



## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Mario Javier Hernández González, Carina Ludwig, Alejandro Vázquez González, Mercedes Valtueña García

[dumpy1981@hotmail.com](mailto:dumpy1981@hotmail.com)

Impulsividad, intencionalidad suicida

## RESUMEN

Se expone el caso de un hombre de 50 años, divorciado, padres fallecidos, vive solo. Tiene 5 hermanos, no hijos.

Trabajó en el sector de la metalurgia y en actualidad como conductor.

NRAM. Cervicalgia postraumática en el año 2020. IQ: Fractura muñeca izda.

Hábitos tóxicos: fumador, historia de consumo perjudicial de alcohol, en actualidad refiere consumo esporádico del mismo, no otros hábitos tóxicos.

Antecedentes de seguimiento ambulatorio en salud mental en 2020-2021 por trastorno adaptativo a tratamiento con escitalopram 20 mg.

En un ingreso reciente en Neurología tras pérdida de fuerza en hemicuerpo izdo, es valorado y seguido en interconsulta por verbalizar intencionalidad suicida inminente reactivo a situación vital adversa (evidenciarse en control por las fuerzas del orden que se encontraba al volante bajo los efectos del alcohol). En este trabajo, se habla sobre la evolución del caso durante el ingreso.

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

### DESARROLLO

Se expone el caso de un hombre de 50 años, divorciado, padres fallecidos ( madre fallecida en octubre de 2021), vive solo en la vivienda familiar. Tiene 5 hermanos, no hijos.

Trabajó en el sector de la metalurgia y en actualidad como conductor.

NRAM. Cervicalgia postraumática en el año 2020. IQ: Fractura muñeca izda.

Hábitos tóxicos: fumador, historia de consumo perjudicial de alcohol, en actualidad refiere consumo esporádico del mismo, no otros hábitos tóxicos.

Antecedentes de seguimiento ambulatorio en salud mental en 2020-2021 por trastorno adaptativo a tratamiento con escitalopram 20 mg.

En enero de 2022, acude derivado por MAP y acompañado por las fuerzas del orden al servicio de urgencias ,ya que encontrándose detenido desde el día previo por conducción temeraria bajo de los efectos del alcohol y altercado con la autoridad, por episodio de hormigueo y disminución de la fuerza en MSD y MID.

Exploración: Desorientado en tiempo (falla en el año), orientado en persona y lugar, colaborador, buen estado general, eupneico en reposo sin trabajo respiratorio, nomocoloreado y normohidratado,. Temperatura: 36,2. TA: 128/74. FC: 58lpm.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. No signos de peritonismo.

MOEs normales, facial centrado, resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad disminuída en MSD y MID.

Analítica de sangre: sin hallazgos significativos. Serología VIH y lues: negativo.

ECG: ritmo sinusal.

TAC cerebro: sin incidencias.

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tras la valoración somática, se decide ingreso en el servicio de Neurología.

Durante dicho ingreso, se solicita interconsulta al servicio de Psiquiatría ya que el paciente se encuentra tenso y verbaliza activamente intencionalidad suicida inminente.

En la primera valoración, el paciente refiere que hace unos días, las fuerzas del orden, le retiraron el carnet de conducir tras haberse evidenciado que había conducido de forma temeraria en el contexto de intoxicación etílica y teme quedar sin trabajo ya que se dedica a la conducción de camiones y también habla sobre los sentimientos de soledad que padece tras fallecimiento de madre en octubre de 2021. Se muestra tenso, desesperado y sólo ve el suicidio como una única opción. Todo acompañado de marcado histrionismo, tensión, ánimo reactivo al momento, insomnio global, no clínica psicótica.

Se le aplica el protocolo de detección y manejo del caso en personas con riesgo suicida elaborado en 2018 por la Unidad de coordinación del Programa Marco de Salud Mental "S.E.S.P.A." cuyo objetivo es incrementar la detección precoz de los pacientes con ideación/ planificación/comportamiento suicida en los servicios sanitarios, establecer un abordaje terapéutico multidisciplinar reglado que homogenice la atención clínica durante al menos un año de seguimiento de pacientes en riesgo de suicidio y disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio.

Se le pasa la **Escala mini entrevista neuropsiquiátrica internacional riesgo de suicidio**:

Durante este último mes:

¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estar muerto?

¿Ha querido hacerse daño?

¿Ha pensado en el suicidio?

¿Ha planeado cómo suicidarse?

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

¿ Ha intentado suicidarse?

A lo largo de su vida:

¿ Alguna vez ha intentado suicidarse?

\*en el caso, con resultado de riesgo alto (32 puntos).

