alarma y una cama con las medidas de contención mecánica ya colocadas. Se debe disponer, además, de personal sanitario suficiente y entrenado junto con personal de seguridad próximo y alerta (incluso presentes cuando la ocasión lo merezca)¹¹
- **La supervisión:** Todo el paciente debe estar sometido a un nivel de supervisión proporcional al nivel de riesgo o agitación. De menor a mayor nivel de riesgo podrá ser necesaria:

- **Una observación general** (donde el paciente permanece en una localización conocida, no necesariamente a la vista, con una evaluación directa al menos una vez cada turno) o bien
- **Una observación intermitente** (en pacientes con riesgo potencial, incluyendo aquellos que presentaron riesgo previamente aunque se encuentren en proceso de recuperación, será necesaria la revisión de la localización cada 15-30 minutos realizando una evaluación completa y directa del paciente y del entorno)
- **Una observación permanente visual** en pacientes con un mayor nivel de activación o si hay antecedentes de un intento de dañarse a sí mismo o a otro¹¹.
- **Estado de agitación psicomotriz.** Hay diferentes tipos de contención que suelen utilizarse en este orden según la intensidad de la clínica agitada.
- **Contención verbal.** Nos dirigimos al paciente con un tono bajo, de forma educada pero firme, transmitiendo seguridad y respeto y mostrando siempre interés por su problema. Evitar miradas fijas, gestos o comentarios equívocos así como evitar el contacto físico.
- **Contención farmacológica.** Su objetivo es reducir la agitación manteniendo a su vez un adecuado nivel de conciencia del paciente. Se prefiere de ser posible la administración oral aunque puede ser necesaria la vía intramuscular.
- **Contención mecánica.** Se dejará como última opción si no han sido eficaces las medidas anteriores. El médico ordenante de la misma debe encargarse de dirigir y coordinar la misma. Se debe salvaguardar la seguridad de cada miembro del equipo y del paciente. Debemos mantener una distancia de seguridad durante la intervención. Se debe explicar al paciente por qué y para qué se le va a contener. Se requiere control por enfermería cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos después. La contención mecánica se mantendrá el mínimo tiempo posible y, en caso de mantenerla por un periodo amplio. Se debe valorar la administración de profilaxis antitrombótica¹⁰.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PSICOSIS

Los síntomas psicóticos pueden estar asociados a varias enfermedades médicas y psiquiátricas¹². Si se sospecha un origen orgánico del cuadro, este debe ser el primer aspecto a descartar.

Diagnóstico diferencial en patologías no psiquiátricas

- **Psicosis en relación a cuadros orgánicos:** debería realizarse diagnóstico diferencial con tumores cerebrales (frontales, temporales); enfermedad del lóbulo temporal; epi-

lepsia; encefalopatía vírica-encefalitis; abscesos cerebrales; postencefalitis; tirotoxicosis; porfiria aguda intermitente. Está protocolizado el uso de la TAC en primeros brotes psicóticos en el caso de que no exista una prueba de imagen reciente del paciente. El EEG y otras determinaciones analíticas se reservan para casos específicos en los que los síntomas psicóticos se acompañen de otra sintomatología.

- **Delirium:** Es obligada la presencia de alteración del nivel de conciencia para su diagnóstico. Las causas más frecuentes de delirium son las alteraciones hidroelectrolíticas, hipoglicemia, hipoxia, hipercapnia, infecciones e intoxicación o abstinencia de fármacos o drogas de abuso (por ejemplo, el delirium tremens en la abstinencia alcohólica). Otras causas de delirium son: enfermedades tiroideas, paratiroides y adrenales, encefalopatía hepática o urémica, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, encefalitis por herpes, enfermedad de Lyme, lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis múltiple (EM), leucodistrofias, enfermedad de Wilson, porfiria, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares o déficit de vitamina B12. Es por ello que en el protocolo de evaluación de la psicosis se debe incluir una detección orgánica solicitando tantas pruebas complementarias como sean necesarias.
- **Sustancias de abuso:** Consumo crónico de cannabis, anfetaminas, cocaína, cannabinoides sintéticos, LSD, esteroides, alcohol, u otros. Están protocolizados en la evaluación del paciente con síntomas psicóticos la realización de control toxicológico en orina¹³

Diagnóstico diferencial en patología psiquiátrica

Podríamos sospechar de un trastorno psiquiátrico primario si existen antecedentes familiares, aparición insidiosa, comienzo en la adolescencia o antes de los 35 años, presentación variable o si hay alucinaciones auditivas.

