

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL

PSYCHIATRIC EMERGENCIES IN THE GENERAL HOSPITAL

DR. RODRIGO NIETO (1) (2), DRA. CATHERINE IRIBARNE (1), DR. MAURICIO DROGUETT (1), DR. ROBERTO BRUCHER (1), DR. CRISTIÁN FUENTES (1), DRA. PAULINA OLIVA (1)

(1) Equipo de Urgencia y Psiquiatría de Enlace, Departamento de Psiquiatría Adultos, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

(2) Clínica Psiquiátrica Universitaria, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Email: rnieto@clc.cl

RESUMEN

Las urgencias psiquiátricas pueden presentarse en diversos escenarios clínicos, incluyendo la consulta ambulatoria, el servicio de urgencias, o el hospital general. Por este motivo, es importante que tanto psiquiatras como médicos de otras especialidades estén capacitados para su reconocimiento y manejo inicial. Especialmente en el contexto del hospital general, es importante considerar la relación entre enfermedades médicas y psiquiátricas, desde los síntomas físicos que pueden presentarse producto de un trastorno psiquiátrico, hasta los síntomas psiquiátricos que son el resultado de enfermedades orgánicas, medicamentos o abuso de sustancias. Adicionalmente, en este artículo se entregan elementos para el manejo de algunas urgencias psiquiátricas particularmente relevantes, tales como la ideación suicida, la agitación psicomotora o el delirium, donde las intervenciones iniciales pueden ser de gran importancia para la evolución y el pronóstico del paciente.

Palabras clave: Urgencia psiquiátrica, servicio de urgencias, psiquiatría de enlace, ideación suicida, delirium, agitación psicomotora.

SUMMARY

Psychiatric emergencies may occur in a variety of clinical settings, including outpatient visits, the emergency department, or the general hospital. For this reason, it is important that both psychiatrists and other specialists are trained for their initial recognition and management. Particularly in the context of the general hospital, it is important to consider the association

between medical and psychiatric illnesses, from physical symptoms that may be due to a psychiatric disorder, to psychiatric symptoms that are the result of organic diseases, medications or substance abuse. In addition, this article provides elements for the management of some particularly relevant psychiatric emergencies, such as suicidal ideation, psychomotor agitation or delirium, where initial interventions may be important for patient evolution and prognosis.

Key words: Psychiatric emergency, emergency department, liaison psychiatry, suicidal ideation, delirium, psychomotor agitation.

INTRODUCCIÓN

En medicina, la urgencia está definida por el riesgo vital o la necesidad de actuar rápidamente para evitar secuelas graves. En psiquiatría la definición de urgencia es más imprecisa, pues si bien el riesgo vital existe, tanto para el paciente como para terceros, es habitual actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual. Los objetivos de la atención de una urgencia psiquiátrica incluyen resolver la necesidad más inmediata, precisar el factor desencadenante, intervenir para prevenir recaídas y vincular al paciente y su familia con el equipo de salud donde se continuará la atención (1).

El primer paso en la evaluación del paciente con una urgencia psiquiátrica es la entrevista inicial. Si la historia psiquiátrica previa no está disponible y el paciente no es cooperador o está desorganizado, se debe obtener información de los miembros de la familia o acompañantes. El examen físico y las pruebas de

laboratorio de rutina, incluyendo las pruebas toxicológicas, están indicados para la mayoría de los casos, especialmente si existe agitación marcada, comportamiento violento, confusión o signos vitales anormales. En casos de conducta violenta o descontrolada se recomienda la tranquilización rápida del paciente con antipsicóticos o benzodiacepinas por vía parenteral antes de proseguir la evaluación (2), ya que es importante recordar que durante este proceso la primera prioridad en una urgencia psiquiátrica es asegurar la seguridad del paciente y de aquellos a su alrededor, incluyendo al equipo que lo atienda (3).

En ocasiones una urgencia psiquiátrica es fácilmente atribuible a la descompensación de un trastorno psiquiátrico de base, en un paciente con una historia conocida. Sin embargo, muchas veces la diferenciación clínica entre un cuadro funcional y uno orgánico no es sencilla, por lo que el paciente debe ser evaluado a fondo para excluir una causa toxicológica o un trastorno médico (4).

Los trastornos psiquiátricos son frecuentes en los pacientes con patología médica, tanto ambulatorios como hospitalizados. Como consecuencia, las urgencias psiquiátricas se dan con frecuencia en lugares no psiquiátricos, como el hospital general, la consulta ambulatoria, o el servicio de urgencias, por lo que médicos generales y de otras especialidades (medicina interna, urgenciología, entre otras), son a menudo los primeros en ver un paciente con una urgencia psiquiátrica (5, 6). De hecho, un número significativo, alrededor de un 5% de las consultas al Servicio de Urgencias (SU), son por causas psiquiátricas (7). El formato de la atención en el SU y el escaso tiempo disponible para ésta expone a errores diagnósticos, incluso en personal capacitado (8). Esto puede ser un desafío no sólo demandante de tiempo sino también estresante para muchos médicos (9). Por estos motivos, en algunos centros clínicos de alta complejidad es posible contar con una interconsulta a psiquiatría para la atención de estos pacientes.

En el contexto del hospital general, al atender una interconsulta para psiquiatría en el servicio de urgencias es necesario tener presentes tres escenarios posibles. En primer lugar, es posible la aparición de síntomas psiquiátricos como resultado de enfermedades orgánicas, lo que debe evaluarse cuidadosamente, ya que en ocasiones dicho cuadro orgánico puede poner en riesgo la vida del paciente. Por otra parte, también cabe considerar que la presencia de un trastorno psiquiátrico puede producir síntomas físicos, como por ejemplo una crisis de pánico. Finalmente, se debe tener en cuenta la posibilidad de la coexistencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades orgánicas, lo que tendrá implicancias para el manejo (7, 10, 11).

