

# Emergencias psiquiátricas

RICARDO JOSE TORO<sup>2</sup>

## Introducción

Fenomenológicamente una emergencia psiquiátrica corresponde al pedido del paciente o de otras personas (familiares, amigos, empleadores, policía, etc) de evaluar inmediatamente la conducta perturbada de un individuo.

Como en toda urgencia, en la emergencia psiquiátrica la intervención médica está dirigida a aliviar la situación inmediata, pero después el médico debe planear la conducta a seguir posteriormente (hospitalización, interconsulta psiquiátrica, etc).

En algunos estudios la proporción de emergencias psiquiátricas vistas en servicios de urgencia ha variado entre 3 a 12% de todos los pacientes tratados.

Muñoz y col. encontraron en una muestra de 314 pacientes que consultaron un servicio de urgencias que los tres diagnósticos más comunes fueron:

1. Enfermedad afectiva (depresión y enfermedad manícodepresiva)
2. Alcoholismo
3. Personalidad antisocial

Para una comprensión más completa de las urgencias psiquiátricas es importante tener presentes los siguientes factores:

La urgencia puede ser vivida conscientemente por el paciente como es el caso de los intentos de suicidio, ataques de pánico, etc. pero podría no ser consciente para el individuo como ocurre en los estados confusionales o crisis psicóticas.

La aparición de los síntomas que configuran la urgencia produce una situación de tensión o alarma por parte de las personas relacionadas con el individuo que experimenta los síntomas, o sea que la urgencia es a su vez definida por las personas que observan la conducta del paciente. El médico es confrontado por cualquiera de las variables anteriores y básicamente es exigido a emprender una acción terapéutica. Desde el punto de vista psicológico es muy importante esclarecer por qué la urgencia tuvo lugar precisamente ahora. ¿Qué es lo que ha ocurrido en la vida del paciente que trastornó el equilibrio que tenía?

Muy a menudo en la práctica médica el manejo de la urgencia psiquiátrica se reduce al tratamiento farmacológico de los síntomas agudos. Aunque a veces este es el único nivel de intervención posible, a menudo este enfoque encubre la ansiedad, ignorancia o rechazo del médico hacia el paciente con problemas psiquiátricos.

El estado de agitación de un paciente, la depresión severa, el intento de suicidio, lógicamente promueven un grado variable de ansiedad en todos aquellos que rodean al enfermo, incluyendo al médico, pero éste puede vencer su propia ansiedad auxiliado por los siguientes elementos:

1. Su capacidad de empatizar con el paciente, o sea el tratar de situarse de momento en la condición del paciente.
2. El recurso de la comunicación verbal y no verbal con el enfermo se verá facilitado por la necesidad de ayuda que en forma directa o indirecta todo paciente proyecta en el médico como figura científica y de autoridad.
3. Otros recursos complementarios incluyen la mediación ante personas significativas para el paciente, el recurso farmacológico, la interconsulta psiquiátrica, la hospitalización o el tratamiento ambulatorio.

1. Ponencia presentada en el Congreso nacional de urgencias medicoquirúrgicas. Octubre 1982. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

2. M. D. Profesor de psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia e Instituto de Ciencias de la Salud (CES) Medellín, Colombia.

© Universidad del Norte.

## Evaluación

Ante el paciente con una urgencia, el médico debe determinar que está ocurriendo, tratar de hacer un diagnóstico y prescribir las intervenciones necesarias para aliviar la situación aguda. A veces, sin embargo, es preciso intervenir directamente antes de practicar la evaluación, pero esto solo debe hacerse cuando sea estrictamente necesario.

La emergencia psiquiátrica puede mirarse como un trastorno en un sistema cuyos tres componentes son: el estado psicológico, el social y el biológico.

La evaluación del estado psicológico se hace realizando un examen del estado mental y obteniendo una historia psiquiátrica. Si el paciente no colabora, se observará la actitud y comportamiento obteniendo información de otras personas que puedan suministrarla.

