

# 12

## Urgencias derivadas de los trastornos alucinatorios

Marín Mayor, Marta<sup>1</sup>. Mesa Rodas, Natalia<sup>2</sup>. Martín Iribarren, Miguel<sup>3</sup>. Rico del Viejo, Ana Belén<sup>4</sup>.

(1) Médico Especialista en Psiquiatría. CSM Usera. Hospital 12 de Octubre. Madrid. (2) Médico Especialista en Psiquiatría. Hospitales de Madrid. (3) Médico Especialista en Psiquiatría. CSM Villaverde. Hospital 12 de Octubre. Madrid. (4) Médico Especialista en Psiquiatría. UGC Salud Mental. Área Norte. Córdoba.

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias con sintomatología alucinatoria, como norma general, no suelen presentar este síntoma de manera aislada, sino que la "alucinación" suele constituir un síntoma que se engloba dentro de un síndrome o trastorno más complejo y que, con frecuencia, se asocia a otros síntomas de diversa naturaleza (delirios, inquietud o agitación psicomotriz, ansiedad, confusión, etc.). El Síndrome o Trastorno Alucinatorio puede tener un origen etiológico muy variado (orgánico, tóxico o funcional) y su abordaje clínico es muy distinto en función de dicha etiopatogenia. Por dicho motivo, es de vital importancia realizar una minuciosa evaluación de la clínica alucinatoria presentada por el paciente, dentro de una exploración física y psicopatológica exhaustiva, con el fin de poder hacer una filiación precisa de la misma y, de esta manera, iniciar un abordaje terapéutico adecuado.

### ASPECTOS A EXPLORAR DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

En la **Tabla I** se resumen los aspectos que se deben explorar ante una experiencia alucinatoria.

**Tabla I.** Aspectos a explorar de la experiencia alucinatoria.

1. ¿Ante qué tipo de alteración perceptiva nos encontramos?
2. ¿Ante qué tipo de vivencia alucinatoria nos encontramos?
3. ¿Estamos ante una percepción o ante una interpretación de una percepción?
4. ¿Hay afectación del nivel de consciencia?

5. ¿En qué modalidad sensorial se produce la vivencia alucinatoria?
6. ¿Se conserva el juicio de realidad?
7. ¿Es la alucinación un fenómeno aislado o se acompaña de un cortejo sintomático específico?
8. ¿Produce la vivencia alucinatoria repercusión a nivel emocional y/o sobre la conducta?

### ¿Ante qué tipo de alteración perceptiva nos encontramos?

En primer lugar, tendremos que valorar si el fenómeno descrito por el paciente es una “auténtica” alucinación o si se trata de una alteración sensoperceptiva de otra naturaleza. Lo que tradicionalmente ha definido la alucinación es la “percepción sin objeto”. Por lo tanto, si el objeto de la percepción está presente en el momento de producirse la experiencia sensoperceptiva, podremos excluir el fenómeno alucinatorio <sup>1,2</sup>.

### ¿Ante qué tipo de vivencia alucinatoria nos encontramos?

Una vez que hemos identificado que estamos ante una vivencia alucinatoria, el siguiente paso es ver qué tipo de vivencia alucinatoria es. Clásicamente se distinguen tres tipos de vivencias alucinatorias:

### Alucinaciones estrictas

Lo que las define es la existencia de una percepción sin objeto, en espacio objetivo externo y con juicio de realidad positivo, es decir, son vividas como verdaderas. Pueden aparecer en múltiples contextos, no necesariamente patológicos. Como ejemplo caben señalar las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas, que son experiencias perceptivas fisiológicas que aparecen en el estado de transición hacia el sueño o en el despertar, respectivamente, o las alucinaciones, generalmente de tipo auditivo o visual, que pueden aparecer en determinadas situaciones de aislamiento sensorial. En otras ocasiones, pueden ser provocadas por enfermedades somáticas de diversa naturaleza (demencia, epilepsia) o en el contexto de consumo de tóxicos (intoxicación y/o abstinencia). Por último, pueden ocurrir dentro de diversos trastornos psiquiátricos. Existe la falsa creencia de que este tipo de alucinaciones son patognomónicas y específicas de las patologías mentales. Como esto no es así, siempre que nos encontremos ante una alucinación estricta, conviene realizar un examen físico completo, con el objetivo de descartar una causa orgánica de la misma <sup>1,2</sup>.

