

REVISIÓN DE TEMA

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Andrés Dulcey Cepeda\*

### RESUMEN

*Se presenta una revisión de los protocolos de manejo para las entidades consideradas una emergencia psiquiátrica, apoyada en la medicina basada en la evidencia, enfocándola hacia las posibilidades reales de manejo por un médico general en niveles locales de atención.*

**Palabras clave:** *Paciente psicótico agresivo, intento suicida, neurosis conversiva, delirium, psicofármacos, duelo.*

### INTRODUCCIÓN

¿Cuáles entidades se consideran una urgencia psiquiátrica? Son seis:

1. El paciente psicótico agresivo o agitado.
2. El síndrome mental orgánico agudo, llamado también: "tipo delirium".
3. El intento suicida.
4. El trastorno conversivo histérico de presentación aguda.
5. Las complicaciones agudas del uso de psicofármacos.
6. El manejo del duelo en urgencias.

Se incluyen en esta lista a las complicaciones del uso de psicofármacos debido a su frecuencia de presentación, y al desconocimiento por parte del médico general promedio del diagnóstico y manejo de estas entidades; también se menciona el duelo severo (siendo este una reacción adaptativa), ante el elevado número de solicitudes de interconsulta realizadas a psiquiatría, con el único fin de transmitir a los familiares de un paciente alguna noticia dolorosa. La lista de entidades consideradas como urgencia no se expresa en orden de severidad.

Recibido para evaluación: Julio 16 de 2004. Aprobado para publicación: Agosto 31 de 2004

\* Médico psiquiatra. Docente Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Director grupo de investigación en Neurociencias, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

Correspondencia y reimpresos: Carrera 15ª número 9ª norte - 180. Popayán.  
Correo electrónico: dulcey6400@yahoo.com.

## EL PACIENTE PSICÓTICO AGRESIVO O AGITADO

Realizar el diagnóstico de psicosis no posee mayores dificultades, al igual que la determinación de agitación o agresividad, basta estar lúcido la mayoría de los casos para saber si estamos frente a un paciente psicótico agresivo. Psicosis es, por definición, la pérdida del juicio crítico de realidad.

En este caso concreto, el algoritmo de manejo consta de los siguientes pasos:

1. Descarte un cuadro de organicidad.
2. De estar indicado inmovilice y justifique médicamente esta determinación.
3. Inicie un esquema psicofarmacológico para sedar o tranquilizar al paciente.
4. Remítalo a un servicio especializado.

### Descarte un cuadro de organicidad

Diversos orígenes y causas pueden estar relacionadas con entidades orgánicas (Tabla 1)

¿Cómo descartar todas y cada una de estas entidades? A través de interrogatorio dirigido, examen físico y mental y paraclínicos básicos.

### Interrogatorio dirigido para un síndrome mental orgánico (SMO)

¿Es el primer episodio psicótico? Obviamente, si existe un episodio similar, con historia de hospitalizaciones previas en un hospital psiquiátrico, muy seguramente no se trata de un cuadro orgánico.

¿Consuma psicofármacos?, ¿cuáles y con cuanta frecuencia y dosis? Con esta pregunta se tamiza la posibilidad de una sobredosis de estimulantes o una abstinencia de un fármaco depresor del sistema nervioso central, como los mencionados en la Tabla 1.

¿Sufrió hace dos a tres semanas un episodio de enfermedad eruptiva, o respiratoria alta? ¿Se expuso hace pocas semanas a un accidente rábico?, ¿existe fuerte sospecha o evidencia de infección por el virus de inmunodeficiencia humano?. ¿Proviene de área endémica para malaria, o estuvo recientemente de visita o vacaciones en esas zonas? Estos interrogantes se justifican a partir del conocimiento de que el virus del HIV es tanto linfocito como neurotrope, y su primer campanazo puede darse por un episodio psicótico atípico. Igual cosa sucede con la malaria cerebral provocada por el *plasmodium falciparum*, sin olvidar que en las zonas endémicas los tratamientos parciales, auto recetados para malaria son la norma más que la excepción, lo cual enmascara y torna poco clásicos los cuadros clínicos.