En este artículo se revisan estas tres posibilidades, que enfrenamos día a día en nuestro quehacer. Adicionalmente, se revisan situaciones clínicas de especial atención en urgencias psiquiátricas, como el manejo de la suicidalidad, de la agitación psico-

motora, y el reconocimiento del delirium.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE PUEDEN PRODUCIR SÍNTOMAS FÍSICOS

La distinción entre respuestas normal y anormal al estrés es relevante para comprender muchos cuadros psiquiátricos, incluyendo varios de los que consultan en el SU. La ansiedad es normal y adaptativa si es controlable y justificada por una amenaza real, pero se considera patológica si es desproporcionada y deteriora el funcionamiento del paciente, resultando maladaptativa y en ocasiones dolorosa.

Estresores biográficos comunes incluyen conflictos familiares, problemas escolares, problemas de sexualidad, problemas de pareja, financieros, la enfermedad, muerte de un ser querido y los cambios generales de la vida, entre otros. Formas clínicas de respuestas anormales o excesivas al estrés incluyen el trastorno por estrés agudo y post traumático, los trastornos adaptativos, crisis de pánico reactivas y depresiones gatilladas o exacerbadas en un contexto reactivo. Entre las causas psiquiátricas más frecuentes de consulta en el SU están los trastornos de ansiedad, los trastornos de adaptación y la depresión (en conjunto 75% del total) (4). Otros cuadros psiquiátricos descompensados por estrés incluyen a los trastornos disociativos y conversivos, trastornos somatomorfos y descompensaciones de trastornos de la personalidad.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las enfermedades más frecuentes en los países occidentales (2-5% de la población general), y estarían presentes en alrededor de un 40% de los pacientes que consultan a un Servicio de Urgencias. Los ansiolíticos, además, figuran entre los medicamentos más prescritos (7).

El cuadro paradigmático es la crisis de pánico. Un episodio de ansiedad aguda que, por hiperactivación simpática, provoca síntomas físicos como inquietud, taquicardia, dolor torácico, disnea, sudoración y molestias gastrointestinales, además de una sensación de terror o muerte inminente. Es muy común que el paciente crea que está padeciendo un infarto u otra enfermedad médica grave y mortal. Aproximadamente el 25% de los pacientes con dolor torácico en el SU tienen una crisis de pánico (12).

Estos síntomas ansiosos pueden presentarse también en cantidad e intensidad variables en otros trastornos de ansiedad. El temor por un objeto específico (ej.: animales) o por una situación (ej.: suciedad, asociada a trauma), que a menudo conduce a un comportamiento de evitación de dicho objeto o situación, deben hacer sospechar fobias, trastorno obsesivo-compulsivo o estrés post-traumático.

Las benzodiazepinas suelen mejorar de manera rápida y efectiva estos síntomas, modulando la ansiedad mediante la depresión del sistema nervioso central (unión a receptores gabaérgicos) y una posterior reducción de las catecolaminas circulantes. Sin embargo, la intervención en urgencia muchas veces es una oportunidad para además indicar las medidas terapéuticas que darán frutos a mediano y largo plazo (por ejemplo inicio de un ISRS, psicoterapia de apoyo, según corresponda).

Trastornos de conversión

Los trastornos de conversión representan la traducción de un conflicto psíquico a un síntoma orgánico, que tradicionalmente muestra contenidos altamente significativos y emocionales. Este trastorno es muy común en la práctica médica y en el SU, pero rara vez es reconocido por el médico y difícilmente admitido por el paciente.

Los trastornos de conversión se caracterizan por síntomas sensoriales o motores, que sugieren una enfermedad neurológica o médica, y son precedidos y gatillados por conflictos u otros desencadenantes emocionales. Sin embargo, la exploración médica usualmente no encuentra congruencia entre el cuadro y algún síndrome neurológico típico u otra enfermedad conocida. Los síntomas de conversión más frecuentes son los de funciones sensoriales. Estos síntomas no son simulados, por lo que se postula su origen inconsciente, suelen ser transitorios y cambiantes, proporcionan gratificación para necesidades de atención inconscientes (ganancia secundaria) y, en contraste con los trastornos somatomorfos, suelen responder bien a las intervenciones psicoterapéuticas.

Trastornos somatomorfos

En los trastornos somatomorfos se presentan múltiples síntomas físicos, de dolor, gastrointestinales, genitourinarios, pseudoneurológicos, sexuales, fatiga, y otros, se instalan de manera crónica (aunque pueden tener reactivaciones intermitentes), impactan negativamente en la vida del paciente y lo motivan a consultar repetidas veces con el médico. Sin embargo, pese a múltiples estudios, no es posible hallar una causa médica para estos.

Quienes padecen de estos cuadros son policonsultantes y no se alivian de manera consistente con tratamientos médicos, pero son también muy resistentes a intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas. Los síntomas no son fabricados, como en el trastorno facticio, ni simulados. Se estima que hay una causa psíquica inconsciente de estos síntomas, aunque es menos clara y menos llena de sentido que en los trastornos de la conversión. De acuerdo a teorías psicoanalíticas ésta causa estaría arraigada de manera profunda y se estructuraría en la infancia (13).

Trastorno facticio

Llamado también síndrome de Munchausen, se caracteriza por la repetida fabricación de una enfermedad física, a menudo con

síntomas agudos y exagerados, de pacientes que varían su lugar de consulta de hospital a hospital buscando médicos para que los traten. Estos individuos poseen un amplio conocimiento de la terminología médica y a menudo están cubiertos de antiguas lesiones. Pueden llegar a veces a extremos que pueden ser peligrosos, como tomar fármacos, inyectarse otras sustancias y provocarse lesiones, exponiéndose muchas veces a estudios médicos invasivos innecesarios y no libres de riesgo.

