

CAPITULO

51 URGENCIAS
PSIQUIATRICAS

Dra. Laura Oca Bravo

1. LA INTERVENCION PSIQUIATRICA EN URGENCIAS

La intervención psiquiátrica de urgencia supone un reto especial para el clínico, ya que exige la toma de decisiones de forma rápida y eficaz ante situaciones críticas, disponiendo de información escasa y frecuentemente difícil de obtener.

La urgencia psiquiátrica sería toda aquella situación o estado clínico que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial inmediata, ya sea solicitada por el paciente, la familia, los amigos, otros especialistas de la propia urgencia, las instituciones sociales, una orden judicial, etc.

La intervención psiquiátrica en urgencias debe ser puntual, inmediata, intensiva y de duración suficiente. El lugar de la intervención debe ser tranquilo, bien iluminado, con ausencia de riesgos directos o indirectos, de fácil acceso y salida, y seguro.

Hay que tener en cuenta que los síntomas y signos de alteración mental pueden ser los rasgos manifiestos de un problema psiquiátrico, neurológico o de otro tipo. La aproximación inicial al paciente debe ser directa, afable y con muestras de interés. En general, la valoración de urgencias consiste en una entrevista, un examen del estado mental, un examen físico general y neurológico, incluyendo las pruebas de laboratorio pertinentes.

1.1. La entrevista psiquiátrica

La **entrevista** está limitada a menudo por presiones temporales y por la gravedad y naturaleza de los síntomas del paciente. El médico debe dirigirse al paciente con respeto y mantener una distancia interpersonal adecuada. En caso de que sea posible, debe permitirse que el paciente relate lo ocurrido.

En las situaciones de urgencia, el médico debe tomarse en serio todas las amenazas, gestos e intentos suicidas y homicidas, aunque a primera vista el paciente parezca manipulador.

Antecedentes psiquiátricos personales: Debe obtenerse una historia de enfermedades psiquiátricas anteriores y de la respuesta al tratamiento. Hay que preguntar al paciente sobre el consumo de alcohol y drogas ilícitas. Si hay un patrón de abuso, hay que determinar si es continuado y si hay evidencia de que el paciente es adicto.

Antecedentes médicos personales: Debe obtenerse una historia de la enfermedad médica y de cualesquiera síntomas médicos actuales. Hay que interrogar al paciente acerca de todos los medicamentos que utiliza, tanto recetados como no. Si no se ha informado ya sobre el particular, hay que preguntar al paciente sobre problemas de sueño, apetito, capacidad de concentración, nivel de energía y actividad sexual.

Antecedentes familiares: Debe obtenerse una historia familiar de trastornos psiquiátricos y neurológicos, preguntando sobre sus síntomas y respuesta al tratamiento para evitar errores diagnósticos.

Situación vital: Para determinar el nivel de funcionamiento actual del paciente es preciso conocer el nivel educativo, su historia laboral, militar, legal y posible búsqueda de declaración de incapacidad. El médico debe conocer si el paciente procede o no de un entorno en el que puede ser apoyado, supervisado y controlado, de un entorno caótico o problemático, o bien si el paciente vive solo. Es importante determinar si hay una historia de problemas con la ley y si el paciente tiene pendiente algún proceso penal.

1.2. *Exploración psicopatológica*

A continuación, es esencial realizar un examen minucioso y sistemático del estado mental en la valoración de pacientes que presentan una urgencia psiquiátrica. Estas son las áreas de exploración psicopatológica:

a) **Aspecto externo y conducta:**

- Apariencia.
- Conducta motora:
 - Temblor.
 - Acatisia.
 - Esterotipias (verbal, postural, cinética).
 - Ecosíntomas (ecomimia, ecopraxia, ecolalia).

- Inquietud psicomotriz.
- Agitación.
- Acinesia.
- Inhibición psicomotriz.
- Oposicionismo. Negativismo.
- Obediencia automática.
- Manierismos.
- Distonía aguda.
- Discinesia tardía.
- Actitud ante el entrevistador.

b) Sensorio (nivel de conciencia, orientación).

c) Lenguaje:

- Retardo del lenguaje.
- Mutismo.
- Presión del lenguaje.
- Disartria.
- Tartamudez.
- Estereotipias verbales (palilalia, logoclonía, ecolalia).
- Neologismos.
- Afasia (motriz, sensorial, psicógena).

d) Estado de ánimo y afecto.

e) Pensamiento:

e.1. Trastornos del curso del pensamiento.

Trastornos en el flujo:

- Taquipsiquia.
- Bradipsiquia.
- Bloqueo del pensamiento.

Trastornos en la forma:

- Fuga de ideas.
- Pensamiento circunstancial.
- Pensamiento tangencial.
- Perseveración.
- Disgregación.
- Incoherencia.
- Alogia.

e.2. Trastornos del contenido:

- Preocupaciones.
- Rumiaciones.
- Ideas suicidas.
- Ideas sobrevaloradas.
- Ideas obsesivas.
- Ideas fóbricas.
- Pensamiento mágico.
- Ideas delirantes.

e.3. Trastornos en la vivencia:

- Difusión del pensamiento.
- Inserción del pensamiento.
- Robo del pensamiento.
- Lectura del pensamiento.

f) Percepción:

- Ilusiones.
- Alucinaciones:
 - auditivas.
 - visuales.
 - somáticas.
 - olfativas.
 - gustativas.
 - hipnagógicas.
 - hipnapómpicas.
- Despersonalización.
- Desrealización.
- Supuesto reconocimiento.

g) Memoria.**h) Concentración y cálculo.****i) Nivel de conocimiento e inteligencia.****j) Capacidad de juicio.****k) Capacidad de introspección.****a) Aspecto externo y conducta**

Debe describirse tanto el aspecto y la conducta del paciente, como su apariencia general, indumentaria e higiene. También ha de anotarse el grado de cooperación con el entrevistador y el contacto visual.