### Pseudoalucinaciones

Consisten en una percepción sin objeto, que suceden en el espacio interno, es decir, en la mente del individuo, y que se viven como reales (juicio de realidad positivo). Este tipo de vivencia alucinatoria es característica de los trastornos psiquiátricos, especialmente la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos crónicos <sup>1,2</sup>.

## Alucinosis

Se define por producirse una percepción sin objeto que es adecuadamente criticada por el individuo. En este caso, la causa suele ser somática. Un ejemplo es el “miembro fantasma”. Así mismo, cabe destacar la Alucinosis Alcohólica, cuadro típico de los pacientes con trastornos por uso de alcohol caracterizado por la presencia de alucinaciones predominantemente auditivas y sin afectación de la conciencia (lo que la diferencia del delirium tremens que aparece durante el síndrome de abstinencia)<sup>2,3</sup>.

### ¿Estamos ante una percepción o ante una interpretación de una percepción?

Es conveniente diferenciar entre una vivencia alucinatoria pura, la cual puede ir acompañada o no de delirios, de una percepción delirante, que es un fenómeno por el cual una percepción sensorial auténtica adquiere una significación anormal debido al delirio<sup>1</sup>.

### ¿Hay afectación del nivel de consciencia?

Si el paciente presenta una disminución del nivel de consciencia se debe descartar una causa orgánica del mismo. Solo en muy raras ocasiones, los trastornos psiquiátricos cursan con obnubilación de la conciencia (este es el caso de algunos síndromes catatónicos, la manía o la depresión confusas, o los bouffées delirantes), y el hecho de no filiar correctamente un cuadro médico dando por supuesto que estamos ante un trastorno mental puede colocar al paciente en una situación de riesgo, a veces vital<sup>1</sup>.

### ¿En qué modalidad sensorial se produce la vivencia alucinatoria?

En función de los campos sensoriales afectados, se distinguen los siguientes tipos de alucinaciones:

## Alucinaciones visuales

Pueden ser experimentadas en un rango muy variado que va desde vivencias ópticas simples y elementales, hasta alucinaciones complejas (visiones de personas, de tamaño normal, enanas o liliputienses y agrandadas o guilliverianas, de animales o zoopsias, y de objetos). No son habituales en la esquizofrenia y su presencia en la urgencia, siempre obliga a descartar organicidad, ya que no es infrecuente su asociación a cuadros médicos o tóxicos potencialmente graves (síndromes confusionales agudos, delirium tremens, etc.). Otras patologías médicas en las que son comunes, son las enfermedades neurodegenerativas (Demencia por Cuerpos de Lewy, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer). Asimismo, suelen darse en los cuadros de intoxicación por determinadas drogas (alucinógenos) y, en ocasiones, tras la toma de determinados psicofármacos. A nivel psiquiátrico, aunque no habitualmente, las alucinaciones visuales complejas pueden aparecer en algunos pacientes melancólicos, durante algunos

duelos tanto normales, como patológicos, así como asociadas a la histeria<sup>1,2,4</sup>. Cabe señalar en este apartado, el Síndrome de Charles Bonnet (SCB), que se caracteriza por la aparición de alucinaciones visuales complejas, elaboradas y persistentes, en muchas ocasiones liliputienses, en pacientes ancianos sanos, sin deterioro cognitivo aparente, que presentan un déficit visual significativo. En este síndrome, se conserva una conciencia total o parcial de que las alucinaciones son irreales. Además, las alucinaciones no suelen suceder en otra modalidad sensorial distinta de la visual y no se acompañan de delirios primarios o secundarios, aunque sí pueden ser vivenciadas con una intensa angustia<sup>5</sup>.