El estado social se investiga consiguiendo información sobre la situación familiar, laboral, de relaciones interpersonales, bien sea del mismo paciente o de otras personas. Es muy importante indagar por pérdidas o cambios a nivel social o interpersonal ya que estas, frecuentemente, precipitan la situación de urgencia.

En cuanto al estado biológico es desafortunado que cuando la sintomatología de presentación de un paciente es psiquiátrica, la evaluación médica a menudo no se realiza o se hace en forma superficial. Puede ser sugestivo de un problema orgánico el que haya ocurrido un cambio abrupto de personalidad; que el individuo tenga una historia previa de buen ajuste y funcionamiento psicosocial; que se presenten fluctuaciones rápidas y periódicas en el estado mental o cuando el paciente presenta confusión o estupor.

### El paciente deprimido y suicida

Dado que el síndrome psiquiátrico que más frecuentemente presenta comportamiento o ideación suicida es la depresión, haremos en primer lugar algunas consideraciones sobre diagnóstico y manejo de la depresión para luego hacer ciertos comentarios sobre la evaluación y disposición del paciente con riesgo de suicidio.

#### A. El paciente deprimido

Los trastornos afectivos, especialmente los de orientación depresiva (en contraposición a la hipomanía o manía) son de gran importancia no solo para el psiquiatra sino para los médicos no psiquiatras, puesto que este es el trastorno emo-

cional más frecuente en la práctica médica. A menudo la depresión se manifiesta por síntomas somáticos vagos y variados recibiendo entonces el nombre de depresión "enmascarada". Es muy común que en estos casos el médico haga un diagnóstico de ansiedad o "nerviosismo" prescribiendo entonces ansiolíticos que no solamente no mejoran la depresión sino que a veces la pueden agravar.

En U.S.A. se calcula que el 15% de los adultos entre los 18 y los 75 años sufren un episodio depresivo significativo en un año dado. Extrapolando estas cifras a Colombia se podría calcular que aproximadamente un millón de adultos habría experimentado un episodio depresivo por año.

En una investigación realizada recientemente en Medellín sobre la frecuencia de enfermedades afectivas se encontró que a estas entidades correspondían casi la mitad de los pacientes adultos vistos en consulta psiquiátrica privada, la tercera parte de los hospitalizados en el Hospital Mental y la cuarta parte de los pacientes vistos en la consulta externa psiquiátrica del ICSS.

Se han establecido clásicamente ciertas dicotomías para clasificar las depresiones, tales como, la psicótica-neurótica y la endógena-exógena. Un paciente con una depresión que implique pérdida de contacto con la realidad e ideas delirantes es psicótico y generalmente se piensa que esta depresión sería endógena, lo cual quiere decir que no tiene causas ambientales sino posiblemente biológicas.

De otra parte y de acuerdo con esta dicotomía, un paciente con una depresión más leve y en quien se identifiquen precipitantes externos y conflictos psicológicos es clasificado como neurótico, reactivo o exógeno.

Muchos casos, sin embargo, no encuadran dentro de estos esquemas. Así, un paciente maníaco depresivo puede manifestar una depresión leve, sin pérdida del contacto con la realidad. Entonces, clínicamente, se debería llamar "neurótica" y si hubo precipitantes externos sería exógena, pero la historia personal, familiar y genética demuestra que este es un episodio más de una enfermedad que, por definición, es endógena y psicótica.

Por lo tanto hoy en día se tiende a considerar la depresión en un espectro que iría desde la tristeza, pasando por el duelo normal, hasta llegar a los síndromes depresivos de menor o mayor severidad. De acuerdo con las clasificaciones modernas (ver Tabla 1) la depresión puede ser primaria o secundaria. Primaria, cuando la única enfermedad

mental presente o pasada es de episodios depresivos (con o sin historia de manía o hipomanía). Secundaria, cuando el paciente sufre otra enfermedad mental o un trastorno orgánico severo que explique el cuadro depresivo.