Acompañado de la **Escala de Impresión Clínica Global para la gravedad de riesgo suicida** siendo una escala descriptiva que proporciona información cualitativa sobre la gravedad del riesgo suicida y sobre el cambio experimentado por el paciente respecto al estado basal. Consta de 2 subescalas que evalúan respectivamente por un lado la gravedad del riesgo suicida (consulta inicial) : un único ítem que evalúa el riesgo utilizando tipo Likert de 5 valores ( 1,no suicida hasta 5,tentativa suicida) y por otro lado, mide la mejoría de la gravedad del riesgo suicida (consultas sucesivas): un único ítem que valora el cambio experimentado utilizando una escala tipo Likert de 7 valores que van desde 1 (mejoría muy marcada) hasta el 7 ( empeoramiento muy marcado):

- Gravedad del riesgo suicida (consulta inicial):

Basándose en su experiencia clínica, ¿cual es la gravedad del riesgo suicida en el momento actual?

1. No suicida
- 2, Ligeramente suicida
3. Moderadamente suicida
4. Gravemente suicida
5. Tentativa suicida

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

\* En el caso que se expone, se considera moderadamente suicida.

Tras la valoración del caso, se pauta una ampolla IM de haloperidol y se ajusta tratamiento psicofarmacológico en base a citalopram 20 mg, pauta de diazepam 10 mg cada 8 horas y olanzapina 5 mg a la noche.

Además se pautan medidas riesgo suicida como topes en las ventanas de la habitación, retirada de objetos peligrosos a su alcance y si riesgo de auto y/o heteroagresividad, medidas de sujeción.

En la siguiente entrevista, refiere continuar preocupado pero va cediendo la tensión previamente presentada. Pensamiento cavilador nocturno por lo que se aumenta dosis de olanzapina quedando en 10 mg a la noche.

En siguiente valoración, el paciente prosigue viéndose mejor, ir cediendo esas ideas de desesperanza y ya va verbalizando ideas positivas como “ cogér el toro por los cuernos”.

En la habitación con el paciente y su conformidad, desde teléfono móvil con manos libres, se habla

con su hermana sobre el caso y se acuerda que al alta, pasará un tiempo acompañado por sus hermanos.

A esta la altura, la Mejoría de la Gravedad del Riesgo suicida ( consultas sucesivas):

Comparando con el estado inicial, ¿Cómo se encuentra el paciente en estos momentos en relación a la gravedad del riesgo suicida?

1. Muy marcada mejoría
2. Marcada mejoría
3. Muy leve mejoría
4. Sin cambios

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

5. Mínimo empeoramiento

6. Marcado empeoramiento

7. Muy marcado empeoramiento

\* En el caso expuesto, se aprecia muy marcada mejoría.

A la par prosiguen, la realización de pruebas neurológicas:

RM craneal y cervical: hernia discal protruida focal central C5-C6 y de base ancha en C6-C7.

Eco TSA: estenosis significativa en tercio proximal de ACI izquierda.

ANGIOTC DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS: estenosis hemodinámicamente significativa de 83% en origen ACI izquierda secundaria a placa no calcificada.

Y en la evolución neurológica, presenta progresiva mejoría logrando la autonomía plena al alta. Al completar el estudio vascular donde se evidencia estenosis carotídea izquierda, se pauta antiagregación y estatina como tratamiento y se realizará seguimiento tanto en consulta ambulatoria como en el comité de carótidas.

En la última valoración de su estado mental, coincidiendo con el alta próxima, se mantiene estable, tranquilo, mejora del estado anímico, apetito y sueño conservado, niega intencionalidad suicida y mantiene planes estructurados de futuro. Acepta sin problemas acompañamiento familiar.

### **Impresión diagnóstica**

Focalidad neurológica transitoria hemisférica derecha.

Estenosis ACI izquierda del 83%

## PSIQUIATRÍA DE ENLACE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dislipemia.

Tabaquismo activo.

Tratamiento recomendado:

Atorvastatina 40 mg; 1 cp cena.

Acetilsalicílico 100 mg; 1 cp a la comida

Citalopram 20 mg; 1 cp al desayuno.

Diazepam 10 mg; 1 cp desayuno, 1cp comida y 1 cp cena.

Olanzapina 10 mg; 1 cp a la cena.

Si ansiedad y/o insomnio; 1 cp diazepam 10 mg.

Se mantiene pauta de insulinas y dapagliflozina

En la siguiente revisión, tras el alta hospitalaria, acude el paciente y su hermana a la consulta y refieren que prosigue buena evolución con estabilidad anímica, tranquilo, haciendo trámites para resolver los conflictos previos, niega intencionalidad suicida.