



Capítulo 88/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSIQUIATRÍA DE URGENCIAS

Trabajamos para su tranquilidad...

Psiquiatría de urgencias

Laura M. Prager, MD

Ana Ivkovic, MD

PUNTOS CLAVE

- La valoración de la seguridad es fundamental en las evaluaciones de urgencia.
- La valoración y el tratamiento de la agitación aguda tienen una importancia especial.
- Durante la evaluación de una urgencia psiquiátrica es crucial considerar y diagnosticar los problemas médicos agudos.
- Deben identificarse y tratarse los signos de intoxicación y abstinencia que pueden anunciar una urgencia psiquiátrica.
- La atención psiquiátrica asume un papel importante en las respuestas a las situaciones catastróficas.

Perspectiva general

En los últimos 25 años, la psiquiatría de urgencias se ha desarrollado hasta convertirse en una subespecialidad independiente en el ámbito psiquiátrico de consulta y enlace. Aunque en EE. UU. no se han definido requisitos formales de certificación, todos los programas de residencia psiquiátrica aplican unas pautas de formación para la psiquiatría de urgencias.¹ La evolución de esta disciplina como práctica especializada discurre en paralelo con un aumento muy sustancial en el volumen de pacientes en los servicios de urgencias en la última década. En 2006, 4,7 millones de visitas de estos servicios tenían como motivos de consulta principales asuntos relacionados con la salud mental, más del doble de las cifras de 2001.² Los problemas psiquiátricos constituyen el componente en más rápido crecimiento de la práctica médica de urgencias; según se estima, aproximadamente el 40% de los pacientes que acuden a estos servicios tienen un trastorno mental diagnosticable o relacionado con el consumo de drogas y otras sustancias. Entre las visitas de urgencias de salud mental, los trastornos asociados al consumo de drogas (30%), los trastornos del estado de ánimo (23%), los trastornos de ansiedad (21%), la psicosis (10%) y los intentos de suicidio (7%) son los más frecuentes.³

Las urgencias psiquiátricas comprenden un conjunto de presentaciones y diagnósticos clínicos. Por lo general, los pacientes que buscan tratamiento atraviesan por una crisis que no puede atenderse mediante los sistemas locales de apoyo. Las crisis se abordan y se valoran desde diversas perspectivas, ya sean médicas, psicológicas, interpersonales o sociales. A menudo, los síntomas componen un estado mental sobrecargado con riesgo de desembocar en peligrosidad para el afectado o para otras personas. Los pacientes pueden abrigar ideas suicidas u homicidas (violentas), padecer depresión o ansiedad insuperables, psicosis, manía o cambios agudos cognitivos o de conducta. Según una tendencia reciente, los servicios de urgencias se utilizan también para problemas no urgentes.⁴ Un número cada vez mayor de pacientes acuden a urgencias por trastornos agudos, problemas rutinarios o derivaciones ambulatorias, debido a la falta de cobertura y de recursos de salud comunitarios, a la imposibilidad de acceder a la atención sanitaria o a las largas esperas en los centros primarios de salud mental. Esta situación ha conducido a estancias más prolongadas de algunos pacientes psiquiátricos en urgencias, en especial los cubiertos por los seguros públicos que necesitan traslado a otro hospital.⁵

En la práctica de la psiquiatría de urgencias se necesitan varias competencias fundamentales. Además de la evaluación y el tratamiento de una amplia variedad de problemas psiquiátricos, los profesionales de esta especialidad deben evaluar y responder a conductas suicidas u homicidas (o, en todo caso, violentas), agitación, *delirium* e intoxicación o abstinencia de drogas y otras sustancias. Dado que la práctica clínica se sitúa en la frontera entre la medicina y la psiquiatría, es muy importante tener conocimientos de la

valoración y el tratamiento de enfermedades orgánicas con sintomatología psiquiátrica. En los últimos tiempos, los psiquiatras de urgencias han asumido también funciones importantes en la respuesta a situaciones catastróficas.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una base para los cuidados en urgencias psiquiátricas. En primer lugar, se abordará la evaluación de las urgencias psiquiátricas, con particular interés en los síntomas iniciales frecuentes. Después, se analizarán aspectos especiales y el tratamiento de los niños en los servicios de urgencias.

Datos demográficos

En 1991 había unos 3.000 servicios dedicados a urgencias psiquiátricas en EE. UU.³ Entre los pacientes tratados en estos centros especializados, aproximadamente en el 29% se establecían diagnósticos de psicosis; en el 25%, de consumo de drogas y otras sustancias; en el 23%, de depresión mayor; en el 13%, de trastorno bipolar, y en el 22%, de trastornos de la personalidad.⁴ Los pacientes con enfermedades concomitantes (p. ej., depresión y drogadicción) son usuarios frecuentes de estos servicios y, a menudo, presentan dificultades especiales para el tratamiento.⁵ Entre la tercera parte y la mitad de los pacientes de urgencias psiquiátricas desarrollan ideación suicida.⁶

Aunque algunos pacientes pueden acudir por decisión propia a los servicios de urgencias psiquiátricas durante una crisis, otros lo hacen por mediación de su familia, sus amigos, los médicos de cabecera, los médicos especialistas, los profesionales sanitarios de salud mental de la comunidad, los empleados de entidades locales y estatales y el personal de los aeropuertos. A raíz de los distintos ataques con armas de fuego producidos en colegios, los profesores y directores escolares se han convertido en una fuente importante de remisiones a urgencias para la valoración del riesgo de posibles actos violentos y de suicidio.⁷ Los funcionarios policiales y los representantes del sistema jurídico también envían a algunos pacientes, dado que los servicios de urgencias psiquiátricas actúan como un nexo entre el sistema psiquiátrico y los tribunales.⁸ La función de estos servicios es ayudar a la policía a identificar a las personas con trastornos psiquiátricos y dirigirlos a la ayuda asistencial apropiada, mientras que las no aquejadas por problemas agudos de salud mental son devueltas al sistema legal.

Tipos de modelos de atención

A menudo se utilizan dos modelos para la prestación de servicios psiquiátricos de urgencia. Por una parte, estos servicios pueden existir de forma independiente, ya sea en el contexto de un departamento médico de urgencias general o de forma separada y autónoma. En el segundo modelo, actúan como un medio de consulta y apoyo de las urgencias médicas primarias. La elección del modelo está determinada por el volumen de pacientes y los recursos económicos disponibles.⁹

La principal ventaja de ofrecer servicios psiquiátricos de urgencia en una zona desligada del caos de las sobrecargadas de urgencias generalistas es la seguridad; se maneja así un entorno más seguro (p. ej., con acceso limitado a objetos peligrosos o afilados, lugares tranquilos para reducir la estimulación, estancias individuales para entrevistas privadas y posibilidad de observar e iniciar rápidamente el tratamiento psiquiátrico). La unidad puede contar asimismo con personal formado para entender las peculiaridades de la salud mental que ayude a mantener un ambiente seguro. Muchas unidades tienen salas especializadas para restricción física y aislamiento.¹⁰

En la mayoría de los estados estadounidenses se han promulgado leyes que permiten retener a las personas en contra de su voluntad si no pueden cuidar de sí mismas o suponen un peligro para ellas o para los demás. En las urgencias psiquiátricas, si existen motivos para creer que un paciente representa una amenaza importante de agresión contra sí mismo o contra otros, o bien presenta un riesgo muy sustancial de riesgo de deterioro físico o lesiones (por la incapacidad de resolver sus problemas), es posible retenerlo en urgencias para una mayor evaluación.

Otra ventaja de una unidad psiquiátrica dedicada es la oportunidad de dotarla con un personal especializado con formación en asistencia psiquiátrica de urgencias.¹¹ Un equipo interdisciplinario de

médicos y residentes psiquiátricos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y gestores de casos puede mejorar la atención a los pacientes con una enfermedad aguda, por ejemplo, al coordinar los cuidados con los miembros del servicio general de urgencias. Los profesionales de enfermería especializados en psiquiatría desempeñan también un papel importante en la clasificación de los enfermos mentales dentro de la unidad psiquiátrica y las urgencias generales. Su capacidad de moverse en el ámbito de las urgencias, de ofrecer apoyo individual a los pacientes, de dispensar medicamentos psiquiátricos y de reconocer aquellas situaciones que exigen una intervención médica y de enfermería inmediata tiene un extraordinario valor.

Algunos servicios de urgencias psiquiátricas cuentan con acceso a «camas para crisis» o instalaciones que permiten la observación durante 24-72 h. La posibilidad de observar a un paciente cuyo estado mental podría cambiar de forma significativa desde el inicio de la administración de antipsicóticos o con un período de sobriedad reduce las necesidades de ingreso hospitalario.^{53,54}

Un servicio de urgencias psiquiátricas también puede tener un equipo de crisis móvil con el cometido de evaluar a los pacientes en la comunidad, de atender una crisis antes de que el paciente reciba tratamiento en urgencias y de reducir los índices de hospitalizaciones. Ya en los años ochenta, los equipos móviles de respuesta inicial fueron descritos como un componente de los centros comunitarios de salud mental de California y como una alternativa a las urgencias generalistas.⁵ En un informe de 1990 se comprobó que las tasas de hospitalización entre las intervenciones de urgencias en hospitales y con equipos móviles eran similares,⁵⁵ mientras que informes más recientes han revelado un menor índice de ingresos hospitalarios cuando se recurrió a equipos de movilidad.¹³⁻¹⁵

Entrevista psiquiátrica

La evaluación en urgencias psiquiátricas es un proceso conciso y orientado a establecer una valoración diagnóstica que facilite el tratamiento de los síntomas agudos y asignar al paciente el nivel asistencial apropiado. Del mismo modo que una visita a urgencias por un motivo de consulta médico comienza con una clasificación inicial (una breve evaluación de la gravedad del problema), los modelos de psiquiatría de urgencias dependen también de una valoración inicial de la peligrosidad del motivo de consulta psiquiátrico en el contexto de posibles enfermedades médicas concomitantes. Esta breve determinación inicial de la gravedad debe buscar posibles problemas médicos que pudieran provocar un cambio en el estado mental (p. ej., intoxicación o síndrome de abstinencia de drogas y otras sustancias), ideación suicida u homicida y otros tipos potencialmente peligrosos y, por tanto, más urgentes de sintomatología psiquiátrica.

La piedra angular de la evaluación psiquiátrica inicial es una anamnesis minuciosa que se centre en los datos de aparición y desarrollo en el tiempo de los síntomas que han conducido a la consulta de urgencias, de los signos y síntomas asociados y de los posibles factores y causas precipitantes. Además, los antecedentes de enfermedades médicas, problemas psiquiátricos, farmacodependencia, alergias, reacciones adversas a los medicamentos, pautas de consumo de drogas y otras sustancias, antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y una historia psicosocial actúan como aspectos importantes de la evaluación inicial. Si existieran, deberían revisarse datos previos de consultas de urgencias médicas. En el [cuadro 88-1](#) se describen los componentes de la evaluación, y en el [cuadro 88-2](#), las características especiales de la evaluación del consumo de drogas.