**TABLA 1: Síndrome depresivo**

Trastornos afectivos primarios		Trastornos afectivos secundarios	
Unipolar	bipolar	Otras enfermedades Psiquiátricas Esquizofrenia Alcoholismo, etc.	Enfermedades sistémicas S.N.C. Endocrinas Virales, etc.

### Diagnóstico

La característica esencial es un humor disfórico, generalmente de depresión o la pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades usuales o pasatiempos. Estos síntomas deben ser prominentes, persistentes y durar por lo menos dos semanas. Se asocia con otros síntomas del síndrome depresivo, tales como trastornos del apetito, cambios de peso, trastornos del sueño, retardo o agitación psicomotora, disminución de la energía, sentimientos de la minusvalía o culpa, dificultad para pensar o concentrarse y pensamientos de muerte o suicidio o intento de suicidio.

Algunos síntomas físicos como cefalea, constipación, anorexia, pérdida de peso, no son solo comunes sino que pueden ser representativos de las llamadas depresiones "enmascaradas" haciendo desviar el diagnóstico hacia otras entidades médicas.

Los pacientes que presentan una depresión pero tienen antecedentes de manía o hipomanía se denominan bipolares. Esto es importante ya que los bipolares presentan diferencias clínicas, familiares, genéticas y de respuesta farmacológica en relación con los unipolares, entre otras el hecho de que los bipolares son mejores candidatos para el tratamiento profiláctico con litio. Los depresivos unipolares son los que nunca han presentado episodios de manía o hipomanía. Estos constituyen un grupo más heterogéneo desde el punto de vista familiar, genético y clínico, presentando una respuesta menos favorable al litio.

Desde el punto de vista de intensidad las depresiones pueden ser severas o mayores, o leves (tam-

bién llamadas neuróticas). En el diagnóstico diferencial es importante considerar todas las posibles causas de depresión (ver Tabla 2).

**TABLA 2. Causas orgánicas de depresión**

1. Drogas:	Hipotensores	Neurolépticos	Digitalis
	Metildopa	Sedantes	Diuréticos
	Propranolol	Barbitúricos	Esteroides
	Reserpina	Anfetaminas	Contraceptivos
2. Endocrinas:	Guanetidina	Cocaína	
		Alcohol	
	Hipotiroidismo	Enfermedad de Adison	
	Hipertiroidismo	Hipopituitarismo	
3. Neoplasias:	Diabetes	Hiperparatiroidismo	
	Ca. Páncreas		
	Tumores retroperitoneales (Linfomas)		
	Carcinomatosis		
4. Misceláneas	Tumores cerebrales		
	Mononucleosis infecciosa	Depresión post-parto	
	Hepatitis viral	Esclerosis múltiple	
	Estados carenciales	L.E.D.	Demencias

### Tratamiento

**1. Hospitalización.** Está indicada cuando el riesgo de suicidio es alto; cuando hay relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas o en la presencia de síntomas endógenos muy severos.

**2. Tratamientos biológicos.** A pesar de que la dicotomía endógeno-exógeno no es apropiada desde el punto de vista etiológico tiene sin embargo importancia desde el punto de vista terapéutico. Aquellos pacientes con síntomas "endógenos" responden mejor a antidepresivos y terapia electroconvulsiva. Estos síntomas son: falta de reactividad del estado de ánimo a los cambios ambientales; disminución de la líbido; constipación; insomnio terminal; anorexia con pérdida de peso (1 kg. por semana); ritmo matutino (peor por la mañana, mejor en pm) y sentimientos de desesperanza, desvalimiento y futilidad.

El 70% de las depresiones responden al tratamiento con antidepresivos tricíclicos (ADT). Para elegir la droga es conveniente conocer la historia farmacológica del paciente o de sus familiares. Las dosis iniciales de los dos ADT mas usados, Imipramina y Amitriptilina son de 75 mg dia-

rios que se incrementan de a 25 mg en forma diaria o interdía hasta llegar a la dosis terapéutica usual de 150 mg diarios. Usualmente se requieren 15 a 30 días para obtener una respuesta terapéutica. Algunos pacientes necesitan dosis hasta 300 mg diarios. El error más común en tratamientos antidepressivos consiste en utilizar los ADT en dosis bajas y/o por tiempo insuficiente. La dosis terapéutica se debe sostener por 4 a 6 semanas después de obtener la mejoría del cuadro depresivo y después se comienza a rebajar la medicación en forma lenta y paulatina.