### Alucinaciones auditivas

Son las más frecuentes. Pueden presentarse en un rango muy variado que iría desde las alucinaciones más elementales (ruidos, sonidos, cuchicheos), hasta otras con un mayor grado de estructuración (formando palabras, frases o voces). Estas alucinaciones, sobre todo en la forma de pseudoalucinaciones (es decir, percibidas “dentro de la cabeza”), son las más características de la esquizofrenia, aunque no exclusivas, adoptando diversos formatos (voces comentaristas de las acciones del sujeto, voces imperativas, eco del pensamiento)<sup>1,2,4</sup>. Otra patología en la que son típicas es en la alucinosis alcohólica, con la especificidad de que el sujeto mantiene preservado su juicio de realidad. Señalar la existencia de un SCB auditivo, descrito en pacientes con hipoacusia unilateral o bilateral, en el que aparecen alucinaciones auditivas con características similares a las del SCB visual y que adoptan la forma de melodías<sup>6</sup>.

### Alucinaciones gustativas y olfativas

Este tipo de alucinaciones aparecen asociadas a algunas patologías somáticas como los tumores que afectan al área olfativa o el uncus temporal, la epilepsia (durante el aura) y en las lesiones del área orbitofrontal. En ocasiones, también pueden aparecer en determinadas patologías psiquiátricas (esquizofrenia, delirio somático de referencia por olor, depresiones endógenas graves, delirio nihilista de Cotard), aunque en estos cuadros a veces resulta difícil discernir si se trata de auténticas alucinaciones, o de anomalías perceptivas (cacosmia) o ilusiones que son interpretadas por el sujeto de una manera delirante<sup>1,2,4</sup>.

### Alucinaciones táctiles o hápticas

Se trata de sensaciones cutáneas en las que el sujeto experimenta que es agarrado, quemado, que le hacen cosquillas, le pinchan o le atraviesan, y que se pueden acompañar o no de sensación dolorosa. Pueden aparecer también como alucinaciones térmicas (de frío o de calor) o de humedad (alucinaciones hidricas). Aunque en ocasiones se dan en cuadros psiquiátricos como la esquizofrenia o el trastorno delirante crónico de tipo somático, su presencia debe hacer pensar en primer lugar en una patología de origen médico (cuadros tóxicos, epilepsia, enfermedades cerebrales difusas). Es especialmente característica la alucinosis táctil aguda

o Síndrome de Magnan que se observa en ocasiones en los pacientes con dependencia de cocaína, y la alucinosis táctil crónica o delirio dermatozoico, en las que el individuo percibe sensaciones de hormigueo y horadación en la piel o debajo de ella, pudiendo llegar a creer que está infestado por parásitos<sup>1,2,4</sup>.

### **Alucinaciones cenestésicas, viscerales o somáticas**

Se refieren a la sensibilidad profunda, y pueden afectar a distintos órganos o al cuerpo en su totalidad. El individuo experimenta sensaciones polimorfas de deformidad corporal, como tener la vivencia de estar hueco, vacío, disecado, reducido de tamaño, petrificado, o que el cuerpo es desfigurado, engrosado, crece, se encoge, se hace más pesado o más ligero. Se dan con más frecuencia en las esquizofrenias no paranoides (catatónicas o residuales). Lo característico en el enfermo esquizofrénico es que las experimentan como "impuestas desde fuera". También aparecen en el Síndrome de Cotard, cuadro típico de las depresiones melancólicas, en las que el sujeto presenta ideas de negación de los órganos internos y, a veces, del propio cuerpo. Conviene distinguir el Síndrome de Cotard de la hipocondriasis delirante en la que el individuo a través de la auto-observación, realiza una interpretación sobrevalorada o delirante de sensaciones corporales que son normales. Por último, cuando este tipo de alucinación aparece focalizada en una sola región corporal, tiene un carácter paroxístico, es autolimitada y se conserva el juicio de realidad, hay que descartar la presencia de un foco irritativo local o epiléptico<sup>1,2,4</sup>.

### **Alucinaciones cenestésicas o motoras**

En este tipo de alucinaciones el sujeto tiene la sensación de ser desplazado activa o pasivamente. En otras ocasiones, percibe como una fuerza inhibitoria le impide moverse. Aunque pueden aparecer asociados a la esquizofrenia, se dan con más frecuencia en algunos trastornos neurológicos como la Enfermedad de Parkinson<sup>2</sup>.