Cuadro 88-1 Entrevista psiquiátrica y evaluación en urgencias

- Motivo de consulta
- Antecedentes de enfermedad actual, centrados en los síntomas y su contexto; se incluirá una evaluación de la seguridad, con valoración de ideas, planes o intentos de suicidio y homicidio, y posibles factores de riesgo asociados
- Historial médico, centrado sobre todo en los problemas actuales
- Antecedentes psiquiátricos, en particular síntomas o episodios similares a la presentación actual; se incluirán diagnósticos, ingresos hospitalarios previos e intentos de suicidio

- Alergias y reacciones adversas a los medicamentos
- Medicación actual, incluida una valoración del cumplimiento
- Antecedentes sociales, sobre todo si contribuyen al contexto de la visita a urgencias
- Antecedentes de consumo de drogas y otras sustancias
- Antecedentes familiares, con síntomas o diagnósticos similares a la presentación del paciente
- Exploración del estado mental
- Revisión de síntomas médicos, especialmente aquellos que podrían explicar la presentación del paciente
- Constantes vitales
- Exploración física, si estuviera indicado
- Estudio analítico y otras pruebas, si estuviera indicado
- Valoración, con un resumen general, una declaración del grado de seguridad del paciente y las recomendaciones de continuación justificadas
- Diagnósticos de acuerdo con los criterios del DSM-5
- Plan y disposición
- Documentación de todas las intervenciones de interés (como la administración de fármacos) y del resultado

Cuadro 88-2 Entrevista sobre el consumo de drogas y otras sustancias

Para cada sustancia consumida, valore lo siguiente:

- Edad en que se tomó por primera vez
- Cantidad y frecuencia del consumo
- Método utilizado (p. ej., bebida, fumada, intranasal, intravenosa)
- Momento en que se consumió por última vez y cantidad
- Secuelas médicas asociadas
- Consecuencias sociales (problemas en las relaciones, absentismo en la escuela o el trabajo, problemas con la ley)
- Período de sobriedad más largo
- Tratamientos previos (programas de desintoxicación, programas ambulatorios, hospitalización parcial)
- Método aplicado para mantener la sobriedad
- Participación en programas de ayuda en relación con el consumo de drogas y otras sustancias (p. ej., Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos)
- Riesgo de síndrome de abstinencia
- Motivaciones del paciente para interrumpir o reducir el consumo
- Necesidad de ayuda del paciente para conseguir reducir o interrumpir el consumo

Es importante conocer toda la posible información que puede incluirse en una evaluación psiquiátrica de urgencias, para profundizar después en los aspectos más relevantes para el paciente. La entrevista debe centrarse en recopilar datos, y los elementos de la anamnesis han de recoger todos los síntomas actuales y servir de base para la orientación que el psiquiatra determine. Por ejemplo, aun cuando la historia del desarrollo del paciente pudiera no formar parte de la evaluación de un adulto con buena salud general aparente que padezca depresión, sería muy importante cuando se trate de un paciente joven con déficits cognitivos evidentes.

La evaluación de urgencias incluye siempre una valoración de la situación vital y los apoyos sociales con que cuenta el paciente, así como un breve conocimiento de cómo transcurren sus días (p. ej., en el trabajo, en el colegio o en programas de actividades). Esta valoración ayuda a definir la función de base

del paciente. Además, es necesario revisar los seguros de que dispone, que a menudo determinan las opciones de programas terapéuticos a los que puede acceder.

A menudo, la presentación en los servicios de urgencias psiquiátricas es compleja y confusa, y algunos pacientes no pueden, o no quieren, aportar unos datos precisos. Por este motivo, una característica importante de la evaluación consiste en recabar datos de múltiples fuentes (p. ej., familiares, amigos, médicos que tratan al paciente, funcionarios policiales o el personal sanitario que lo ha trasladado a urgencias). Si es posible entrevistar a varios informantes, se podrán corroborar los datos y el psiquiatra estará en mejor posición para tomar decisiones informadas.

Evaluación médica

En cualquier paciente en urgencias con un estado mental alterado (ya se trate de cambios cognitivos, emocionales o conductuales), es fundamental descartar una enfermedad médica subyacente que pudiera provocar o contribuir al problema. Los cambios en el estado mental pueden indicar una enfermedad psiquiátrica primaria, un problema médico primario con síntomas psiquiátricos (p. ej., *delirium* [estado agudo y reversible debido a la dolencia médica]) o una demencia (un problema crónico asociado con alteraciones patológicas del encéfalo, irreversibles y de larga duración). Ante cualquier problema que pudiera parecer psiquiátrico, es importante valorar las etiologías médicas, dado que muchos hospitales psiquiátricos tienen recursos limitados para diagnosticar y tratar dolencias orgánicas. La evaluación en urgencias generales podría ser la más completa a que se someta el paciente. Omitir un diagnóstico médico por la presunción de que el problema es psiquiátrico podría tener consecuencias funestas.

Ante la aparición de una sintomatología psiquiátrica o de algún cambio importante o un agravamiento de los síntomas debe realizarse un estudio médico extenso. Este trabajo inicial se refiere a menudo como *cribado médico*, un término que alude, en general, a una evaluación médica dirigida a descartar trastornos orgánicos subyacentes que pudieran provocar una presentación psiquiátrica o contribuir a ella. Aunque se ha dedicado mucha atención a definir una norma de cribado médico, no ha logrado alcanzarse un consenso claro sobre los elementos necesarios de la evaluación.^{16,17}

Un estudio retrospectivo de 212 pacientes consecutivos que fueron sometidos a evaluación psiquiátrica en un centro de urgencias reveló que entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos conocidos y sin motivos de consulta médicos (38%) no se había incluido información de estudios analíticos y radiológicos; estos pacientes habían sido derivados para evaluación psiquiátrica solamente a partir de la anamnesis y la exploración física y con constantes vitales estables. Todos los pacientes en los que se consideraba necesaria una evaluación médica más minuciosa (62%) declararon que tenían problemas médicos cuando acudieron a consulta, o bien sus motivos de consulta o sus antecedentes médicos señalaban que habría sido necesaria una evaluación más a fondo antes de su derivación a psiquiatría.¹⁸ Otro estudio sobre la evaluación médica de pacientes en urgencias con síntomas psiquiátricos de nueva instauración puso de relieve que en dos terceras partes de los casos existía una causa orgánica para los síntomas psiquiátricos.¹² Estos estudios apuntan a que es importante un cribado minucioso entre tales pacientes, aun cuando los estudios médicos adicionales podrían no ser de gran provecho para personas con trastornos psiquiátricos conocidos y sin motivos de consulta físicos o problemas médicos activos.

La evaluación médica debe contemplar una anamnesis detallada, la revisión general de los sistemas y la valoración de las constantes vitales, seguida por una exploración física y/o un estudio analítico, según esté indicado.¹⁹ Los profesionales sanitarios han de mostrarse atentos a aquellas características (como vivir en la calle, sin hogar, o consumir drogas intravenosas [i.v.]) que pudieran colocar a un paciente en riesgo de padecer trastornos médicos adicionales. En el [cuadro 88-3](#) se indican los estudios médicos que deberían tenerse en cuenta.

Cuadro 88-3 Estudios clínicos que deben considerarse en la evaluación médica de pacientes con síntomas psiquiátricos

- Hemograma completo para investigar infecciones o alteraciones sanguíneas

- Electrolitos, nitrógeno ureico en sangre (BUN), creatinina (cambios metabólicos, hiponatremia o hipernatremia, función renal alterada, deshidratación)
- Glucosa (hipoglucemia o hiperglucemia)
- Estudios de la función hepática y amoníaco (disfunción hepática debida a hepatitis o consumo abusivo de alcohol)
- Prueba de embarazo
- Toxicología sérica (ingesta, intoxicación, envenenamiento)
- Concentraciones de fármacos (consumo de medicamentos como litio y antidepresivos tricíclicos)
- Toxicología en la orina (para identificar o confirmar el consumo de drogas y otras sustancias)
- Calcio, magnesio y fósforo (hipoparatiroidismo o hiperparatiroidismo, trastornos alimentarios, problemas de nutrición)
- Folato, tiamina (dependencia de alcohol, problemas de nutrición, depresión)
- Vitamina B₁₂, ácido metilmalónico y homocisteína (deficiencia de cobalamina)
- Tirotopina: este resultado podría no estar disponible de inmediato, aunque sí durante un período de observación extenso (hipotiroidismo o hipertiroidismo)

En el cribado médico también pueden considerarse las pruebas y estudios de imagen siguientes:

- Punción lumbar (infección, hemorragia, encefalitis límbica)
- Electroencefalograma (convulsiones, cambios debidos al consumo de fármacos, *delirium*, demencia)
- Tomografía computarizada (TC) (hemorragia aguda o traumatismo)
- Resonancia magnética (RM) (mayor resolución que la TC para posibles masas o lesiones cerebrales y afecciones de la fosa posterior, o cuando la exposición a radiaciones esté contraindicada)

Adaptado de Alpay M, Park L. Laboratory tests and diagnostic procedures. En Stern TA, Herman JB, editors: *Psychiatry update and board preparation*, New York, 2000, McGraw-Hill.

Evaluación de la seguridad

La determinación de la seguridad es un componente obligatorio de toda evaluación de urgencias. Valora la probabilidad de que una persona pueda intentar autolesionarse o agredir a otras. En el primer caso, la intención puede ser hacerse daño o incluso quitarse la vida (suicidio). Desde 2011, según las estimaciones, solo en EE. UU. unos 650.000 pacientes fueron evaluados anualmente por tentativa de suicidio.² A pesar de ello, las pruebas existentes sobre cómo actuar en urgencias ante la detección de ideas suicidas no son suficientes.² Entre los adultos beneficiarios de Medicaid tratados en urgencias por autolesiones deliberadas, más del 60% fueron dados de alta y dirigidos a servicios comunitarios, y en muchos casos no se llevó a cabo ningún seguimiento de su estado de salud mental.² El suicidio es la octava mayor causa de muerte en EE. UU., y en más del 90% de los pacientes que se quitan la vida se había establecido al menos un diagnóstico psiquiátrico.² Los grupos de mayor riesgo corresponden a los sectores de edad de 15-24 años y de más de 60.