La terapia electroconvulsiva es el tratamiento de elección en deprimidos severos con alto riesgo de suicidio. También está indicada cuando hay fracaso con los ADT.

Los IMAOS están indicados en depresiones resistentes a ADT y en depresiones "atípicas". Las depresiones atípicas no presentan síntomas endógenos, manifiestan altos niveles de ansiedad, rasgos fóbicos, hipocondríacos y obsesivo compulsivos, así como hipersomnia e hiperfagia.

El carbonato de litio está principalmente indicado en la prevención de los ataques maníacos y depresivos de la enfermedad bipolar.

## B. El paciente suicida

Este paciente puede llegar al médico bien sea porque ha realizado un intento de suicidio o porque está amenazando o presentando ideación suicida. Como se mencionó anteriormente el síndrome psiquiátrico que más frecuentemente se asocia con comportamiento o ideación suicida es la depresión. En segundo lugar está el alcoholismo y en tercer lugar los cuadros psicóticos como la esquizofrenia.

El médico debe tratar de evaluar el riesgo de suicidio que el paciente presenta para de esta manera proceder a tomar la conducta más adecuada. A continuación se mencionan una serie de aspectos importantes para determinar dicho riesgo:

### 1. Aspectos biográficos

- a) **Historia de intentos previos:** 20-60% de los suicidas han hecho intentos previos. En general puede decirse que aquellos que han intentado suicidio previamente son más susceptibles de suicidarse que los que nunca han intentado.
- b) **Estado ocupacional:** Se encuentran tasas más altas de suicidio en desempleados; en ciertas profesiones como la médica cuando hay senti-

mientos de fracaso en el trabajo o rol ocupacional.

- c) **Estado marital:** El suicidio ocurre más comúnmente en solteros, viudos y separados y menos frecuentemente en casados. El riesgo puede ser mayor en personas que vivan solas o que se sientan solas o cuando ha habido pérdidas recientes.
- d) **Sexo:** Los suicidios son más comunes en hombres en una proporción de tres a uno, mientras que los intentos son más frecuentes en mujeres en la misma proporción.
- e) **Edad:** Distribución bimodal con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes y en personas mayores de 50 años.
- f) **Historia familiar:** El suicidio y los intentos son más comunes en aquellos con historia familiar positiva para ambos.

## 2. Aspectos psiquiátricos

- a) Depresión
- b) Psicosis
- c) Alcoholismo

## 3. Aspectos médicos

Mayor riesgo cuando hay dolor intratable; enfermedades crónicas o terminales, cirugías mutilatorias.

## 4. Métodos contemplados o utilizados

Riesgo de letalidad sería en orden de severidad:

- a) Arma de fuego
- b) Salto desde alturas
- c) Sección o perforación de órganos vitales
- d) Ahorcamiento
- e) Ahogamiento
- f) Intoxicación con venenos
- g) Arrojar al agua sabiendo nadar
- h) Intoxicación con gas
- i) Sobredosis de drogas psicotrópicas, analgésicos y soporíficas.

## 5. Intención del paciente

Grado de planeación; conocimiento del método y de sus consecuencias; tener en cuenta o no providencias de rescate, etc.

## Manejo

Con un paciente suicida se debe tener en cuenta:

1. Que la mayoría de ellos cambiarán su ideación

- suicida con el tiempo y tratamiento necesarios.
2. En principio se debe tomar seriamente toda amenaza o intento de suicidio.
  3. El concepto más común de que el paciente que amenaza con suicidio no lo cometerá es erróneo.
  4. No se debe temer el indagar por ideación suicida en todo paciente que se encuentre en un estado de crisis emocional o deprimido.
  5. El paciente suicida usualmente tiene algún grado de ambivalencia sobre su ideación e intenciones suicidas. El médico debe estimular, reforzar y aliarse con la parte sana del paciente.