**Tabla II. Modalidades sensoriales de las alucinaciones y patologías asociadas**

Características	Auditivas	Visual	Táctil	Gustativas y olfativas
Epilepsia	Pueden suceder Son características las melodías	Frecuentes	Pueden suceder	Pueden suceder en focos epilépticos orbito-frontales o temporales  Conforman generalmente el aura
Delirium	Poco frecuentes y poco características	Frecuentes. Acompañadas de ↓ nivel de consciencia	Asociadas a lesiones cerebrales difusas	Infrecuentes
Alucinosis alcohólica	Alucinosis alcohólica	Necesarias para el diagnóstico  Juicio de realidad preservado	Pueden suceder	Infrecuentes
Demencia	Pueden suceder Pueden darse en forma de melodías	Frecuentes  Con nivel de consciencia normal o fluctuante (DCL)  Típicas de la Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL)	Infrecuentes	Pueden suceder en demencias frontales incipientes
T. Conversivo Psicosis psicógenas	Frecuentes y agudas  Puede haber estrechamiento del campo de conciencia	Frecuentes y agudas  Puede haber estrechamiento del campo de conciencia	Pueden suceder	Infrecuentes
Esquizofrenia	Frecuentes y características  Pseudoalucinaciones	Infrecuentes	Pueden suceder  Asociadas a desestructuración de los límites del yo corporal	No infrecuentes en el comienzo de la enfermedad
Psicosis afectivas	Frecuentes	Pueden suceder	Pueden suceder	Pueden ser frecuentes en depresiones endógenas graves (S. Cotard)
Intoxicación	Infrecuentes	Frecuentes en los cuadros de intoxicación por alucinógenos	Frecuentes y características en la intoxicación por cocaína (S. Magnan)	Infrecuentes

### ¿Se conserva el juicio de realidad?

El concepto de juicio de realidad se refiere a la posición que un individuo adopta con respecto a lo que percibe (si lo juzga como no real o tiene la convicción de que lo percibido es real). Para poder explorar el juicio de realidad, se suele preguntar al sujeto de una manera indirecta sobre qué explicación da él a lo que le está pasando. En líneas generales, el hecho de que un paciente presente una alteración de su juicio de realidad a la hora de percibir una alucinación, suele ser un signo de gravedad y, en el caso de los cuadros alucinatorios de origen psiquiátrico, no es infrecuente que el paciente acabe requiriendo hospitalización, sobre todo cuando en el contexto de la sintomatología alucinatoria el paciente presente una conducta muy disruptiva y una notable repercusión emocional<sup>1</sup>.

### ¿Es la alucinación un fenómeno aislado o se acompaña de un cortejo sintomático específico?

Esta cuestión nos puede dar la clave a la hora de realizar una correcta filiación del cuadro alucinatorio ante el que nos encontramos. Como norma general, las alteraciones sensorio-perceptivas aisladas, que no se acompañan de un correlato afectivo, cognitivo o conductual, o de una alteración en la manera de vivenciar el mundo, no van a formar parte de un trastorno psiquiátrico, y habrá que pensar en un síndrome orgánico, sobre todo si se acompaña de una disminución del nivel de consciencia<sup>1</sup>.

### ¿Produce la vivencia alucinatoria repercusión a nivel emocional y/o sobre la conducta?

Este es otro de los aspectos que resulta crucial evaluar a la hora de tomar decisiones en el manejo del paciente con un cuadro alucinatorio. En líneas generales, habrá que pensar en realizar un abordaje en el ámbito hospitalario cuando el paciente presente una notable repercusión a nivel conductual (agitación psicomotriz, auto o heteroagresividad, fuga psicótica) o experimente la clínica alucinatoria con niveles altos de angustia (ya que suele indicarnos que el paciente no conserva su juicio de realidad)<sup>1</sup>.

## PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON EL PACIENTE CON CLÍNICA ALUCINATORIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.

- Realizar una adecuada y completa anamnesis, incluyendo la información que puedan aportarnos las personas que acompañan al enfermo a los Servicios de Urgencias (antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos, tratamientos farmacológicos que toma el paciente, etc.)<sup>7, 8</sup>.
- Determinar de la manera más precisa posible el episodio actual que motiva la asistencia a los Servicios de Urgencias (motivo de consulta, quién lo deriva, intensidad y tiempo

de evolución del cuadro alucinatorio, posible cortejo sintomático acompañante, perfil cronológico en la aparición de los síntomas, existencia de posibles factores desencadenantes o precipitantes, repercusión del cuadro alucinatorio en el funcionamiento diario del paciente, existencia o no de episodios clínicos previos similares)<sup>7,8</sup>.