El psiquiatra debe preguntar por los posibles pensamientos, planes e intentos de suicidio y homicidio. Después de estas preguntas, se deben formular otras más específicas acerca del acceso a medios para ejecutar estos planes, por ejemplo, a armas de fuego. Si un paciente ha pensado en suicidarse, o lo ha intentado, es preciso evaluar la letalidad del plan, así como la percepción del riesgo por parte del paciente. Un plan con bajo riesgo médico podría, no obstante, ir asociado a una intención determinante del paciente de morir si cree que el carácter letal de su idea es alto. De forma semejante, se deben valorar las posibilidades de salvación de un paciente que diseña un plan hipotético de suicidio; la ingesta impulsiva de píldoras delante de un familiar tras una discusión comporta un riesgo menor que si la tentativa se produce en un lugar recóndito. Si un paciente ha intentado suicidarse antes, los detalles del episodio facilitarán el análisis del riesgo actual. Además, el clínico debe evaluar otros factores de riesgo, como la

presencia de una enfermedad mental grave, el consumo de drogas y otras sustancias, la impulsividad, los antecedentes familiares de suicidio, una pérdida reciente (social, laboral o financiera), enfermedades crónicas, dolor crónico y acceso a recursos letales. Aunque se ha establecido una relación entre los datos demográficos y el aumento del riesgo de suicidio (p. ej., personas ancianas, de raza blanca, protestantes, solteros), estas variables nunca deberían sustituir a una valoración de riesgo transversal centrada en los factores mencionados. Además, la recopilación de informaciones colaterales tiene una importancia muy sustancial, sobre todo en un paciente de alto riesgo que pide recibir el alta.

La valoración de la violencia se lleva a cabo de forma similar a la del riesgo de suicidio. Debe preguntarse a todos los pacientes si tienen pensamientos de infligir daño a otras personas, así como los posibles planes e intentos reales al respecto. Mediante la observación del estado mental, la conducta y la impulsividad del paciente durante la entrevista se obtiene una información de interés. Dado que el comportamiento previo es el mejor factor predictivo de una conducta en el futuro, si se sospecha la posibilidad de un acto violento inminente, es muy importante determinar si existieron pensamientos y conductas semejantes en el pasado, los factores desencadenantes de tales actuaciones y la posible relación con el consumo de drogas y otras sustancias. También son pertinentes las preguntas sobre problemas con la ley en relación con hechos violentos. Además, es preciso evaluar la finalidad de tales intenciones. A menudo, la violencia no tiene un propósito específico, pero también puede dirigirse a objetivos concretos. Ante la probabilidad de un acto violento dirigido contra una o varias personas identificadas, el psiquiatra de urgencias tiene la obligación de avisar a los implicados.

La evaluación de la seguridad debe incluir el contacto con otras personas conocidas del paciente. Aunque el cumplimiento de las leyes difiere de unos territorios a otros, en la mayoría de los estados de EE. UU. existen disposiciones para la restricción física de un paciente al que se considera en riesgo de autolesionarse o de agredir a otros; sin embargo, en muchos casos, el paciente con ideación suicida u homicida optará por una hospitalización voluntaria. Cuando haya admitido las ideas de suicidio u homicidio, pero esta ideación se haya resuelto durante la consulta de urgencias, debe definirse un plan con los pasos que debería dar el paciente si reaparecieran estos pensamientos destructivos. Muy frecuentemente, en el plan se incluye ponerse en contacto con algún familiar o profesional sanitario y acudir de nuevo a un centro para la evaluación psiquiátrica o a un servicio de urgencias.

Síntomas y presentaciones psiquiátricos

El diagnóstico de acuerdo con los criterios del DSM-5² puede ser difícil de aplicar en las urgencias psiquiátricas, ya que se trata de visitas puntuales en un momento muy concreto, a menudo en la peor crisis que han vivido los pacientes. Aunque estos no cumplan estrictamente los criterios, la búsqueda de los trastornos más comunes (p. ej., del estado de ánimo, psicótico, de ansiedad y de consumo de drogas, así como los cambios en el estado mental provocados por una etiología médica [p. ej., el *delirium*]) facilitará la valoración. En los apartados siguientes se exponen algunas de las presentaciones psiquiátricas y características del paciente más comunes que se observan en los servicios de urgencias.

Pacientes deprimidos

La depresión es un motivo frecuente para buscar tratamiento en urgencias psiquiátricas. La gravedad del caso varía en un espectro de leve a extremadamente grave; puede darse con o sin psicosis o ideación suicida. La anhedonia y otros síntomas de depresión neurovegetativos son motivos de consulta frecuentes. A menudo, se observa, de forma concomitante, una crisis de ansiedad o de ira, y en todos los pacientes deprimidos han de valorarse posibles antecedentes de manía para el cribado del trastorno bipolar. Se considerarán posibles problemas orgánicos, en especial el hipotiroidismo. La gravedad de los síntomas y la capacidad de trabajar y tomar parte en otras rutinas contribuyen al diagnóstico; no obstante, en la planificación terapéutica es esencial valorar la seguridad.

Pacientes con ansiedad

Aunque los síntomas de ansiedad pueden reflejar un trastorno de ansiedad primario, es corriente que la ansiedad preanuncie otros trastornos. Los pacientes con psicosis indican como una de sus primeras sensaciones la ansiedad derivada de la posibilidad de ser atacados por otras personas; los afectados por depresión pueden sentirse ansiosos ante las dificultades económicas o de las relaciones. Si bien la agitación psicomotora, los movimientos nerviosos y el hecho de no poder dejar de deambular aparecen asociados a la ansiedad, pueden tener también una correlación con la psicosis, la abstinencia de alcohol o la intoxicación con estimulantes (p. ej., cocaína, anfetaminas, cafeína). Los problemas orgánicos (p. ej., disfunción tiroidea y paratiroidea, *delirium*) y los efectos secundarios de los fármacos (p. ej., acatisia) pueden confundirse igualmente con la ansiedad. El dolor torácico y la disnea por una posible crisis de angustia justifican asimismo las presentaciones en urgencias y exigen una minuciosa evaluación médica junto con una valoración psiquiátrica. La aparición de convulsiones parciales complejas debe considerarse en pacientes con angustia recurrente, sobre todo con un riesgo elevado de episodios convulsivos (p. ej., antecedentes de traumatismo craneoencefálico, otros trastornos convulsivos o demencia).

Pacientes psicóticos

Los pacientes con psicosis muestran pensamiento desorganizado, alucinaciones, delirios u otras formas de trastornos relacionados (p. ej., ideas referenciales, difusión o inserción de pensamiento). La gravedad de los síntomas de los pacientes con psicosis es enormemente variable; estas personas pueden sufrir paranoia que interfiere en su trabajo o en sus relaciones, o pérdidas de asociación, delirios e incluso conducta agresiva. Dado que algunos pacientes han perdido el sentido de la realidad y pueden comportar un riesgo de agitación o peligrosidad, debe velarse por la seguridad del personal y los demás pacientes. Entre quienes sufren una primera crisis psicótica es frecuente una ansiedad muy intensa, difícil de diferenciar de la paranoia.

También es importante descartar las causas médicas de los síntomas, sobre todo entre pacientes sin antecedentes de psicosis y cuya edad se sitúe fuera del intervalo normal de inicio de este trastorno psiquiátrico (final de la adolescencia y principio de la primera juventud). Las alucinaciones auditivas son más comunes en los trastornos psiquiátricos, mientras que las visuales resultan más habituales en los problemas de base orgánica (p. ej., *delirium*) y en el consumo de drogas y otras sustancias. En el diagnóstico diferencial de una psicosis de primer brote, deben considerarse los trastornos convulsivos, el *delirium*, los cambios metabólicos, la infección y la ingesta y la abstinencia de alcohol o benzodiazepinas. En ancianos que empiezan a sufrir alucinaciones, han de valorarse el *delirium* y la demencia.

A menudo, los pacientes con una enfermedad psicótica conocida son derivados para su evaluación ante un empeoramiento de la psicosis, asociado frecuentemente con la inobservancia de la medicación. Cualquier hallazgo nuevo o atípico (p. ej., deterioro cognitivo, catatonía) debe instar al clínico a considerar explicaciones médicas de descompensación del paciente, dado que, casi siempre, en los pacientes con un trastorno mental documentado pueden aparecer síntomas nuevos que se atribuyan equivocadamente a su diagnóstico psiquiátrico.⁴

Pacientes maníacos

A menudo, los pacientes maníacos pueden mostrarse disruptivos y provocadores, con logorrea, expresiones de grandiosidad, irritabilidad y fuga de ideas. Estos pacientes pueden vestirse o comportarse de forma extraña o incitadora y haber recorrido impulsivamente largas distancias. En la manía con psicosis surgen a menudo pensamientos paranoides y delirios o alucinaciones, que conducen a una falta de capacidad de introspección y a errores de juicio. Es importante evaluar las causas médicas de la manía, así como la posibilidad de intoxicación aguda con cocaína, fenciclidina (PCP) y marihuana. Los esteroides también pueden contribuir a los síntomas maníacos, al igual que los antidepresivos. En pacientes con manía tratados con litio, ácido valproico o lamotrigina, las concentraciones séricas de estos fármacos pueden aclarar si la inobservancia de su prescripción tiene un papel en la presentación (lo que ayudará a descartar la toxicidad en pacientes bipolares con estado mental alterado).

Pacientes con intoxicación o abstinencia

Los pacientes con intoxicación o abstinencia de drogas y otras sustancias acuden a urgencias generales debido a síntomas médicos agudos (p. ej., pérdida de conciencia, disnea, confusión). Sin embargo, también pueden llegar enviados por los servicios de desintoxicación u otros tratamientos contra drogadicciones. El consumo de drogas aparece frecuentemente de forma concomitante con otros problemas psiquiátricos. A continuación, se analizan las sustancias que se encuentran con más asiduidad en urgencias psiquiátricas y los conceptos clave en la valoración de las drogadicciones.

Alcohol

La intoxicación con alcohol puede provocar desorientación, ataxia y habla confusa; con altas concentraciones de alcohol en sangre puede producirse depresión respiratoria, coma e incluso la muerte. El alcoholismo crónico se acompaña de tolerancia y valores elevados de alcohol en sangre sin síntomas graves. El tratamiento de la intoxicación etílica consiste típicamente en observación, mantenimiento de las vías respiratorias y administración de líquidos por vía intravenosa.

La abstinencia de alcohol puede ser letal. En su forma más leve provoca irritabilidad, temblores, inestabilidad autónoma (asociada con elevación de la presión arterial, el pulso y la temperatura) y, a veces, convulsiones. Los pacientes con alta tolerancia pueden sufrir síntomas de abstinencia incluso con alcohol en sangre si este representara un valor inferior al habitual. El tratamiento de la abstinencia suele basarse en la administración de benzodiazepinas por vía oral o intravenosa (inicialmente calculadas para normalizar las constantes vitales), cuya dosis se reduce en el plazo de varios días; tiamina parenteral (para prevenir la encefalopatía de Wernicke); ácido fólico, y reposición de líquidos. Un neuroléptico de alta potencia (p. ej., haloperidol) puede reducir la agitación psicomotora asociada. El tratamiento profiláctico con benzodiazepinas y tiamina para pacientes con riesgo alto de abstinencia de alcohol es beneficioso.

En casos más graves, la abstinencia de alcohol puede llevar a *delirium tremens*, con un cuadro de cambio del estado mental, desorientación, alucinaciones visuales e inestabilidad autónoma acusada. El *delirium tremens* es una urgencia médica con una tasa de mortalidad del 5-10%; exige una atención médica inmediata y tratamiento intravenoso con benzodiazepinas, tiamina y líquidos.²³

Benzodiazepinas y barbitúricos

La intoxicación con benzodiazepinas y barbitúricos se asemeja a la debida al alcohol; entre sus manifestaciones se incluyen habla confusa, confusión, ataxia y depresión respiratoria. La abstinencia de estas sustancias es peligrosa y potencialmente mortal; el tratamiento se asemeja al utilizado en la abstinencia de alcohol (benzodiazepinas o barbitúricos orales o intravenosos).

