

Valoración médica general de pacientes mentales

José Miguel Salmerón Castro¹

Resumen

El presente escrito pretende servir como guía para el personal médico en general que tenga su escenario de acción en hospitales, clínicas y casas de reposo, donde se atiendan pacientes con trastornos mentales graves. Es bien sabido que el paciente mental se constituye en un desafío para el clínico y que muchas veces la exploración física no se lleva a cabo en la manera usual, debido a sus particularidades. Por ello se consideró oportuno revisar algunos procedimientos y compartir las experiencias adquiridas en el trabajo en salas de un hospital mental y así contribuir en la prestación de un servicio integral en el complejo contexto mente-cuerpo.

Palabras clave: reconocimiento, examen físico, métodos.

Title: General Medical Assessment of Mental Patients

Abstract

The purpose of this paper is to serve as a useful tool for medical staff providing attention in any type of hospital, clinic or mental ward, particularly in those dealing with patients with severe mental disorders. It is well known that these patients pose a clinical challenge to the general practitioner and that their physical evaluation is sometimes undertaken in a different manner. Because of this it was considered relevant to highlight some of the procedures and to share some of the experiences in the everyday care of these patients, contributing to an integral approach in the complex body-mind context.

Key words: recognition, physical examination, methods.

La finalidad de la valoración médica ha de ser el reconocimiento de alteraciones médicas en el paciente que ha sido hospitalizado para recibir tratamiento psiquiátri-

co. Muchas veces, la condición clínica del que consulta al servicio de urgencias hace necesaria la intervención inmediata del médico general de ese servicio, quien será el que

.....
¹ Residente de tercer año, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle.

defina el manejo que se va a seguir inicialmente o, incluso, remitirlo a otro nivel de atención. En algunos casos, la intervención del médico en la sala será continuar o ajustar el manejo iniciado en el servicio de urgencias.

Es importante recordar que, con frecuencia, los pacientes llegan remitidos de sitios alejados, muchas veces sobredados, hipotensos y casi siempre deshidratados. Por esto se debe ser muy cuidadoso al evaluar el estado hemodinámico y metabólico cuando el paciente ingresa, más aún si se va a instaurar un plan de sedación como parte de su tratamiento. Otro aspecto para recordar es que, muchas veces, cuando el paciente ingresa, ha ingerido muy pocos alimentos en los días previos y se debe descartar la hipoglucemia. De la misma manera, deben identificarse tempranamente los traumatismos óseos y de partes blandas que con frecuencia coexisten en los pacientes psiquiátricos que requieren hospitalización.

Para efectos prácticos, el paciente que se hospitaliza se puede dividir en dos grandes grupos: el paciente crónico, conocido en el hospital, y el paciente que consulta por primera vez. Esto podría parecer obvio, pero es de gran relevancia en la aproximación clínica. Generalmente, el paciente crónico ha tenido múltiples hospitalizaciones a lo largo de varios años, y ya es cono-

cido bien sea por el personal médico o por el de enfermería. En estos casos, con frecuencia, se conocen bien los antecedentes médicos del paciente y se facilita la evaluación inicial. La situación del paciente que por primera vez llega al hospital es totalmente diferente desde el punto de vista médico, y constituye un desafío clínico para el profesional a cargo de su evaluación de ingreso.

En estos casos se pone de relieve la enorme importancia de una historia clínica detallada, la recopilación de antecedentes y la información adicional que puedan brindar los familiares del enfermo. A lo anterior debe sumarse el reporte que hace enfermería al ingreso del paciente a la sala, pues no es raro encontrar allí información valiosa que se pasó por alto en la historia clínica.

Seguidamente, el examen físico realizado por el médico de salas debe ser exhaustivo y minucioso. Esto no debería tomar más de diez minutos en un paciente colaborador, como muchas veces ése no será el caso con nuestros pacientes, por ello el examinador deberá, en ocasiones, realizarlo de manera escalonada y diferida, según sea el estado mental del enfermo.

Antes de proceder a examinar al paciente, es aconsejable preguntar al personal de enfermería cuál es la condición en que éste se en-

cuentra, puesto que en el ámbito de un hospital psiquiátrico nunca está de más asegurarse para prevenir accidentes. De la misma forma, si en el transcurso de la evaluación usted percibe que éste se encuentra hostil, agresivo o, peor aún, le ofrece resistencia o rechaza su presencia, suspenda su procedimiento y deje constancia escrita de lo sucedido. Posteriormente, cuando se encuentre más compensado de su enfermedad psiquiátrica, usted podrá concluir la evaluación física. Otra situación que ocurre con regularidad es encontrar al paciente sedado. Se puede pensar que en ese estado la evaluación no será integral, pero también hay que considerar que en este estado ofrece menos resistencia y se pueden evaluar mejor muchos aspectos de la exploración física.