- Hacer una exhaustiva exploración psicopatológica. En muchas ocasiones el paciente va a adoptar conductas congruentes con el cuadro alucinatorio, que nos van a poner sobre la pista del mismo (va a presentar soliloquios y/o musitaciones, risas y/o furia inmotivadas, va a adoptar actitudes de escucha o presentará una interrupción brusca del discurso con presencia de bloqueos, puede realizar movimientos cefálicos u oculares de búsqueda, con tendencia a la suspicacia y a la lateralización de la mirada por hipervigilancia, puede desarrollar también conductas de huida, defensa, u obediencia). Además, no es infrecuente que algunos pacientes con cuadros alucinatorios auditivos, cuando no tienen conciencia del mismo, intenten aliviar la experiencia alucinatoria con distintas estrategias (colocarse taponos en los oídos, usar orejeras, usar auriculares con música). A la hora de explorar la vivencia alucinatoria se debe tener en cuenta que es habitual que el paciente no se queje directamente de la alucinación; en muchas ocasiones, lo que preocupa es la angustia que le genera el temple delirante, de manera que tenderá a quejarse de ansiedad o depresión, no verbalizando espontáneamente la clínica alucinatoria. Por último, la comunicación de alteraciones sensorio-perceptivas desde el inicio, expresadas con pomposidad y aparatosidad, pero a la vez vivenciadas con indiferencia afectiva, incongruentes con el resto de síntomas mentales, en personas con un alto grado de sugestionabilidad y que han sufrido algún acontecimiento estresante reciente, nos deberá orientar hacia un cuadro de perfil histérico o facticio<sup>1,2</sup>.
- A la hora de explorar a un paciente que sufre un cuadro alucinatorio, hay que tomar una serie de precauciones para conducir la entrevista clínica. Debemos proporcionar un clima empático, aproximándonos al paciente lentamente, empleando un lenguaje corporal no amenazante, y adoptando una actitud inicial de escucha activa y comprensión. No es conveniente alimentar las alucinaciones del paciente, pero tampoco debe entrarse en confrontación con ellas. Debemos preguntar de manera directa por la clínica alucinatoria (por ejemplo en el caso de que el paciente presente clínica alucinatoria auditiva deberemos preguntar por voces, explorar qué le están diciendo, cómo se siente el paciente en torno a ellas). Si el paciente ha acudido a los Servicios de Urgencias buscando sentirse seguro, puede ser de utilidad preguntarle qué podría ayudarle a sentirse más tranquilo. Conviene que la entrevista se desarrolle en un ambiente con una baja estimulación sensorial y con las medidas de seguridad oportunas (evitar que haya al alcance del paciente objetos que puedan resultar potencialmente peligrosos tanto para su integridad física, como para la de sus acompañantes y el personal sanitario, y dispo-



ner del material necesario para que en casos de extrema necesidad se pueda proceder a la contención mecánica y/o química del paciente) <sup>7,8</sup>.

- Resulta especialmente importante, descartar una posible patología médica como causante del cuadro alucinatorio ante el que nos encontramos<sup>7,8</sup>. En el Algoritmo se resumen los aspectos que nos harán sospechar un cuadro médico.
- Una vez que haya quedado claramente establecida la naturaleza de la clínica alucinatoria ante la que nos encontramos, deberemos establecer un marco de actuación terapéutica:

En el caso de que estemos ante una sintomatología alucinatoria que se enmarque en el contexto de una patología orgánica, se deberá realizar un tratamiento etiológico en función de la causa que haya desencadenado el cuadro <sup>9</sup>.

Si el cuadro alucinatorio se produce como consecuencia de un episodio de intoxicación o abstinencia a tóxicos, en el primer caso, deberemos esperar a que se resuelva por completo la intoxicación, proporcionando las medidas de soporte vital precisas en caso de que sea necesario, y empleando medidas de contención mecánica y/o química si existe un riesgo elevado de que peligre la integridad física de la persona intoxicada y/o de las personas de su entorno (incluyendo al personal sanitario); en el segundo caso, cuando precise, habrá que proporcionar las medidas de soporte vital adecuadas para el paciente y tratar farmacológicamente el cuadro abstintencial. En ambos supuestos, una vez resuelto el cuadro de intoxicación o abstinencia, habrá que reevaluar la presencia o no de la sintomatología alucinatoria que motivó la consulta y en caso de que persista, habrá que plantearse iniciar un tratamiento psicofarmacológico<sup>3,8</sup>.