Opiáceos

El consumo de opiáceos que se encuentra en las urgencias psiquiátricas comprende sustancias como la heroína, la oxicodona, la metadona, la hidrocodona y el fentanilo. El kratom es un producto vegetal legal con efectos opioides cada vez más consumido, debido a su accesibilidad por Internet.²⁴ La intoxicación con opiáceos puede identificarse por somnolencia y contracción de las pupilas; además, los pacientes describen una sensación de euforia o calma. El mayor riesgo de la sobredosis con opiáceos es la depresión respiratoria. A menudo se producen sobredosis accidentales cuando se calcula mal la dosis tras un período de abstinencia (al reducirse la tolerancia) o si el producto es más puro de lo esperado. La intoxicación con opiáceos puede tratarse en urgencias con naloxona, un antagonista de los opioides, si bien la somnolencia y la depresión respiratoria pueden reactivarse al perderse el efecto de la naloxona. Además, la naloxona provocará un síndrome de abstinencia agudo e incómodo a veces acompañado de agitación al despertarse.

La abstinencia de opiáceos no supone una amenaza para la vida. Los primeros síntomas incluyen ansiedad, bostezos, diaforesis, rinorrea, pupilas dilatadas, calambres abdominales y en las piernas y escalofríos. Más adelante se producirá elevación de la presión arterial, el pulso y la temperatura, así como náuseas y vómitos. Instrumentos junto a la cabecera del paciente, como la Clinical Opiate Withdrawal

Scale (COWS), pueden servir para establecer la gravedad de la abstinencia. Un análisis toxicológico de orina suele confirmar el consumo reciente de opiáceos. En urgencias, el tratamiento sintomático consiste en clonidina para la inestabilidad autónoma (vigilancia de la hipotensión), dicalclomina para los espasmos abdominales y sulfato de quinina para los calambres en las piernas (limitado a una vez al día por el riesgo de toxicidad cardiovascular o renal). Puede derivarse al paciente a un centro especializado en desintoxicación con metadona o buprenorfina.

Cocaína

Los pacientes afectados por consumo de cocaína se presentan a menudo en urgencias con síntomas físicos (p. ej., dolor torácico) o psicóticos. Entre los síntomas de intoxicación se incluyen euforia y exceso de confianza, irritabilidad o agitación, falta de sueño, pupilas dilatadas y agitación psicomotora (p. ej., no se están quietos, no dejan de frotarse las manos, golpetean el suelo con los pies y realizan movimientos coreiformes). Pueden existir elevación de la presión arterial y la temperatura, taquicardia, palpitaciones, dolor torácico o disnea. Algunos pacientes sufren alucinaciones, paranoia o agitación; los antipsicóticos ofrecen un tratamiento útil. Con dosis muy altas de cocaína, un paciente puede experimentar una disminución en la capacidad de respuesta, convulsiones y cambios autónomos graves seguidos por coma y riesgo de parada cardiorrespiratoria o de fibrilación ventricular; el tratamiento es de soporte. La toxicología sérica de cocaína, si existe, puede confirmar un consumo muy reciente (en las últimas horas), mientras que la realizada en orina confirma el consumo hasta 48 h antes de la prueba.

Aunque no se ha descrito claramente un síndrome de abstinencia por la cocaína, cuando esta sustancia desaparece de su organismo los pacientes suelen tener gran necesidad de dormir. Además, se sienten débiles y cansados, con accesos de hambre durante días o semanas después de finalizado el consumo.

Metanfetamina en cristales

La intoxicación con metanfetamina en cristales u otras anfetaminas se distingue por labilidad o irritabilidad del estado de ánimo, agitación psicomotora, confusión y sudoración. En los casos más graves, se observa paranoia, alucinaciones, anomalías cardíacas (p. ej., arritmia, síndrome coronario agudo, miocardiopatía),^z convulsiones y fiebre. El tratamiento es principalmente de soporte. Los síntomas psicóticos pueden tratarse con antipsicóticos.^z La abstinencia de anfetaminas produce irritabilidad, trastornos del sueño, agitación psicomotora y depresión del estado de ánimo.

Fenciclidina

La intoxicación con fenciclidina (PCP; también llamada «polvo de ángel») suele sospecharse en urgencias por los síntomas de agitación, paranoia, alucinaciones y conducta violenta o extraña. Puede causar nistagmo, ataxia y habla confusa; en dosis más altas, produce convulsiones, crisis hipertensiva, coma y muerte. El tratamiento es de soporte y debe realizarse en una zona tranquila y confinada (por el riesgo de violencia). Pueden ser útiles los antipsicóticos, en especial los neurolepticos de alta potencia (p. ej., haloperidol). La psicosis inducida por PCP puede durar varios días o semanas; si los síntomas no mejoran en unas horas, podría ser necesario el ingreso hospitalario.^z No se ha descrito un síndrome de abstinencia de PCP.

Marihuana y otras hierbas

La marihuana es una droga habitual entre los pacientes tratados en urgencias psiquiátricas. Existen otras mezclas de hierbas (p. ej., K2, Spice) de consumo frecuente, adulteradas con cannabinoides sintéticos, cuya popularidad procede probablemente de su venta como alternativas legales a la marihuana que supuestamente producen los mismos efectos clínicos pero no se detectan en los análisis toxicológicos de rutina.^z Los síntomas de intoxicación más comunes son relajación o elevación del estado de ánimo, alteración en la percepción del tiempo, taquicardia e inyección conjuntival.^z Los pacientes pueden referir paranoia o alucinaciones, aunque en estos casos es importante valorar el consumo de otras drogas e investigar trastornos psiquiátricos subyacentes.

Sales de baño

Las sales de baño conforman un grupo de drogas sintéticas con propiedades semejantes a las de la anfetamina que justifican consultas en urgencias en todo el país por agitación grave, confusión, psicosis, toxicidad simpático-mimética (p. ej., trastornos cardíacos, convulsiones) y muerte.² En 2011, el consumo de sales de baño estuvo relacionado con unas 23.000 visitas a urgencias.² Estas sustancias no son detectables en los estudios toxicológicos de rutina, y el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. El tratamiento es principalmente de soporte, similar al de la intoxicación con anfetaminas.

Pacientes con cambios en el estado mental

Cuando trata a un paciente que muestra un cambio importante en su estado mental, el psiquiatra de urgencias debe identificar la etiología de base. En general, los cambios en el estado mental representan *delirium*, demencia u otro trastorno psiquiátrico. Dado que, para los problemas psiquiátricos, en la presentación aguda se aplica a menudo un diagnóstico de exclusión, es preciso descartar el *delirium* y la demencia. La prueba Mini-Mental State Examination² tiene utilidad para el cribado de los cambios cognitivos. La demencia, un trastorno crónico y progresivo caracterizado por pérdida de memoria y otros deterioros cognitivos, se ha abordado en otra parte de este libro (v. [capítulo 19](#)).

El *delirium*, según la definición del DSM-5,² es un estado fluctuante de conciencia y cognición causado por diversas afecciones médicas. También conocido como encefalopatía o estado confusional agudo, tiene típicamente un inicio agudo (horas o días) y un curso fluctuante, y es reversible. El trastorno del estado de conciencia, el deterioro en la percepción del entorno, las dificultades de atención, la desorientación y la incapacidad de pensar o hablar con coherencia son síntomas frecuentes de *delirium*. También es común la agitación psicomotora, con posible retraso psicomotor. En los estados de *delirium* se observan también síntomas asociados en general con diagnósticos psiquiátricos (p. ej., alucinaciones auditivas y visuales, cambios agudos en el estado de ánimo y pensamientos psicóticos o desorganizados). En general, puede decirse que muchos trastornos médicos pueden provocar algún tipo de alteración en el estado mental. Aunque es frecuente que determinadas afecciones médicas o sus tratamientos se relacionen con ciertos síntomas (p. ej., la ansiedad o la agitación con el feocromocitoma, la manía con el consumo de corticoesteroides y la depresión con el tratamiento con interferón), el problema médico subyacente no puede diagnosticarse exclusivamente por su presentación; deben considerarse todas las posibles enfermedades médicas.

El *delirium* es un problema grave y potencialmente mortal. Estos trastornos incluyen encefalopatía de Wernicke, hipoxia, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral, meningitis/encefalitis, intoxicación (exógena o iatrógena) y convulsiones. Su valoración y su tratamiento se resumen en la [tabla 88-1](#). Otros problemas menos urgentes (hematoma subdural, septicemia, endocarditis bacteriana subaguda, insuficiencia hepática o renal, tirotoxicosis o mixedema, *delirium tremens*, psicosis por anticolinérgicos y estado epiléptico parcial complejo) pueden necesitar intervenciones agudas.² Una vez descartadas las causas agudas del *delirium*, deben considerarse otras posibles etiologías (v. [capítulo 18](#) para una descripción más detallada del *delirium*). Cuando se ha establecido un diagnóstico médico, el objetivo principal es encontrar la etiología de base. No obstante, se administrará un tratamiento sintomático de la confusión o la agitación asociadas.

Tabla 88-1

Causas potencialmente mortales de *delirium*

Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento
Encefalopatía de Wernicke	Tríada clínica: cambio en el estado mental, inestabilidad en la marcha, oftalmoplejía	Tiamina, 500 mg i.m. (puede observarse mejoría en unas horas)
Hipoxia	Saturación de oxígeno/GA	Tratar etiología
Hipoglucemia	Glucosa en sangre	Administración p.o./i.v. de glucosa, dextrosa, sacarosa o fructosa
Encefalopatía hipertensiva	Presión arterial	Antihipertensivos
Hipertermia/hipotermia	Temperatura	Intervenciones de enfriamiento o calentamiento
Proceso infeccioso (p. ej., sepsis, bacteriemia, endocarditis bacteriana subaguda)	Tratamiento infeccioso	Tratar agente infeccioso/lugar de la infección
Hemorragia intracerebral	RM/TC	Por tipo/localización de la hemorragia
Meningitis/encefalitis	PL, RM	Antibióticos
Metabólica (p. ej., alteraciones químicas, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, disfunción tiroidea)	Pruebas analíticas	Por alteración

Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento
Intoxicación/reacción tóxica (p. ej., exposición ambiental, medicamentos, alcohol, sustancias ilegales)	Panel toxicológico	Por toxina
Estado epiléptico	EEG	Anticonvulsivos o benzodiacepinas i.v. (o ambos)

EEG, electroencefalograma; GA, gasometría arterial; i.m., intramuscular; i.v., intravenoso; p.o., *per os* (oral); PL, punción lumbar; RM, resonancia magnética; TC, tomografía computarizada.