¿Convulsiona? Respecto a esta pregunta traduzcala al lenguaje coloquial, el significado de convulsión no suele ser el mismo para el médico que para el resto de la humanidad.

Realice un interrogatorio dirigido para LES, no olvidando como, hasta hace poco tiempo, la psicosis era uno de los signos incluidos como criterio diagnóstico para LES por la Asociación Reumatológica Americana.

Si una o varias de estas preguntas al ser respondidas nos arrojan resultados dudosos o sugerentes de organicidad, prosiga con el tamizaje, y sobre todo, no aplique psicofármaco alguno todavía hasta no clarificar el diagnóstico.

**Tabla 1** Entidades orgánicas manifiestas primariamente como un cuadro psicótico agudo:

| Origen                    | Causas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tóxicas                   | Sobredosis de estimulantes (éxtasis, cocaína, pasta básica de cocaína, otras anfetaminas, drogas anticolinérgicas como la atropina o escopolamina). Supresión súbita de drogas depresoras del sistema nervioso central (alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, opiáceos), las cuales provocan cuadros de abstinencia al retirarse. |
| Infecciosas               | Meningoencefalitis virales, especial mención para el HIV, enfermedades provocadas por priones, y en áreas endémicas el paludismo cerebral.                                                                                                                                                                                          |
| Metabólicas               | Hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, Síndromes de Cushing y Addison.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Epilepsia                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Enfermedades del colágeno | Principalmente Lupus Eritematoso Sistémico (LES).                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### **Realice el examen físico con énfasis en el neurológico**

Sí el examen es normal, con un interrogatorio no sugerente de organicidad, puede pasar a realizar el examen mental. Sí el examen es sugerente de organicidad, o es dudoso, no aplique psicofármaco alguno hasta no aclarar el diagnóstico.

### **Examen mental**

Un examen mental completo, es utópico realizarlo en un paciente agresivo o agitado en una sala de emergencias, por ello, ocúpese de las áreas del examen mental alteradas fundamentalmente en los cuadros orgánicos: estado de conciencia, atención, memoria, orientación. Recuerde siempre que las funciones mentales agrupadas bajo el rotulo de "sensorio", (aquellas mencionadas previamente), siempre se comprometen de manera inicial en los cuadros orgánicos especialmente en el síndrome mental orgánico tipo delirium o confusional.

Ocurre que el paciente presenta un interrogatorio negativo, un examen físico normal, un examen mental en el cual se evidencian alucinaciones, agresividad e ideas delirantes, pero se encuentra alerta, con un nivel de *atención* normal o elevado, orientado en persona y su memoria está normal, existen por tanto probabilidades altas de no ser un cuadro orgánico. Se puede entonces pasar a inmovilizar de ser necesario y a aplicar los psicofármacos de los cuales se disponga. Una vez aplicadas estas medidas se solicitan los paraclínicos complementarios.

### **Paraclínicos básicos**

Hemograma, creatinina, glicemia, V.D.R.L, ELISA para HIV en caso de existir sospechas. Niveles de T3 y T4, electrolitos séricos.

### **Inmovilizar ¿Cuándo? ¿Por qué?**

Una determinación tan drástica como la de impedir el movimiento libre de otro ser humano, debe quedar plenamente justificada en una historia clínica, sólo se debe aplicar si el comportamiento del paciente implica riesgo serio para su vida, su integridad física o la vida e integridad física de otras personas, y luego de agotar de manera razonable otras estrategias de persuasión.

Una vez decidido que el paciente debe inmovilizarse, un equipo de personas debe proceder a ejecutar esta tarea. En caso de no saber como realizar este procedimiento, no lo haga.

La inmovilización es una orden médica, no una sugerencia ni una opinión, debe quedar consignada como tal en la historia clínica, y su justificación igualmente debe anotarse en la respectiva evolución. Un paciente no debe durar más de 8 horas continuas inmovilizado.

### **Manejo farmacológico**

El objetivo de este paso en urgencias es estabilizar al paciente antes de su remisión, para ello se pueden utilizar diversas estrategias, ninguna es mejor que las otras y el médico optará por la que encuentre disponible en su medio:

### **Sedación**

Puede realizarse con neurolépticos sedantes, (de los cuales solo se encuentran dos en el mercado colombiano), con antihistamínicos o con benzodiazepinas.