Examen físico

Ya fue mencionado el carácter minucioso que debe tener este procedimiento. En este sentido se pretende subrayar algunos aspectos de la exploración física en los pacientes psiquiátricos.

Signos vitales: se debe procurar que éstos sean tomados en reposo, pues con frecuencia se puede encontrar hipertensión y taquicardia cuando el paciente se encuentra acelerado o ansioso. Si existen dudas sobre la presencia de alteracio-

nes de base, la estancia en la sala se puede aprovechar para hacer afinamientos y descartar patologías cardiovasculares. Por el contrario, si se encuentra un paciente con bradicardia o hipotensión arterial, debe primero pensarse que la están produciendo los medicamentos, sobre todo si se administraron por vía parenteral.

Es necesario ser muy cuidadoso con aquellos pacientes que cursan con un primer episodio de enfermedad mental. Aquí se necesita actuar con la idea de realizar diagnósticos diferenciales de las entidades psiquiátricas más frecuentes; pero como este escrito no pretende abarcar este tema tan vasto, se sugiere consultar otros textos para mayor información.

Cabeza: el paciente llega frecuentemente muy desaseado y con el cabello largo y sucio, por ello es fácil pasar por alto las cicatrices antiguas. Hay que recordar que las intervenciones neuroquirúrgicas previas pueden ser el origen de muchos cuadros. No olvide la pediculosis. Busque signos de trauma.

Ojos: su exploración es decisiva para hacer diagnóstico diferencial. Para resaltar está en primer lugar la revisión de las pupilas y su reactividad a la luz. El examen del fondo de ojo se considera básico en la evaluación de estos pacientes, por lo tanto, desde el franco papiledema

hasta cambios mínimos en los bordes del disco óptico son de gran importancia. Las relaciones entre arterias y venas retinianas también suelen ser de mucha ayuda.

De igual forma, siempre se debe tener en cuenta el estado funcional de los músculos extraoculares y elevadores de los párpados. Se aconseja anotar en la evaluación inicial el diámetro pupilar, porque será de gran relevancia en el seguimiento de algunos pacientes. Cuando vaya a hacer funduscopia tenga en cuenta que puede necesitar dilatación pupilar. Si no existen contraindicaciones, no dude en proceder. La tropicamida (Midriacyl) en gotas es una buena opción y su efecto es relativamente corto (de dos a tres horas). Se recomienda dejar anotado en la historia este procedimiento para evitar confusiones en caso de que alguien examine al paciente después de usted. La presencia de nistagmo debe alertar acerca de alteraciones infratentoriales o toxicidad de algunos fármacos.

Oídos, nariz y cavidad oral: piense siempre en la presencia de focos infecciosos parameningeos, sobre todo en pacientes de primera vez y con antecedentes de fiebre o alteraciones del sensorio. La cavidad oral es otra región importante para evaluar, por ello cerciósese de la presencia de prótesis odontológicas o de otros cuerpos extraños, pues son un riesgo potencial en todo

paciente que entra a sedación. Asegúrese de que no haya secreciones. Describa la higiene de la cavidad oral.

Cuello: nuevamente en busca de diagnósticos diferenciales. Nunca deje de palpar la glándula tiroides, ya que sus alteraciones son causa frecuente de síntomas psiquiátricos. Tenga en cuenta la presencia de adenopatías.

Tórax: la evaluación detenida de los sistemas cardiovascular y respiratorio siempre ha de ser un hábito. Recuerde que la mayoría de los fármacos utilizados en la práctica psiquiátrica son potencialmente cardiotóxicos y que pueden inducir arritmias. Por otro lado, la depresión o la dificultad respiratoria deben ser prevenidas y corregidas tempranamente. Por lo tanto, busque signos que le permitan anticiparse. Si son de relevancia, describa las cicatrices presentes. Si le surgen dudas, realice un electrocardiograma. No se olvide de la espalda.

Abdomen: describa las cicatrices, descarte masas y no se deje engañar por los fecalomas, que son frecuentes en los pacientes psiquiátricos, sobre todo si son crónicos. Si tiene dudas, no deje de realizar un tacto rectal (cerciósese de que el paciente le colaborará).

Sistema genitourinario: aquí lo primordial es descartar la presen-

cia de infecciones de transmisión sexual, para ello busque lesiones o secreciones. Se sugiere estar acompañado por personal de enfermería femenino, cuando se requiera exploración ginecológica.

Extremidades: evalúe su funcionalidad, busque heridas y échele un vistazo a las uñas, a las palmas y a las plantas, pues con frecuencia le darán muchas pistas para el diagnóstico diferencial (sífilis). Detalle cicatrices, deformidades, amputaciones, atrofas, etc.

