

Caso

Motivo de consulta

- Varón de 78 años, que vive con su hija y su yerno
- Traído a Urgencias después de haberse perdido en su barrio

Enfermedad actual

- Esta tarde la familia lo ha traído porque, por primera vez en su vida, se ha perdido en su propio barrio, donde ha vivido siempre
- Desde hace unos seis meses se encuentra decaído, triste, sale poco de casa, habla con pesimismo

Enfermedad actual

- Desde hace tiempo, no saben precisar cuánto, se olvida con más frecuencia de las cosas. Esto es corroborado por el paciente

Antecedentes personales

- Fumador de un paquete diario hasta hace 5 años
- Sin antecedentes psiquiátricos
- Sin otros antecedentes

Antecedentes familiares

- Hermana con “depresiones”

Exploración física

- Sin hallazgos

Exploración psicopatológica

- Buen nivel de consciencia, atento
- Aspecto aseado y correcto
- Actitud tranquila y colaboradora
- Desorientación en tiempo y en espacio, orientado en persona
- Fallos de la memoria a corto plazo, conservada la memoria a largo plazo

Exploración psicopatológica

- Acalculia
- Lenguaje fluido y coherente
- Estado de ánimo deprimido: cierta inhibición psicomotriz, ideas de desesperanza y de minusvalía, sin ideas de suicidio
- Sin alteraciones de la percepción

Exploración psicopatológica

- Sin alteraciones de la conducta
- Sin rasgos de personalidad patológicos

Pruebas complementarias

- Hemograma y bioquímica sanguínea: normal
- Orina: normal
- Placa simple de tórax: normal
- TC cerebral: infarto antiguo, atrofia cortical congruente con su edad, sin otras alteraciones

Diagnóstico diferencial

- *Delirium*
- Episodio depresivo mayor
- Demencia

¿Depresión o demencia?

¿Depresión o demencia?

- La depresión es una frecuente forma de inicio de la demencia
- A su vez, los fallos cognitivos pueden acompañar a los episodios depresivos (pseudodemencia depresiva)

Diagnóstico diferencial

En este caso, el diagnóstico definitivo vendrá aclarado por el curso

Caso

Motivo de consulta

Varón de 82 años que es traído por su familia a Urgencias a las 4 de la mañana después de haber atacado a su hija con un cuchillo de cocina

Enfermedad actual

- Diagnosticado de enfermedad de Alzheimer hace dos años
- Desde hace unos seis meses el paciente es completamente dependiente para las actividades de la vida diaria
- Memoria a corto plazo muy impedida
- Desde hace varios meses, confunde a veces a su hijo con un compañero suyo miliciano de la Guerra Civil

Enfermedad actual

Su médico de Atención Primaria les había aconsejado tramitar su incapacitación civil y preparar su ingreso en una residencia asistida, pero la familia se había negado, horrorizada: “No vamos a deshacernos del abuelo, somos seres humanos”

Enfermedad actual

En estos momentos, exigen el ingreso hospitalario, aduciendo que en estas condiciones son incapaces de hacerse cargo de él. Añaden: “Si nos mata, pesará sobre su conciencia, doctor”

¿Ingreso o alta al domicilio?

Demencia

Demencia



Demencia

- Es la deficiencia adquirida y crónica en varias funciones cognitivas, clínicamente significativa y que impide la autonomía del paciente para la vida diaria
- Si no es adquirida, sino congénita o del desarrollo: retraso mental
- Si no es crónica: *delirium*
- Si no impide la autonomía: deterioro cognitivo leve

Demencias más frecuentes

- Formas mixtas
- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular

Demencia: otros tipos

- Demencia vascular
- Demencia por tóxicos
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Pick
- Demencia por cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal
- Enfermedad de Huntington

Demencia: otros tipos

- Hidrocefalia
- Psicosis
- Epilepsia
- Sífilis
- Enfermedad tiroidea
- Enfermedades por priones

etc.

Demencia: diagnóstico

- El diagnóstico de la mayoría de los tipos de demencia es clínico y de exclusión
- Pruebas diagnósticas de las demencias con causa conocida

¿Demencia o *delirium*?