**Neurolépticos sedantes:** Estos fármacos poseen una baja capacidad antipsicótica, es decir, requieren de dosis altas para bloquear síntomas como alucinaciones o ideas delirantes, provocan marcada sedación, pocos efectos extrapiramidales y marcada hipotensión postural, son las drogas levomepromacina y clorpromacina.

Se emplean por vía intramuscular a dosis de 100 mg por dosis (4 ampollas de su presentación comercial). Dado que se deben aplicar por vía intramuscular únicamente, su absorción es lenta y pueden pasar de 30 minutos a una hora antes de percibirse sus efectos. La clorpromacina y la levomepromacina no deben emplearse combinadas, ello no potencia sus efectos benéficos pero si los dañinos, en especial la hipotensión arterial. No aplique inyecciones intravenosas directas de ninguno de estos dos medicamentos.

**Antihistamínicos:** Se emplea el medicamento prometacina, a dosis entre 50 y 100 mg, dosis por vía intramuscular.

**Benzodiazepinas:** Son las drogas más eficaces si de sedación se trata, pero también las que más riesgo de complicación ofrecen. En gran medida su eficacia depende del hecho que pueden ser aplicadas por vía intravenosa disminuyendo a segundos su periodo de inicio de respuesta, se utilizan en nuestro medio dos de estas: diazepam a dosis de 10 mg, vía intravenosa directa lenta, y midazolam a dosis entre 5 y 15 mg, vía intravenosa; las demás benzodiazepinas no tienen presentaciones parenterales disponibles en Colombia.

No pueden administrarse en pacientes embriagados o con rezago de ebriedad (vulgarmente, guayabo o resaca), y al

usarlas debe tomarse en cuenta que, si bien es cierto, aunque menos común que lo que el médico general teme, basta media ampolla lenta de diazepam para provocar un paro cardiorrespiratorio, por tanto se deben de aplicar con su antagonista a la mano (flumazenil) en caso de toxicidad.

Estos medicamentos duermen al paciente, pero no bloquean a estas dosis su actividad psicótica, entonces a las anteriores opciones de tratamiento solas o combinadas, debe agregarse un antipsicótico no sedante, vía parenteral, que controle adecuadamente los síntomas psicóticos como las alucinaciones, ideas delirantes o agresividad.

### “Tranquilización”

Se emplean, el haloperidol a dosis entre 15 y 20 mg, (3 a 4 ampollas) cada 8 horas, vía parenteral o la ziprazidona (único neuroléptico atípico en presentación para uso parenteral en el mercado colombiano, a junio de 2004) a dosis entre 40 y 80 mg cada 8 horas, vía intramuscular.

De las dos opciones anteriores, ¿cual escoger? La respuesta la determinan factores como costos y los efectos secundarios de estos fármacos: la ziprazidona va a presentar mucha menor incidencia de complicaciones como distonías o parkinsonismo.

Es posible que en corto tiempo se disponga de olanzapina parenteral, medicamento que ya comprobó su eficacia en el control de la agitación y agresividad en pacientes con cuadros de esquizofrenia; viene en presentaciones de ampollas por 10 mg, para uso intramuscular y se emplean de 10 a 30 mg en 24 horas para control de la agitación y la agresividad.

Cualquier combinación de estos grupos de medicamentos, es aceptable. Un esquema muy utilizado es: midazolam entre 5 y 10 mg, vía intravenosa, más levomepromacina 100 mgs vía intramuscular, más haloperidol 15 mg o ziprazidona 40 mg vía intramuscular.

### Remisión

Una vez realizado el manejo inicial, el paciente debe remitirse. Un cuadro psicótico tarda mínimo dos semanas en compensarse, por ello un servicio de urgencias no debe albergar estos pacientes más de un día.

El diagnóstico psiquiátrico es un ejercicio académico, pero no una prioridad. En un servicio de urgencias se maneja igual una manía exaltada que una reacción paranoide aguda; el diagnóstico urgente de realizar en ese lugar es el de síndrome mental orgánico, y ese desde un principio ya se realizó.