Dentro de la evaluación de la actividad motora, hay que considerar el nivel de actividad (por ejemplo, agitación o retraso psicomotor), así como las posturas, tics o movimientos involuntarios. La acatisia es un estado de inquietud subjetiva y ansiedad con sensación de “no poder estar quieto”.

b) Sensorio (nivel de conciencia, orientación)

El nivel de conciencia puede describirse como un estado de alerta, letárgico, estuporoso o comatoso. Cuando el estado mental es anormal deben hacerse descrip-

ciones específicas, por ejemplo: si el paciente tiene los ojos abiertos o cerrados y la normalidad de los movimientos oculares espontáneos; el volumen del habla espontánea o, si no habla, el estímulo necesario para provocar la vocalización; la velocidad y la coordinación de los movimientos motores voluntarios o, si no hay movimientos, el estímulo necesario para provocar el movimiento y la descripción de la respuesta.

Los posibles trastornos de la conciencia observados son estupor y coma, delirium (en el cual puede ser anormal o fluctuar el nivel de conciencia), estados de somnolencia que acompañan crisis parciales complejas y estados disociativos que se asocian a algunos trastornos psiquiátricos.

Para alterar la conciencia, las lesiones corticales tienen que ser difusas (lo que incluye causas toxicometabólicas) o bien cerebrales bilaterales. La patología focal en un hemisferio puede afectar la conciencia si la tumefacción alcanza el otro hemisferio.

Con el fin de conocer el grado de orientación de un paciente se le debe preguntar su nombre y edad; el lugar actual, la dirección y ciudad, y el día y la fecha. La orientación exige atención y memoria. La habitual generalización de que la desorientación (confusión) es patognomónica de los trastornos mentales orgánicos es errónea. De hecho, muchos pacientes con psicosis agudas, en especial con manía aguda, no están orientados en el tiempo y en el espacio en razón de la imposibilidad de atender o **registrar** estos datos.

c) Lenguaje

La exploración del lenguaje puede sugerir la presencia de lesiones anatómicas específicas y es un requisito previo necesario para el examen del contenido del pensamiento. También puede ser útil para la diferenciación de trastornos psiquiátricos específicos.

Es preciso escuchar el habla espontánea del paciente o, si no existe, formularle preguntas abiertas. Esto permite valorar la fluidez, articulación, prosodia, ritmo y presión del habla (dificultad de interrumpir el flujo del habla) del paciente.

La comprensión puede valorarse formulando preguntas directas y pidiendo al paciente que ejecute órdenes.

La designación puede explorarse indicando partes del cuerpo y objetos, así como partes de objetos.

Entre los trastornos del lenguaje se halla la disartria, o trastorno de la articulación, que sugiere una enfermedad metabólica cerebral, intoxicación o una

lesión focal de las regiones cerebrales necesarias para los aspectos motores del habla.

La disprosodia o habla carente de inflexión sugiere una lesión del hemisferio derecho (no dominante).

La afasia o pérdida de la función del lenguaje es producida por una lesión cerebral. Hay diferentes tipos según la región cerebral afectada.

El ritmo del habla puede ser anormal en aquellos pacientes con trastornos afectivos ansiosos.

La depresión o apatía de la enfermedad del lóbulo frontal pueden provocar una escasez del habla espontánea con largos periodos de latencia antes de responder a las preguntas. Además, la depresión y algunos estados afectivos mixtos pueden determinar un habla lento. La manía puede dar lugar a un habla grave, rápida y a presión. No hay que confundir el habla a presión con la rapidez, ya que la primera representa la dificultad para interrumpir el flujo del habla. Por otro lado, el habla puede ser lenta pero extremadamente difícil de interpretar si el paciente es controlador y obsesivo.

El habla vaga, hiperelaborada, digresiva y neológica sugiere una psicosis.

d) Estado de ánimo y afecto

El estado de ánimo describe el estado emocional general y sostenido del paciente. El afecto es la pauta de conductas observables que constituyen expresión exterior del actual estado emocional del paciente. El afecto varía más que el estado de ánimo con el paso del tiempo.

La gama de afectos puede describirse como normal (o amplia), restringida o plana (sin expresión afectiva). La gama afectiva considerada normal depende del contexto y del entorno cultural del paciente.

Debe describirse también la amplitud de los afectos. Esta puede ser excesiva (p.e. cólera excesiva), normal o embotada (reducción de la intensidad de expresión afectiva).

Se dice que el afecto es inadecuado cuando es claramente discordante con el contenido del habla de la persona. Hay un afecto lábil cuando este cambia de forma abrupta y rápida.

Puede ser difícil distinguir la apatía, que sugiere una enfermedad del lóbulo frontal, del estado de ánimo depresivo o embotado. Es importante indagar otros

hallazgos del estado mental que confirmen la presencia de uno u otro síndrome (p.e. perseveración para una enfermedad frontal, culpa o disminución de la autoestima para la depresión).

e) **Pensamiento**

La forma de los procesos ideativos del paciente suele ser anormal en los pacientes psicóticos. El paciente debe ser capaz de presentar su historia de forma lógica y cronológica. Si se le interrumpe, ha de poder retomar el hilo discursivo. La tangencialidad y la fuga de ideas son comunes en la manía. El pensamiento divagador e incoherente (incomprensibilidad del discurso) con asociaciones libres sugiere psicosis, delirium o demencia. La alogia, consistente en una dificultad de generar temas y en dotarlos de una información ordenada, es uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia, apreciándose un discurso empobrecido y vacío de contenido.