El Diagnóstico diferencial se realiza en base a constructos basados en consensos de expertos y hallazgos de investigación, especialmente los del DSM-5¹⁴:

- **Esquizofrenia.** Síntomas psicóticos severos, persistentes (al menos 6 meses) y con una clara disminución del funcionamiento global.
- **Trastorno psicótico breve.** Presencia de síntomas psicóticos por más de un día pero menos de un mes, con recuperación del funcionamiento premórbido.
- **Trastorno esquizofreniforme.** Manifestaciones psicóticas presentes por más de un mes pero menos de 6 meses y no suele existir disminución del funcionamiento del paciente.

- **Trastorno esquizoafectivo.** Concurrencia ininterrumpida de síntomas psicóticos y sintomatología afectiva mayor.
- **Trastorno delirante.** Presencia de ideación delirante por más de un mes sin criterios de esquizofrenia.
- **Trastorno esquizotípico de la personalidad.** Predomina el déficit social e interpersonal, las distorsiones cognitivas y la perceptiva, y un afecto inapropiado.
- **Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.** Presencia de síntomas depresivos durante un mínimo de 2 semanas de evolución, junto con malestar significativo y deterioro funcional. Los síntomas psicóticos son secundarios, intermitentes y congruentes con el estado de ánimo depresivo (ideas de culpa, ruina, hipocondría, etc.).

Estas patologías no implican un manejo específico en la Urgencia¹⁵. La repercusión emocional y conductual de un cuadro psicótico es la que condiciona el manejo dentro de la Urgencia más que el diagnóstico específico.

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA AL PACIENTE PSICÓTICO

La exploración deberá abarcar todo el espectro de la psicopatología. Hay síntomas que se exploran mediante la observación, otros se manifiestan durante la conversación, otros precisan de una exploración activa y por último, hay síntomas que no se pueden explorar en el marco de una entrevista clínica con el paciente y para su evaluación es necesaria la información proporcionada por un observador externo.

Recomendaciones básicas para la realización de la entrevista clínica

- Evitar el exceso de estímulos. Ofrecer un lugar tranquilo para la realización de la entrevista exploratoria¹⁶.
- Es importante prestar atención tanto a la vivencia subjetiva del paciente de su situación como al grado de interferencia que la psicopatología produce en sus actividades de la vida diaria, tanto a nivel individual como familiar.
- Preservar la seguridad del paciente y del entrevistador. El paciente puede estar interpretativo respecto del médico. Conviene no entrevistarle en una habitación con sólo una puerta. Guardar una distancia mínima de un metro¹⁷.
- Se debe estar seguro de que hay ayuda disponible de manera rápida si el paciente se mostrara violento. De ser posible, se debe aplazar el tratamiento farmacológico hasta tener una impresión diagnóstica. Sin embargo, si el paciente se encuentra agitado o si existen conduc-

tas violentas puede ser necesaria la administración de medicación o el uso de medidas de contención física. En pacientes muy violentos puede ser necesario el apoyo de personal de seguridad.

Síntomas más frecuentes en cuadros psicóticos¹⁸: Nociones para su exploración

- **Delirios:** La presencia de ideación delirante se debe explorar a través de preguntas abiertas. Se debe evaluar el nivel de certeza y convicción. Los delirios se clasifican y exploran por su contenido pero igual de importante es la consideración de otras características como el grado de extensión en la vida del paciente, repercusión en la conducta, el carácter extraño, el grado de sistematización y el de implicación afectiva.
- **Alucinaciones.** También se utilizarán preguntas abiertas. Pueden observarse soliloquios que pueden atribuirse de forma indirecta a un diálogo del paciente con las voces o interrupciones bruscas en el discurso del paciente que pueden indicar actitud de escucha.
- **Ilusiones:** La exploración, al igual que los ítems previos, se debe realizar a través de preguntas exploratorias abiertas.
- **Organización del discurso y del pensamiento:** Para su exploración es necesario dejar hablar al paciente sin interrupciones, ya que las preguntas sucesivas pueden interrumpir el flujo patológico del pensamiento. La desorganización del pensamiento tiende a darse conjuntamente con la desorganización de la conducta y la afectividad incongruente.
- **Conducta catatónica.** Algunos síntomas catatónicos son evidentes por la simple inspección (estupor, manierismo, ecopraxia) o conversación (mutismo, ecolalia); otros deben explorarse activamente (rigidez, flexibilidad cérea, negativismo/oposicionismo, obediencia automática, imantación...). Sistematizar la exploración psicomotriz que puede oscilar desde la inhibición hasta la extrema agitación
- **Alteración del ciclo biológico.** Ritmo sueño vigilia, apetito.
- **Síntomas negativos.** La pérdida funcional puede afectar a la expresividad afectiva (embotamiento afectivo), al pensamiento (pobreza de lenguaje y del contenido del pensamiento, aumento de latencia de respuesta), al nivel de energía y actividad (apatía) y a la capacidad para relacionarse (disminución de las relaciones sociales).
- **Disfunción socio-laboral.** Se debe evaluar la alteración de una o más áreas importantes de actividad: trabajo, relaciones interpersonales, cuidado personal.