¿Demencia o *delirium*?

Features	Delirium	Dementia
Onset	Acute	Insidious
Course	Fluctuating	Progressive
Duration	Days to weeks	Months to years
Consciousness	Altered	Clear
Attention	Impaired	Normal, except in severe dementia
Psychomotor changes	Increased or decreased	Often normal
Reversibility	Usually	Rarely

¿Demencia o *delirium*?

La demencia predispone al *delirium*

¿Demencia o *delirium*?

¡Vigilar causas de *delirium*!

Urgencias en una demencia

- Alteraciones graves de conducta
- *Delirium* superpuesto

Demencia: manejo en Urgencias

- Descartar desencadenantes físicos mediante exploración física y pruebas complementarias, especialmente:
 - Infección del tracto urinario
 - Infección respiratoria
 - Ictus
 - Caídas, traumas
 - Anemias, sangrados
- Vigilar conductas agresivas y suicidas

Demencia: tratamiento

- De las demencias con causa conocida: tratamiento de la causa
- De la enfermedad de Alzheimer: memantina, donepezilo, rivastigmina, galantamina
- De las alteraciones de conducta: antipsicóticos (evitar benzodiazepinas)

Demencia: tratamiento

- De los síntomas depresivos: antidepresivos (de elección los ISRS)
- Del insomnio: antidepresivos heterocíclicos, hipnóticos, antipsicóticos
- Rehabilitación cognitiva

Caso

Motivo de consulta

Varón de 35 años, traído a Urgencias a las 3 de la mañana por el 112 tras haberlo hallado sentado en las vías del tren

Exploración física

- *Fetor* enólico
- Estigmas alcohólicos
- Disartria
- Sin signos de trauma

Exploración psicopatológica

- Somnolencia y obnubilación
- Agresividad
- Imposible explorar adecuadamente el estado de ánimo
- Amenazas de suicidio

Pruebas complementarias

- Hemograma: VCM: 99
- Bioquímica sanguínea: GOT:
- Orina: positivo a etanol y a cocaína

Intoxicación ética

Intoxicación ética



Intoxicación etílica: manejo en Urgencias

- Vigilar nivel de consciencia, aspiración de vómito, trauma craneal
- Descartar complicaciones agudas, como el síndrome de Wernicke-Korsakoff

Intoxicación etílica: manejo en Urgencias

- Sujeción mecánica si se valora que en esos momentos el paciente no es capaz de decidir por sí mismo
- Avisar a Psiquiatría, cuando el paciente esté completamente sobrio, en caso de conductas suicidas o parasuicidas

Intoxicación etílica: manejo en Urgencias

- Sujeción mecánica si se valora que en esos momentos el paciente no es capaz de decidir por sí mismo
- Avisar a Psiquiatría, cuando el paciente esté completamente sobrio, en caso de conductas suicidas o parasuicidas

Intoxicación ética



Caso

Motivo de consulta

Paciente de 56 años, que ingresó ayer a cargo de Medicina Interna por una neumonía, y que desde esta mañana presenta temblor

Anamnesis

MÉDICO.- Buenos días.

PACIENTE.- Buenos días.

[...]

MÉDICO.- ¿Fuma usted?

PACIENTE.- Sí.

MÉDICO.- ¿Cuánto, más o menos?

PACIENTE.- Como un paquete al día.

Anamnesis

MÉDICO.- ¿Bebe usted?

PACIENTE.- No, no bebo.

MÉDICO.- Hace usted muy bien. Beber es una cosa muy mala.

¡Mal!

Anamnesis

MÉDICO.- ¿Bebe usted?

PACIENTE.- No, no bebo.

MÉDICO.- Bueno, pero supongo que vino con la comida sí tomará, ¿no?

PACIENTE.- Hombre, claro, no voy a comer con agua.

MÉDICO.- ¿Y toma algo más por la tarde?

PACIENTE.- Bueno, sí, lo normal.

Anamnesis

MÉDICO.- ¿Y qué es lo normal?