El contenido del pensamiento del paciente puede ser útil en el diagnóstico psiquiátrico. El examinador debe considerar si el contenido del pensamiento es pobre y si el pensamiento del paciente incluye: ideas delirantes (creencias falsas, firmemente defendidas, contrarias a lo que piensan casi todas las personas de su misma cultura y a pesar de pruebas obvias e incontrovertibles en sentido contrario); ideas de referencia (ideas, menos enérgicamente defendidas que las ideas delirantes, de que en ciertos acontecimientos, objetos o personas tienen una significación particular e inusual en relación con el paciente); fenómenos de transmisión del pensamiento, inserción del pensamiento u otras ideas delirantes extrañas; obsesiones (ideas egodistónicas e intrusitas, cuya realidad puede comprobar el paciente); fobias; ideas de indignidad, desamparo o desesperanza, e ideas suicidas u homicidas. En ocasiones puede ser difícil diferenciar las obsesiones de las ideas delirantes, pero es importante hacerlo en relación al diagnóstico.

f) **Percepción**

Las ilusiones (percepciones erróneas de los estímulos exteriores) pueden darse en las psicosis, pero son comunes en los síndromes cerebrales orgánicos o en el consumo de alucinógenos. En las psicosis o en el delirium orgánico pueden producirse alucinaciones de cualquier modalidad sensorial, aunque las alucinaciones visuales, táctiles u olfativas son más comunes en los procesos orgánicos. El paciente psicótico puede mostrarse reticente a comunicar sus alucinaciones, por lo que en la exploración puede introducirse el tema preguntándole si recientemente ha tenido alguna experiencia inusual, como la de oír voces que otras personas no podían oír. La presencia de distorsiones (percepciones alteradas de los estímulos

externos, como la macropsia) sugiere la presencia de una patología orgánica cerebral.

g) Memoria

Hay, al menos, tres tipos de memoria relevantes en el examen de urgencias que dependen de diferentes estructuras cerebrales.

— Memoria de **recuerdo inmediato o primaria**. Cuando se percibe o se atiende información nueva se transfiere a la memoria primaria. Este tipo de memoria tiene una capacidad limitada y no dura más de unos minutos o hasta que el individuo se distraiga. En realidad, la información tiene que repetirse activamente para ser retenida en la memoria primaria. Este tipo de memoria puede ponerse a prueba nombrando tres objetos no relacionados entre sí y pidiendo al paciente que los repita inmediatamente.

— Memoria **reciente o secundaria**. La información que se retiene durante un periodo de tiempo considerable requiere memoria reciente. Este tipo de memoria puede almacenar una cantidad e información relativamente ilimitada que va desde minutos a meses. El rasgo clínico distintivo de este tipo de memoria es que exige estructuras mediales del encéfalo y estructuras temporales intactas. Suponiendo que el paciente sea capaz de prestar atención y registrar los tres objetos de la prueba antes descrita, la memoria secundaria puede probarse pidiendo al paciente que memorice los objetos y luego los recuerde 5 minutos después. El paciente normal recordaría los tres. El conocimiento de la fecha y el lugar en las pruebas de orientación también requiere memoria reciente.

— Memoria **remota o terciaria**. Cuando la información se ha retenido durante muchos meses o años se vuelve extremadamente resistente a ser modificada, un proceso conocido como consolidación. Parece que este tipo de memoria se almacena de forma distribuida por toda la corteza cerebral. Se diferencia de la memoria reciente en que para su evocación no precisa estructuras diencefálicas o cerebrales. Una valoración adecuada de la memoria remota exige una fuente de información externa verificable.

En la práctica clínica, los verdaderos déficits de memoria representan comúnmente lo que puede denominarse **síndrome de amnesia**. Este síndrome está limitado a la memoria reciente o secundaria y consiste en una dosis de amnesia retrógrada (no recuerdo de hechos pasados), más acusada en relación a hechos recientes y selectiva de los recuerdos, unida a amnesia anterógrada (reducida capacidad de aprender información nueva). El síndrome de amnesia se debe a lesiones bilaterales de las estructuras diencefálicas o temporales. El síndrome puede ser transi-

torio (p.e. a causa de una terapia electroconvulsiva bilateral, una contusión, o amnesia global transitoria). En otras ocasiones puede ser de larga duración o permanente, como ocurre en el síndrome de Korsakoff (que provoca lesiones del tálamo, fórnix y cuerpos mamilares), encefalitis por herpes simple (que con frecuencia ataca los lóbulos temporales) o enfermedad de Alzheimer (que con frecuencia, al comienzo de su curso, destruye la corteza temporal). La falta de atención y amnesia también pueden estar provocadas por determinadas drogas, en especial las benzodiazepinas de alta potencia o fármacos anticolinérgicos.

La presencia de síndrome de amnesia sugiere un trastorno orgánico y por ello requiere exámenes toxicológico, médico y neurológico adecuados. En cambio, los pacientes que están alerta y aprenden fácilmente información nueva (p.e. el nombre del hospital), pero no pueden recordar su propio nombre o dirección, no tienen un trastorno “fisiológico” de la memoria. La propia identidad es un recuerdo muy antiguo que probablemente esté distribuido por toda la corteza y que es muy resistente a ser alterado. Así pues, es probable que estos pacientes tengan un trastorno disociativo o estén simulando.

h) Concentración y cálculo

Debe evaluarse la capacidad de atención del paciente antes de valorar otras funciones cognitivas. La inatención hará imposible, por ejemplo, explorar adecuadamente la memoria del paciente. La falta de atención puede estar causada por ansiedad, manía, depresión o una disfunción cerebral difusa a consecuencia, por ejemplo, de drogas, delirium, lesión craneal o cortical (en especial del lóbulo frontal). Si se dan anomalías de la alerta y la atención, el diagnóstico más probable es un síndrome general orgánico.

El cálculo es una tarea compleja que exige atención y funciones superiores. La capacidad de cálculo depende del nivel educativo del paciente.

i) Nivel de conocimiento e inteligencia

En ocasiones se precisa una valoración aproximada para distinguir entre estados psicóticos residuales, retraso mental, demencias incipientes y rasgos de personalidad primitivos.

j) Capacidad de juicio

El juicio se refiere a la capacidad del paciente para tomar decisiones adecuadas y actuar con arreglo a ellas y de forma apropiada en situaciones sociales. No existe, necesariamente, ninguna relación entre la inteligencia y el juicio.

k) Capacidad de introspección

Es la capacidad del paciente para percibir y entender que tiene un problema o enfermedad, de ser capaz de revisar sus probables causas y llegar a una solución sostenible.

1.3. Exploración física

Los exámenes físico y neurológico son partes importantes de la evaluación psiquiátrica de urgencias.

