

ENTREVISTA CLINICA PSIQUIATRICA EN URGENCIAS

Dra Ana Luengo Martí. Dra. M^a Llanos Conesa Burguet

Médicas adjuntas del Servicio de Psiquiatría

La atención psiquiátrica debe estar integrada dentro del ámbito asistencial de urgencias médico-quirúrgicas, sin embargo hay determinados aspectos diferenciales a tener en cuenta, por un lado el perfil del paciente psiquiátrico en urgencias y por otro la no existencia de pruebas objetivas diagnósticas, siendo la entrevista clínica el medio indispensable de evaluación.

El paciente que realiza la demanda llega a ser difícil de abordar pudiendo presentar alteraciones comportamentales, desbordamiento emocional y/o escasa colaboración, si a esto se le une la sensación de crisis, familias desbordadas y falta de soportes de asistencia social, obtenemos situaciones donde resulta difícil encarar la entrevista. Por ello es de vital importancia en las urgencias psiquiátricas el lograr un contacto empático, cordial que permita reconducir la situación y lograr un clima de confianza y colaboración donde poder evaluar al paciente y lograr el abordaje más adecuado y consensuado posible. Un buen manejo de la entrevista psiquiátrica es un instrumento imprescindible para lograrlo.

Las características propias del ámbito de urgencias, como la falta de tiempo y espacio, o la presión asistencial marcan los objetivos de la asistencia a la urgencia psiquiátrica. Por ello ésta debe ser puntual e inmediata, su objetivo no debe ser la de realizar un diagnóstico preciso sino valorar la necesidad de tratamiento inmediato o a medio plazo, necesidad ingreso hospitalario y en su defecto lugar de derivación al alta.

Pese a esto, hay requisitos mínimos sin los que no es posible llegar a ello: un tiempo suficiente y espacio. El paciente que acude a urgencias psiquiátrica suele presentar alto nivel ansiedad, inquietud o incluso agitación psicomotriz, sin una adecuada estabilización es inviable llevar a cabo la entrevista. Por otro lado, a la hora de realizar ésta hemos de tener en cuenta que el tipo de problema presentado suele ser de índole personal, y es previsible una desconfianza o vergüenza a la hora de relatarlo a un extraño; por tanto es preciso lograr, dentro de las posibilidades de un ámbito de urgencia, un clima de confianza donde sea capaz de exteriorizar sus problemas, un espacio tranquilo, que proporcione cierta intimidad y confidencialidad al paciente para verbalizar sus temores y, a su vez, libre de objetos potencialmente peligrosos y con salida fácil por si existiera riesgo de agresividad en algún momento.

RECOMENDACIONES ÚTILES EN LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EN URGENCIAS

- Es útil realizarla en dos fases: una primera fase donde el objetivo será desangustiar al paciente y crear un clima de confianza. La actitud debe ser de escucha empática, lo menos directiva posible (la ventilación emocional en sí misma es ya terapéutica). Y una segunda fase donde completaremos la información que nos falte, con preguntas concretas, directas pero sencillas y comprensibles. En esta segunda fase nos centraremos en el problema actual y sus desencadenantes, una recogida minuciosa de datos biográficos no relacionados con el episodio actual no tiene sentido en urgencias.
- Es importante no realizar preguntas enjuiciadoras, suspicaces ni interpretaciones del discurso. La entrevista debe darse en un clima de respeto.
- Hay que mostrarse tranquilo, receptivo y objetivo, por ello la implicación emocional excesiva puede entorpecer la eficacia de la atención.
- Es fundamental recoger el máximo de información antes de la entrevista con el paciente, bien sea a través de anteriores informes de urgencia o a través de familiares.
- Realizar la entrevista en despachos donde no haya objetos potencialmente peligrosos y sea fácil la demanda de ayuda. En caso de riesgo de agitación o agresividad advertir al personal de seguridad antes de iniciar la visita.
- El tiempo de la entrevista dependerá del tipo de paciente, precisando alargarla si existiera dudas sobre la necesidad de un ingreso pero mucho más reducida ante pacientes con demencia, estupor o incluso, en aquellos que sólo quieren alivio de un síntoma leve.

CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN URGENCIAS

ANAMNESIS

- **Motivo de la consulta:** Se define tras la entrevista. Es lo que ha llevado a consultar ese día, puede ser definido por juez o familiares cuando el sujeto es traído engañado. Es recomendable el uso de términos descriptivos para no sesgar ulteriores consultas, así mejor definir como “ingesta medicamentosa” antes que como “intento suicida”.
- **Historia de la enfermedad actual:** En este apartado se recogerán las características de los síntomas, su evolución (importante aclarar si son síntomas crónicos o agudos), posibles factores desencadenantes. Debe completarse con una evaluación del funcionamiento habitual del paciente, cómo están afectando los síntomas en éste y posibles beneficios secundarios de los mismos si los hubiera.
- **Recogida antecedentes personales.**
 - Antecedente personales somáticos y psíquicos: diagnóstico, curso, ingresos, tratamiento. Fecha última y próxima revisión.
 - Consumo de tóxicos: especificar tipo, patrón consumo, cantidad.
 - Recogida de su conducta ante la enfermedad y tipo de afrontamiento.
- **Recogida antecedentes familiares:** tanto psíquicos como somáticos. Especial relevancia de antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos, demencia o enfermedades neurológicas.

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

El paciente clasificado como “psiquiátrico” también puede enfermar y de hecho, los pacientes psicóticos son pacientes de alto riesgo, así pues no hay que minusvalorar sus quejas somáticas; recordemos que la labor en urgencias no es determinar si se trata de una queja verdadera o falsa sino el riesgo potencial si ésta fuera verdadera. Como norma general se deberá realizar una exploración médica general previa a la valoración psiquiátrica. A no ser que sean problemas menores claramente identificados o pacientes conocidos con sintomatología habitual.

Especial atención tendrán las siguientes situaciones que orientan hacia patología “orgánica subyacente”:

- Pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos.
- Comienzo brusco o repentino de la sintomatología sin antecedentes de cuadros similares.
- Sintomatología psicótica o afectiva en ancianos.
- Sintomatología psiquiátrica atípica en edad, presentación o evolución.
- Consumo habitual de sustancias psicótropas o alcohol.
- En todo paciente con disminución de conciencia.
- Hallazgos anormales en el examen físico: focalidad neurológica, pupilas, constantes alteradas, incontinencia esfínteres, disartria.
- Antecedentes de descompensación por enfermedad médico-quirúrgica reciente.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

El examen mental en psiquiatría ejerce la misma función que la exploración física en el médico de atención primaria, y es importante que se realice de forma estructurada.

- **Contacto inicial:** quién le trae, apariencia y comportamiento.
 - Apariencia: aseo y vestimenta (sucio, excesivamente pulcro, pintoresco...).
 - Comportamiento. Resulta valioso observarlo durante su estancia en la sala de espera: pacientes maniacos pueden ser capaces de minimizar síntomas durante la entrevista mientras que otros que permanecen tranquilos en la espera pueden actuar de forma muy teatral ante el médico. Durante la entrevista informar del nivel colaboración y suspicacia; descripción de la conducta motora: manierismos, esterotipias, tics, rituales, acatisia, distonías...
- **Estado consciencia:** elemento prioritario para descartar posible organicidad. Si el inicio es agudo o existen grandes fluctuaciones en alguien previamente “normal”, es sugestivo de organicidad hasta que se demuestre lo contrario. En urgencias lo importante es descartar patología somática potencialmente grave a corto plazo y no el llegar a diagnóstico psiquiátrico afinado.
- **Dimensiones neuropsicológicas:**
 - Orientación.
 - Atención: Los pacientes maniacos pueden presentar gran distraibilidad.
 - Memoria: inmediata, reciente y remota.
- **Afectividad:**
 - Humor o estado de ánimo (tono sostenido de sentimientos): eutímico, hipertímico, expansivo, disfórico, deprimido, anhedonia,... son algunas descripciones frecuentes.
 - Emoción (reacción afectiva brusca y transitoria de ese momento): ansiedad, agitación, apatía, sentimiento de falta de sentimiento (el paciente refiere sentirse vacío o indiferente).
 - Expresión afectiva: inapropiado, embotado, lábil...
- **Discurso y pensamiento:**
 - Trastornos en el lenguaje o habla pueden orientar hacia patología “orgánica”: disartria (intoxicaciones, hipoglucemia, lesión difusa o focal), disprosodia, afasia/disfasia, agrafia/alexia...indican lesión neurológica focal
 - Trastornos formales: El discurso debe ser lógico, cronológico y retomar el hilo si se les interrumpe. Se debe estudiar:
 - *El flujo del pensamiento:* cantidad y velocidad. (acelerado o enlentecido: mutismo, bradifasia, taquifasia, fuga de ideas).
 - *La direccionalidad y continuidad:* discurso circunstancial, perseverante, prolijo, fragmentado, tangencial, disgregado o incoherente.
 - Contenido del discurso. Valorar el tema del mismo: preocupaciones más importantes, ideas obsesivas o sobrevaloradas, existencia de ideación delirante y tipo de la misma (de perjuicio, celotipia, nihilista, megalomaniaca...), existencia de alteración propiedad pensamiento (fenómenos transmisión, inserción o difusión).
- **Percepción:** Existencia de ilusiones, alucinosis (típicas de consumo de psicoestimulantes), alucinaciones, pseudoalucinaciones. Sugerirá organicidad: las alucinaciones visuales, las alucinosis y en general toda distorsión perceptiva aislada.
- **Ritmos biológicos:**
 - Apetito: valorar si la hiporexia se debe a una auténtica falta de hambre (señal de fenómeno más “orgánico”) o a una falta de impulso vital para alimentarse y realizar otras actividades cotidianas, más indicativo de ánimo depresivo. Un dato objetivo de la gravedad sería la ganancia o pérdida de peso.
 - Sueño.
- **Personalidad:** En urgencias no se debe realizar un diagnóstico de esta índole, simplemente anotar aquellas conductas o reacciones que nos parezcan de interés. Más que la visión transversal en ese momento de “crisis”, nos dará información sobre el tipo de personalidad el estilo de conductas anteriores en otras situaciones de estrés o conflicto personal.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Hay que ser precavidos a la hora de realizar un juicio clínico, tanto de cara al paciente como para no sesgar visitas futuras basadas en informes previos. Así será mejor clasificar como cuadro psicótico que no como Esquizofrenia (si es un nuevo diagnóstico) o de ingesta medicamentosa antes que de intento suicida. A la hora de dar la impresión clínica al paciente hay que tener en cuenta que la capacidad de asimilación del paciente está menguada por la situación de crisis, por lo que es recomendable información breve pero clara. Dar confianza pero no falsas esperanzas.