En un entorno en el cual la salud pública es una prioridad estatal, los hospitales cuentan con un escanógrafo en su servicio de urgencias, el poder contar con esta herramienta diagnóstica hace que en los manuales extranjeros no exista tanto énfasis en las características clínicas para descartar los síndromes mentales orgánicos, pero como vivimos en Colombia se sabe que una solicitud de escanografía cerebral sólo se hará efectiva luego de ganar una acción de tutela o algo similar, por tanto es deber del médico colombiano, mas si ejerce en provincias, conocer esta realidad y trabajar con lo poco que tiene.

## EL SÍNDROME MENTAL ORGÁNICO AGUDO (SMO)

Las manifestaciones clínicas de este cuadro se expresan por un compromiso del estado de conciencia, la orientación, la atención, la memoria, la conducta motora, la sensorpercepción y el curso del pensamiento. El examen arroja datos típicamente fluctuantes, tendiendo a empeorar en horas de la madrugada, con una clara inversión del patrón normal de sueño (somnia diurna y agitación nocturna).

El estado de conciencia oscila entre el alerta y el estupor; la capacidad de centrar la atención es casi nula; generalmente cursa con desorientación global y compromiso mnésico.

Las alteraciones sensorperceptivas son clásicamente cambiantes, algunos las llaman “caleidoscópicas”, y de predominio visual, por el contrario, las alucinaciones de un paciente psicótico funcional, un esquizofrénico por ejemplo, son monótonas, estables en el tiempo y de predominio auditivo.

Una vez detectado un SMO agudo, debe identificarse y corregirse su causa, siendo este el pilar del tratamiento, el manejo sintomático incluye:

1. Orientar permanentemente en tiempo y lugar al paciente: permitirle acceso a contemplar la luz del día, algo casi nunca presente en un servicio hospitalario, tener a la vista del paciente relojes, etcétera.
2. En lo posible, buscar brindar al paciente un entorno tranquilo y apacible.
3. Tener en cuenta el potencial de agitación inherente a su condición, y prevenirlo mediante el uso de neurolépticos potentes a dosis bajas, en nuestro medio el haloperidol parenteral es la única opción, a dosis entre 1 y 5 mg/día, vía intramuscular o intravenosa.

El uso de neurolépticos sedantes debe evitarse en estas condiciones, las benzodiazepinas a dosis bajas, también vía intravenosa son otra opción, excepto en el síndrome de abstinencia alcohólica, en el cual no son alternativa sino las drogas de elección.

Una buena regla mnemotécnica para tener presente las causas mas apremiantes del SMO es: "I WATCH DEATH" yo veo morir, en inglés (Tabla 2).

## EL INTENTO SUICIDA

Esta patología resulta particular y dolorosamente frecuente en nuestro medio, en los meses de abril, mayo y junio de 2004, Popayán registró no menos de 10 casos consumados de suicidio, los cuales afectaron a personas de toda clase y condición socio económica. El intento suicida registra en nuestra ciudad unas cifras de 4 a 5 por día.

Según datos del estudio nacional de salud mental del año 1997, el Cauca es el departamento colombiano con mayor prevalencia de depresión en toda Colombia, y eso podría explicar las cifras escandalosamente altas de intento suicida registradas en Popayán.

El manejo de esta entidad comprende los siguientes pasos:

1. Maneje la emergencia médica.
2. Asuma una actitud empática.
3. Determine el riesgo suicida.
4. Remita a manejo especializado.
5. Aplique sedación si es necesario.
6. Tenga claro aquellas cosas que jamás deben hacerse.

## Manejo de la emergencia médica

Parece demasiado obvio, pero la emergencia médica debe manejarse inicialmente. En algunos hospitales hizo carrera llamar al psiquiatra primero, para indagar acerca de conflictos emocionales del paciente, con lo que se pierde tiempo precioso en manejar una intoxicación, o alguna otra entidad de manejo prioritario.