1.4. Pruebas complementarias

Debe realizarse un TAC si se descubren déficits neurológicos focales o se sospechan lesiones masivas, hemorragia intracraneal o hidrocefalia como causas de anomalía del estado mental. Un electroencefalograma es útil cuando se sospechan crisis parciales complejas u otros tipos de crisis, y puede serlo en la determinación de encefalopatías metabólicas. La punción lumbar está indicada si hay una sospecha de infección del sistema nervioso central.

2. CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO DE ANGUSTIA)

Una *crisis* de angustia o pánico es un episodio de ansiedad intensa de inicio súbito que clásicamente se asocia al temor a una calamidad o pérdida de control inminente, con la necesidad de escapar posteriormente a las circunstancias en las que tuvo lugar la crisis de angustia y con síntomas de afectación vegetativa. Debe distinguirse de la ansiedad generalizada, que se caracteriza por síntomas de malestar, preocupación y activación más constantes, pero de inferior grado. Por otro lado, la característica esencial del *trastorno* de angustia es la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas, seguidas de la aparición durante un periodo como mínimo de un mes de preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer nuevas crisis de angustia y por sus posibles implicaciones o consecuencias, o bien de un cambio del comportamiento significativo relacionado con estas crisis.

Aproximadamente el 1,7 % de la población adulta entre 18 y 54 años padece trastorno de angustia en el periodo de un año. Por lo general, el trastorno se inicia en adultos jóvenes (50% antes de los 24 años). Las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer un trastorno de angustia que los varones.

2.1. Clínica

Las crisis de angustia o de pánico son episodios breves de intensa ansiedad que aparecen de forma súbita, alcanzan rápidamente la máxima intensidad (con frecuencia en unos pocos minutos) y por lo habitual desaparecen en una hora.

La primera crisis de angustia a menudo es espontánea, aunque en algunos casos sucede a la excitación, al ejercicio físico, a la actividad sexual o a un trauma moderado. El ataque comienza a menudo con un período de 10 minutos en los que la sintomatología se incrementa de manera rápida.

Los pacientes con trastorno de angustia suelen acudir a urgencias por una primera crisis de ansiedad o por la aparición de nuevas crisis con diferentes características a pesar del tratamiento instaurado. En muchas ocasiones, la primera crisis de ansiedad no se identifica como tal y el paciente acude a urgencias preocupado por los síntomas físicos asociados (palpitaciones, dolor torácico, disnea) y, siempre con la sensación de que sus síntomas implican una enfermedad de extrema gravedad.

Las preocupaciones somáticas de muerte por un problema cardiaco o respiratorio son el principal centro de atención de los pacientes durante la crisis de angustia, y hasta el 20% de los pacientes presentan durante una crisis de angustia episodios de tipo síncope, con pérdida brusca de conciencia y del tono postural de duración breve, que se recupera espontáneamente sin necesidad de maniobras de reanimación. En las salas de urgencias se pueden ver pacientes jóvenes, personas saludables físicamente que, no obstante, insisten en que están a punto de morir de un ataque cardiaco. En lugar de diagnosticar de hipocondriasis, el médico de urgencias debería considerar el diagnóstico de trastorno de angustia.

Según el DSM-IV-TR las crisis de angustia (panic attack), consisten en la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro o más de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- (2) sudoración.
- (3) temblores o sacudidas.
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento.
- (5) sensación de atragantarse.

- (6) opresión o malestar torácico.
- (7) náuseas o molestias abdominales.
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo.
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) miedo a perder el control o volverse loco.
- (11) miedo a morir.
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
- (13) escalofríos o sofocaciones.

Para cumplir los criterios de trastorno de angustia al menos los dos primeros ataques deben ser inesperados, y debe aclararse cualquier hábito o situación que normalmente preceda a la crisis de angustia en un paciente. Estas actividades son el consumo de cafeína, de alcohol, de nicotina u otras sustancias; patrones de sueño o de alimentación inusuales; y entornos medioambientales específicos como mala iluminación en el trabajo. Los ataques no se limitan a ninguna situación particular o una serie de circunstancias y son, en consecuencia impredecibles.

El miedo extremo es el principal síntoma mental con sensación de estar sentenciado y de muerte inminente. Los pacientes, normalmente, son incapaces de identificar el origen de sus miedos; pueden encontrarse confusos y tener dificultades de concentración.

Los principales signos físicos son taquicardia, palpitaciones, disnea y sudoración. Los pacientes, a menudo, tratan de abandonar cualquier situación en la que estén y buscar ayuda.

Una exploración formal de una crisis de angustia revelaría rumiación, dificultades en el habla (p.e. tartamudeo) y memoria deteriorada. Los pacientes pueden presentar depresión o despersonalización durante la crisis.

Los síntomas pueden desaparecer de manera rápida o gradual. Los pacientes pueden sufrir ansiedad anticipatoria entre las crisis ante la posibilidad de sufrir otro ataque, lo cual requerirá el diagnóstico diferencial con el trastorno de ansiedad generalizada.

2.2. Pruebas complementarias

Ante una crisis de ansiedad en la que el origen psiquiátrico no quede claro habrá que realizar un examen físico detallado, hemograma y bioquímica general,

placa de tórax, ECG y una gasometría arterial si ha habido una gran hiperventilación, por el riesgo de alcalosis respiratoria. En caso de sospecha de otras patologías será preciso un estudio más detallado de horma ambulatoria (función tiroidea, etc.) (tabla 51.1).

2.3. Tratamiento

Las crisis de pánico se controlan de forma rápida y eficaz con cualquier benzodiacepina por vía oral, puesto que por vía intramuscular su absorción, a excepción del lorazepam (no disponible en presentación parenteral en España) es errática. Se puede comenzar con una dosis equivalente a 10 mg de diazepam y si al cabo de una hora no ha remitido, repetir la dosis.

Es bueno generar de forma simultánea un entorno de confianza y tranquilidad donde explicar al paciente lo que le está ocurriendo, y la interpretación errónea que está haciendo de sus síntomas neurovegetativos. Cuando no existen antecedentes previos de crisis de angustia es aconsejable y tranquilizador para el paciente y el médico realizar un electrocardiograma (ECG) que descarte una crisis coronaria. Se le propone también inspirar y espirar dentro de una bolsa de plástico, para prevenir crisis de tetania derivadas de la hiperventilación mantenida.