Cuando el riesgo se considera alto el paciente debe hospitalizarse y ser manejado por el psiquiatra.

Cuando haya dudas en cuanto al riesgo es mejor pecar por exceso de seguridad (hospitalización; avisar familiar responsable) que por defecto.

Cuando el riesgo es menor el manejo puede ser ambulatorio. Para esto es muy importante que el médico ofrezca disponibilidad telefónica y controles frecuentes de seguimiento. También puede ser básico el apoyo ofrecido por la red social o familiar del enfermo.

Hay que tener mucho cuidado en la prescripción de antidepresivos a pacientes suicidas ya que estas drogas son muy tóxicas en sobredosis.

En general el manejo inmediato de este tipo de urgencia es más de tipo psicoterapéutico (acompañado de hospitalización y vigilancia en algunos casos) que farmacológico, pues los fármacos usualmente son de efecto demorado.

### El paciente psicótico

Clínicamente este tipo de paciente puede tener principalmente tres tipos de presentación:

- a) El paciente violento o agitado
- b) El paciente negativista
- c) El paciente confuso

Estos cuadros se pueden presentar en forma aislada o en combinación, por ejemplo: confusión y agitación; confusión y negativismo, etc. Desde el punto de vista etiológico las situaciones antes mencionadas pueden deberse a:

#### I. Síndromes cerebrales agudos o crónicos con comportamiento psicótico (también denominadas psicosis orgánicas).

1. Alcohol. El alcoholismo es la causa más común del Síndrome psiquiátrico tóxico en hospitales generales.
  - a) Intoxicación alcohólica común. Esta es la más

común intoxicación por drogas y constituye también la emergencia psiquiátrica más frecuente en servicios de urgencia.

- b) Intoxicación patológica. Una ingesta relativamente pequeña de etanol produce en un sujeto predispuesto un cuadro de agitación psicomotora, impulsividad, ideas delirantes y alucinaciones visuales, con confusión y desorientación.
- c) Delirium tremens. Cuadro de supresión alcohólica que se presenta en alcohólicos de varios años de habituación y se caracteriza principalmente por confusión, desorientación, alucinaciones e ilusiones visuales terroríficas, temblor, hiperactividad, fiebre, convulsiones, etc.
- d) Alucinosis alcohólica. Usualmente a la supresión o disminución de la ingesta alcohólica y caracterizada por alucinaciones o ilusiones auditivas amenazantes sin alteración de la conciencia.
- e) Otros cuadros alcohólicos de carácter crónico como la paranoia alcohólica, el síndrome de Wernicke-Korsakof y la demencia alcohólica.
  2. Barbitúricos y sedantes-hipnóticos. Dan cuadros de intoxicación y supresión similares a los producidos por alcohol, excepto por la ausencia de aliento alcohólico.
  3. Opiáceos y opiodes. Síndromes de intoxicación y supresión.
  4. Cocaína y anfetaminas. Síndromes de intoxicación y a veces cuadros psicóticos paranoides.
  5. Alucinógenos (Cannabis; LSD; fenciclidina; hongos, etc).
  6. Otras drogas (con efectos anticolinérgicos)
  7. Traumáticos
  8. Metabólicos
  9. Infectoparasitarios
  10. Tumorales
  11. Endocrinos
  12. Circulatorios
  13. Epilepsia
  14. Otros

#### II. Psicosis sin causa orgánica claramente demostrable.

1. Esquizofrenia
2. Enfermedad maníaco-depresiva (bipolar)
3. Estados paranoides
4. Depresiones psicóticas
5. Psicosis breve reactiva ("Psicosis histérica" y otras psicosis inespecíficas).

Las psicosis orgánicas causadas por un síndrome orgánico cerebral generalmente de tipo agudo se presentan acompañados de un síndrome de confusión mental o de delirio y esto es lo que permite hacer el diagnóstico diferencial con los otros cuadros psicóticos.