El manejo de esta emergencia médica es el primer paso psicoterapéutico, pues con una atención seria y profesional se rompe la idea central del suicida: "nada me puede ayudar, y nadie me quiere ayudar". El paciente al encontrar a un profesional interesado en solucionar su emergencia médica asegura sentirse acompañado y protegido

## Asuma una actitud empática

Una actitud empática es una manera de atender al paciente con seriedad y profesionalismo, no es ser simpático, ni consiste en tratar al paciente "como a un amigo", tampoco estriba en darle palmaditas en el hombro o exhortarlo a vivir con alegría, es atender la emergencia con seriedad, con respeto y sin prejuicios.

## Determine el riesgo suicida

Este punto es la esencia del manejo de este problema en urgencias. Consiste en intentar establecer cuanta probabilidad existe de que el paciente cometa pronto un nuevo intento, esta vez letal. El riesgo se clasifica en alto o bajo, en caso de dudas debe asumirse como alto. Si el riesgo es alto debe remitirse para hospitalización en un servicio especializado de psiquiatría, y si es bajo puede manejarse

**Tabla 2** Diagnóstico diferencial del delirium usando la regla mnemotécnica "I watch death" Tomado y modificado de: Psychiatry Self Assessment & Review. American Psychiatric Press. Washington 1999.

| Palabra | Significado                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------|
| I       | Infección: encefalitis, meningitis, VIH, sepsis, malaria                        |
| W       | Abstinencia (withdrawal, en inglés) hipnóticos, opiáceos, alcohol.              |
| A       | Agudo metabólico: fallas renal o hepática, acidosis, alcalosis.                 |
| T       | Traumatismo: trauma craneal, golpe de calor, posquirúrgico, quemaduras.         |
| C       | Patología primaria del SNC (CNS, en inglés), tumores, hematomas, epilepsia.     |
| H       | Hipoxia anemia, intoxicación por CO, hipotensión, ICC.                          |
| D       | Deficiencias: vitamina b12, folatos, niacina, tiamina.                          |
| E       | Endocrinopatías: hiper/hipo función suprarrenal, tiroidea, hiper/hipo glicemia. |
| A       | Agudo vascular: encefalopatía HTA, ECV, choque.                                 |
| T       | Tóxicos.                                                                        |
| H       | Metales pesados (Heavy metals, en inglés) plomo, manganeso, mercurio            |

ambulatoriamente por un profesional de salud mental, luego de compensada la emergencia médica en ambos casos. Para determinar el riesgo deben evaluarse los elementos consignados en la Tabla 3.

Cada afirmación DESCRITA EN LA Tabla 3 es un factor de riesgo; obviamente a mayor número de afirmaciones, mayor es el riesgo, pero como se expresa en términos de probabilidad no es una medida exacta. La decisión dicotómica de hospitalizar o no a un paciente suicida es seria, con implicaciones médico legales graves, por ello cualquier expresión de un paciente suicida debe tomarse en serio, si un paciente suicida asegura o sostiene que piensa matarse, debe creérsele.

Ahora bien: ¿por qué no hospitalizarlos a todos? La respuesta es porque en nuestro medio no disponemos de unidades que puedan albergar a los 4 o 5 intentos diarios de suicidio, por tanto hemos de optimizar el escaso recurso disponible

Existen dentro de los factores de riesgo arriba mencionados algunos de mayor severidad, son estos los siguientes:

1. La presencia clara de ideas suicidas, mas aún si se acompañan de un plan suicida elaborado.
2. La psicosis.
3. Intento suicida en un anciano.
4. La existencia de una psicopatología previa, con diagnóstico documentado.
5. La sumatoria de varios factores, aumenta exponencialmente el riesgo pero dentro de estas sumatorias existe una particularmente riesgosa y es el intento suici-

da en un paciente alcohólico con depresión mayor severa, a esto téngale pánico, ¡hospitalice cuanto antes!

### Remita a un profesional en salud mental

En todos los casos, una vez determinado el riesgo suicida, estos pacientes deben ser evaluados por psiquiatría, bien sea intrahospitalariamente, si el riesgo suicida es alto, o bien sea de manera ambulatoria. Al no tomar en cuenta este paso, el manejo de esta emergencia resulta forzosamente incompleto.