En el tratamiento a medio y largo plazo son necesarias otras moléculas que ejercen un efecto preventivo en la recurrencia de las crisis, y del componente fóbico (agorafóbico) que suele desarrollarse cuando las crisis son de repetición. La instauración del tratamiento adecuado resulta útil entre el 70 y el 90 % de las personas con trastorno de angustia. Suele apreciarse una significativa mejoría entre 6 y 8 semanas después de iniciarse el tratamiento.

Tradicionalmente se utilizaban los antidepresivos tricíclicos, fundamentalmente imipramina y clorimipramina. En la actualidad los fármacos de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Hipertiroidismo.
Hipotiroidismo.
Angor o infarto agudo de miocardio.
Taquiarritmias.
Feocromocitoma.
Embolismo pulmonar.
Crisis hipoglucémicas.
EPOC.

Tabla 51.1: Principales causas orgánicas de la crisis de ansiedad.

(citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina), a los que es conveniente asociar durante 2-3 semanas una benzodiacepina, que se retirará de forma paulatina.

Una vez iniciado el tratamiento es conveniente mantenerlo entre 6 y 12 meses e ir retirándolo de forma paulatina, con la finalidad de detectar precozmente la reaparición de la sintomatología ansiosa, en cuyo caso es preferible continuar, dada la buena tolerancia y la eficacia de estas moléculas en el tratamiento a largo plazo.

También se han utilizado a largo plazo las benzodiacepinas, fundamentalmente el alprazolam, en dosis elevadas (4-6 mg/día) y el clonazepam, pero plantean dificultades para su retirada, por la habituación y la progresiva tolerancia que producen.

La terapia de conducta se concentra en cambiar acciones específicas y utiliza varias técnicas para disminuir o detener un comportamiento indeseable (p.e. entrenamiento de respiración diafragmática, terapia de exposición in vivo, etc.).

3. VALORACIÓN Y MANEJO DE SITUACIONES DE RIESGO EN PSIQUIATRÍA

3.1. *El paciente suicida*

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencia. El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes, tanto en hombres como en mujeres y guarda una estrecha relación con el consumo de drogas.

a) **Prevención del acto suicida**

Si bien es cierto que el suicidio no es una conducta absolutamente predecible, una adecuada evaluación e intervención en el momento de crisis puede ayudar a cambiar la actitud del paciente sobre su intención de morir, así como estimar y delimitar los casos en los que persiste un riesgo grave de suicidio. Detrás de una decisión tan dramática emergen gran número de factores personales, socio-culturales y demográficos. Estos factores pueden actuar bien como predisponentes o como precipitantes de la conducta, y serán los que orientarán sobre la actitud que se debe tomar con el paciente suicida.

El acto suicida, incluso cuando el desenlace no es fatal, supone un gran impacto sobre el entorno del paciente. Familiares y amigos se convierten en víctimas de un sentimiento de profundo malestar e impotencia. El adecuado aborda-

je, la orientación familiar y el establecimiento de redes de apoyo, ayudarán en la tarea de aceptación y afrontamiento de la situación.

El carácter reiterado de las conductas suicidas y los frecuentes antecedentes de las mismas en pacientes que consuman el suicidio, hace de la valoración de éstas, una de las más importantes y difíciles funciones del psiquiatra en urgencias. Cerca del 10% de los pacientes con una tentativa de suicidio terminan suicidándose, y el 1-2% lo hacen en el año siguiente. Asimismo, se estima que el riesgo de suicidio en estos pacientes es 100 veces superior al de la población general y que el 50% de los suicidios consumados tienen antecedentes de tentativas previas.

Ante una conducta potencialmente suicida lo recomendable es consultar con el especialista en Psiquiatría. Sea esto o no posible, la intervención debe dirigirse en primer lugar a definir e identificar el problema, evaluando la posible existencia de un diagnóstico psiquiátrico concomitante y de factores de riesgo suicida. Por último se adoptará una actitud dependiendo de los datos previos y de los distintos recursos personales, familiares y sanitarios de que se disponga.

b) Valoración del sujeto suicida

A la hora de valorar a un paciente suicida el profesional sanitario puede encontrarse con distintas situaciones (tabla 51.2). El primer contacto con el paciente suicida debe realizarse en un ambiente tranquilo, evitando en la medida de lo posible interrupciones y adoptando una actitud de escucha activa y comprensión. Se debe facilitar la expresión de los sentimientos y evitar la actitud moralizante o crítica.

Cuando el paciente niega la posibilidad de realizar un acto suicida es conveniente indagar sobre las razones que le impiden cometerlo, ya sean estas de tipo religioso, familiar o cultural. Si, por el contrario reconoce la posibilidad de paso al acto, se considerarán los métodos a su alcance, el grado de planificación, la existencia de intentos previos y cualquier otro factor de riesgo.

- Pacientes que han sobrevivido a un intento suicida.
- Pacientes que acuden a urgencias aquejando ideación o impulsos suicidas.
- Pacientes que acuden a urgencias refiriendo otras quejas, pero que durante la entrevista reconocen tener ideación suicida.
- Pacientes que niegan tener intenciones suicidas, pero que se comportan de manera tal que muestran un potencial suicida (suelen acudir con los familiares y a petición de éstos).

Tabla 51.2: *Tipos de pacientes suicidas.*

Además de la información obtenida del propio paciente, es conveniente entrevistar a familiares y allegados del mismo. Los datos aportados por los mismos pueden ayudar a confirmar una impresión diagnóstica, clarificar dudas sobre lo ocurrido o desmentir informaciones dadas por el paciente. A este respecto, es frecuente descubrir que el suicida ha comunicado de manera directa o indirecta sus intenciones a personas cercanas en las semanas previas, y en otras ocasiones, que su comportamiento en el ámbito familiar manifiesta una intención potencialmente suicida, en contra de lo que sostiene en la entrevista. Por otro lado, podrá valorarse el grado de apoyo o de contención existente en el medio familiar y orientar a los mismos sobre la actitud que se va a tomar.