El síndrome de delirio está caracterizado por obnubilación de la conciencia. Alteraciones de la atención, memoria, orientación, cálculo. Se pueden presentar otros síntomas no específicos como: ideas delirantes, trastornos de la sensopercepción, hiper o hipoactividad psicomotora, etc.

Los síndromes cerebrales que más a menudo dan lugar a urgencias médico-psiquiátricas son los de tipo tóxico.

En las psicosis no orgánicas o mal llamadas funcionales no hay alteraciones de la conciencia o del sensorio. Hay pérdida del contacto con la realidad. Trastornos del pensamiento en cuanto al curso (incoherencia; fuga de ideas, etc.). Trastornos de la sensopercepción (ilusiones, alucinaciones). Trastornos del afecto (euforia; depresión, apatía, etc.). Hiper o hipoactividad psicomotora, etc.

Una de las emergencias psiquiátricas más temidas la constituye el paciente violento o agitado. Este paciente se presenta con agitación psicomotora de variable intensidad y a veces puede exhibir ideación o comportamiento agresivo o destructivo hacia objetos o personas. Constituye un estereotipo común considerar al paciente psiquiátrico como violento y peligroso. Paradójicamente la violencia es más frecuente en personas sin problemas Psiquiátricos. Messinger encontró que menos de 5% de crímenes mayores habían sido cometidos por enfermos mentales y retardados mentales.

Así como con la conducta suicida, el paciente que amenaza conducta violenta o teme perder el control se debe tomar en serio y evaluarlo cuidadosamente. En general hay dos grupos de individuos que pueden presentar conducta violenta. Uno es el psicópata con antecedentes de comportamientos agresivos por variadas circunstancias. El otro corresponde a aquellos que reaccionan agresivamente como parte de un cuadro psicótico claramente definido. En la evaluación del riesgo de estos pacientes se debe tener en cuenta: 1. Historia previa de conducta violenta. 2. Tipo de violencia considerado o realizado. 3. Grado de control demostrado verbal y físicamente durante la entrevista.

## Tratamiento

Ante todo el médico debe tener en cuenta que en toda emergencia psiquiátrica la familia, la policía, las personas que rodean el enfermo están confusas, desesperadas y no saben que hacer. El médico se supone que sí sabe como manejar la situación y por lo tanto debe hacerse cargo de esta de una manera calmada pero con autoridad y firmeza.

Con un paciente violento o agitado hay que resolver primero la situación inmediata y después investigar la etiología. Para resolver la situación aguda se debe retirar el paciente a un cuarto calmado. Hasta donde sea posible se debe tratar de establecer comunicación verbal. Si esta no es posible hay que aplicar medidas de contención física y usar medicación. Para sujetar un individuo agitado es preciso contar con un mínimo de cuatro personas (una para cada extremidad). A veces sin embargo la sola "muestra de fuerza" es suficiente para que el paciente acceda a recibir la medicación. Con pacientes violentos y agresivos el médico debe tomar precauciones para su seguridad personal, como no entrevistar al paciente a solas o situarse en un lugar de fácil retiro de la habitación.

Es muy importante recordar que el enfermo agitado y psicótico está a menudo más asustado de lo que aparenta. El proceder calmadamente y con firmeza explicando previamente los procedimientos a realizar contribuye a que el paciente se calme.

En los síndromes tóxicos por el alcohol (intoxicación patológica; DT; intoxicación común con agitación) fuera de las medidas de contención física, vigilancia de enfermería, mantenimiento de equilibrio hidroelectrolítico, se recomienda usar como sedación ansiolíticos de tipo benzodiazepánico por vía oral o I.V.

En los cuadros producidos por alucinógenos es importante disminuir la estimulación en el ambiente inmediato; establecer contacto verbal ayudando al paciente a entender la realidad con expresiones simples, concretas y repetidas evitando al máximo el uso de drogas. Si hay necesidad de usar drogas y existen dudas de que el paciente haya ingerido sustancias con propiedades anticolinérgicas deben usarse benzodiazepinas en lugar de antipsicóticos.