Si el cuadro alucinatorio sucede en el contexto de un trastorno psiquiátrico, deberemos determinar si el paciente precisa un ingreso en la Unidad de Agudos o, si por el contrario, podría manejarse a nivel ambulatorio. Los supuestos en los que se debe elegir un internamiento vs un manejo ambulatorio se recogen en el Algoritmo. Además, deberá instaurarse el tratamiento psicofarmacológico oportuno<sup>7,8</sup>.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS ALUCINATORIOS

El tratamiento farmacológico de las "alucinaciones" va a depender de cuál sea la causa que las origina. Hacer un correcto diagnóstico diferencial es un paso crítico, puesto que hay síndromes que presentan manifestaciones clínicas muy similares y, sin embargo, el manejo farmacológico puede ser radicalmente distinto. No hacer una adecuada filiación implica que el tratamiento pueda resultar ineficaz o incluso situar al paciente en riesgo vital por pasar por alto

patología médica. Una vez filiado el cuadro clínico que ocasiona la clínica alucinatoria, el tratamiento farmacológico será el siguiente:

1. Si estamos ante un Trastorno Alucinatorio de causa orgánica, emplearemos los siguientes psicofármacos en función de su causa:

- **a)** Si es un Síndrome Confusional Agudo (SCA) (con excepción del delirium de origen comicial y el provocado por la abstinencia de alcohol o de benzodiazepinas), el tratamiento se realizará con fármacos antipsicóticos como haloperidol o risperidona. Cabe puntualizar a este respecto, que en los casos en los que el nivel de consciencia fluctúe como consecuencia del padecimiento de una Demencia por Cuerpos de Lewy o si el SCA sucede en un individuo que padece una Enfermedad de Parkinson, serán preferibles antipsicóticos no incisivos como quetiapina, puesto que los de alta potencia (haloperidol, risperidona), pueden agravar estas patologías. En general, deberá evitarse el uso de benzodiazepinas. En los excepcionales casos en los que se empleen, deberán ser de semivida corta y sin metabolitos activos (lorazepam)<sup>9</sup>.
- **b)** Si estamos ante un Delirium de origen comicial o un Síndrome de Abstinencia de Alcohol o Benzodiazepinas, los fármacos de primera línea son las benzodiazepinas, siendo preferibles en este caso las de semivida larga y con propiedades anticonvulsivas (clonazepam, diazepam), reservando las de semivida corta (lorazepam) para los pacientes de edad avanzada o con hepatopatía. En los últimos años, también se están empleando fármacos antiepilépticos, sobre todo los de nueva generación (gabapentina, pregabalina, oxcarbazepina), y que pueden emplearse en monoterapia en síndromes abstinenciales más leves, o en combinación con benzodiazepinas, permitiendo reducir las dosis de estas últimas<sup>3,8</sup>.
- **c)** Si se trata de una Alucinosis alcohólica, se debe instaurar una pauta de tratamiento con fármacos antipsicóticos, preferentemente de segunda generación, especialmente si el paciente vive la experiencia alucinatoria con un intenso nivel de angustia. Además, se deberá instar al paciente a que se abstenga de consumir bebidas alcohólicas<sup>3,8</sup>.
- **d)** En lo que respecta a los cuadros de intoxicación aguda por tóxicos que cursan con clínica alucinatoria, en líneas generales se utilizarán benzodiazepinas o antipsicóticos de segunda generación, si bien hay que tener en cuenta algunas salvedades: cuando se trate de una intoxicación aguda por estimulantes, incluyendo la cocaína, emplearemos las benzodiazepinas como fármacos de primera línea u olanzapina a dosis bajas, puesto que debido a la existencia de una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos pueden producirse efectos extrapiramidales importantes y aumentar el *craving* cuando se administran fármacos antipsicóticos, sobre todo si estos son incisivos; en la intoxi-

cación aguda por alucinógenos están contraindicados los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), empleándose las benzodiazepinas como agentes de primera elección o los antipsicóticos de segunda generación a dosis bajas; las intoxicaciones agudas por drogas de síntesis suelen responder al tratamiento antipsicótico y tienen un curso autolimitado <sup>3,8</sup>.