- **Ideación suicida.** El suicidio constituye la causa de muerte prematura más frecuente en paciente con psicosis. Se debe explorar de forma directa.

Técnicas de entrevista y medidas de abordaje

- Acercamiento empático y estructurado, aunque flexible; en función directa del tipo y gravedad de los síntomas, así como del grado de colaboración del paciente.
- Evitar dar la espalda al paciente o mirarlo fijamente a los ojos.
- Poner límites claros y observar la reacción emocional del paciente.
- Explicar con claridad al paciente y al familiar cada procedimiento.
- Hacer comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro, pero de volumen moderado y pausado¹⁶.
- Iniciar la entrevista realizando preguntas abiertas¹⁷ con el objetivo de conseguir un contacto adecuado y permitir que el paciente hable de sus temas de interés procurando dirigir progresivamente la entrevista hacia las áreas de conflicto.
- Evitar una exploración directa e intrusa del delirio. Un método adecuado de explorar el delirio es preguntando sobre las causas “¿por qué cree que la gente le observa de esa manera? ¿qué motivos podrían tener ellos para querer dañarle?”. Otra forma sería la exploración “en espiral”, por medio de la que intentaremos una valoración tangencial pero progresiva de los síntomas psicóticos.
- No intentar corregir las creencias erróneas del paciente por muy ilógicas que parezcan; en ningún caso negar su veracidad o verosimilitud. La confrontación puede aumentar la angustia del paciente y su desconfianza hacia el entrevistador. Devolver reflejos empáticos al paciente. “parece que la situación que usted me describe le está generando gran sufrimiento”.
- Ser prudente a la hora de poner a prueba la convicción delirante del paciente, evitar que se sienta extraño y ajeno. “Me llama la atención que todas las personas a las que usted cita quieran hacerle daño... ¿no es extraño? ¿qué explicación se ha dado usted al respecto?”
- Una vez se haya definido la situación urgente, se construirá con el paciente una hipótesis explicativa de lo que le ocurre, y se explicará la línea de tratamiento que se va a seguir.

POBLACIONES ESPECIALES

- **Niños y adolescentes:** Las alteraciones psicóticas agudas en niños habitualmente se relacionan con causas médicas. Las causas psiquiátricas de psicosis más frecuentes en niños

incluyen el autismo, la esquizofrenia y el trastorno maniaco depresivo¹⁹. Ante un niño con un cuadro psicótico es imperativo evaluar la posibilidad de conducta suicida. En caso de hospitalización en niños es necesaria la autorización judicial para el internamiento psiquiátrico en todos los casos.

- **Ancianos:** Se deben descartar primero: psicosis secundarias, cuadros de delirium (incluidos los ocasionados por fármacos y drogas), lesiones cerebrales y demencia y sólo después de esto se podrá pensar en trastornos psicóticos primarios. La no identificación de causas secundarias puede conducir a la administración inapropiada de antipsicóticos.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN URGENCIAS

Claves fundamentales

- El tratamiento farmacológico en urgencias ante un episodio psicótico es esencialmente sintomático.
- Desde la sala de urgencias puede orientarse el comienzo del tratamiento antipsicótico o el cambio desde una pauta previa.
- En personas jóvenes durante la aparición de un primer episodio psicótico son mucho más frecuentes los síntomas extrapiramidales como secundarios del tratamiento. La exploración de los mismos y/o clínica catatoniforme debe ser sistemática, y puede condicionar la toma de decisión en la elección del fármaco.
- No olvidar la importancia de las interacciones en pacientes con polifarmacia.
- La elección de un fármaco debe ser individualizada, se deben evitar las formas aprendidas por "ósmosis". Mantener espíritu crítico.
- Siempre que sea posible se debe elegir monoterapia antipsicótica.
- Debe explorarse con cautela el cumplimiento terapéutico de pautas previas a la hora de decidir la pauta en urgencias para evitar intolerancias e intoxicaciones.