En síndromes cerebrales orgánicos no tóxicos el tratamiento implica el dirigirse a la etiología básica, sea de tipo metabólico, infeccioso, etc.

Estos pacientes además pueden beneficiarse de orientación a través de estimulación sensorial organizada, tales como decirles dónde se encuentran, en qué hospital, etc. el tener la habitación iluminada, disponer de un reloj también puede ser útil. La sedación con antipsicóticos puede emplearse en caso necesario.

### Tratamiento farmacológico de los estados de agitación severa

La droga más indicada por sus bajos efectos anticolinérgicos e hipotensores es el Haloperidol 5-10 mg I.M. cada 30 minutos o más hasta obtener la calma o sedación.

### Agitación moderada

Haloperidol 5 mg. I.M. o Haloperidol 5 mg. o más por vía oral. En casos no psicóticos o síndromes tóxicos: benzodiazepinas por vía oral o parenteral (Diazepam 10 mg. I.V. lento en vena de buen calibre).

### El paciente ansioso o neurótico

A nivel de urgencias se pueden presentar las siguientes situaciones cuyo común denominador es la existencia de ansiedad o angustia prominentes, expresada en forma variable según el cuadro clínico correspondiente y en la manera que se detalla a continuación:

1. Estados de pánico: a) Neurosis de ansiedad  
b) Agorafobia
  2. Crisis histéricas o conversivas
  3. Crisis disociativas
  4. Otras: Trastornos transitorios del ajuste (reacciones a desastres naturales; accidentes; pérdidas afectivas severas, etc.) Crisis familiares (entre cónyuges o entre padres e hijos: por abuso de alcohol; uso de drogas; experiencias sexuales; infidelidad; enfermedades físicas serias, etc).
- Un ataque de pánico origina comúnmente la visita del paciente al servicio de urgencias o a la consulta médica. A continuación se exponen los criterios diagnósticos para ataques de pánico según la clasificación DSM III de la Asociación Psiquiátrica Americana.
- a. Por lo menos 3 ataques repentinos de pánico aparentemente espontáneos en un período de 3 semanas en circunstancias diferentes al agotamiento físico y a situaciones de amenaza a la vida no se presentan solamente por la exposición a estímulos fóbicos.
  - b. Se asocian con períodos de aprehensión o mie-

do y al menos 4 de los siguientes síntomas durante el ataque: 1) Diarrea. 2) Palpitaciones. 3) Dolor o incomodidad en el pecho. 4) Sensaciones de sofocación, asfixia. 5) Sentimientos de mareo, vértigo, inestabilidad. 6) Sentimientos de irrealidad. 7) Parestesias. 8) Oleadas de calor o frío. 9) Sudoración. 10) Desmayos. 11) Temblores o sacudidas. 12) Miedo a morir, a enloquecer o a descontrolarse.

c. No debido a trastorno físico o psiquiátrico.

El ataque de pánico puede deberse a neurosis de ansiedad o a una neurosis fóbica llamada agorafobia. La diferencia esencial consiste en que en la agorafobia hay un miedo intenso con comportamiento de evitación del estar sólo o de concurrir a sitios públicos de los cuales el escape sería difícil (túneles, puentes, medios de transporte, etc).

El tratamiento de las crisis de pánico comprende una adecuada evaluación médica que excluye causas orgánicas de ansiedad (por problemas cardiorespiratorios; tumores aminosecretantes; causas endocrinas; por drogas, etc). (ver Tabla 3).

**TABLA 3. Causas orgánicas de ansiedad.**

<b>1. Cardiorespiratorias:</b>	Arritmias. Síndrome sincopales, prolapso válvula mitral. Angina pectoris. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
<b>2. Tumores aminosecretantes:</b>	Síndrome carcinoide. Feocromocitoma. Ciertos adenomas bronquiales.
<b>3. Otros tumores:</b>	Insulinomas
<b>4. Endocrinas:</b>	Hipertiroidismo. Hipoglucemia. Enfermedad de Cushing. Síndrome menopáusico.
<b>5. Drogas:</b>	Estimulantes SNC (cafeína, anfetaminas, cocaína). Alucinógenos, neurolepticos. IMAOS. Síndromes de abstinencia (alcohol, sedantes hipnóticos).
<b>6. Misceláneas:</b>	Epilepsia lóbulo temporal. Anemia.