Aunque conscientes del engaño que producen, deben distinguirse de la verdadera simulación porque sus razones y solicitudes de ayuda son en gran medida profundas e inconscientes. A diferencia del simulador puro, que busca una ganancia concreta al presentarse como enfermo (económica, licencia médica, de tipo legal, etc), en el trastorno facticio el paciente busca simplemente asumir el rol de enfermo y recibir la atención, consideración y cuidados que se le prestan a un paciente.

Factores biográficos y psíquicos que pueden estar asociados a esta condición son trastornos de la personalidad, experiencias de abuso infantil por parte de padres, experiencias de trabajo en entornos médicos, una estrecha relación con un médico importante (14).

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS QUE SON EL RESULTADO DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS

En algunos casos los pacientes presentan desajustes emocionales y/o conductuales que pueden ser la manifestación principal de una enfermedad orgánica. Esto debe ser sospechado cuando se presentan los siguientes elementos: edad mayor a 30 años y sin historia psiquiátrica previa, antecedentes de enfermedad física o de abuso de drogas o medicación, inicio súbito de los síntomas, confusión, alucinaciones visuales, desorientación en tiempo y espacio, síntomas no congruentes con un cuadro psiquiátrico claro, signos vitales anormales, coexistencia de signos de una enfermedad orgánica, fluctuación súbita de síntomas psiquiátricos y pobre respuesta al tratamiento psiquiátrico (15).

En conjunto, los casos en que enfermedades médicas producen síntomas psiquiátricos agudos representan más de un 10% de todos los cuadros con manifestaciones psiquiátricas. Se les ha llamado urgencias pseudopsiquiátricas y habitualmente desconciertan a los médicos del servicio de urgencias por la conducta en ocasiones impredecible y agresiva de estos pacientes. (16). Un diagnóstico correcto y oportuno es fundamental para un manejo adecuado y un buen resultado terapéutico.

Enfermedades Neurológicas

Parte importante de los cuadros neurológicos se relacionan con manifestaciones psiquiátricas, ya sea directamente por un efecto de masa, daño vascular o mediado por la inmunidad, o indirectamente por la presión intracraneal, o como efecto colateral de

algunos tratamientos. Se puede mencionar al trauma cerebral, que en lo agudo puede provocar amnesia, somnolencia y coma, y durante su rehabilitación alteración de la conducta y la personalidad, un cuadro depresivo y cuadros de ansiedad, incluyendo trastorno por estrés postraumático (17). Los tumores cerebrales pueden producir disfunción cognitiva y síntomas psiquiátricos según el territorio afectado (18). Dentro de las encefalopatías mediadas por la respuesta inmune destaca la encefalopatía asociada al receptor NMDAr, que se caracteriza inicialmente por síntomas psiquiátricos como alteración en el nivel de conciencia, alucinaciones y conducta paranoidea (19). Otras enfermedades frecuentes que se manifiestan con síntomas psiquiátricos son la epilepsia, la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades degenerativas como las demencias, Parkinson y Huntington, que pueden presentar ansiedad, depresión y psicosis (11).

Enfermedades cardiorespiratorias

Los síntomas psiquiátricos son comunes en la falla respiratoria, tanto por hipoxia como por hipercapnia; la primera se manifiesta con irritabilidad y cambios anímicos y la segunda con somnolencia y confusión. El delirium es frecuente en la neumonía, el edema pulmonar y el tromboembolismo pulmonar se manifiestan con una sensación de asfixia asociado a ansiedad y agitación y se han observado tasas de hasta un 30% de depresión en el trasplante de pulmón (20).

Respecto a lo cardiovascular, el prolapso de la válvula mitral se acompaña de palpitaciones y ansiedad y las arritmias pueden simular una crisis de pánico. Un síndrome depresivo está presente con frecuencia en las enfermedades cardíacas, en especial en la enfermedad coronaria (21).

Enfermedades inflamatorias e infecciosas

La infección y la enfermedad inmune pueden inducir un conjunto de síntomas que se denominan *"sickness behavior"*, mediado por citoquinas pro inflamatorias. Los síntomas son similares a la depresión, con inhibición conductual, baja capacidad hedónica y síntomas somáticos. Entre las enfermedades autoinmunes, el lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípido pueden producir cambios anímicos, deterioro cognitivo, delirium y psicosis, así como la arteritis de la temporal se ha relacionado con psicosis y síntomas afectivos (22). Por otra parte, múltiples enfermedades infecciosas pueden producir síntomas psiquiátricos, tales como mononucleosis, VIH/SIDA y fiebre tifoidea (23).

Neoplasias

El síndrome paraneoplásico es causado principalmente por una alteración inmunológica secundaria al cáncer. Puede afectar a la periferia o el sistema nervioso central (SNC), mostrando síntomas neuropsiquiátricos tales como alteración de conciencia, de la cognición, del ánimo y de la sensopercepción. Se observa en un 1% en cáncer de ovario, 3-5% en cáncer de pulmón y 20% en

timomas. La encefalopatía límbica es un ejemplo de esto, que se caracteriza por un comienzo abrupto de síntomas psiquiátricos y que culmina en un deterioro neurológico severo (24).

Enfermedades endocrinas, metabólicas y estados deficitarios

Dentro de los cuadros endocrinos, diversas alteraciones pueden cursar con síntomas psiquiátricos, incluyendo la enfermedad de Graves, de Addison, el síndrome de Cushing, el feocromocitoma, la hiperprolactinemia y el hipogonadismo masculino, además del síndrome premenstrual y la menopausia. El hipotiroidismo se puede presentar con síntomas psiquiátricos que van desde la ansiedad hasta la demencia sobre todo en ancianos. Una causa de hipotiroidismo es la tiroiditis de Hashimoto, por lo que en el contexto de urgencias psiquiátricas es importante mencionar a la encefalopatía de Hashimoto, que tiene una patología mediada por el sistema inmune. Se presenta con un deterioro intelectual, agitación, alteraciones anímicas, alucinaciones y convulsiones que son independientes de la función tiroidea (25).