PACIENTE.- Pues lo normal: unas cañas mientras echo la partida y un par de carajillos.

MÉDICO.- ¿Y alguna copa?

PACIENTE.- ¿Pero no le he dicho que no bebo? No tomo copas, pero algunos pacharanes sí que me tomo.

Anamnesis

MÉDICO.- ¿Y a qué hora toma el primero?

PACIENTE.- A las 8 de la mañana, o así, que es cuando bajo al bar.

Exploración física

- T: 38,4 °C
- Tos con expectoración verdosa
- Temblor amplio distal
- Resto de la exploración neurológica: sin alteraciones destacables

Exploración psicopatológica

- Vigil, orientado, colaborador
- Lenguaje fluido y coherente
- Buen ánimo
- Ansiedad importante
- Sin alteraciones de la percepción
- Sin alteraciones del curso o el contenido del pensamiento

Diagnóstico

**Síndrome de abstinencia de alcohol
leve**

Plan

¡Evitar la progresión a *delirium tremens* (síndrome de abstinencia de alcohol grave)!

Caso

Motivo de consulta

- Paciente de 47 años, varón, ingresado desde hace 48 h a cargo de Traumatología por varias fracturas.
- Desde esta madrugada se encuentra muy agitado, gritando, señalando con terror a la pared

Anamnesis y exploración

(muy dificultada por el estado de agitación psicomotriz)

- El paciente grita, señala a la pared aterrorizado, cree que “vienen a por él” y que “el edificio se cae”
- El familiar que lo acompaña dice que la habitación está llena de bichos

Anamnesis y exploración

- T: 38,7 °C
- Sudoración profusa
- Taquicardia
- Desorientación, obnubilación, disminución de la atención
- Agitación psicomotriz intensa, con sentimientos de terror
- Alucinaciones visuales (zoopsia)

Diagnóstico

Delirium tremens

Síndrome de abstinencia de alcohol

Síndrome de abstinencia de alcohol: tratamiento

- Medidas físicas de seguridad
- Mantener hidratación adecuada
- Sedantes:
 - Benzodiazepinas a altas dosis: diazepam...
 - Clometiazol (sedante no benzodiazepínico)
- Antipsicóticos: tiaprida... (asociados a benzodiazepinas)

Síndrome de abstinencia de alcohol: tratamiento

- Prevención de complicaciones: tiamina, vitaminas B12 y B6, folato, magnesio

Síndrome de abstinencia de alcohol: pronóstico

- El síndrome de abstinencia leve, por sí solo, tiene buen pronóstico
- El *delirium tremens* tiene una mortalidad del 5-15% (frecuentemente por fallo respiratorio, *torsade de pointes* u otras arritmias)

Caso

Motivo de consulta

- Mujer de 18 años que es traída a Urgencias por su familia por pérdida de consciencia
- La paciente dice que ahora se encuentra bien, y que le gustaría irse a casa

Anamnesis

- Ante la visible delgadez de la paciente, preguntamos por su alimentación
- Responde que se cuida mucho, que le gusta llevar una alimentación sana, estricta. Por eso, hoy solo ha comido un plato de judías verdes
- Practica deporte intenso a diario

Anamnesis

- Familia de clase alta
- Sus familiares están preocupados porque, desde hace ya más de un año, ha restringido en gran medida su dieta
- Siempre da excusas para no sentarse a la mesa a comer con su familia
- De niña fue más bien “rellenita”

Anamnesis

- Sospechan que vomita a escondidas (la paciente lo niega)
- Consumo diario de laxantes
- Amenorrea desde hace un año

Exploración física

- Talla: 1,65 m
- Peso: 35 kg

(IMC: 12,9)

- Palidez

Exploración psicopatológica

- Vigil, orientada
- Actitud poco colaboradora, desafiante
- Ánimo disfórico

(difícil exploración de alteraciones del pensamiento)

- Muy poca consciencia de enfermedad

Pruebas complementarias

- Hemograma:
 - Hemoglobina: 10 g/dl
 - VCM: 81
- Bioquímica sanguínea:
 - Sodio: 132 mM
 - Potasio: 2,7 mM
 - Colesterol total: 220