La entrevista con el paciente y familiares no sólo es un buen instrumento para obtener información, supone además una intervención terapéutica y el primer paso en el abordaje y orientación del paciente suicida.

c) Factores de riesgo de suicidio

Entre los modelos etiopatogénicos que intentan explicar actualmente la conducta suicida, prevalecen los que consideran el suicidio como resultado de la interacción de diversas variables de tipo ambiental y personal (Tabla 51.3).

Vejez
Sexo masculino
Viudedad y soltería
Marginación social
Soledad
Intentos previos
Antecedentes familiares de suicidio
Enfermedad psiquiátrica
Enfermedad física incapacitante o crónica

Tabla 51.3: Principales factores de riesgo del suicidio consumado.

Con respecto los factores de riesgo se conoce lo siguiente:

- Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres, mientras que los suicidios consumados se dan con mayor frecuencia en hombres.
- En países industrializados se ha observado un aumento de las tasas de suicidio con la edad, siendo en individuos mayores de 65 años donde se observa una mayor incidencia.

- Los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres entre los 15 y 24 años. En el caso de los hombres entre los 25 y 34 años.
- La actual tendencia a la equiparación de las tasas de suicidio en las diversas razas y etnias, apunta a la posibilidad de que estas se vean influenciadas por factores socioeconómicos, culturales y de calidad de vida, más que por factores puramente raciales.
- Se observa una mayor frecuencia de suicidios en divorciados y viudos, seguido por solteros y, finalmente, por los casados.
- Se considera que el suicidio es más frecuente en clases sociales altas y la tentativa suicida entre las clases más desfavorecidas.
- Se ha asociado el medio urbano con un mayor riesgo suicida que el rural, considerando a la acción despersonalizadora de éstas áreas, así como a la emigración y al desarraigo como responsables.
- Tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en población desempleada.
- En los seis meses previos a la realización de una tentativa de suicidio, es frecuente encontrar algún tipo de acontecimiento vital estresante. En los ancianos se observan con mayor frecuencia la existencia de enfermedades somáticas o la jubilación y entre los jóvenes la problemática económica, la separación y los problemas interpersonales.
- Clásicamente se ha considerado la existencia de un mayor riesgo suicida en personas afectadas de enfermedades que cursan con dolor, con alteración de la imagen corporal, de evolución crónica e incapacitantes.
- Guarda especial importancia la existencia de trastornos psiquiátricos en la víctima. Se estima que cerca del 90% de los pacientes que realizan una tentativa suicida padecen un trastorno psiquiátrico mayor. Los más frecuentes son la depresión, el etilismo y otras toxicomanías, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad.
- La existencia de amenazas o intentos de suicidio previos, es el factor de riesgo suicida más importante. Los pacientes con antecedentes de tentativas previas tienen un riesgo cinco veces superior al de la población normal de realizar tentativas de suicidio. Cerca del 50% de los pacientes suicidas tienen antecedentes previos. Se considera que el periodo de más riesgo se produce durante los meses posteriores al intento, disminuyendo de forma paulatina en los años sucesivos.

Junto con la evaluación de los factores de riesgo descritos deben valorarse detenidamente las **características del intento** fallido. El grado de intencionalidad, la planificación, las notas de despedida, la actitud ante lo sucedido, el método utilizado o las circunstancias físicas y personales en que se realiza ayudan a juzgar la gravedad y el riesgo inmediato que presenta el paciente.

Los métodos violentos (precipitación, atropello, ahorcamiento, apuñalamiento o disparo con arma de fuego) guardan una estrecha relación con la intencionalidad letal. En el caso de las tentativas suicidas por intoxicación debe evaluarse el grado de asombro que produce en los pacientes las consecuencias de su ingestión.

Es importante conocer el grado de accesibilidad para el rescate en la tentativa suicida, si se han llevado a cabo maniobras para mantener la privacidad del acto suicida, evitando el rescate.

La ausencia de factores desencadenantes, así como la existencia de notas de despedida, realización de testamentos o seguros de vida orientan hacia la existencia de una premeditación del acto y por lo tanto una mayor gravedad del mismo.

Debe evaluarse la posibilidad de ganancia secundaria en la conducta suicida que orientaría a un menor riesgo de consumación del acto.

Una vez estabilizado el paciente, debe explorarse la existencia de sentimientos de alivio ante la salvación o de frustración por el fracaso.

Como conclusión se debe decir que al tratar este tipo de pacientes es bueno hacer unas consideraciones especiales (tabla 51.4).

d) Actitud terapéutica

Las posibilidades terapéuticas pueden ser: la hospitalización del paciente, ya sea de forma voluntaria o involuntaria, y la remisión del paciente a su domicilio bajo supervisión de la familia y posterior seguimiento ambulatorio. Ningún pro-

- Siempre debe tomarse en serio toda amenaza de suicidio.
- El suicidio puede afectar a cualquier tipo de persona.
- Preguntar acerca de la ideación suicida no es potenciar la misma.
- Entrevistar a los familiares no es violar la confidencialidad.
- La intervención en crisis no tiene como finalidad convencer al paciente.
- No únicamente el psiquiatra puede ayudar al suicida.

Tabla 51.4: *Consideraciones especiales en la valoración del riesgo suicida.*

fesional que no sea psiquiatra debería tomar este tipo de decisiones, salvo en muy contadas circunstancias.

Los pacientes con depresión grave pueden ser tratados de forma ambulatoria si las familias pueden supervisarlos de manera constante y si puede iniciarse el tratamiento de manera inmediata. De igual forma, en los trastornos de personalidad, la implicación de la familia y los amigos y la manipulación ambiental pueden ser útiles a la hora de resolver la crisis. Las ideas suicidas en los pacientes esquizofrénicos deben ser tomadas en serio, dado que suelen hacer tentativas violentas con métodos muy letales.

Se puede remitir al paciente a su domicilio cuando exista un bajo riesgo suicida y el suficiente apoyo familiar o social. A veces, es beneficiosa una sedación ligera, mediante benzodiacepinas (p.e. lorazepam, hasta 3 mg al día), siempre que cuente con alguien que pueda hacerse cargo de administrárselo, para evitar que sea utilizado como instrumento suicida. Hay que dejar claro dónde debe acudir para recibir asistencia psiquiátrica ambulatoria, a ser posible, con la cita concertada y con la mayor premura.