Dentro de los desórdenes electrolíticos destaca la hipocalcemia, propia de la enfermedad paratiroidea. Existe una relación mutua entre las crisis de pánico y la hipocalcemia. La crisis de pánico puede manifestarse con tetania por la hiperventilación y la tetania puede gatillar crisis de pánico. Se describe hasta un 20% de ansiedad en estos cuadros. El antecedente de una falla renal o de tiroidectomía hacen sospechar de este desorden, especialmente si se agregan alteraciones electrocardiográficas, parestesias, laringoespasmos y convulsiones (26). Otras alteraciones electrolíticas y de fluidos con síntomas pseudopsiquiátricos son la deshidratación, hiponatremia, hipernatremia, e hipomagnesemia. El síntoma más común en todos estos casos es la confusión (27).

Dentro de las enfermedades deficitarias encontramos al Síndrome Wernicke -Korsakoff por déficit de tiamina. Se caracteriza por la ataxia, oftalmoplejia y nistagmus asociado a amnesia y confabulaciones. En formas complejas puede presentar síntomas esquizomorfos y anímicos. La RNM muestra clásicamente una lesión talámica. Bajos niveles de vitamina D se han asociado con ansiedad, depresión y psicosis. Otros desórdenes asociados a síntomas psiquiátricos son déficit en vitaminas B2, B6, B12, PP, ácido fólico y zinc (28).

Sustancias que inducen síntomas psiquiátricos

El abuso de sustancias o drogas, o su abandono, puede producir síntomas psiquiátricos y orgánicos, debido al daño en el SNC y sistemas gastro-intestinal, cardiovascular y endocrino además de provocar estados carenciales.

El uso o abuso de sustancias con propiedades psicomiméticas como cocaína, anfetaminas, alucinógenos y cannabis puede provocar reacciones psicóticas que se asemejan a una enfermedad psicótica primaria o develar una esquizofrenia latente. El

reciente aumento de uso de metanfetaminas en todo el mundo y su asociación con síntomas psicóticos en los usuarios regulares ha alimentado la preocupación (29).

Los síntomas de ansiedad son comunes en la intoxicación por estimulantes (cocaína, *crack*, anfetaminas, éxtasis) y poco frecuentes en la intoxicación por sedantes (opiáceos), excepto alcohol. Puede ocurrir un efecto paradójico a las benzodiazepinas, especialmente en ancianos, produciendo manifestaciones de ansiedad. Por otro lado, los síntomas de ansiedad ocurren comúnmente en el síndrome de abstinencia, indistintamente para sedantes (opiáceos, benzodiazepinas) y estimulantes. Las manifestaciones pueden incluir inquietud, agitación psicomotora, avanzando hasta comportamientos agresivos, generalmente asociados a manifestaciones vegetativas (insomnio, taquicardia, hipertensión, sudoración, náuseas). Dependencia y abstinencia de sedantes hipnóticos pueden ser médicamente graves y, como con la abstinencia del alcohol, hay un riesgo de psicosis o convulsiones si no se maneja adecuadamente (30).

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS QUE COEXISTEN CON ENFERMEDADES MÉDICAS

La convivencia independiente de trastornos psiquiátricos y orgánicos en el mismo paciente resulta en el conocido fenómeno de la comorbilidad, influyendo negativamente en la morbimortalidad.

La coexistencia y mutua interacción de los trastornos psiquiátricos y/o enfermedades médicas suele causar dificultad diagnóstica y terapéutica, e implicancias médico-legales importantes (31). La situación puede variar dependiendo de factores como el tipo de trastornos psiquiátricos y orgánicos involucrados, y es necesario distinguir si los síntomas clínicos son primarios, independientes, o inducidos por la enfermedad médica. Mención aparte merece la relación de síntomas con medicamentos, así como con intoxicación o abstinencia de sustancias, abordada ya en la sección anterior.

Co-ocurrencia de Trastornos Psiquiátricos y Enfermedades Médicas

La mayoría de los trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión, están asociados con excesiva morbimortalidad médica. Esto representa un importante problema de salud, con hasta 30 años de vida útil menos en comparación con la población general. Un paciente con un trastorno psiquiátrico que se queja de síntomas físicos producidos por enfermedades médicas puede estar desconcertado en relación a sus síntomas, y el médico debe hacer un esfuerzo en el diagnóstico de enfermedades médicas para no atribuir sus síntomas a priori a la enfermedad psiquiátrica (10).

La pérdida de años de vida saludable por enfermedades médicas en pacientes psiquiátricos se debe principalmente a enfer-

medad cardiovascular prematura. Las causas de mayor enfermedad metabólica y cardiovascular en esta población están por un lado relacionadas a la pobreza y al acceso limitado a la atención médica, pero por otro lado también al uso de algunos tratamientos farmacológicos (por ejemplo, algunos antipsicóticos atípicos). Adicionalmente, los pacientes con enfermedades mentales graves tienen una mayor tasa de factores de riesgo prevenibles tales como fumar, abuso o dependencia de sustancias, mala alimentación y falta de ejercicio (2).

Depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) parecen estar relacionadas con enfermedades cardíacas, contribuyendo de manera negativa a eventos cardiológicos críticos. De hecho, las tasas de prevalencia de trastornos depresivos en diferentes condiciones cardiológicas son significativamente mayores que las frecuencias que se pueden esperar en la población general saludable (12).