Pruebas complementarias

- Orina:
 - Normal
- EKG:
 - Normal

Diagnóstico

Desnutrición

Plan

IMC: 12,9

=

ingreso involuntario

Trastornos de la conducta alimentaria

TCA: clasificación muy resumida

- Anorexia nerviosa:
 - Rechazo a mantener un peso normal
 - Miedo intenso a ganar peso
 - Alteraciones de la imagen corporal
 - Amenorrea
 - Posibles conductas purgativas
- Bulimia nerviosa:
 - Atracones
 - Conductas compensatorias a los atracones
 - Preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal

TCA: clasificación muy resumida

- Trastorno de la conducta alimentaria no especificado
- Trastorno por atracón
- Pica

etc.

TCA: tratamiento

- Renutrición
- Psicoterapia
- Fluoxetina (en la bulimia nerviosa)
- Tratamientos sintomáticos y de los trastornos asociados

TCA: pronóstico

- La anorexia nerviosa es la enfermedad mental con mayor mortalidad (alrededor del 10%)
- El pronóstico de los TCA es relativamente bueno
- Alta proporción de casos cronificados y con persistencia de creencias erróneas sobre la alimentación

Caso

Motivo de consulta

Mujer de 25 años, que vive con sus padres en la Acera de Recoletos, que es traída a Urgencias, acompañada por su madre, por mutismo

Enfermedad actual

- Desde esta mañana la paciente no dice ni una palabra, ni responde a las preguntas
- No mira a los ojos, sino a un punto fijo enfrente de ella
- Sus padres están preocupadísimos y le limpian continuamente la saliva que se le cae con un pañuelo

Enfermedad actual

- Al parecer, la paciente se encuentra muy nerviosa desde una fuerte discusión que tuvo con su padre hace tres días

Antecedentes

- Sin antecedentes físicos de interés
- Familia de clase alta
- Sin antecedentes psiquiátricos

Exploración

- No responde a nuestras preguntas
- Mantiene la mirada fija delante de ella
- Frunce el ceño como respuesta al dolor
- No colabora en la exploración neurológica
- Buen tono, normorreflexia
- No se opone a los movimientos pasivos

Plan

Tras descartar enfermedad física urgente, se decide ingreso en Psiquiatría para aclarar el diagnóstico

Diagnóstico diferencial (psiquiátrico)

- Trastorno disociativo
 - (alteración de la consciencia)
- Trastorno facticio
 - (consciencia intacta, ganancia inmaterial)
- Simulación
 - (consciencia intacta, ganancia material)

Diagnóstico diferencial (psiquiátrico)

- Psicosis
- Depresión

Diagnóstico diferencial (psiquiátrico)

- Trastorno disociativo
 - (alteración de la consciencia)
- Trastorno facticio
 - (consciencia intacta, ganancia inmaterial)
- Simulación
 - (consciencia intacta, ganancia material)

Pronóstico

- Probable recuperación en varios días
- Posible hallazgo de un trastorno de la personalidad de base

Caso
(Ganser, 1898)

Ganser, 1898

MÉDICO.- ¿Sabe usted contar hasta diez?

PACIENTE.- Sí.

(Permanece callado.)

MÉDICO.- Bueno, cuente hasta diez.

PACIENTE.- Uno, dos, tres, cuatro.

(Calla otra vez.)

Ganser, 1898

MÉDICO.- ¿Qué va después del uno?

PACIENTE.- El dos.

MÉDICO.- ¿Y después?

PACIENTE.- Doce, noventa y tres.

[...]

MÉDICO.- ¿En qué ciudad estamos?

PACIENTE.- En Berlín, Rusia.

Ganser, 1898

MÉDICO.- ¿Cuántas narices tiene usted?

PACIENTE.- No lo sé.

MÉDICO.- ¿Tiene usted nariz?

PACIENTE.- No sé si tengo nariz.

MÉDICO.- ¿Cuántas orejas tiene?

(Se toca las orejas.)

PACIENTE.- Dos.

