

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Urgencias en psiquiatría

* *M. Burmester G.*

Es un tema de interés por varias razones: a) frecuencia que representa como motivo de consulta en los Servicios de Urgencia, b) complejidad en su resolución, c) disociación que existe entre su magnitud y la falta de recursos, tanto humanos como materiales y d) derivaciones médico legales y éticas que conlleva.

La consulta de urgencia por motivos de índole psiquiátrico, se caracteriza por una alteración grave del comportamiento humano, de su expresión emocional y/o de su estado vivencial; ella se puede dar tanto en una persona previamente sana, como en una persona que padece una enfermedad, ya sea de tipo orgánico o psiquiátrico.

Una urgencia psiquiátrica es ante todo una urgencia humana.

Este tipo de consulta ha aumentado ya sea por una disminución del número de pacientes psiquiátricos que se hospitalizan para su tratamiento, como por el alto nivel de stress a que se ven sometidas las personas que viven en grandes ciudades.

La mayoría de los consultantes son personas jóvenes, de baja condición socioeconómica, ca-

rentes de una familia, que consultan por la noche y son portadores de una patología como: alcoholismo, drogadicción, esquizofrenia y trastornos de personalidad, entre otras.

La participación del médico consiste en atender al paciente mediante una entrevista poniendo énfasis en la situación inmediata que lo aqueja, para luego, contando con un examen físico, neurológico y mental riguroso, poder tomar una decisión acertada.

CARACTERISTICA DE LA ENTREVISTA DE URGENCIA PSIQUIATRICA

Como toda entrevista en situación de urgencia, requiere de un trato especial a saber:

- Encuentro de cortesía: ¿Qué tal?, ¿en qué lo puedo ayudar?, soy el doctor X y lo vengo a ayudar.
- Escuchar atento y activo a las demandas y quejas del paciente.
- Resumir el problema con el paciente: "Lo que yo entiendo que le sucede es...¿no es así?"

* *Unidad Docente Asociada de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

- Dar recomendaciones y consejos claros- directos, que muevan al asentimiento del paciente.
- Evaluar los resultados al cabo de un rato: ¿Como se siente ahora?
- Mantener estricta discreción guardando el secreto profesional debido.

LOS DATOS SE RECOGEN DE UN MODO ORGANIZADO

- Nombre, edad, estado civil, domicilio, teléfono, ocupación
- Presencia del problema: familiar, laboral, legal, sentimental, etc.
- ¿Cuándo y cómo comenzó la crisis y qué explicación le da el paciente?
- ¿Qué quiere el paciente y/o la familia y/o sus acompañantes?
- Antecedentes de enfermedad psiquiátrica y médico-quirúrgicas actuales.
- Medicación: uso de alcohol, drogas, medicamentos habituales, alergias.
- Antecedentes familiares de importancia.
- Examen físico, haciendo hincapié en pulso, temperatura, tensión arterial, tipo de respiración, dilatación pupilar, reactividad a la luz y nistagmus.
- Signos de isquemia cerebral o coronaria.

EL EXAMEN MENTAL EN URGENCIA

Postura del paciente: normal, rígido, flácido, bizarro.
Aspecto: limpio, desaliñado, meticuloso.
Gestos: adecuados, activo, agitado, violento, temblor, tics, amaneramientos, afeminado.
Vestimenta: apropiada, sucia, seductiva.

Expresión facial: sin contacto visual, rehuye mirada, ofuscado, burlón, irónico, ríe, llora, se angustia. Mirada fija, lejana, ausente, apagada.

Lenguaje: velocidad normal, rápida o lenta, mutismo. Volumen adecuado, bajo o alto. Forma monótona, lógica coherente o incoherente, disgregado, vago, concreto. Contenido: ecolalia, obsceno, chistoso, poético, delirio.

Atención: hiperalerta, obnubilado, distraído.

Percepción: eufórico, agitado, animoso, hostil, apagado.

Afecto: lábil, intenso, indiferente.

Orientación: tiempo-espacio, lugar-personal.

Memoria: intacta o disminuída.

Pruebas: de cálculo y de abstracción.

Grado de conciencia de enfermedad mental.

Para hacer el diagnóstico diferencial con las enfermedades orgánicas cerebrales, es preciso hacer una evaluación de tipo cognitivo, mediante la tabla 1.

Si la persona obtiene menos de 12 puntos, entonces con seguridad podemos decir que presenta un daño orgánico cerebral actual.

Otros signos sugerentes de que el problema conductual o emocional es de orden físico son: la presencia de temperatura elevada, taquicardia, pulso irregular o bradicardia, disnea, tensión arterial alta o baja, heridas de cuero cabelludo, pupilas dilatadas, mióticas, con y sin reactividad a la luz, nistagmus, rigidez de nuca, tiroides palpable, diaforesis, palidez, ictericia, temblor generalizado, hiperreflexia.