Los criterios de ingreso hospitalario son el alto riesgo suicida, que no tengan suficiente apoyo sociofamiliar y aquéllos en los que tras una correcta evaluación, persistan dudas.

3.2. Agitación psicomotriz

El episodio de agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que precisa intervención inmediata.

El síndrome de agitación psicomotriz se manifiesta por aumento inadecuado de la actividad motora. Puede ser de escasa intensidad y se denomina inquietud psicomotriz o de gran intensidad, llegando a una agitación extrema con tempestad de movimientos.

a) Valoración etiológica

Es de vital importancia la orientación diagnóstica de la etiología del cuadro, y debe descartarse la posible organicidad, causa muy frecuente de los cuadros de agitación. Como pauta general debe considerarse que una agitación psicomotriz tiene origen psiquiátrico cuando presente psicopatología propia de una agitación psiquiátrica, y no cuando en un cuadro de agitación las determinaciones analíticas básicas y la TAC de urgencias sean normales. Es decir, deben realizarse diagnósticos positivos y no por exclusión de organicidad.

Según la etiología se puede distinguir entre agitación psiquiátrica y orgánica:

Agitación orgánica: estos cuadros se caracterizan por presentar alteración de conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular, etc. El paciente se muestra inquieto, sudoroso, en ocasiones vociferante, con comportamiento inadecuado, incluso se quita las vías y sondas y exige que se les deje marchar. Pueden existir alucinaciones visuales (signo bastante específico de organicidad), delirio y actividad ocupacional e ideación delirante de perjuicio y menos frecuentemente de tipo megalomaniaca. Un signo bastante frecuente en las agitaciones orgánicas es la fluctuación. El paciente puede pasar de una actitud adecuada, estar consciente, orientado y colaborar plenamente, a un estado de agitación con obnubilación de conciencia sobre todo nocturno. Generalmente, tras el episodio de agitación hay amnesia global del episodio. Hay que sospechar de organicidad cuando se trate de un cuadro de agitación de comienzo agudo o subagudo en un paciente sin antecedentes psiquiátricos.

En la exploración física puede presentarse fiebre, taquicardia, taquipnea, sudoración, temblor, ataxia, algún signo neurológico, etc. En las exploraciones complementarias aparecen alteraciones metabólicas en la analítica, alteraciones en la neuroimagen en procesos intracraneales, alteraciones en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en caso de infecciones del sistema nervioso central (SNC), etc.

Las causas de agitación orgánica se muestran en la tabla 51.5.

Agitación psiquiátrica: se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica. No presenta alteraciones de conciencia, pueden existir alucinaciones auditivas (muy raramente visuales), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaniaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad. El discurso suele ser en tono elevado, en ocasiones vociferante, verborreico, disgregado y, en casos extremos del episodio maniaco, con la típica fuga de ideas. No suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa. Suelen tener antecedentes psiquiátricos, incluidos ingresos previos.

En la tabla 51.6 se presentan las causas de agitación psiquiátrica.

Agitación mixta: se trata de pacientes psiquiátricos que presentan un componente de organicidad, generalmente intoxicaciones etílicas y/o por otros tóxicos. Si existe intoxicación por alcohol o drogas es conveniente que el paciente permanezca en observación hasta ser reevaluado una vez se resuelva la intoxicación.

- Intoxicación por:

- alcohol
- estimulantes (cocaína, anfetamínicos y derivados)
- cannabis
- antidepressivos
- neurolépticos
- benzodiazepinas
- anticolinérgicos

-Delirium o cuadro confusional agudo:

- infecciones sistémicas y/o del sistema nervioso central
- fiebre
- insuficiencia respiratoria
- insuficiencia cardíaca
- insuficiencia hepática (encefalopatía hepática)
- insuficiencia renal (encefalopatía urémica)
- traumatismo craneoencefálico y politraumatismos
- estados postoperatorios
- alteraciones metabólicas
- crisis parciales
- ictus isquémicos o hemorrágicos
- tumores intracraneales
- tumores diseminados
- delirium superpuesto a demencia
- tratamiento con:
 - levodopa
 - digital
 - cimetidina
 - ranitidina
 - anticolinérgicos
 - atropina
 - biperideno
 - antihistamínicos
 - antiepilépticos
 - corticoides
 - benzodiazepinas
 - neurolépticos sedantes (levomepromacina, tioridacina, clorpromacina)

- Síndromes de abstinencia

- alcohol (delirium tremens)
- benzodiazepinas
- opiáceos
- otros

Tabla 51.5: *Causas de agitación orgánica.*

- Agitación psicótica

- esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo
- episodio maníaco
- episodio depresivo (depresión agitada, más frecuente en ancianos y niños)
- trastorno por ideas delirantes persistentes

-Agitación no psicótica

- trastorno explosivo intermitente
- trastorno de personalidad (sobre todo histriónico, límite y paranoide)
- reacciones de estrés agudo (incluidas reacciones de duelo)
- crisis de angustia
- crisis conversiva
- “ataque de nervios” (en determinadas culturas)
- alteración de conducta en retraso mental o demencia (distinguir del delirium superpuesto a demencia)

Tabla 51.6: *Causas de agitación psiquiátrica.*

En el caso de conductas delictivas, una vez descartada psicopatología y organicidad del cuadro continuará adelante el proceso judicial.

En caso de demencia y retraso mental son frecuentes los episodios de agitación psicomotriz que precisan intervención urgente. En la mayoría de los casos es una forma de respuesta a un malestar subjetivo como dolor, estreñimiento, fiebre, etc., por lo que será preciso investigar y tratar las causas de dichos síntomas.

b) Abordaje y medidas de seguridad

Hay que procurar calmar al paciente si es posible, estableciendo un diálogo con él. Si esto no resulta eficaz habrá que aislar al enfermo y evitarle una excesiva estimulación por parte del personal y otros pacientes. Ante un paciente agitado y con riesgo de cometer conductas violentas se deberán tomar siempre medidas preventivas.