Cuando se han descartado las causas médicas del *delirium*, se debe considerar un diagnóstico psiquiátrico primario. A menudo, a partir de los síntomas puede establecerse un diagnóstico de trastorno primario del pensamiento o del estado de ánimo del eje I. Si el paciente no cumple los criterios diagnósticos de un trastorno del eje I, debe considerarse un trastorno de la personalidad o rasgos asociados del eje II. La agitación o la conducta amenazante pueden no deberse a trastornos de los ejes I ni II, pero pueden ser indicio de problemas de más larga duración con regulación de la conducta y, por tanto, no ser tratables en un abordaje psiquiátrico agudo.

Pacientes con agitación

En urgencias, la evaluación y el tratamiento pueden complicarse por la presencia de *agitación*, definida como la manifestación física de un malestar interno. La agitación puede ser un signo de trastorno psiquiátrico o estar relacionada con una etiología médica subyacente. Los primeros signos incluyen deambulación continua, golpeteo con los dedos y con los pies, suspiros, quejidos, respiración pesada, movimientos inquietos, mantenimiento intenso de la mirada y distracción aparente por estímulos internos. Pueden observarse cambios en las constantes vitales (p. ej., elevaciones en la presión arterial, el pulso o la frecuencia respiratoria). Un habla apresurada o en tono elevado, la invasión del espacio personal de la otra persona, la crispación de la mandíbula o la tensión de otros músculos indican a menudo una escalada de la agitación. Esta agitación puede preanunciar una urgencia psiquiátrica, amenaza la seguridad del paciente y de otras personas del entorno terapéutico e impide una evaluación y un tratamiento óptimos.

La agitación se maneja mejor con un intento de prevención o tratamiento lo antes posible. Debe observarse detenidamente al paciente agitado (vigilar su estado interno, comunicar un aumento de la ansiedad o el sufrimiento, y considerar medios eficaces para la reducción del malestar, con el fin de evitar cualquier descontrol de la conducta). La modulación del entorno (al reducir las interacciones interpersonales y la estimulación auditiva o visual) es un primer paso terapéutico importante. En algunos pacientes, para reducir la agitación se creará un entorno seguro (sin riesgo de daño). El personal o los familiares deben estar disponibles para comunicarse con el paciente. También puede servir de ayuda ofrecer algún alimento o bebida.

Los movimientos rápidos, los gritos, los portazos y el lanzamiento de objetos son señales claras de que el paciente está fuera de control. Las amenazas o los intentos de autolesionarse o agredir a otros indican que es preciso actuar para garantizar la seguridad del paciente y del personal. Ante un riesgo de lesión para el paciente u otras personas, debe disponerse un entorno físicamente seguro, sin acceso a objetos que pudieran utilizarse como armas y con el empleo de los medios menos restrictivos posibles. También se tendrán en cuenta intervenciones farmacológicas para reducir la agitación. Más adelante en este capítulo

se ofrece un análisis más exhaustivo del abordaje de la agitación, que incluye fármacos, restricción física y aislamiento.

La intoxicación o la abstinencia de drogas o alcohol (incluida la nicotina), el *delirium*, las lesiones, el dolor, la demencia, la psicosis, la manía, la ansiedad y los trastornos de la personalidad límite y antisocial son solo algunos de los diagnósticos que provocan agitación en los servicios de urgencias psiquiátricas.

Tratamiento de los síntomas agudos

El objetivo principal de los servicios de urgencias psiquiátricas es el manejo de crisis agudas. La intervención escogida dependerá de las necesidades del paciente, la gravedad de la dolencia y el tiempo y los recursos disponibles. Para algunos pacientes, la intervención consiste en la oportunidad de hablar con un profesional sanitario comprensivo capaz de establecer una alianza, mostrar empatía y transmitir calma. Otros necesitan medicación intramuscular o sujeción física. Se procederá, además, a diversas intervenciones terapéuticas diseñadas para reducir la gravedad de la situación del paciente, ofrecer formación sobre enfermedades mentales y su tratamiento y ayudar al paciente y a sus familiares a tomar decisiones informadas acerca del mismo. Las intervenciones que se proporcionan en las urgencias psiquiátricas pueden desglosarse en cuatro categorías: ambientales, psicológicas, farmacológicas y restricción física y aislamiento (la opción de último recurso).

Intervención ambiental

Aunque los recursos y el espacio podrían ser limitados, la intervención ambiental tiene gran importancia en un paciente en crisis. El entorno determinará si conviene que el paciente se siente, permanezca de pie o se tienda en una camilla; si llevará ropa de calle o una bata de hospital, y si el profesional estará solo con él o acompañado por algún familiar del mismo u otro personal de urgencias. Si fuera posible, la entrevista debe realizarse en un lugar tranquilo y limpio, en el que el paciente y el profesional puedan sentarse cómodamente sin que nadie ajeno al servicio de urgencias los pueda oír. Ello depende, naturalmente, de la conducta del afectado; la presencia de otros miembros del personal o de la seguridad de urgencias es de vital importancia cuando se trabaja con un paciente que parece agitado o impulsivo. La atención a las necesidades básicas del paciente (p. ej., ofrecer una manta en una sala fría, cerciorarse de que el paciente tiene acceso a un cuarto de baño y ofrecerle algo para beber o para comer) ayudará a establecer una buena relación.

Intervención psicológica

Forjar una alianza entre profesional y paciente durante una entrevista breve en un centro de urgencias puede ser una labor difícil. Los servicios de urgencias psiquiátricas están a menudo muy concurridos, con largas esperas para la evaluación y el tratamiento. Un comentario agradable después de que el paciente haya tenido que esperar varias horas facilita la buena relación.

Al comienzo de la entrevista, el psiquiatra debe dejar libertad al paciente durante unos minutos para que describa la situación. Conviene empezar con preguntas abiertas, para que el paciente sienta que le escuchan, proceder a una breve valoración del estado mental y darse tiempo para formular un plan que guíe el curso de la entrevista. Por limitaciones de tiempo, la evaluación en urgencias psiquiátricas obliga a menudo a plantear preguntas de cribado más concretas (para descartar síntomas o diagnósticos importantes) que en otros ámbitos de la psiquiatría. Las observaciones empáticas dan muestras de que el clínico se preocupa por el paciente y le permitirán proponer formulaciones convenientes para dirigir la entrevista.

En urgencias psiquiátricas la intervención psicológica suele ser pragmática. A veces consiste en establecer un vínculo empático y educado al abordar los síntomas psiquiátricos, los tratamientos o el sistema de salud mental. El clínico puede ayudar al paciente a profundizar en el problema y a proponer soluciones alternativas. Algunos pacientes dependientes pedirán ayuda para tomar decisiones sobre su tratamiento y, ante personas narcisistas, el profesional sanitario podría inducirles a crear sus propias

soluciones. Para tranquilizar al paciente, el psiquiatra le indicará que el problema no es tan grave como le parece o que puede contar con ayuda para resolverlo. El simple acto de comprender los sentimientos de una persona sobrepasada por su situación tiene a menudo efectos terapéuticos. Asimismo, deben manejarse los deseos o preocupaciones no expresados por el paciente y por sus familiares.

En urgencias psiquiátricas es raro que las preguntas o las técnicas tendentes a facilitar regresiones tengan utilidad; al contrario, debe animarse al paciente a que señale aquellas actitudes de afrontamiento que le sirvieron en otros momentos. Aun permitiéndole describir sus sentimientos difíciles y liberar tensiones, es preciso garantizar que se comporte dentro de los límites seguros y apropiados en ese entorno (p. ej., no es apropiado golpear las paredes para mostrar enfado). En algunas ocasiones, el paciente se encuentra demasiado afectado para actuar dentro de esos límites, en cuyo caso puede llegarse a ciertos acuerdos, aunque esta circunstancia suele recomendar su derivación a un servicio con mayor nivel asistencial.

Otro aspecto clave en la atención terapéutica en urgencias consiste en comprender las posibles reacciones de contratransferencia. En la agitación de unos servicios de urgencias sobrecargados y caóticos, los miembros del personal pueden mostrar una actitud huraña o poco receptiva. Aunque comprensibles, debe procurarse separar estas reacciones del objetivo de facilitar la salud y el bienestar de los pacientes. Las actitudes de contratransferencia pueden abocar a una conducta poco profesional y poner en riesgo la atención clínica y la seguridad. Durante muchos años, en el Massachusetts General Hospital los residentes en psiquiatría han participado en una sesión semanal de supervisión centrada en reconocer las reacciones de contratransferencia y en fomentar la resistencia anímica después de largas noches en urgencias psiquiátricas.³³ Para ofrecer cuidados correctos en el servicio de urgencias se ha de ser consciente del nivel de estrés que se padece y programar ciertos descansos (para comer o para relajarse en los turnos largos).

Intervención con medicamentos

En una urgencia psiquiátrica no debe nunca subestimarse el poder de un fármaco. Para algunos pacientes, sobre todo los psicóticos o en estado de gran agitación, un medicamento puede ser la intervención primaria. La intervención farmacológica permite reducir la ansiedad y la paranoia, mejora la desorganización y ayuda a dormir a un paciente en fase maníaca. Las benzodiazepinas mitigan los síntomas de la abstinencia de alcohol. Algunos pacientes que al principio se sienten fuera de control solo llegarán a participar en la entrevista y en la intervención psicológica tras la administración de algún medicamento. La medicación debe considerarse en fases tempranas y también en el curso de un proceso de evaluación. Si el paciente toma un medicamento en casa según lo necesite para síntomas similares o si ya ha probado antes un cierto fármaco, puede ofrecérsele de nuevo, para evitar los posibles efectos secundarios de los medicamentos nuevos. Si no ha tomado ningún remedio farmacológico, para determinar la mejor opción deben tenerse en cuenta la sintomatología, el diagnóstico diferencial, el medio de administración pretendido y los posibles efectos secundarios.^{33,34}

Entre los posibles regímenes terapéuticos en urgencias psiquiátricas se incluyen las benzodiazepinas (sobre todo loracepam [0,5-1 mg] p.o. o i.m.; si se sospecha síndrome de abstinencia etílico, la primera opción debería ser una benzodiazepina), los neurolepticos atípicos (p. ej., risperidona [0,5-1 mg] en comprimidos orales, en forma líquida o en modalidad de disolución rápida, u olanzapina [2,5-5 mg] en comprimidos orales o en disolución rápida) y los neurolepticos de alta potencia (p. ej., haloperidol) combinados con una benzodiazepina y un anticolinérgico (difenhidramina o benzotropina) para una agitación más grave. Una combinación frecuente que puede administrarse p.o. o i.m. es haloperidol, 5 mg, y loracepam, 2 mg, más difenhidramina, 25-50 mg (para profilaxis de la distonía). También existen nuevas formulaciones parenterales de neurolepticos atípicos para tratar la agitación aguda; entre las opciones se incluyen olanzapina, 10 mg i.m.; ciprasidona, 10-20 mg i.m., y aripiprazol, 9,75 mg i.m. La [tabla 88-2](#) contiene una relación de medicamentos utilizados en pacientes adultos en urgencias psiquiátricas.