La explicación de la situación con el consecuente reaseguramiento de que no va a enloquecer o a morir es el primer paso terapéutico. También es importante la corrección y la explicación de fisiopatología del síndrome de hiperventilación comúnmente asociado con los estados de ansiedad aguda. Otras medidas, pero ya para efecto a mediano o largo plazo, serían por ejemplo la prescripción de antidepresivos tricíclicos o IMAOS que son específicos para la prevención de las crisis de pánico. Los ansiolíticos no sirven pues solo controlan parcialmente la ansiedad anticipatoria en la agorafobia. Los pacientes con síntomas de ansiedad referidos primordialmente al sistema cardiorespiratorio pueden beneficiarse de la administración de betabloqueadores. La psicoterapia de orientación conductual también está indicada en el manejo a largo plazo de este tipo de pacientes.

Las crisis histéricas o conversivas se manifiestan por variados síntomas no explicados por causas orgánicas. Estos pueden ser sordera, ceguera, afonía, pérdida de la conciencia, convulsiones, parestesias, anestias, paresias, parálisis, dolor, etc. es conveniente recordar que hasta en un 30% de pacientes diagnosticados como histéricos se les ha encontrado después una enfermedad orgánica que explica los síntomas.

Los pacientes con crisis conversivas pueden ser sujetos normales que están reaccionando a un **stress** agudo, enfermos con otras psicopatologías como depresión o esquizofrenia o pacientes con historia clara de reacciones conversivas previas.

El tratamiento inmediato de este tipo de emergencia es básicamente psicoterapéutico. Comprende la atención y reaseguración después de la evaluación física. Es importante buscar y poder ventilar factores precipitantes. Se pueden utilizar también medidas de tipo sugestivo o placebos, pero en ningún caso se debe recurrir a métodos averivos o dolorosos.

Las crisis disociativas se caracterizan por la aparición súbita, generalmente precedida de algún

**stress** de un cuadro caracterizado por amnesia, comportamientos no habituales para el sujeto (fugas con conducta organizada; estados de estupor o trance; comportamiento descontrolado, desorganizado). A veces la conducta llega a ser de proporciones psicótica como en la llamada "psicosis histérica".

El manejo de estas crisis es también fundamentalmente psicoterapéutico, si bien en aquellos casos que cursan con agitación, estupor o comportamiento descontrolado hay que sedar el paciente con benzodiazepinas o antipsicóticos.

### Bibliografía

1. APA. Diagnostic and statical manual of mental disorders (DSM III). Washington, American Psychiatric Association, 1980.
2. BEDOYA, J. Emergencias psiquiátricas. In: Toro, R.J. y Ortega, H. eds. Psiquiatría, fundamento de Medicina. Medellín, CIB, 1981.
3. HACKETT, T.P. and CASSEM, N.H. Handbook of general hospital psychiatry. Saint Louis, Mosby, 1978.
4. PEREZ, P. Síndromes orgánicos cerebrales. In: Toro, R.J. y Ortega, H. eds. Psiquiatría, Fundamentos de Medicina. Medellín, CIB, 1981.
5. SHADER, R.I. Manual of psychiatric therapeutics. Boston, Little Brow, 1975.
6. TORO, R.J. Urgencias psiquiátricas. Boletín Informativo del Hospital Mental de Antioquia, Julio - Septiembre, 1981.
7. TUCKER, G.C. Psychiatric emergencies. In: Arieti, S. ed. American Handbook of Psychiatry Vol. V. New York, Basic Books, 1975.
8. YEPES, L.E. Enfermedades afectivas. In: Toro, R.J. y Ortega, H. eds. Psiquiatría, Fundamentos de Medicina. Medellín, CIB, 1981.