Se da también una relación entre enfermedades respiratorias y trastornos psiquiátricos. Por una parte, el asma se relaciona frecuentemente a depresión y a crisis de pánico. Por otra parte, ansiedad, depresión y psicosis se consideran causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con EPOC y asma (32).

Dentro de las enfermedades gastroenterológicas, las enfermedades mentales y trastornos psicosomáticos tienen un papel importante en el manejo y en la calidad de vida del paciente. Los pacientes psiquiátricos están en alto riesgo incluso para enfermedades hepáticas, por el posible abuso de sustancias, por estar más expuestos a daños por alcohol y por mayor exposición a infecciones por virus hepáticos.

Hay evidencia que la asociación de diabetes mellitus y psicosis empeora el pronóstico tanto del trastorno psiquiátrico como de la enfermedad metabólica. Una mención especial merece el uso de antipsicóticos atípicos, porque la mayor parte de estos fármacos tienen un modo complejo de acción y pueden asociarse a aumento de peso y síndrome metabólico (34).

MEDICAMENTOS Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

La prescripción de medicamentos es comúnmente responsable de síntomas psiquiátricos y orgánicos. En la atención primaria de salud aproximadamente el 2% de los pacientes que reciben tratamiento farmacológico desarrolla efectos secundarios, y en pacientes hospitalizados los efectos secundarios clínicamente relevantes supera el 10%. Además, se ha estimado que aproximadamente 3-5% de los ingresos hospitalarios están relacionados con reacciones adversas. Reacciones adversas por uso de psicofármacos clínicamente relevantes se pueden dar en el sistema hematológico, la piel, el tracto gastrointestinal y sistema cardiovascular, además de en el SNC. Factores predisponentes para

reacciones adversas clínicamente relevantes son sexo femenino, ancianos y polifarmacia (34).

La revisión de los efectos colaterales de cada psicofármaco, así como de los efectos colaterales relacionados con el ámbito psiquiátrico de fármacos utilizados en otras especialidades médicas, excede los objetivos de este artículo. Sin embargo, mencionaremos el síndrome neuroléptico maligno y el síndrome serotoninérgico por ser urgencias médicas secundarias al uso de psicofármacos, y constituyen complicaciones que pueden poner en riesgo la vida. También mencionaremos el síndrome de discontinuación de fármacos serotoninérgicos, por ser un motivo de consulta que hemos visto en urgencias.

Un síndrome serotoninérgico grave se ha descrito en relación a combinación de fármacos que aumentan la actividad serotoninérgica, caracterizado por hipertermia, cambios en el estado mental, inquietud, mioclonías, hiperreflexia, diaforesis o evidencia de hiperactividad autonómica. Para el manejo se suele indicar monitorización y apoyo en una unidad de cuidados intensivos (35). Por otro lado, la interrupción brusca de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) u otro fármaco con acción serotoninérgica, puede dar lugar a un síndrome de discontinuación, con frecuencia y la severidad relacionados con la vida media del fármaco (frecuentes con paroxetina y venlafaxina, cuyas vidas medias son más cortas).

El síndrome neuroléptico maligno es una reacción adversa infrecuente, pero potencialmente mortal asociada con el uso de antipsicóticos, especialmente aquellos de primera generación (también llamados neurolépticos). Se presenta con cambios del estado mental, inestabilidad autonómica, rigidez e hipertermia. La elevación de creatina-kinasa, pruebas de función hepática (lactato deshidrogenasa, aminotransferasa de aspartato) y conteo de glóbulos blancos, junto con un nivel de hierro sérico bajo, distingue el síndrome neuroléptico maligno. En estos casos se puede usar dantroleno como tratamiento basado en la evidencia, además de un apoyo y monitorización adecuados (36).

SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES EN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. Ideación suicida

Aunque la ideación suicida es una urgencia psiquiátrica que con frecuencia le toca manejar a los profesionales de la salud mental, en muchas ocasiones se presenta ante el médico de la atención primaria, del hospital general, o del SU. En EE.UU. se estima que más del 90% de los individuos que completan un suicidio han consultado a un médico en las semanas o meses previos (37).

El manejo apropiado incluye averiguar sobre los pensamientos o comportamientos suicidas, realizar una evaluación del riesgo

actual del individuo de inferirse daño de forma inminente, y crear un plan de tratamiento en colaboración con el paciente y su red de apoyo. Se deben identificar factores de riesgo incluyendo aquellos potencialmente modificables, identificar factores protectores y eventualmente potenciarlos, clarificar el nivel actual de ideación y planificación suicida. A diferencia de algunas urgencias médicas, no existen actualmente algoritmos confiables basados en evidencia para evaluar, manejar y prevenir el suicidio. Aún cuando se han aplicado diversos protocolos a poblaciones de pacientes de riesgo, el valor predictivo positivo no supera el 11%. El proceso de manejo en la práctica clínica requiere ser individualizado y colaborativo, en el contexto de una entrevista llevada a cabo de forma a la vez curiosa, cooperativa y con calma (38).

Los intentos de suicidio previos siguen siendo el mayor predictor de intentos y de suicidios posteriores. A pesar de que la mayoría de los individuos que se autoagreden no terminan cometiendo un suicidio, las autoagresiones repetidas incluso sin intención suicida son un predictor de suicidio, y están presentes típicamente en los 12 meses previos al suicidio en personas jóvenes. Existe una correlación creciente entre ideación y comportamientos suicidas, especialmente para los pacientes que se presentan en el SU (39).

La ideación suicida se relaciona también con un aumento del riesgo, especialmente si ésta se ha desarrollado hacia buscar medios para realizar la acción, si hay aumento en la frecuencia de hablar sobre la muerte, o si se dan comportamientos de ensayo. No existe diferencia documentada entre ideación suicida pasiva o activa respecto al curso ni resultado de un acto suicida, por lo que ambas deben ser consideradas de peso al momento de la evaluación (40).