Tabla 88-2

Medicamentos utilizados frecuentemente en urgencias psiquiátricas para pacientes adultos

Medicamento	Dosis de inicio	Formulación disponible
BENZODIACEPINAS		
Clonacepam	0,5 mg	p.o.
Clordiazepóxido	25-50 mg	p.o./i.m./i.v.
Diazepam	5-10 mg	p.o./i.m./i.v. (solución oral disponible)
Loracepam	0,5-1 mg	p.o./i.m./i.v. (solución oral disponible)
Oxacepam	15-30 mg	p.o.
ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS		
Clorpromacina	25-50 mg	p.o./i.m. (solución oral disponible)
Flufenacina	5-10 mg	p.o./i.m. (solución oral disponible)
Haloperidol	5-10 mg	p.o./i.m./i.v. (solución oral disponible)
Perfenacina	4-8 mg	p.o. (solución oral disponible)
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS		

Medicamento	Dosis de inicio	Formulación disponible
Ciprasidona	20 mg (10-20 mg i.m.)	p.o./i.m.
Olanzapina	5-10 mg	p.o./i.m.±
Quetiapina	25-50 mg	p.o.
Risperidona	1-2 mg	p.o. (solución oral disponible)
OTROS FÁRMACOS		
Benzotropina	0,5-1 mg	p.o./i.m./i.v.
Buspirona	5-10 mg	p.o.
Clonidina	0,1 mg	p.o.
Difenhidramina	25-50 mg	p.o./i.m./i.v. (solución oral disponible)
Gabapentina	100-200 mg	p.o.
Propranolol	20 mg	p.o. (solución oral disponible)

Medicamento	Dosis de inicio [‡]	Formulación disponible
Trazodona	25-50 mg	p.o.

[‡] Las dosis de inicio son para pacientes adultos sanos. Se considerarán dosis inferiores en pacientes ancianos o con antecedentes de traumatismo craneoencefálico o retraso mental.

[‡] También disponible en comprimido de desintegración oral.

i.m., intramuscular; i.v., intravenosa; p.o., *per os* (oral).

Los pacientes de edad avanzada, con discapacidad intelectual o con antecedentes de traumatismos craneoencefálicos pueden ser muy sensibles a los efectos secundarios de los anticolinérgicos o vulnerables a una reacción paradójica a medicamentos como las benzodiazepinas. En estas poblaciones, es preferible administrar dosis iniciales bajas que se incrementarán más lentamente.

Restricción física y aislamiento

En general, en psiquiatría se considera como mejor práctica el empleo de los medios menos restrictivos de sujeción física. Sin embargo, este principio debe encontrar un equilibrio con el riesgo de peligro inminente según se determine en la valoración clínica.

La restricción física y el aislamiento son tratamientos de último recurso cuando existe un riesgo inminente de que el paciente se autolesione o agrede a otros. Por desgracia, no se dispone de estudios controlados que comparen el impacto de los métodos de restricción física y aislamiento.³⁸ En los últimos años, los esfuerzos se han centrado en enfoques para reducir la necesidad de restricción física y aislamiento en los centros psiquiátricos.

Todo el personal que tome parte en métodos de restricción física y aislamiento debe haber recibido una formación adecuada en las técnicas de manejo seguro de la conducta agresiva. Este manejo comienza con técnicas de desescalada verbal e intervenciones ambientales (p. ej., colocar al paciente en una habitación privada para reducir los estímulos externos). Ante un episodio de agitación y agresividad debe suministrarse medicación de forma temprana. Si estas intervenciones no obtienen el resultado esperado y persiste el riesgo de autolesiones o agresiones por parte del paciente, el aislamiento (colocarlo solo en una habitación cerrada) pasa a ser una alternativa del tratamiento. En pacientes con agresividad persistente o un riesgo elevado de infligir daño a sí mismos o a otros, la restricción física puede ser el último recurso para mantener tanto su seguridad como la de quienes los rodean. En general, aunque la restricción física o el aislamiento son ordenados por el médico, el equipo al completo debería conocer los motivos de estas intervenciones. Todos sus miembros han de sentirse responsables de la seguridad del paciente y del resto del personal.

El paciente en aislamiento o restricción física también debe ser vigilado permanentemente. En la mayoría de los centros se impone un límite para el tiempo que el paciente puede permanecer con restricción física; siempre debe intentarse retirar las sujeciones lo antes posible. Casi todos los pacientes que necesitan restricción física o aislamiento pueden mejorar con la administración de algún medicamento que reduzca los síntomas que iniciaron la agitación.

Tratamiento después de la crisis aguda

La disponibilidad de tratamiento ambulatorio varía ampliamente según la localización geográfica y los recursos accesibles en el hospital o en la comunidad. Algunos servicios de urgencias psiquiátricas ofrecen prescripciones de medicamentos al alta e incluso proporcionan un seguimiento en espera de que los pacientes accedan a los servicios ambulatorios. Otros programas tratan únicamente problemas agudos y no realizan prescripciones, aunque pueden concertar citas urgentes u ofrecer un programa ambulatorio

con listas de espera cortas. En cualquier caso, tras resolver el problema agudo, el tratamiento y la planificación forman parte del curso posterior de cuidados.

El psiquiatra de urgencias ha de conocer bien los recursos locales de salud mental. Las unidades de atención a pacientes hospitalizados y de estabilización de las crisis, los servicios de tratamiento a domicilio, los programas de hospitalización parcial, los centros de desintoxicación y los programas ambulatorios actúan como puntos de referencia alternativos tras la evaluación en urgencias psiquiátricas. Los criterios de ingreso varían según los centros, y muchos programas dependen de la aprobación previa de las compañías de seguros. Para determinar el nivel asistencial pertinente es preciso valorar la gravedad de los síntomas del paciente, la cobertura del seguro y el sistema de apoyo psicosocial. Las decisiones se coordinarán con el paciente, sus familiares y otros facultativos.

Poblaciones especiales

Pacientes con trastornos de la personalidad

Los pacientes con personalidades límite y antisociales suelen necesitar mucho tiempo de atención en urgencias psiquiátricas para coordinar la asistencia. Estos pacientes podrían solicitar servicios o favores situados fuera de la rutina normal del centro. También presentan quejas insistentes e incluso amenazan con agredir al clínico o con autolesionarse si no reciben el tratamiento que desean. Aunque a menudo estas amenazas son expresiones de desesperación, siempre deben valorarse en relación con los antecedentes y con la situación actual.

Las discrepancias entre los miembros del personal sobre cómo enfocar el tratamiento no son raras. El aspecto más importante en estos pacientes es que los equipos de urgencias psiquiátricas definan límites claros en relación con los cuidados disponibles, la función de cada miembro del personal y el objetivo de la intervención de urgencias. Las personas externas de contacto que conozcan al paciente pueden aportar un análisis más fundado de la valoración de la seguridad.

Pacientes en duelo

El abordaje del duelo en fase aguda (p. ej., después de un suceso traumático o de una muerte, la pérdida de una relación o el aniversario de dicha pérdida) es un motivo frecuente que lleva a acudir a los servicios de urgencias psiquiátricas. El duelo es la respuesta normal ante una pérdida. Puede manifestarse de muchas formas, como sentimientos de incredulidad y abatimiento, tristeza, ansiedad, ira o culpa.⁸ En el [cuadro 88-4](#) se recogen las más frecuentes de estas manifestaciones. Durante la evaluación de urgencias, un paciente puede mostrar cualquiera de estos síntomas. Es normal vivir breves períodos en que parece oírse la voz del cónyuge fallecido o en los que la persona se siente incapaz de realizar las rutinas de la vida diaria; esta fase da tiempo para asimilar la pérdida. Sin embargo, los períodos prolongados de depresión del estado de ánimo, anhedonia y otros síntomas neurovegetativos podrían indicar un episodio de depresión mayor y necesitar un tratamiento más inmediato.

Cuadro 88-4 Síntomas de duelo

Sufrimiento somático

- Nudo en la garganta
 - Disnea y suspiros frecuentes
 - Debilidad muscular
 - Pérdida de apetito y molestias o vacío abdominales
- Preocupación por la imagen del fallecido
- Se ve al fallecido o se escucha su voz
 - Se imaginan conversaciones con el difunto
- Sentimiento de culpa por lo que se hizo o por lo que no se hizo
- Hostilidad hacia otras personas
- Cambios en el comportamiento
- Andar sin rumbo o moverse sin sentido

- Dificultades para iniciar las rutinas normales

Adaptado de Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief, *Am J Psychiatry* 151(6 Suppl):155-160, 1994.

Al trabajar con una fase de duelo, la función del psiquiatra es ofrecer un entorno de apoyo. Algunos pacientes se conformarán con sentarse tranquilos, otros querrán hablar, unos más llorarán. Si el problema desencadenante aún no se ha resuelto (p. ej., hay en urgencias un familiar grave en tratamiento), se proporcionarán solo informaciones precisas y se evitará dar falsas esperanzas. Se indicará a los pacientes que recuerden cómo afrontaron otras pérdidas en el pasado y se les animará a que apliquen recursos similares.

Víctimas de violencia doméstica y traumas

La violencia doméstica (el uso de la fuerza para infligir un daño emocional o físico a otra persona con la que se tiene una relación) afecta a cónyuges, compañeros sentimentales, niños, abuelos y hermanos de todas las razas y sexos. En EE. UU., entre 2 y 4 millones de mujeres sufren malos tratos anualmente, y la violencia doméstica se ha convertido en la principal causa de lesiones en mujeres de entre 15 y 44 años.³² Los hombres también pueden ser víctimas de violencia doméstica.

En las urgencias psiquiátricas, debe preguntarse a los pacientes si han sufrido un acto de violencia o un trauma, lo que podría contribuir a sus síntomas, y si se sienten seguros en el entorno en que viven. Se buscarán síntomas de trastorno de estrés postraumático y se incluirán en la planificación terapéutica. No se pedirá a los pacientes que describan detalles exhaustivos sobre traumas del pasado. Al contrario, conviene que entiendan que el proceso para superar un trauma debería tener lugar con un terapeuta que pudiera procurarles un apoyo a largo plazo, y derivarlos al recurso asistencial apropiado.