Evidencia de los tratamientos en cuadros psicóticos

No existe evidencia que muestre superioridad de un antipsicótico atípico sobre otro en el tratamiento de los síntomas positivos de un primer episodio (excepto Clozapina en pacientes refractarios²⁰). La elección de un tratamiento debe ser realizada considerando la aceptabilidad del paciente, el perfil de efectos colaterales y la planificación del tratamiento posterior²¹.

El tratamiento con antipsicóticos (primera y segunda generación) está asociado con altas tasas de respuesta y remisión de síntomas positivos de psicosis²².

El efecto suele comenzar en las 2 primeras semanas aunque el efecto máximo no se obtiene hasta 6 semanas después de iniciado el tratamiento. Si no se produce respuesta al tratamiento, evaluar las causas. Si hay baja adherencia, analizar los motivos, optimizar las dosis. Las dosis efectivas son en promedio un 50% menor para el primer episodio psicótico en comparación con los episodios recurrentes en esquizofrenia.

Fármacos antipsicóticos más comunes y dosificación¹⁵:

Fármaco	DOh (mg/d)	DOi (mg/d)	DM (mg/d)
Clorpromazina	400-600	25-200	800
Flufenazina	2-15	2-10	12
Haloperidol	2-20	2-10	30
Loxapina	20-80	20	100
Pimozide	8-10	1-2	10/4 (CYP2D6)
Aripiprazol	10-15	10-15	30
Asenapina	10-20	10	20
Clozapina	150-600	25-50	900
lloiperidone	12-24	2	24
Olanzapina	10-20	5-10	30
Paliperidona	6-12	6	12
Quetiapina	150-750 LI/400-800 LP	50	150-750 LI/400-800 LP
Risperidona	2-6	1-2	8
Ziprasidona	40-160	40-80	200

DOh: dosis oral habitual; DOi: dosis oral inicial; DM: dosis máxima; LI: liberación inmediata; LP: liberación prolongada.

Situaciones clínicas

- **Agitación inducida por psicosis de origen psiquiátrico:** Los antipsicóticos son los fármacos de elección; los de segunda generación con evidencia en agitación (Olanzapina 10mg, Risperidona 3mg) son preferibles al Haloperidol, solos o con BZD. Si no acepta medicación oral, se puede pautar Aripiprazol, Olanzapina o Ziprasidona i.m. Si una primera dosis no es eficaz es preferible añadir una BZD (No junto a Olanzapina i.m.) a dosis adicionales de antipsicótico. Considerar Loxapina inhalada por su velocidad de acción. Únicamente en agitación extrema considerar Midazolam una ampolla i.m.
- **Agitación por psicosis de origen no psiquiátrico** (Drogas recreativas estimulantes): Benzodiazepinas tanto vía oral (Lorazepam 1mg, Diazepam 10mg) como intramuscular o intravenosa en casos especiales.

- **Ansiedad:** Benzodiazepinas (Ejemplos: Diazepam 10mg, Lorazepam 1mg, Clorazepato 15mg).

Manejo de las complicaciones agudas asociadas al tratamiento farmacológico

- **Síndrome neuroléptico maligno:** Caracterizado por fiebre, rigidez, alteraciones del nivel de consciencia e inestabilidad autonómica. Laboratorio: Leucocitosis, aumento de CK y creatinina. Potencialmente letal. El tratamiento incluye retirada del antipsicótico y medidas de soporte cardiovascular, control de la hipertermia y balance hidroelectrolítico.
- **Acatisia:** Inquietud motora con un impulso irresistible de moverse. El paciente apenas puede permanecer sentado. Tratamiento: Reducir la dosis de antipsicóticos si el estado psicopatológico de la persona lo permite. Propanolol 40-80mg/día y/o Benzodiazepinas con efecto muscular relajante (Diazepam o Clonazepam). No suelen ser eficaces los fármacos anticolinérgicos.
- **Discinesia o parkinsonismo secundario:** Temblor de reposo, rigidez articulaciones, alteración en la marcha. Tratamiento: Reducir la dosis de antipsicóticos. Benztropina hasta 2 mg/día, Biperideno hasta 4 mg/día y/o Benzodiazepinas con efecto muscular relajante (Diazepam o Clonazepam).
- **Distonía:** es una contracción dolorosa y sostenida de un grupo muscular en cualquier parte del cuerpo. Local o generalizada. Tratamiento Biperideno 5 mg i.m. y/o benzodiazepinas con efecto muscular relajante (Diazepam o Clonazepam).
- **Alteraciones del ritmo cardíaco:** Evitar Clozapina, Ziprasidona y Pimozida en pacientes con enfermedad cardiovascular, ancianos y personas en tratamiento con fármacos que prolonguen el intervalo QT¹⁵.
- **Convulsiones:** Todos los antipsicóticos disminuyen el umbral convulsivo. El tratamiento se debe monitorizar junto con el neurólogo.