Todos los trastornos psiquiátricos, con la excepción de discapacidad intelectual y de demencias avanzadas, están asociadas con un aumento tanto de ideación e intentos suicidas, como de suicidios consumados. El uso de sustancias y/o los trastornos por uso de sustancias, incluyendo medicamentos adictivos, alcohol y drogas ilícitas, se asocian también con un aumento en el riesgo de suicidio (41). Adicionalmente, deben considerarse los estresores psicosociales, especialmente en el contexto de la circunstancia y la edad de cada paciente. Varias enfermedades médicas, incluyendo cáncer, accidente cerebrovascular, enfermedad cardiovascular isquémica, diabetes, enfermedades pulmonares, y enfermedades de la médula espinal, están asociadas de forma independiente con el riesgo de suicidio (42).

Así como hay factores de riesgo, la mayoría de los individuos tienen también factores protectores, tanto modificables como no modificables, los que deben ser analizados en el contexto de cada paciente. Para indagar en ellos se puede preguntar por los motivos para vivir y con quienes cuenta como apoyo en situaciones difíciles. Se intentará reforzarlos durante períodos

de estrés agudo para proteger contra el riesgo de suicidio (43). A pesar de que el embarazo y la maternidad se han estudiado como factor protector, el suicidio sigue siendo la mayor causa de muerte materna en los países industrializados (44).

Se considerará un riesgo suicida agudo severo si nos encontramos ante un paciente con ideación suicida intensa, frecuente o persistente, con planificación, con múltiples factores de riesgo o alguno muy significativo, con poca capacidad de autocontrol (ya sea en contexto de su personalidad o por de uso de sustancias), y/o con pocos factores protectores. En este caso el paciente no debe quedar solo y se deben retirar todos los elementos de riesgo con los que pueda hacerse daño, y se debe considerar la posibilidad de hospitalización, la que puede ser cursada involuntariamente en caso de ser necesario para proteger la vida (45).

2. Delirium

El delirium se considera una urgencia médica, ya que las causas pueden ser de riesgo vital si no son atendidas de forma oportuna. Puede ser la primera manifestación de una enfermedad aguda potencialmente grave, incluso antes que la fiebre, taquicardia, taquipnea o hipoxia. Corresponde a un síndrome clínico con manifestaciones psiquiátricas, pero siempre de causa médica, neurológica, o (neuro)quirúrgica, caracterizado por compromiso de consciencia de predominio cualitativo, de curso fluctuante y de inicio agudo, con disminución de la atención, asociado a un cambio en las funciones cognitivas y/o alteraciones perceptuales (46).

En la evaluación inicial en el SU se debe asegurar la vía aérea, respiración y circulación adecuados, y se deben obtener los signos vitales incluyendo oximetría, hemodinamia, glicemia capilar y temperatura. Se requiere una anamnesis, examen físico y neurológico completos, dirigidos a identificar factores predisponentes y precipitantes. Sin embargo, la evaluación de un paciente delirioso en el SU representa desafíos adicionales a los de cualquier paciente: la anamnesis puede ser confusa o poco fiable, el estado del paciente puede resultar poco cooperador para un buen examen físico, lo que puede dificultar el diagnóstico, requerir mayor cantidad de procedimientos, y se ha asociado a mayores costos y posibilidades de error (47). Considerando el principio bioético de autonomía para toma de decisiones, se agrega además la dificultad de que muchas veces el paciente con delirium no tiene la capacidad para tomar decisiones clínicas, por lo que con frecuencia se debe recurrir a la familia del paciente para acordar los planes de tratamiento (46).

Se asocia a mayor riesgo de mortalidad en distintas unidades asistenciales. En servicios de urgencia en particular, se ha asociado a mayor mortalidad a 6 meses en los adultos mayores, especialmente en quienes no se hace el diagnóstico de delirium a tiempo (48). Por este motivo es de fundamental la correcta identificación y manejo del delirium desde el SU. El médico que

ve un paciente de urgencia es crítico en la evaluación del estado mental alterado, y es quien debe rápidamente identificar a aquellos gravemente enfermos, diagnosticar en forma eficiente la causa e iniciar terapias que modifiquen su pronóstico. Existen distintas escalas de tamizaje, pero poca evidencia disponible específicamente sobre su uso en el SU. De todas maneras, se recomienda que todo adulto mayor visto en el SU reciba una evaluación del status mental como estándar de manejo, y para ello se recomienda el uso de instrumentos de tamizaje validados (*Delirium Triage Screen* y *bCAM*) (49).

Respecto al manejo del delirium, lo más importante es identificar y tratar la o las causas que lo gatillaron, junto con el abordaje de los factores predisponentes. Por otro lado, se deben realizar acciones que pueden ir desde lo no farmacológico (modificaciones ambientales) hasta lo farmacológico. La evidencia actual muestra que los antipsicóticos atípicos (risperidona, quetiapina, olanzapina) y el haloperidol son equivalentes entre sí en efectividad y superiores a las benzodiacepinas (50). Se recomienda su uso en pacientes con delirium hiperactivo, alucinaciones, riesgo de auto o heteroagresión, usando la mínima dosis necesaria. En el delirium hipoactivo, la evidencia disponible es insuficiente para una recomendación (51).

3. Agitación psicomotora

La agitación psicomotora es un síndrome clínico frecuente y relevante en psiquiatría, no sólo en el contexto del SU sino también en pacientes atendidos en otros contextos, tanto hospitalizados como ambulatorios. El DSM-5 define agitación como una actividad motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna. La progresión de la severidad de una agitación puede llegar a comportamientos agresivos y violentos (52).