Piel: busque focos de infección, los cuales son frecuentes en los pacientes que llegan de la calle. No olvide la escabiosis y recuerde que algunos neurolépticos producen un exantema característico. Tenga siempre en cuenta que las escaras son una complicación frecuente en algunos pacientes. Esté atento a las manifestaciones alérgicas de ciertas drogas, especialmente de algunos anticonvulsivos.

Sistema nervioso central: en este sistema es donde más cautela debe tenerse, pues la mayoría de los diagnósticos diferenciales y los potencialmente más peligrosos se ubican aquí. Muchas veces es imposible realizarlo por completo en la primera evaluación, por lo tanto, con frecuencia, tendrá que realizarlo de manera escalonada según sea el estado del paciente.

Se sugiere el siguiente orden para la evaluación:

1. Estado mental.
2. Marcha.
3. Fuerza y sensibilidad (déficits focales).
4. Pares craneales.
5. Tono.
6. Signos meníngeos.
7. Reflejos.
8. Cerebelo.

Cuando se encuentre ante un paciente inconsciente o con sospecha de síndrome catatónico, tenga en cuenta que no podrá realizar una exploración completa, pero los siguientes puntos le serán de gran ayuda:

1. Dejar caer la mano por encima de la cabeza.
2. Examinar con detalle las pupilas.
3. Buscar movimientos oculares anormales.
4. Verificar respuesta al dolor (se sugiere abandonar los estímulos muy fuertes: será suficiente presionar un lapicero contra la uña de uno de los dedos del paciente) o presionar sostenidamente con el dedo el sitio anatómico por donde emerge el nervio supraorbitario).
5. Reflejo de Babinski.
6. Reflejo corneal.

Si sospecha una alteración metabólica, no olvide tomar una

glucometría y ordenar los exámenes que usted considere pertinentes.

Ayudas paraclínicas

Para una práctica clínica segura y para obtener diagnósticos ciertos y, sobre todo, tempranos, es básico apoyarse en el laboratorio clínico y a veces en las imágenes diagnósticas. En general, todo paciente que ingresa a hospitalización le es ordenado un hemograma y una serología para sífilis. Están justificados, por cuanto ayudan en el diagnóstico diferencial para el caso de la serología y porque permiten hacerle seguimiento al estado hematológico del paciente que recibe o van a serle iniciados fármacos potencialmente tóxicos para el sistema hematopoyético.

No está de más anotar su importancia en el diagnóstico precoz de infecciones virales o bacterianas, presentes de forma subclínica en el momento del ingreso del paciente. Con lo anterior, queda justificado el uso de estas ayudas en todo paciente que ingresa; igualmente, será obvio no solicitarlos en pacientes con un resultado reciente o en los cuales el clínico no los considere pertinentes.

Siempre debe tenerse en cuenta que sólo la evaluación clínica y el criterio médico del profesional al cuidado de los pacientes serán los

que den la pauta para ordenar pruebas adicionales.

Los exámenes que con frecuencia pueden requerirse para la evaluación y estudio de un paciente psiquiátrico son, entre otros: glucemia, creatinina, electrolitos, TSH, T4 libre, prolactina sérica, perfil de función hepática, perfil de función renal, albúmina y proteínas totales en suero, concentraciones séricas de litio y de vitamina B12 (o ácido fólico) y algunos anticonvulsivos, prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS), Elisa para VIH, estudios urinarios, análisis de otros fluidos corporales (heces, esputos y líquido cefalorraquídeo), prueba de embarazo, etc.

Situaciones especiales

Ancianos: cada vez son más frecuentes en nuestras salas de hospitalización y por lo tanto nos vemos enfrentados a pacientes con múltiples comorbilidades para tener en cuenta. Cuando un anciano tiene afectación de su estado mental, es más vulnerable a desarrollar complicaciones, aparte de que ofrece dificultades en su diagnóstico y manejo, por cuanto no expresa sus síntomas con claridad. Un punto para tener presente es lo fácil que se deshidratan y la propensión a desarrollar escaras, infecciones urinarias subclínicas, infecciones respirato-

rias, asfixia por cuerpos extraños o a presentar hipotensión con los fármacos.

Embarazadas: como es comprensible, requieren cuidados especiales, además de que es necesario brindarles seguridad física mientras dure su hospitalización y estar atentos a la evolución de su gestación y a la aparición de posibles complicaciones. En lo posible se debe contar con una ecografía temprana para estar seguros de su edad gestacional, pues muchas veces no será confiable el dato de amenorrea. Los exámenes de laboratorio se ordenarán de acuerdo con la necesidad y al criterio del médico tratante. Se recomienda consultar la lista de categorías en cuanto a la escogencia de fármacos durante la gestación.

Puérperas: por su afectación mental, con frecuencia descuidan su higiene personal; por ello se debe estar atento a las infecciones del área genital, episorrafias, endometritis y mastitis.