### Aplique sedación de ser necesario

En caso que tema que el paciente podría intentar suicidarse frente a usted. Recuerde: ningún antidepresivo actúa antes de dos semanas, no existe por tanto ninguna prisa en recetarlos, de hecho estos medicamentos no deben formularse por un médico que no siga manejando al paciente, por tanto si usted no va a tratar la depresión, no formule el antidepresivo.

Las decisiones en la vida cotidiana pocas veces se responden con un SI o un NO tajantes, casi siempre existen matices y/o condicionantes. En medicina por el contrario es frecuente encontrarnos con decisiones dicotómicas: ¿tiene cáncer o no éste paciente? ¿Debo aplicarle este medicamento con efectos secundarios riesgosos o no? Y el caso que nos ocupa es uno de estos: ¿el riesgo suicida es alto o no? Ante una disyuntiva de este estilo, es mejor guiarse por un algoritmo de preguntas que por la simple intuición, pues cuando confiamos demasiado en esta, los márgenes de error tienden a dispararse.

**Tabla 3.** Determinación de factores de riesgo para suicidio.

| FACTOR                                                      | RESPUESTA |    |
|-------------------------------------------------------------|-----------|----|
| Premeditación del intento                                   | SI        | NO |
| Intentos previos                                            | SI        | NO |
| Historia familiar de intentos suicidas o suicidio consumado | SI        | NO |
| Historia documentada de enfermedad mental                   | SI        | NO |
| Preexistencia de un síndrome depresivo                      | SI        | NO |
| El paciente es un niño o un anciano.                        | SI        | NO |
| <b>RESPECTO AL INTENTO EN SI MISMO DETERMINE</b>            |           |    |
| ¿Es de alta letalidad?                                      | SI        | NO |
| ¿Se realizó acompañado o en solitario?                      | SI        | NO |
| <b>RESPECTO AL EXAMEN DEL PACIENTE INDAGUE</b>              |           |    |
| ¿Está deprimido?                                            | SI        | NO |
| ¿Tiene ideas suicidas?                                      | SI        | NO |
| ¿Tiene un plan suicida elaborado?                           | SI        | NO |
| ¿Está psicótico?                                            | SI        | NO |

### Tenga claro aquello que no debe hacer

No tienda a minimizar la severidad del intento, no crea aquello que se comenta sin ninguna base verídica que dice: "el que se va a matar, se mata de una vez", esta frase pronunciada al calor de la tensión provocada por el trabajo en un servicio congestionado, es falsa. Lo cierto es todo lo contrario: el suicida ha realizado varios intentos previos antes de poder concretar el intento final.

Ni se le ocurra, ni en broma, sugerir métodos así sea esto de manera implícita, no es raro escuchar frases como "la próxima vez hágalo en serio". Insisto: ni en broma, estas frases y otras del mismo tenor, son un reto para un paciente que emocionalmente no las tiene todas consigo y en quien es probable exista una severa psicopatología previa.

### EL TRASTORNO CONVERSIVO

Esta entidad hace parte de los denominados trastornos somatomorfos, consiste en un cuadro clínico agudo o crónico manifestado por un síntoma aparentemente orgánico, asociado a un examen clínico y paraclínico normal, ligado a una ganancia secundaria, "bella indiferencia", y la posibilidad de tener un modelo para imitar.

La bella indiferencia alude a la tranquilidad del paciente conversivo ante lo perturbador de sus síntomas, por ejemplo manifiesta no poder ver absolutamente nada, en medio de una serenidad pasmosa, la cual suele contrastar con la angustia de quienes acompañan al paciente.

El modelo a imitar se refiere a la presencia de un antecedente familiar de una patología similar (uno de los padres es epiléptico, por ejemplo); aunque el modelo imitativo puede llegar a ser un vecino, o el paciente mismo, por ejemplo: la coexistencia de crisis convulsivas asociadas con pseudo crisis es bastante frecuente.

Y la ganancia secundaria consiste en que a través del síntoma, el paciente de manera inconciente, obtiene alguna ventaja.

El manejo del trastorno conversivo es diagnosticarlo, pero para llegar a eso, debe recordarse que toda entidad psiquiátrica es de descarte, y siempre debe realizarse todo el tamizaje diagnóstico. Una vez diagnosticado el conversivo, el paciente debe egresar del servicio de urgencias bien sea a su casa, o remitirlo a una unidad especializada. En ambos casos aclarando exponiéndole al paciente con toda claridad el origen psicógeno de su cuadro.