ASPECTOS LEGALES DEL PACIENTE PSICÓTICO EN URGENCIAS

Con frecuencia deben tomarse medidas contra la voluntad del paciente. Cuando éstas se den (Contención mecánica, indicación de ingreso pese a la negativa del paciente...) se deben comunicar al juzgado en las primeras 24 horas. En caso de transporte entre Urgencias/Hospitales recordar concretar en informe:

- Necesidad de contención/acompañante/medicación de rescate

- La fórmula “Se notifica el traslado involuntario según el artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil”.

En caso de indicación de internamiento involuntario: si por circunstancias debe prolongarse su estancia en un medio abierto (Como la observación) se debe minimizar el riesgo de fuga intentando evitar la sujeción mecánica (Si no hay alteraciones de conducta). Para ello situar al paciente en zona de control visual directo por enfermería, controlar su ropa y efectos personales tras inventario por seguridad.

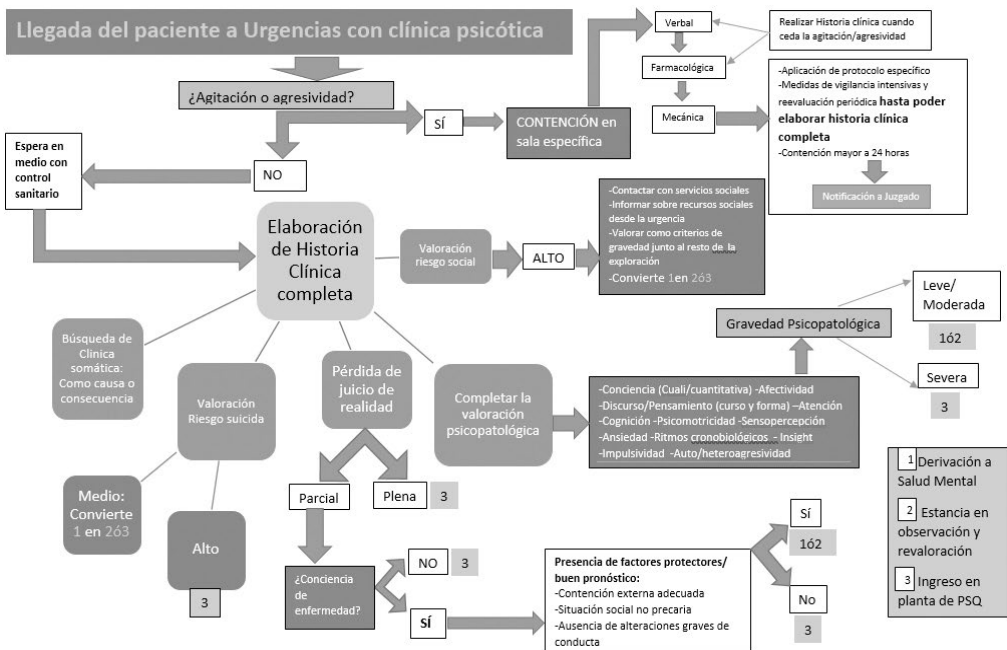
PLAN DE TRATAMIENTO

- **Hospitalización:** Provee de un ambiente seguro, estructurado y supervisado, ofreciendo la posibilidad de observar y monitorizar los síntomas y su gravedad, el nivel de funcionamiento, la respuesta al tratamiento y los efectos secundarios del mismo. La hospitalización debe tener como objetivo proporcionar un entorno terapéutico y de seguridad para el paciente.
- Un elevado número de casos con trastorno psicótico presenta además un consumo abusivo o dependencia de tóxicos. Durante el ingreso debe realizarse la atención conjunta de ambos trastornos.
- **Indicadores de ingreso hospitalario¹⁰:**
 - Peligro de que el paciente pueda lesionarse a sí mismo o a los demás.
 - Rechazo a proporcionarse o a que le proporcionen cuidados básicos así como reticencia a la toma de medicación; Necesidad de garantizar la administración terapéutica y/o monitorizar su efecto, durante más de 24 horas.
 - Necesidad de realizar exploraciones o tratamientos especiales difícilmente aplicables en otro tipo de alternativa asistencial. Necesidad de realizar una observación continua del paciente y establecer un diagnóstico diferencial.
 - Nivel de apoyo en la comunidad insuficiente y nivel de crisis demasiado elevado para ser manejado por la familia.
- **Hospitalización Domiciliaria:** En algunas áreas sanitarias existen programas para realizar hospitalizaciones domiciliarias, cuyo objeto es proveer activamente de tratamiento y cuidados por parte de personal sanitario al paciente en su domicilio. Se trata de un dispositivo asistencial enfocado a proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico y tratamiento similares a los dispensados en el hospital a través de un seguimiento intensivo protocolizado. Este servicio se prestará de forma transitoria a pacientes psiquiátricos descompensados psicopatológicamente, supervisados por uno o varios familiares responsables.

La ausencia de soporte familiar adecuado, presencia de trastornos de conducta grave (agitación psicomotriz, conducta violenta), el riesgo inminente de suicidio, la edad menor o igual a 16 años, la intoxicación o abstinencia a sustancias, o la dependencia a opiáceos, cocaína o drogas de síntesis son criterios de hospitalización.