La agitación se puede dar en el contexto de varios cuadros psiquiátricos, incluyendo esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad (principalmente antisocial y límite), trastornos de ansiedad y depresión mayor. También puede ser la manifestación principal de uso de sustancias, ya sea por intoxicación o por abstinencia. Pero adicionalmente, puede ser el resultado de condiciones orgánicas, incluyendo traumatismos encéfalo-cra-neanos y diversas enfermedades del sistema nervioso central (enfermedad de Parkinson, Alzheimer, otros tipos de demencia, encefalitis y meningitis), así como una amplia variedad de enfermedades médicas (por ejemplo, tirotoxicosis e hipoglicemia) (53).

Una pronta evaluación de los factores causales y un manejo inmediato son esenciales, ya que esto puede permitir recuperar el control sobre un comportamiento potencialmente peligroso que puede progresar hacia la violencia. De hecho, un manejo inefectivo de la agitación puede resultar en el uso innecesario de medidas coercitivas (medicación involuntaria, contención mecánica), en escalamiento a la violencia, resultados adversos para miembros

del equipo terapéutico y para los pacientes, y costos económicos adicionales. (54). Por todas estas razones, la agitación es un objetivo terapéutico en sí mismo, particularmente en el servicio de urgencias. La Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica (WFSBP) desarrolló un consenso de expertos sobre las recomendaciones en caso de agitación, que se resumen a continuación.

Cuando no se pueda realizar el diagnóstico específico del origen de la agitación, se debe considerar que proviene de una condición médica /orgánica hasta descartarse. La evaluación médica de rutina en un paciente agitado debe incluir signos vitales, medición digital de la glicemia, saturometría de oxígeno, y un test toxicológico (53).

La aproximación inicial debe comenzar siempre con la desescalación verbal, modificaciones ambientales y otras estrategias que se enfoquen en lograr la colaboración del paciente. Esto es particularmente válido para los casos de agitación de intensidad leve a moderada. La contención mecánica debe ser usada sólo como un último recurso cuando es el único medio disponible para prevenir un daño inminente. En este caso, se debe monitorear los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 minutos durante las cuatro horas siguientes y la contención mecánica debe ser retirada tan pronto como el paciente sea reevaluado como ya no peligroso para sí mismo y/o para otros (53).

Respecto al manejo farmacológico, se debe buscar calmar al paciente sin producir sedación excesiva. Las medicaciones orales, incluyendo las tabletas de disolución bucal (p. ej., olanzapina), se deben preferir a aquellas de vía intramuscular en los pacientes con agitación leve a moderada. En estos casos también se puede considerar el uso de antipsicóticos de formulación inhalatoria (por ejemplo, loxapina), especialmente cuando se requiere un inicio de acción rápido. En caso de agitación severa, se prefiere medica-

ción intramuscular (por ejemplo, haloperidol y lorazepam), considerando tanto el inicio rápido de acción como la confiabilidad de la administración (53).

De acuerdo al consenso norteamericano para manejo de agitación en urgencias (55), el manejo farmacológico de la agitación debe estar basado en la evaluación de la causa más probable. Si se trata de una intoxicación por estimulantes, o de una abstinencia a benzodicepinas o alcohol, se preferirán benzodicepinas. En cambio, si se trata de una intoxicación por benzodicepinas o alcohol, se preferirán antipsicóticos y se evitarán las benzodicepinas, al igual que en el caso de sospecha de otros cuadros de origen exógeno que se asocian a delirium. En caso de sospecha de un cuadro de origen endógeno, particularmente en pacientes con historia psiquiátrica conocida, se preferirán los antipsicóticos, especialmente de segunda generación, pudiendo asociar benzodicepinas en caso necesario.

CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre urgencias psiquiátricas es necesario tanto para los psiquiatras como para médicos generales, urgenciólogos y otros especialistas, ya que se pueden presentar en diversos espacios clínicos, incluyendo el hospital general. Es importante poder orientar la evaluación hacia un diagnóstico sindromático que permita distinguir lo endógeno, lo psicógeno y lo exógeno, para tomar las medidas de manejo más apropiadas.

Adicionalmente, se debe tener claro el abordaje apropiado de un paciente con ideación suicida (o con un intento suicida reciente), de un paciente agitado o de un caso de delirium, ya que la atención de urgencias en estos casos muchas veces ofrece una ventana única para intervenciones que pueden tener un impacto significativo en la evolución y el pronóstico.

Los autores declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar E, Cruz C. Urgencias Psiquiátricas. 2ª Edición. Editorial Mediterráneo, 2011. ISBN: 978-956-220-326-5
2. Saravane D, Feve B, Frances Y, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009; 35:330-339.
3. Quandt F, Wendel S, Degirmenci U. The patient in the psychiatric emergency ambulance: diagnoses, reasons and comparison of layperson vs. physician viewpoints. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2011; 79: 221-225.
4. Wheat S, Dschida D, Talen M. Psychiatric emergencies. *Prim Care Clin Office Pract.* 2016; 43:341-354
5. Cavanaugh SV. Psychiatric emergencies. *Med Clin North Am* 1986; 70(5):1185-202
6. Mavrogiorgou P1, Brüne M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108(13):222-30.
7. Testa A., Giannuzzi R, Sollazzo F. Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 2013;17(Suppl 1):55-64.
8. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Emergency psychiatry in the 21st century: critical issues for the future. *Eur J Emerg Med* 2008; 15:276-278.
9. Hepp U. Psychiatric emergencies in the outpatient setting. *Praxis (Bern 1994).* 2014;103(9):503-10.
10. Testa A, Giannuzzi R, Sollazzo F, Petrongolo L, Bernardini L, Dain S. Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders coexisting with organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013;17 Suppl 1:65-85.