Por supuesto que estos signos son evaluados en conjunto con los demás antecedentes.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE

- Se debe hospitalizar al paciente cuando concurren uno o más de los siguientes elementos:
 - terapia sobre la base de psicofármacos en altas dosis o vía de administración parenteral,
 - peligrosidad personal (suicidio) o social (violencia),

Tabla 1

Puntos

	Puntos
1. Orientación: año, estación, mes, fecha y día de semana	5
2. ¿Dónde estamos, en qué país, ciudad, hospital, piso, sección?	5
3. Nombrar tres objetos y que los repita. (Ej.: lápiz, reloj, vaso)	3
4. Restar 7 a 100 sucesivamente (93- 86- 79- 72 hasta 65)	5
5. Repetir los tres objetos nombrados anteriormente	3
6. Mostrar un lápiz y un reloj y que los nombre	2
7. Repetir tres órdenes seguidas como: tome este papel en su mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en tal parte	3
8. Es capaz de escribir su nombre y copiar figuras simples	1
9. Es capaz de escribir una frase que se le dicta	1
10. Obedece órdenes tales como: cerrar ojos, abrir boca, sentarse	1

- conducta bizarra incontrolable,
- influencia de problemas ambientales sin solución actual que exacerban los síntomas,
- la presión familiar por cansancio o desesperación de sus miembros,
- el fracaso del tratamiento médico y la psicoterapia de urgencia.

En caso de que el paciente o la familia no deseen hospitalizarlo, debe comunicarse al médico jefe de turno o director del hospital, o a algún miembro de la familia que sea responsable y coopere para intentar persuadir acerca de la gravedad de la situación.

En caso de que el paciente tenga peligrosidad social y no desee ser hospitalizado, debe comunicárselo a la autoridad pública correspondiente (Carabineros), para obtener una hospitalización por orden judicial.

- ° No tratar de hospitalizar cuando los síntomas son controlables, o cuando se cuenta

con un buen apoyo familiar y existe el deseo de trabajar, ya que la hospitalización puede ser percibida como un estigma o castigo humillante.

- ° Debe avisársele al médico tratante del paciente, ya sea por teléfono u otro medio, de la urgencia de su paciente y referirlo cuanto antes a un control con él o un equipo de consulta externa.

ACTITUD FRENTE AL PACIENTE ANSIOSO

- ° Hacer un diagnóstico diferencial con las causas médicas tales como: angor coronario, arritmias, embolia pulmonar, trastornos isquémicos, epilepsia temporal, tirotoxicosis, hipoglicemia, hipokalemia, intoxicación por alcohol, anfetaminas, cafeína, etc.
- ° Dejar que el paciente hable libremente de sus problemas emocionales y dar un tranquilizante si facilita la expresión verbal de sus problemas. no debe administrársele una sobredosis de sedantes, puesto que aumentaría el riesgo de una depresión ulterior, o

Tabla 2

FACTOR	ALTO RIESGO DE SUICIDIO EN:
Edad	Ancianos
Sexo	Varón
Estado Civil	Divorciado- viudo
Actitud suicida	Presente
Ideación	Factibilidad del tipo del plan a realizar
Inicio síntomas depresivos	Agudo
Presencia de stress	Alto (pérdida de amor, ruina, enfermedad mortal)
Diagnóstico psiquiátrico	Depresión bipolar, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno de personalidad
Aislamiento social	Presente
Antecedentes de intento de suicidio	Presente
Antecedentes de suicidio en la familia	Presente
Religiosidad	Baja
Cambio de trabajo, cesantía	Sí
Alucinaciones y delirio	Presente
Actitud durante la entrevista	Poco comunicativo, tenso, reconcentrado

escondería una esquizofrenia no diagnosticada, o limitaría la catarsis necesaria.

ACTITUD FRENTE AL PACIENTE VIOLENTO

Se trata habitualmente de un paciente intoxicado por alcohol, o por anfetamina, o portador de una esquizofrenia paranoide o catatónica, o portador de un estado maníaco, o de una epilepsia, o de un trastorno de personalidad sociopático.

Se intenta el control verbal directivo condicionado y se asiste al paciente acompañado por 4 ó 5 personas. Se le persuade para tranquilizarlo mediante neurolépticos y se toman las medidas de autoprotección conforme indica la prudencia. La

negativa de asistencia o de hospitalización se comunica a la autoridad pública correspondiente.

VALORACION DEL RIESGO DE SUICIDIO

Se puede utilizar la tabla de referencia número 2 para estimar el riesgo de suicidio:

Si el riesgo de suicidio es elevado, entonces se debe hospitalizar al paciente para el estudio y tratamiento de la enfermedad de base y/o la situación que lo aqueja. Ello debe realizarse bajo estrictas medidas de seguridad, con la presencia permanente de una auxiliar y/o familiar capacitado.