### COMPLICACIONES AGUDAS DEL USO DE PSICOFÁRMACOS

Las consultas más comunes por esta razón, suelen ser debidas a las distonías, la acatícia y el parkinsonismo inducido por los neurolépticos.

**Distonías:** son cuadros de aparición entre 2 y 4 horas de consumido un neuroléptico, se caracterizan por un espasmo muscular doloroso, sostenido, el cual deforma la postura. Suele comprometer músculos paravertebrales, faciales, extraoculares, de la lengua o una combinación de cualquiera de estos; se acompaña de una gran angustia por parte del paciente.

Su diagnóstico lo da la historia de consumo del neuroléptico más la evidencia del espasmo, revierte fácilmente utilizando drogas anticolinérgicas parenterales: biperideno a dosis entre 5 y 10 mg vía intramuscular (1 o 2 ampollas de la presentación comercial disponible en Colombia), pueden asociarse benzodiazepinas también por vía parenteral.

**Acatícia:** es un cuadro de aparición entre 12 y 24 horas luego de una dosis de neuroléptico, consiste en una absoluta imposibilidad del paciente para quedarse quieto, ligado a múltiples movimientos parásitos, generalmente muecas, lo cual le confiere al paciente un aspecto grotesco y puede llevar a creer que el cuadro psicótico ha empeorado, suele acompañarse de diaforesis profusa y rigidez muscular.

Su manejo se centra en el uso de anticolinérgicos más beta bloqueadores como el propranolol a dosis entre 40 y 80 mg día.

Variantes de menor intensidad de las distonías y la acatícia también se encuentran reportadas en pacientes que emplean antidepressivos del grupo de los inhibidores selectivos de recaptación serotoninérgica como la fluoxetina, la sertralina y la paroxetina.

**Parkinsonismo:** es un cuadro típico de rigidez en rueda dentada, temblor de reposo, acinesia, sialorrea y cambios en la marcha y la postura, debidos al bloqueo dopaminérgico postsináptico inducido por los neurolépticos; se presenta luego de 24 horas de consumido el fármaco. Su manejo comprende el uso de drogas anticolinérgicas.

**Síndrome neuroléptico maligno:** esta complicación es sin duda, tanto la menos frecuente como la mas severa (puede resultar mortal) de las complicaciones agudas inducidas por los neurolépticos; existen otras condiciones en las cua-

les también está descrita: la combinación litio/amitriptilina y la interrupción brusca del tratamiento con carbidopa/levodopa.

Su cuadro clínico se caracteriza por hipertermia, temblor parkinsoniano, rigidez en tubo de plomo, alteraciones del estado de conciencia y disautonomías. En ocasiones los pacientes presentan signo de Babinski bilateral, crisis oculogiras, opistotonos y crisis epilépticas generalizadas. Los paraclínicos arrojan como resultado deshidratación, leucocitosis con tendencia a desviarse hacia la izquierda, elevación de la TGO, TGP, LDH, fosfatasa alcalina y en especial de la CPK la cual puede superar un valor de 16.000, hay mioglobinuria, la cual se observa como orinas "color colombiana" y que casi suele reportarse como un falso positivo para hemoglobinuria (si sospecha mioglobinuria solicite directamente la determinación de mioglobina en la orden de laboratorio). Los hallazgos del EEG y la punción lumbar son inespecíficos.

Este síndrome suele manifestarse entre 1 y 3 días después de iniciado el tratamiento, pero es impredecible su presentación: puede suceder igual en alguien que halla recibido neurolépticos desde hace décadas o en alguien que los empieza a recibir, no depende de la dosis y cualquier neuroléptico puede provocarlo.

Tiene una prevalencia de alrededor de 1 caso por cada 1000 veces que se administra un neuroléptico, su mortalidad alcanza hasta el 30% de los casos tratados y llega hasta el 100% de los casos sin tratamiento.