11. Testa A, Giannuzzi R, Daini S, Bernardini L, Petrongolo L, Gentiloni Silveri N. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17 Suppl 1:86-99.
12. Kapfhammer HP. The relationship between depression, anxiety and heart disease – a psychosomatic challenge. *Psychiatr Danub* 2011; 23:412-424.
13. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Löwe B. Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68:403-414.
14. Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. Munchausen by proxy: a case, chart series, and literature review of older victims. *Child Abuse Negl* 2005;29:931-941.
15. Milner KK, Florence T, Glick RL. Mood and anxiety syndromes in emergency psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22:755-777.
16. Talbot-Stern JK, Green T, Royle J. Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emerg Med Clin N Am* 2000; 18: 199-209.
17. Arciniegas DB. Addressing neuropsychiatric disturbances during rehabilitation after traumatic brain injury: current and future methods. *Dialogues Clin Neurosci* 2011; 13: 325-345.
18. Correa DD. Neurocognitive function in brain tumors. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2010;10: 232-239.
19. Pedrosa DJ, Geyer C, Klosterkötter J, Fink GR, Burghaus L. Anti-NMDA receptor encephalitis: a neurological and psychiatric emergency. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80: 29-35.
20. Dew MA, Dimartini AF, Devito Dabbs AJ et al. Onset and risk factors for anxiety and depression during the first 2 years after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Mar-Apr;34(2):127-38.
21. Poole L, Dickens C, Steptoe A. The puzzle of depression and acute coronary syndrome: reviewing the role of acute inflammation. *J Psychosom Res* 2011; 71: 61-68.
22. Dantzer R, Kelley KW. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 153-160.
23. Ferrando SJ, Freyberg Z. Treatment of depression in HIV positive individuals: a critical review. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 61-71.
24. Kayser MS, Kohler CG, Dalmay J. Psychiatric manifestations of paraneoplastic disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1039-1050.
25. Alink J, De Vries TW. Unexplained seizures, confusion or hallucinations: think Hashimoto encephalopathy. *Acta Paediatr* 2008; 97: 451-453.
26. Tonner DR, Schlechte JA. Neurologic complications of thyroid and parathyroid disease. *Med Clin North Am* 1993; 77: 251-263.
27. Benton D. Dehydration Influences Mood and Cognition: A Plausible Hypothesis? *Nutrients* 2011; 3: 555-573.
28. Kaplan BJ, Crawford SG, Field CJ, Simpson JS. Vitamins, minerals, and mood. *Psychol Bull* 2007; 133: 747-760.
29. Fiorentini A, Volonteri LS, Dragogna F et al. Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. *Curr Drug Abuse Rev* 2011; 4: 228-240.
30. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F. Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proc Natl Acad Sci* 2011; 108: 15037-15042.
31. Palijan TZ, Muzini L, Radeljak S. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 429-436.
32. Miedinger D, Lavoie KL, L'Archeveque J, Ghezzi H, Malo JL. Identification of clinically significant psychological distress and psychiatric morbidity by examining quality of life in subjects with occupational asthma. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 76.
33. Durazzo M, Spandre M, Belci P, Paschetta E, Premoli A, Bo S. Issues of internal medicine in psychiatric patients. *Minerva Med* 2010; 101: 329-352.
34. Mihanovi M, Bodor D, Kezi S, Restek-Petrovi B, Sili A. Differential diagnosis of psychotropic side effects and symptoms and signs of psychiatric disorders. *Psychiatria Danub* 2009; 21: 570-574.
35. Wu CS, Wang SC, Cheng YC, Gau SS. Association of cerebrovascular events with antidepressant use: a case-crossover study. *Am J Psychiatry* 2011; 168:511-521.
36. Perry PJ, Wilborn CA. Serotonin syndrome vs neuroleptic malignant syndrome: A contrast of causes, diagnoses, and management. *Ann Clin Psychiatry* 2012; 24: 155-162.
37. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health Soc Care Community* 2016; 24(3):260-9.
38. Weber A, Thompson A, Fiedrowicz J. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin N Am* 2017; 101:553-71.
39. Wang Y, Bhaskaran J, Sareen J, et al. Predictors of future suicide attempts among individuals referred to psychiatric services in the emergency department: a longitudinal study. *J Nerv Ment Dis* 2015;203(7):507-13.
40. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Oquendo MA, et al. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *J Affect Disord* 2011;134(1-3):327-32.
41. Ashrafjouy L, Pigeon WR, Conner KR, et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. *J Affect Disord* 2016; 189:344-50.
42. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med* 2014;44(2):279-89.
43. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, et al. Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000;157(7):1094-8.
44. Castro E, Couto T, Bramcaglion MY et al. Suicidality among pregnant women in Brazil, prevalence and risk factors. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(2):343-8.
45. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. *J Clin Psychol* 2006;62(2):185-200.
46. Carrasco M, Zalaquett M. Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencia a la unidad de paciente crítico. *Rev. Med. Clin. Condes* 2017;28(2):301-310.
47. Han, Jin H et al. Altered mental status in older patients in the Emergency Department. *Clinics in Geriatric Medicine* 2013;29(1):101-136.
48. Han, Jin H et al. Delirium in the Emergency Department: An Independent Predictor of Death Within 6 Months. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56(3):244-252.
49. La Mantia, Michael A. et al. Screening for Delirium in the Emergency Department: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine* 2014;63(5):551-560.
50. Loneragan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(2):CD005594.
51. Young J, Murthy L, Westby M, Akunne A, O'Mahony R, Guideline development G. Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 341:c3704.
52. Zeller SL. 2010. Treatment of psychiatric patients in emergency settings. *Prim Psychiatr*. 17:35-41.
53. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. *World J Biol Psych* 2016; 17(2):86-128.
54. Hankin C, Bronstone A, Koran L. Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden and treatment. *J Psychiatr* 2011; 17:170-185.
55. Wilson M, Pepper D, Currier G, Holloman G, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American association for emergency psychiatry project BETA psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):26-34.