Es importante salvaguardar la propia seguridad y la de los miembros del equipo. Debe mantenerse siempre una distancia de seguridad. Debe existir una vía de salida abierta y si es preciso permanecer de pie. Hay que solicitar la ayuda de celadores, miembros de seguridad o policía, según la intensidad del cuadro, desde el principio. La sola presencia de personal de seguridad suele contener bastante al paciente, no siendo preciso en la mayoría de los casos que intervenga. En la sala deben existir dos salidas, fácil acceso a la petición de ayuda (proximidad o a través de un timbre), ausencia de objetos contundentes, amplitud para facilitar la intervención. En el caso de que el paciente muestre un arma durante la intervención, se recomienda interrumpir la entrevista, no discutir con el paciente y avisar al personal de seguridad o a la policía.

Una vez con el paciente, el profesional se debe dirigir de forma educada, en tono bajo, pero con seguridad y firmeza, mostrar interés por su problema, escuchándole, ofreciéndole ayuda y comprensión.

En general la contención verbal suele ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación, sobre todo en los casos de agitación orgánica en los que está alterada la comprensión, debiendo utilizarse la contención farmacológica y muchas veces la mecánica.

La contención mecánica (sujeción) se trata de un procedimiento que restringe los movimientos del paciente para disminuir los riesgos de auto o heteroagresividad, la manipulación de medidas terapéuticas como vías o sondas, o evitar la fuga de un paciente ingresado en contra de su voluntad. Su indicación puede realizarla cualquier médico. Puede aplicarse tanto en pacientes orgánicos como psiquiátricos. La sujeción mecánica debe realizarse por todo el personal sanitario disponible.

El tratamiento farmacológico debe utilizarse en la mayoría de los casos. En general, cualquier paciente que requiera contención mecánica es susceptible de tratamiento farmacológico, primero para poder retirar la contención lo antes posible y segundo para disminuir la percepción subjetiva negativa que genera la contención.

c) Tratamiento farmacológico de la agitación psicomotriz

Agitación orgánica

- Episodio agudo

Pauta 1: 1 ampolla de haloperidol IM (5 mg), repitiendo cada 30-40 minutos hasta 3-4 ampollas.

Pauta 2: 30 gotas de haloperidol vía oral (3 mg), repitiendo cada 30 minutos hasta 100-120 gotas.

Pauta 3: 1 comprimido de 10 mg de olanzapina bucodispersable.

Pauta 4: 3-4 ml de risperidona solución (1 mg/ml).

Pauta 5: añadir a cualquiera de las anteriores 1 mg de lorazepam vía oral, cuando hay síntomas de ansiedad asociados y escasa o nula confusión o desorientación.

- Estado subagudo o crónico

Pauta 1: 5-20 gotas de haloperidol (0,5-2 mg) cada 8 h, añadiendo 15-25 gotas (1,5-2,5 mg) adicionales por la noche.

Pauta 2: 1-2 mg de risperidona cada 12 horas, pudiendo añadir 1-3 mg por la noche.

Pauta 3: 2,5-5 mg de olanzapina cada 12 horas, pudiendo añadir 5-7,5 mg por la noche.

Pauta 4: añadir a cualquiera e las anteriores 0,5 mg/8 h de lorazepam con 0,5 mg adicionales por la noche, en casos de ansiedad y escasa confusión.

Agitación psiquiátrica

a) Agitación psicótica

— Episodio agudo

Si el cuadro es intenso y no acepta vía oral:

Pauta 1: 2 ampollas de haloperidol IM (10 mg).

Pauta 2: 2 ampollas de haloperidol (10 mg) + 2 ampollas de diazepam 10 mg IM, pudiendo repetir una ampolla de cada a los 45 minutos.

Pauta 3: 2 ampollas de haloperidol (10 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 IM pudiendo repetir a los 45 minutos.

Pauta 4: 1 ampolla de haloperidol (5 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 mg + 1 ampolla de levomepromacina 25 mg IM, pudiendo repetir a los 45 minutos, excepto levomepromacina (vigilar presión arterial).

Pauta 5: 1 ampolla de haloperidol (5 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 mg + 1 ampolla de clorpromacina 25 mg IM, repetir a los 45 minutos excepto clorpromacina (vigilar presión arterial).

Si el cuadro es moderado o acepta vía oral:

Pauta 1: 50-70 gotas de haloperidol (5-7 mg), que pueden repetirse a los 30 minutos.

Pauta 2: 50-70 gotas de haloperidol (5-7 mg) + 5 mg de diazepam, puede repetirse a los 45 minutos la mitad de la pauta.

Pauta 3: 50-70 gotas de haloperidol (5-7 mg) + 2,5-5 mg de diazepam + 12,5-25 mg de levomepromacina o clorpromacina.

— Estado subagudo

Pauta 1: 1 ampolla de haloperidol (5 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 mg cada 8 horas.

Pauta 2: 2 ampollas de haloperidol (10 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 mg cada 8 horas.

Pauta 3: 1 ampolla de haloperidol (5 mg) + 1 ampolla de diazepam 10 mg + 1 ampolla de levomepromacina 25 mg IM cada 8 horas (vigilar presión arterial).

Pauta 4: 2 ampollas (100 mg) de zuclopentixol acufase cada 2-3 días, además de la medicación oral (25 gotas de haloperidol (2,5 mg) y 10 mg de diazepam ó 5 mg de lorazepam cada 8 horas).

Pauta 5: 40 gotas de haloperidol (4 mg) + 10 mg de diazepam ó 2,5-5 mg de lorazepam vía oral cada 8 horas.

b) Agitación no psicótica

Pauta 1: 2,5-5 mg de lorazepam vía oral, pudiendo repetir cada 30 minutos.

Pauta 2: 10 mg de diazepam vía oral o IM, si no acepta vía oral, que puede repetirse a los 30 minutos.

Pauta 3: 5 mg de lorazepam o 10 mg de diazepam vía oral + 50 gotas de haloperidol (5 mg).

Pauta 4: si cualquiera de las pautas anteriores no han sido eficaces, puede administrarse 1 ampolla de clorpromacina 25 mg o levomepromacina 25 mg IM.