- **Alta hospitalaria:** Si no hay alteraciones de conducta graves, el paciente acepta los ajustes de tratamiento y hay un entorno familiar adecuado y colaborador que supervise la toma del tratamiento farmacológico. Cuando el paciente sea dado de alta, deberá llevarse el informe de la atención recibida y del tratamiento a seguir (si precisa) hasta una nueva indicación en el dispositivo de la red de salud mental que sea de referencia.

ALGORITMO RESUMEN



Bibliografía

1. Lahera G, Freund N, Saiz-Ruiz J. Salience and dysregulation of the dopaminergic system. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2013;6(1):45-51.
2. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(7):663-8.
3. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):19-28.
4. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(6):565-71.
5. Van der Heiden W, Hafner H. The epidemiology of onset and course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000;250(6):292-303.
6. Oliva-Moreno J, López-Bastida J, Osuna-Guerrero R, Montejo-González AL, Duque-Gonzalez B. The costs of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ.* 2006;7(3):182-88.
7. Segarra R. *Abordaje Integral de las Fases Iniciales de las Psicosis. Una visión crítica.* Madrid: Panamericana; 2014.
8. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis.* 2006;194(3):164-72.
9. Freudenreich OW, Anthony, P, Goff, D. *Psychosis and schizophrenia. Massachusetts: General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry;* 2008. p. 371-89
10. B. Berenguer Rodríguez, D.M. Basto Pacheco, S. Arroyo Cuevas y S. Ruiz Murugarren. *Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en Urgencias. Protocolos de práctica asistencial. Medicine.* 2015;11(85):5112-7
11. García-Calabrés Cobo F, director; Cazalla Cadenas JJ, coordinador. *Guía de Atención Urgente en Salud Mental.* Córdoba; Defensor de la ciudadanía de la provincia de Córdoba; 2010.
12. Waltham MA. *Clinical manifestations, differential diagnosis, and initial management of psychosis in adults [Internet].* 2014.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fórum de Salut Mental, coordinació. Guia de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.* Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques;* 2009. *Guía de Práctica Clínica: AATRM. No* 2006/05-2.
14. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013. xlv. p. 947.
15. Freund Llovera, N; García Ramos PR, Ayala Ballesteros A. *Psicosis. Protocolos de práctica asistencial. Medicine.* 2015;11(85):5086-97
16. *La entrevista clínica psiquiátrica. Disponible en: <http://www.acmcb.es/files/425-9052-DOCUMENT/entrevista-clinica-psiquiatrica-introduccion-DP.pdf>*
17. Aturo Morlet-Barjau, Ernesto Ortiz-Maldonado, Manuel Moscoso-López. *Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48711373005.pdf>*
18. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. *Manual de Psiquiatría de Urgencias.* Panamericana 1996. Dr. Diego J. Palao Vidal.
19. Dr. Celso Arango et al. *Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia Informe de consenso de Recomendaciones, Director Científico CIBERSAM Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

20. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;373(9657):31-41.
21. "Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care. Clinical Guideline. An Update", National Institute for Clinical Excellence (NICE), London, England, 2009
22. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010;36(1):71-93