- **e)** En el caso del Síndrome de Charles Bonnet, en general, las intervenciones no farmacológicas parecen ser de mayor utilidad. De hecho, se recomienda no tratar al enfermo si las visiones son placenteras o no incapacitantes. Se debe tranquilizar al paciente y explicar la naturaleza benigna de sus síntomas. Asimismo, se debe incrementar la luminosidad de las estancias donde aparecen las alucinaciones, corregir la agudeza visual del paciente en la medida de lo posible y evitar su aislamiento social. Se tiene evidencia de que los tratamientos farmacológicos son bastante ineficaces. Aunque se han ensayado algunos antipsicóticos de primera y segunda generación, y algunos antiepilépticos, ningún grupo farmacológico ha demostrado una clara evidencia de efectividad ni de superioridad sobre otro<sup>5</sup>.

**2.** En el caso de que las alucinaciones sucedan en el marco de un Trastorno Psiquiátrico, el tratamiento psicofarmacológico también vendrá condicionado por el tipo de patología que desencadene el cuadro alucinatorio:

- **a)** Cuando estemos ante un Episodio Psicótico Agudo, ya sea en el contexto de un debut, o una descompensación de una Esquizofrenia o de otro tipo de Trastorno Psicótico, se emplearán fármacos antipsicóticos, siendo de elección, siempre que el paciente colabore, la vía oral (olanzapina 10 mg, risperidona 3 mg, haloperidol 5 mg). En la Tabla 3 se resumen las dosis y el perfil de efectos secundarios de la mayor parte de antipsicóticos empleados en los Servicios de Urgencias. Cuando el cuadro alucinatorio se asocie a niveles intensos de ansiedad, son preferibles los antipsicóticos con propiedades más sedantes (quetiapina 100 mg, clotiapina 40 mg, levomepromazina 25 mg). Se puede considerar la combinación de antipsicóticos con benzodiazepinas, monitorizando la función respiratoria y contando siempre con la posibilidad de revertir la excesiva sedación con flumazenilo. Señalar que esta combinación está contraindicada para olanzapina intramuscular. Cuando el paciente no colabore o el cuadro alucinatorio se enmarque en un episodio de agitación psicomotriz, el antipsicótico se administrará por vía intramuscular (haloperidol, olanzapina, zuclopentixol) <sup>7, 8, 10</sup>.
- **b)** Si las alucinaciones suceden en el marco de un Trastorno Afectivo, el tratamiento será similar al explicado previamente. No conviene iniciar tratamiento antidepresivo desde los servicios de urgencias cuando un episodio depresivo se asocie a síntomas psicóticos. Tampoco se recomienda iniciar desde la urgencia tratamiento eutimizante<sup>8</sup>.