Recuerda

Un *trastorno disociativo* se asemeja en su presentación clínica a lo que un profano se imaginaría que es *estar loco*

Caso

Motivo de consulta

Mujer de 20 años, que vive con sus padres, que es traída a Urgencias con bajo nivel de consciencia

Anamnesis

- Según explica la familia, tras una discusión con su padre, la paciente se ha dirigido al cuarto de baño y se ha tomado una caja de 30 comprimidos de lormetazepam de 1 mg (prescrito a su madre por insomnio)
- Llevaba varios días amenazando con “quitarse de en medio” porque sus padres “no la dejan ni respirar”
- Sin intentos de suicidio previos

Exploración física

- Escala del coma de Glasgow: 14/15 (E3)
- Cicatrices en ambos antebrazos
- Sin otros hallazgos

Exploración psicopatológica

- Imposibilitada una exploración adecuada por la somnolencia que presenta la paciente
- Se pospone hasta el día siguiente

Plan

- El lavado gástrico no estaría indicado en este caso
- Flumazenilo intravenoso (antídoto)

Diagnóstico

Intoxicación leve por benzodiazepinas

Diagnóstico

Gesto suicida

Caso

Motivo de consulta

- Varón de 65 años, que vive solo en una pequeña aldea del Páramo, traído a Urgencias por el 112 por trauma de miembros inferiores
- Encontrado en el suelo por el cartero, que llevaba un paquete para él

Anamnesis y exploración

- El paciente responde que se colgó de una viga con intención de matarse
- Se avisa a Psiquiatría

¡Mal!

Anamnesis y exploración

- El paciente responde que se colgó de una viga con intención de matarse
- Se evalúa la gravedad de sus lesiones; finalmente se encuentra una fractura de cabeza de fémur
- Encontrada marca en el cuello sugerente de ahorcamiento

Plan

- Se decide ingresar al paciente a cargo de Traumatología
- Se avisa a Psiquiatría durante el ingreso

Al día siguiente...

Anamnesis

- El paciente piensa que su vida no vale ya la pena, no le queda nada, algunos amigos han muerto y sus hijos viven en otras provincias, los ve poco, siempre trabajan mucho
- Desde hace varios meses apenas sale de casa
- Separado hace 22 años

Caso

Motivo de consulta

Varón de 19 años, residente en Valladolid, que acude a la consulta del médico de Atención Primaria por ideas de suicidio

Anamnesis y antecedentes

- Se encuentra muy triste y sin esperanza desde que su novia lo dejó, hace ya cuatro meses
- Ha perdido apetito y no ha comido mucho
- Bebe a diario “para olvidar”
- Sobre sus creencias religiosas, responde que es católico
- Cultiva aficiones: le encanta escribir y escuchar música

Anamnesis

- Ha pensado en detalles: si se decidiera, se mataría disparándose con la escopeta de caza que su familia guarda en la casa de campo
- Sin antecedentes familiares físicos ni psicopatológicos destacables
- Su padre se suicidó cuando él tenía 10 años

Suicidio

Suicidio

- La primera causa de muerte violenta en España (por encima de los accidentes de tráfico)
- La primera causa de muerte en adolescentes

Suicidio: actitud

- Es uno de los finales naturales de la enfermedad mental
- En raras ocasiones ocurre sin que se padezca enfermedad mental alguna
- Es imposible prever el suicidio, pero sí se puede evaluar el riesgo
- Siempre deben explorarse las ideas suicidas en caso de enfermedad mental

Suicidio: factores de riesgo

- Enfermedad mental grave
- Intentos de suicidio previos
- Sexo varón
- Soltería
- Edad avanzada
- Enfermedad física grave
- Alcoholismo

Suicidio: factores de riesgo

- Ateísmo
- Medio rural
- Desempleo y algunos oficios
- Primavera

Evaluación de conductas (o ideas) suicidas

- Método
- Estructuración y planificación
- Acompañado/*suicide gamble*/solo
- Tipo de ideas autolíticas
- Frecuencia/infrecuencia de las ideas
- Egosintonía/egodistonía de las ideas

Gracias por vuestra atención