Enfermedades infectocontagiosas: en la mayoría de los casos son infecciones menores fácilmente tratables; pero dadas las condiciones particulares de las salas de hospitalización en psiquiatría y sus pacientes, se debe mantener un alto índice de sospecha para infecciones potencialmente peligrosas o que generen brotes intrahospitalarios. Entre muchas, se pueden mencio-

nar la tuberculosis, la varicela, el herpes zóster, la leptospirosis, la escabiosis, las infecciones gastroentéricas y, en grado máximo, la meningitis bacteriana o la encefalitis viral. No es materia de este texto entrar en detalles sobre el tratamiento de estas patologías, pero sí es importante subrayar la capital importancia de un manejo adecuado de los contactos y del aislamiento cuando así lo indica el caso en cuestión.

Enfermedades de transmisión sexual: no olvide que muchos de los pacientes psiquiátricos, por las características de sus trastornos, presentan conductas sexuales promiscuas y se debe mantener un alto índice de sospecha para estas enfermedades.

Profilaxis de trombosis venosa: aunque en el hospital no es frecuente encontrar pacientes con factores de riesgo para esta condición clínica, se debe tener en cuenta que muchas veces llegarán pacientes inmovilizados en cama durante períodos largos y que en algunos de ellos habrá que entrar a considerar la necesidad de administrar anti-trombóticos.

Distonías: esta complicación es una de las más frecuentes en el manejo de pacientes hospitalizados. Puede presentarse en cualquier paciente que reciba neurolépticos, pero es más frecuente en aquellos

que los reciben por primera vez. Existen varias opciones farmacológicas para su manejo. En este hospital se utiliza el biperideno (Akineton), presentación de ampollas de 5 mg en 1 ml.

Estreñimiento: en la práctica clínica diaria será una de las quejas más frecuentes de los pacientes. Es bien sabido que su origen puede ser variado, pero se debe recordar que los efectos anticolinérgicos de los fármacos psiquiátricos pueden ser la principal razón de su presentación. Es recomendable que todos los pacientes hospitalizados reciban dieta de alto contenido de fibra y abundantes líquidos orales. Cuando son necesarios los laxantes, se considera que la elección debe basarse en la experiencia de cada clínico, aunque son buenas elecciones los preparados con aceite mineral, polvo de sen, diversas combinaciones de origen vegetal, etc. No se debe olvidar que con frecuencia será necesario administrar enemas evacuanes para un adecuado resultado.

Globo vesical: al igual que las distonías, el estreñimiento, los mareos y las mucosas secas, las diferentes formas de retención urinaria son producto de los efectos anticolinérgicos de gran parte de los medicamentos psiquiátricos. Es importante tener siempre en mente esta posibilidad, sobre todo en pacientes ancianos o aquellos que reciben por primera vez este tipo de fármacos.

Obstrucción aguda de vía aérea: sobre esto debe hacerse hincapié en permanecer alertas a la posibilidad de que cualquier paciente en sedación oral o parenteral está a riesgo de presentar obstrucción de la vía aérea incluso estando despierto (situación frecuente en salas). Verifique, entonces, la presencia de prótesis dentales o de otros cuerpos extraños en todo paciente que va a iniciar sedación y provea asistencia durante la ingesta de alimentos a los pacientes somnolientos, especialmente si son ancianos, con ello ayudará a prevenir complicaciones indeseables y potencialmente fatales.

Procedimientos médico-quirúrgicos: éstos incluyen suturas, curaciones, extracción de cuerpos extraños, debridamientos, colocación de sondas, punciones lumbares, exploraciones ginecológicas, etc. Aquí lo prioritario es cerciorarse de que el paciente está en condiciones de colaborarle al médico y siempre anticiparse para prevenir accidentes. Se recomienda el uso adecuado de los medios de protección en bioseguridad y la observación de las medidas de asepsia. En algunos casos será necesario sedar al paciente para realizar el procedimiento.

Es pertinente recordar que lo expuesto en este escrito no pretende sustituir el procedimiento guiado por la experiencia de cada clínico. Únicamente se pretende contribuir con algunas pautas que en el hos-

pital han resultado de utilidad. Por otra parte, se sugiere consultar textos especializados para ampliar la información que el lector tenga a consideración.

Bibliografía

1. Stoudemire A, Fogel B. Psychiatric care of the medical patient. Oxford: Oxford University Press; 1993.
2. Kasper D, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, editors. Harrison Principios de medicina interna. 12th ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1991.
3. Rundell JR, Wise MG. Fundamentos de la psiquiatría de enlace. Barcelona: Ars Medica; 2002.

Recibido para publicación: 25 de enero de 2005

Aceptado para publicación: 4 de mayo de 2005

Correspondencia

José Miguel Salmerón

Hospital Universitario del Valle

josalmer@hotmail.com