Pacientes sin hogar

Según se estima, aproximadamente el 20-30%³³ de los pacientes que reciben tratamiento en urgencias psiquiátricas no tienen hogar,³⁴ y esta característica añade una complejidad más a la evaluación psiquiátrica. Cuando el paciente padece insomnio o teme ser atacado, no resultará fácil determinar si los síntomas se deben a un trastorno psiquiátrico o a los riesgos propios de vivir en la calle. Los pacientes sin hogar tienen un riesgo mayor de consumir drogas y otras sustancias y de sufrir tuberculosis, problemas cutáneos y otras dolencias médicas crónicas graves (como diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida [sida] y cáncer); en estos casos es especialmente importante un buen cribado médico durante la valoración. En la planificación terapéutica, el clínico también debe tener en cuenta los problemas de alojamiento del paciente, y los cuidados médicos y las comidas que recibe. Es mucho más probable que tenga éxito un plan terapéutico adaptado a estas realidades;³⁵ sin embargo, aun con una planificación minuciosa, probablemente las personas sin hogar acudirán a urgencias psiquiátricas más a menudo que otros pacientes.³⁶

Valoración de urgencias de los menores

Datos demográficos

De acuerdo con las estimaciones, en EE. UU. se producen unas 434.000 visitas pediátricas al año para problemas de salud mental, lo cual supone aproximadamente el 1,6% de las consultas de urgencias en este grupo de edad (menos de 19 años). Los adolescentes de 13 a 17 años suponen más de dos terceras partes de las visitas, y los intentos de suicidio suman el 13% de los casos. Entre los diagnósticos más frecuentes figuran los trastornos relacionados con el consumo de drogas y otras sustancias (24%), la ansiedad (16%) y los déficits de atención y disruptivos (11%), así como la psicosis (10%). El 9% de las consultas de urgencias en salud mental conducen a un ingreso hospitalario, frente a solo el 9% de las visitas de urgencias generales para el mismo grupo de edad.³⁷ Un estudio que analizó los datos relativos a niños y jóvenes (de 7 a 24 años) tratados en urgencias por autolesiones indicó que la tasa anual se cifraba en 225 por 100.000.³⁸ Entre estos

pacientes, en un 56% se estableció un diagnóstico de trastorno mental (el 15% por depresión y el 7% por trastorno por consumo de drogas y otras sustancias), y en el 56% se ordenó el ingreso hospitalario. Algunos de los factores que con mayor frecuencia precipitaron la consulta en urgencias fueron las crisis familiares (p. ej., muerte, divorcio, tensiones económicas, violencia doméstica), los problemas o rupturas en las relaciones y un cambio reciente de colegio.⁴⁴

Principios básicos

Las urgencias psiquiátricas en niños no suelen comportar riesgo para la vida; todas ellas proceden de una compleja interacción de aspectos psicosociales, biológicos y sistémicos.

El objetivo principal es la seguridad del paciente, y este principio debe orientar todos los planes posteriores de tratamiento o disposición. El profesional clínico siempre debe valorar la posibilidad de malos tratos o abandono como factor precipitante de la consulta en urgencias.

La evaluación en sí se basa en un abordaje del desarrollo. Para llevar a cabo la valoración, el clínico elegirá técnicas apropiadas para la edad.

La valoración psiquiátrica de urgencia de un niño suele ser más compleja y prolongada que en un adulto. El facultativo deberá estar familiarizado con los recursos pediátricos y familiares existentes dentro del sistema comunitario de salud. Una evaluación minuciosa exige a menudo llamadas telefónicas con otros profesionales sanitarios (ya sean pediatras, directores de colegios, asesores de orientación y profesionales de salud mental en régimen ambulatorio).

Evaluación

El primer paso en la valoración de un niño en urgencias psiquiátricas es la identificación de su custodio legal. En los casos corrientes, la custodia corresponde a los padres biológicos que acompañan al niño al hospital. En situaciones más complejas, el custodio legal del niño podría ser una persona asignada por los tribunales, ya sea uno solo de los progenitores, otro familiar, un padre de acogida o un representante de los organismos oficiales encargados del cuidado y la protección de los niños. La custodia puede estar repartida, de manera que una de las personas que la detenta sería responsable de los asuntos legales (o de la toma de decisiones) y otra asumiría la custodia física. En ocasiones, un niño permanece en la vivienda del progenitor biológico, pero su atención médica queda en manos de un organismo oficial. El profesional sanitario nunca debe presuponer que el adulto que acompaña al menor es su custodio legal, o que un amigo o un vecino puede dar su consentimiento para la valoración. Salvo en circunstancias muy raras y extremas, dicho custodio debe acudir al centro y estar presente en la evaluación, ya que su opinión será clave en las decisiones posteriores.

El clínico que evalúa a niños en urgencias basará el método de valoración en la edad del menor, aunque en la entrevista pueden incluirse asimismo numerosos elementos estándar de los antecedentes psiquiátricos, según se recoge en el [cuadro 88-1](#). El *estilo* y el *proceso* de la entrevista y la exploración del estado mental dependerán de la edad.

Los *niños en edad preescolar* (de 1 a 5 años), muchos de los cuales tal vez ni siquiera hablen todavía, no saben transmitir un relato coherente de los hechos que han conducido a la consulta de urgencias. El profesional sanitario deberá entrevistar al padre o al custodio si desea obtener los detalles de los antecedentes, pero también prestará una atención muy cercana y minuciosa a la interacción entre el niño y su cuidador, así como al estado de higiene del menor. La valoración del estado mental se concentrará en la conducta del niño, su estado de agitación y de ánimo, el afecto y la capacidad de seguir las indicaciones y aceptar los signos de consuelo del cuidador. En este grupo de edad es frecuente que el motivo de consulta en urgencias se derive de conductas impulsivas o peligrosas (p. ej., escaparse de casa o huir de la persona que lo cuida en un lugar público, prender fuego o pegar a los hermanos más pequeños).

Los niños en *edad de latencia* (de 5 a 11 años) a menudo aportan una descripción clara del suceso que los llevó a urgencias, aunque no suelen ser capaces de encuadrar este hecho dentro de un contexto más amplio. Frecuentemente, tiene utilidad que el clínico se entreviste con el padre o el cuidador antes de encontrarse con el niño. En la valoración del estado mental se incluyen observaciones de la interacción del menor con

quien le cuida, la atención al habla y al lenguaje y preguntas directas sobre el estado de ánimo, el afecto y el riesgo de autolesiones. Los menores de 6 años pueden conservar el «pensamiento mágico» y no distinguir la fantasía de la realidad.

En el caso de los *adolescentes* (de 12 a 18 años), lo ideal es que hablen con el profesional sanitario antes de que este se entreviste con sus cuidadores u otros adultos interesados. Este enfoque refuerza y respalda el deseo de autonomía y control propio de la edad adolescente. En la valoración se incluyen el estado de ánimo, el afecto, el proceso y el contenido de los pensamientos, la cognición, la reflexión y el juicio, así como las ideaciones suicidas y homicidas.

Finalmente, la entrevista contemplará una valoración de la situación social. Para comprender mejor este contexto, será conveniente que el profesional conozca las comunidades locales y los sistemas escolares próximos al hospital. Un colegio en un barrio urbano conflictivo con pocos recursos es muy diferente de una escuela en una zona suburbana acaudalada, donde los asesores y los profesionales de enfermería de dicha escuela pueden identificar los problemas con prontitud y vigilar la medicación; estar al corriente de estas circunstancias ayudará a tomar decisiones sobre el plan terapéutico. También es importante conocer los tipos de tratamientos a los que el menor se ha sometido anteriormente. Un niño con una depresión grave que no ha mejorado tras varios cursos farmacológicos y después de participar durante meses en programas terapéuticos constituye un caso muy diferente que otro que busca tratamiento por primera vez con síntomas de ansiedad. Los antecedentes terapéuticos tendrán un importante valor informativo para la continuidad de los cuidados.

Tratamiento

Un menor agitado o agresivo necesita una rápida valoración diagnóstica y un tratamiento inmediato. El diagnóstico diferencial debe centrarse primero en las causas orgánicas (médicas) de la conducta (p. ej., altas concentraciones de plomo en sangre [sobre todo en menores de 5 años]), trastornos convulsivos, anomalías metabólicas, ingestión o sobredosis de medicamentos (con o sin receta), abstinencia de fármacos o drogas, hipoxia, infección e intoxicación.

Si se sospecha una etiología orgánica, se procederá de inmediato a medir las constantes vitales y a un estudio analítico. Dicho estudio debe incluir un hemograma completo, electrolitos séricos (entre ellos la glucosa en sangre) y estudios toxicológicos en suero y orina,⁴ y, en las chicas jóvenes, una prueba de embarazo. En general, conviene controlar el ambiente y rebajar los estímulos, para lo cual se pondrá al menor en aislamiento, a veces con un familiar que pueda calmarle y tranquilizarle. En niños muy pequeños puede ser oportuno ofrecerles algo para comer o beber.

A veces, es necesario administrar medicación para controlar estados de gran agitación o derivados de una intoxicación aguda, sobre todo si se percibe un riesgo de autolesiones o agresividad. Lo mejor es preguntar al padre o al custodio sobre los fármacos que el niño toma habitualmente y administrar una dosis adicional de alguno de ellos. Es preferible la administración oral a la intramuscular, aunque no siempre es posible si el menor no responde a las indicaciones verbales o no respeta los límites.

La elección del medicamento y de la vía de administración depende de la intensidad de la agitación y de la edad del menor. Se considerarán fármacos como la difenhidramina (1,25 mg/kg/dosis p.o. o i.m. si no hay antecedentes de excitación paradójica), la clonidina (en dosis de 0,05-0,1 mg p.o.), los neurolepticos atípicos (como risperidona [0,5-1 mg] en comprimido oral, líquido o forma de disolución rápida, u olanzapina [2,5-5 mg] en comprimido oral o forma de disolución rápida, o en preparación i.m.) y las benzodiazepinas (sobre todo loracepam [0,5-1 mg] p.o. o i.m., que puede servir de ayuda pero también provocar excitación paradójica y desinhibición); en un adolescente con estado de agitación aguda, es apropiado un neuroleptico de alta potencia (como haloperidol) combinado con una benzodiazepina y un anticolinérgico (difenhidramina o benzotropina).

En ocasiones, es necesario recurrir a restricciones físicas (p. ej., con correas), que serán aplicadas exclusivamente por personal con la formación adecuada y de acuerdo con las pautas establecidas por los organismos oficiales de salud mental. Durante cualquier maniobra de restricción física, los familiares deben salir de la habitación.

Responsabilidades legales del psiquiatra de urgencias

El psiquiatra de urgencias tiene la responsabilidad de conocer las normativas y los reglamentos pertinentes sobre asistencia médica en relación con las evaluaciones de la capacidad, la confidencialidad, la transmisión de la información, las reglas de responsabilidad civil y la información obligatoria para pacientes con síntomas psiquiátricos que reciben tratamiento en urgencias psiquiátricas. Aunque las normas aplicables pueden ser diferentes en cada contexto, los principios que se indican a continuación pueden servir de ayuda para comprender estos deberes generales. En todas las circunstancias es importante documentar con minuciosidad todos los pasos del proceso de toma de decisiones y, en casos difíciles, consultar con un psiquiatra forense o un asesor legal con formación en la legislación sobre salud mental.

Evaluación de la capacidad

La evaluación de la capacidad es solicitada a menudo por otros profesionales médicos al objeto de determinar si un paciente está cualificado para tomar una decisión informada sobre una técnica o una opción médica en concreto. Salvo que se demuestre lo contrario, se considerará que el paciente es competente para tomar estas decisiones médicas. Los componentes principales de esta evaluación comprenden la valoración de si el paciente entiende la información relevante, sabe valorar las consecuencias de la decisión y expresa de forma razonada los motivos de su elección. En muchos casos, el psiquiatra concluirá que la capacidad del paciente para tomar una decisión clara y razonada depende de que se le informe más a fondo sobre la intervención médica. La coordinación con el equipo médico o quirúrgico y una conversación más detallada con el paciente pueden eliminar la necesidad de valorar su grado de competencia.