PLAN DE TRATAMIENTO

Hay que especificar en qué condiciones se le da el alta (dónde, con quién se va, signos de alarma futuros y pautas de actuación ante ellos, especialista al que se deriva). Indicar los tratamientos psicofarmacológicos administrados en la urgencia y el plan de tratamiento farmacológico al alta, con una posología clara.

INFORME CLÍNICO EN URGENCIAS

Todos los datos obtenidos durante la entrevista se resumirán en un informe clínico. El informe no sólo es un mero trámite, va a ser fundamental lo que registremos en él, teniendo un papel informativo (tanto para el paciente como para el especialista que posteriormente vaya a realizar el seguimiento), diagnóstico (en ulteriores consultas a urgencias el informe de visitas previas será una de las fuentes a consultar) o como prueba judicial de lo que realizamos ese día en concreto. Por tanto, antes de redactarlo conviene pensar en cómo va a repercutir en el curso del paciente y a quién va a ser destinado.

Como normas generales:

- Habrá que obviar juicios de valor o meras suposiciones (entre ellos no definir como Trastorno de personalidad un paciente no filiado, mejor emplear rasgos caracteriales o describir conductas observadas...).
- Se redactará con un lenguaje suficientemente técnico en aquellos términos que puedan resultar ofensivos al paciente o familiares (siempre hay que tener en cuenta que éstos lo leerán), pero que aporten información interesante para el especialista que vaya a realizar el seguimiento.
- Se especificará pruebas complementarias y exploraciones realizadas, si las hubiere.
- Se matizará destino al alta y compromiso adoptado por familiares o paciente.
- Se evitará entrar en detalle de los problemas de índole personal por los que consulta el paciente, reflejando sólo lo indispensable.

A continuación se aporta un ejemplo de esquema básico de informe psiquiátrico en urgencias:

1. Motivo de consulta.
2. Historia actual.
3. Exploración física.
4. Exploración psicopatológica.
 - Aspecto, contacto y conducta.
 - Nivel consciencia.
 - Dimensiones neuropsicológicas: orientación, memoria, atención.
 - Psicopatología de la afectividad.
 - Discurso y pensamiento.
 - Alteraciones formales.
 - Alteraciones del contenido.
 - Percepción.
 - Existencia de alucinaciones, pseudoalucinaciones.
 - Existencia de alucinosis, ilusiones.
 - Ritmos biológicos: patrón alimentario y de sueño.
5. Impresión diagnóstica.
6. Plan tratamiento.