Su manejo principal: interrumpir el neuroléptico, después de esta acción básica sigue su manejo, idealmente en una unidad de cuidado intensivo, el cual generalmente implica infusiones de anticolinérgicos, agonistas dopaminérgicos como la bromocriptina y la amantadina, así como la utilización de dantroleno. Respecto al dantroleno debe anotarse que, dado el alto costo de ese fármaco, y el hecho que se emplea únicamente en el manejo de dos entidades: la hipertermia maligna y el síndrome neuroléptico maligno, es una droga de difícil consecución, la cual solamente se consigue a través de los grupos de control de la hipertermia maligna (coordinados por los anestesiólogos a nivel local), por tanto ante la confirmación de este diagnóstico, el clínico debe apoyarse siempre en esos grupos para la obtención del fármaco.

En los casos anteriores, una vez estabilizado el paciente debe ser remitido a psiquiatría para que su médico tratante determine si requiere o no suspender el tratamiento, o iniciar uno nuevo, y con cual dosis.

## MANEJO DEL DUELO SEVERO

No es raro, encontrar solicitudes de interconsulta a psiquiatría, para que el psiquiatra le diga a una madre que su hijo acaba de fallecer en un servicio de urgencias, o expresarle a alguien que su medula espinal está seccionada y no volverá a caminar, o para comentarle a un paciente que su prueba de ELISA para HIV es positiva.

Tal práctica, aparte de convertir a los psiquiatras en una especie de ave de mal agüero, no produce ningún resultado, es inútil, consume tiempo y recursos humanos valiosos, y además va en contra de la formación integral del médico, quien debe encarar con seriedad estas tareas. El médico tratante es quien debe dar a conocer el diagnóstico a su paciente, quien espera que aquel a quien él confió su salud, le manifieste como se encuentra ésta, solo cuando la reacción normal de duelo en estos casos supere la capacidad de manejo del médico tratante, debe intervenir un tercero.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Climent C, Castrillón E, Miranda C, González C, Conde S, Torres F.** "Urgencias psiquiátricas" en Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. ASCOFAME 1997, en: <http://ascofame.org.co/guiasmbe>.
2. **Lipowski S.** update on delirium. *Psychiatric Clinics of North America* 1992; Vol 15, (2): 432-444.
3. **Roy A.** "Psychiatric emergencies" en Comprehensive textbook of psychiatry VI ed. Kaplan H, Sadock B editors. Williams and Wilkins. Baltimore 1995.
4. **Kaplan H, Sadock B.** Manual de psiquiatría de urgencias. Editorial médica panamericana. Buenos aires 1996.
5. **Santacruz O.H.** "Urgencias en psiquiatría" en: Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M, editores académicos. Centro editorial javeriano, CEJA. Bogotá 2002.
6. **Riker R.R, Fraser G.L, Cox P.M.** Continuous infusion of haloperidol controls agitation in critically ill patients. *Critic Care Med* 1994; 22: 433-440.
7. **Taylor P.J, Monahan J.** ¿Dangerous patients or dangerous disease? *BMJ* 1996; 312: 967-968.
8. **Wright P, Birkett M, David S, Meehan K, Ferchland I, Alaka K, et al.** Double blind, placebo controlled comparison of intramuscular olanzapina and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1149-1151.

9. **Jachna J, Lane R, Gelemberg A.** "Psicofarmacología en la psiquiatría de enlace" en: auto evaluación y repaso en psiquiatría. Medical trends Barcelona 2000 (edición española de psychiatric self assessment & review. *American Psychiatric press* Washington 1999.
10. **Blumenthal S.K, Kupfer D, eds.** "Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients". *American Psychiatric press*, Washington 1990.
11. **Swets J, Dawes R, Monahan J.** Decisiones racionales. Investigación y ciencia 2000,291:14 – 19.
12. **Fauman B.** "Other psychiatric emergencies" en Comprehensive textbook of psychiatry VI ed. Kaplan H, Sadock B editors. Williams and Wilkins. Baltimore 1995.
13. **Gómez Restrepo C, Rodríguez Malagón N, de Romero L, Pinilla C, López E, Díaz-Granados N, Nossa N.** Suicidio y lesiones auto inflingidas Colombia 1973 1996. Revista colombiana de psiquiatría 2002; Vol 31, (2): 123 – 136.