Confidencialidad y transmisión de información

A menudo resulta difícil mantener la privacidad en un centro de urgencias, tanto por los fallos en el diseño arquitectónico (habitaciones semiprivadas, salas abiertas o salas con cortinas) como por el elevado volumen de pacientes. Aun así, los profesionales sanitarios que realizan la anamnesis psiquiátrica deben esforzarse al máximo por preservar la confidencialidad.

Los cuidados de los pacientes psiquiátricos exigen un fuerte compromiso de confidencialidad; en urgencias se intenta en la medida de lo posible conseguir permiso para cualquier contacto colateral relativo al paciente. Sin embargo, en pacientes con riesgo de autolesionarse o de agredir a otras personas a menudo es necesario consultar sin el consentimiento previo con los profesionales sanitarios que suelen atenderles o con sus familiares. Es importante documentar con claridad en el historial médico los motivos de dichos contactos y su empleo para recabar información útil al objeto de valorar la seguridad. El clínico debe limitar la información confidencial que suministra a la otra parte.

También es posible que tenga que incumplirse la obligación de confidencialidad por el deber de aviso. Cuando un profesional sanitario sabe que un paciente presenta un riesgo inminente de agredir a otra persona, debe informar a esta. En EE. UU., las normas por las que se rige el deber de aviso para proteger a la posible víctima son diferentes en cada estado, pero en su mayor parte se basan en el caso de Tarasoff en California en 1976.⁴⁶

Compromiso civil

Se llama compromiso civil a la potestad que tienen los estados de ordenar el ingreso hospitalario no voluntario de una persona por los riesgos de violencia que se derivan de su enfermedad mental.⁴⁷ Las normativas y los procesos asociados varían según cada estado. En general, como base para el compromiso civil se incluyen el riesgo de autolesiones y de agresión a otras personas y la incapacidad de cuidar de sí mismo, todo ello debido a una enfermedad psiquiátrica. La evaluación de la seguridad descrita en este capítulo aporta al profesional sanitario un escenario básico de valoración para determinar el riesgo y

constituye un componente importante de la valoración que puede llevar a aplicar los principios determinantes al respecto.

Información obligatoria

En la mayoría de los estados existen normativas en relación con la información obligatoria ante sospechas de malos tratos de niños,⁴⁴ ancianos⁴⁵ y personas con retraso mental. En general, los médicos y psiquiatras están obligados a comunicar aquellas situaciones en las que existan sospechas de malos tratos, con o sin evidencias claras; en tales circunstancias estarán protegidos frente a demandas contra el incumplimiento de su deber de confidencialidad.⁴⁶ Los profesionales de salud mental han de saber si tienen o no obligación de informar según las disposiciones legales de su estado y cómo ponerse en contacto con los organismos pertinentes.

Función del psiquiatra en la preparación para catástrofes

Ante la sucesión de sucesos catastróficos, como ataques terroristas y desastres naturales de gran envergadura, se han dedicado esfuerzos a la preparación de equipos médicos que sepan manejar estas situaciones. A menudo, se olvida el valor de la psiquiatría en estas respuestas hasta que se producen los hechos. En plena respuesta ante una catástrofe, la capacidad del psiquiatra de resistir emociones extremas adquiere una utilidad inmediata. El psiquiatra puede ofrecer ayuda al menos en cuatro ámbitos: organización y planificación de la respuesta; tratamiento de las reacciones psicológicas al estrés (con intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas e interpersonales), en casos agudos y a largo plazo; apoyo a los familiares y amigos de las víctimas, y ayuda al personal médico que toma parte en la respuesta (personal de urgencias y hospitales, administrativos y otras personas de apoyo).^{49,50}

Los psiquiatras de urgencias ocupan una posición muy sensible para ayudar en la respuesta a las catástrofes. Conocen los efectos médicos y psicológicos del trauma, saben trabajar con personas en duelo y están familiarizados con los recursos de la comunidad que podrían aportar un tratamiento a largo plazo. La psiquiatría en situaciones catastróficas es una disciplina en auge, y los psiquiatras de urgencias ocuparán probablemente un lugar importante en el futuro de la planificación de las respuestas.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Brasch J, Glick RL, Cobb TG, et al. Residency training in emergency psychiatry: a model curriculum developed by the education committee of the American Association for Emergency Psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2004;28(2):95–103.
2. Larkin GL, Beutrais AL, Spirito A, et al. Mental health and emergency medicine: a research agenda. *Acad Emerg Med*. 2009;16(11):1110–1119.
3. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, et al. Trends in US emergency department visits for mental health conditions. 1992 to 2001. *Psychiatr Serv*. 2005;56:671–677.
4. Chang G, Weiss A, Kosowsky JM, et al. Characteristics of adult psychiatric patients with stays of 24 hours or more in the emergency department. *Psychiatr Serv*. 2012;63(3):283–286.
5. Allen MH. Definitive treatment in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Q*. 1996;67:247–262.
6. Currier GW, Allen M. Organization and function of academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:124–129.
7. Murakami S, Rappaport N, Penn JV. An overview of juveniles and school violence. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(3):725–741.
8. Redondo RM, Currier GW. Characteristics of patients referred by police to a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv*. 2003;54(6):804–806.
9. Breslow RE. Structure and function of psychiatric emergency services. In: Allen MH, ed. *Emergency psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
10. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. *New Dir Ment Health Serv*. 1995;67:5–12.
11. Gaynor J, Hargreaves WA. Emergency room” and “mobile response” models of emergency psychiatric services. *Community Ment Health J*. 1980;16(4):283–292.

12. Fisher WH, Geller JL, Wirth-Cauchon J. Empirically assessing the impact of mobile crisis capacity on state hospital admissions. *Community Ment Health J.* 1990;26(3):245–253.
13. Guo S, Biegel DE, Johnson JA, et al. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv.* 2001;52(2):223–228.
14. Hugo M, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry.* 2002;36(4):504–508.
15. Merson S, Tyrer P, Carlen D, et al. The cost of treatment of psychiatry emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychol Med.* 1996;26(4):727–734.
16. Broderick KB, Lerner EB, McCourt JD, et al. Emergency physician practices and requirements regarding the medical screening examination of psychiatric patients. *Acad Emerg Med.* 2002;9(1):88–92.
17. Zun LS, Hernandez R, Thompson R, et al. Comparison of EP's and psychiatrists' laboratory assessment of psychiatric patients. *Am J Emerg Med.* 2004;22(3):175–180.
18. Korn CS, Currier GW, Henderson SO. Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. *J Emerg Med.* 2000;18(2):173–176.
19. Henneman PL, Mendoza R, Lewis RJ. Prospective evaluation of emergency department medical clearance. *Ann Emerg Med.* 1994;24:672–677.
20. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emerg Med Pract.* 2011;13(9):1–23.
21. Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Emergency treatment of deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(1):80–88.
22. Stern TA, Perlis RH, Lagomasino IT. Suicidal patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry.* ed 5. Philadelphia: Mosby; 2004.
23. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* ed 5 Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
24. Hopkins SA, Moodley KK, Chan D. Autoimmune limbic encephalitis presenting as relapsing psychosis. *BMJ Case Rep.* 2013; 2013.
25. Hyman SE. Alcohol-related emergencies. In: Hyman SE, Tesar G, eds. *Manual of psychiatric emergencies.* ed 3. Boston: Little, Brown; 1994.
26. Rosenbaum CD, Carreiro SP, Babu KM. Here today, gone tomorrow ... and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, Spice), synthetic cathinones (bath salts), Kratom, Salvia divinorum, methoxetamine, and piperazines. *J Med Toxicol.* 2012;8(1):15–32.
27. Won S, Hong RA, Shohet RV, et al. Methamphetamine-associated cardiomyopathy. *Clin Cardiol.* 2013;36(12):737–742.
28. Weiss RD, Greenfield SF, Mirin SM. Intoxication and withdrawal syndromes. In: Hyman SE, Tesar G, eds. *Manual of psychiatric emergencies.* ed 3. Boston: Little, Brown; 1994.
29. SAMHSA press office, "Report shows that bath salts" drugs were involved in nearly 23,000 emergency department visits in one year", <www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1309160554.aspx>; September 2013.
30. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189–198.
31. Cassem NH, Murray GB, Lafayette JM, et al. Delirious patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry.* ed 5. Philadelphia: Mosby; 2004.
32. Messner E. Resilience enhancement for the resident physician, Durant, OK: Essential Medical Information Systems; 1993.
33. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med (spec no).* 2001; 1-88.
34. Allen MH. Managing the agitated patient: a reappraisal of the evidence. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(Suppl. 14):11–20.
35. Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of the recent literature. *Harv Rev Psychiatry.* 2000;8:261–270.
36. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1994;151(6 Suppl):155–160.
37. American College of Emergency Physicians. *Fact sheet on domestic violence.* 2003.
38. McNeil DE, Binder RL. Psychiatric emergency service use and homelessness, mental disorder, and violence. *Psychiatr Serv.* 2005;56:699–704.

39. Bierer MF, Lafayette JM. Approach to the homeless patient. In: Stern TA, Herman JB, Slavin PL, eds. *The MGH guide to primary care psychiatry*. ed 2. New York: McGraw-Hill; 2004.
40. Sills MR, Bland SD. Summary statistics for pediatric psychiatric visits to US emergency departments. 1993-1999. *Pediatrics*. 2002;110(4):e40.
41. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, et al. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1122-1128.
42. Halamandaris PV, Anderson TR. Children and adolescents in the psychiatric emergency setting. *Psychiatr Clin North Am*. 1999;2:865-874.
43. Prager LM. Child psychiatry in the emergency department. In: Finberg L, Kleinman RE, eds. *Saunders manual of pediatric practice*. ed 2. Philadelphia: WB Saunders; 2002.
44. Londino DL, Mabe PA, Josephson AM. Child and adolescent psychiatric emergencies: family psychodynamic issues. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:629-647.
45. Solhkah R. The intoxicated child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12:693-722.
46. Behnke SH, Hilliard JT. *The essentials of Massachusetts mental health law: a straightforward guide for clinicians of all disciplines*. New York: WW Norton; 1998.
47. Fortunati Jr FG, Zonana HV. Legal considerations in the child psychiatric emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2003;12(4):745-761.
48. Wei GS, Herbers Jr JE. Reporting elder abuse: a medical, legal and ethical overview. *J Am Med Womens Assoc*. 2004;59(4):248-254.
49. Fullerton CS, Ursano RJ, Norwood AE, et al. Trauma, terrorism, and disaster. In: Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE, eds. *Terrorism and disaster: individual and community mental health interventions*. New York: Cambridge University Press; 2003.
50. DeWolfe DJ. *Training manual for mental health and human service workers in major disasters*. ed 2. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2000.