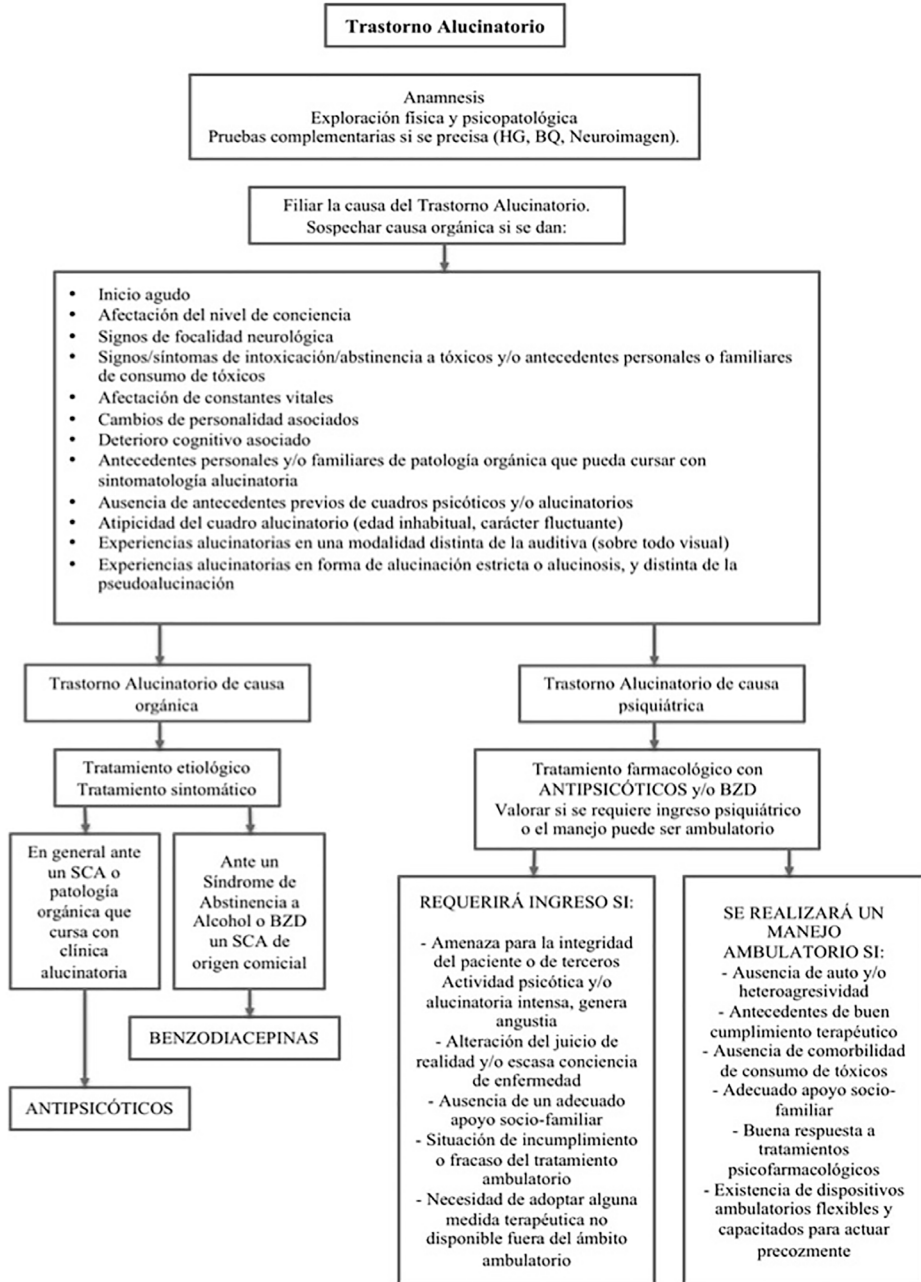
- **c)** Cuando la clínica alucinatoria aparece en el contexto de una Psicosis Psicógena o de un Trastorno Conversivo, en general se recomienda el empleo de benzodicepinas (diazepam 5-20 mg, lorazepam 2,5-5 mg, clonazepam 0,5-2 mg o alprozolam 0,5-2 mg). Excepcionalmente, si los síntomas son muy floridos o no ceden con el tratamiento con benzodicepinas, puede ser necesario asociar fármacos antipsicóticos sedantes, a dosis bajas (olanzapina 5-10 mg, quetiapina 25-100 mg)<sup>8</sup>.

**Tabla III.** Dosis y perfil de efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos.

ANTIPSIKÓTICO	Potencia antipsicótica	Sedación	SEP	Efectos AntiACh	hTA ortostática	↓ Umbral convulsivo	↑ QTc	Dosis (mg/d) *
Clorpromacina	+	+++	++	+++	+++	++	+	25-150
Levomepromacina	+	+++	++	+++	+++	++	+	25-100
Haloperidol	+++	+	+++	+	+	+	+	5-10
Zuclopentixol	+++	+++	+++	+	+	++	+	20-30
Clozapina	+	+++	+/-	+++	+++	++	+	25-100
Olanzapina	++	++	+/-	++	+/-	-	+	5-10
Risperidona	++	+	++	+	+	+/-	+	1-4
Paliperidona	+++	+	+	+	+	+/-	+	3-9
Quetiapina	+	+++	+/-	+/-	+	-	++	25-300
Ziprasidona	+++	+	+	+	+	+/-	++	40-80
Aripiprazol	++	+	+	+	+	+/-	-	5-15
Amisulprida	++	+	+	-	+	+/-	+	100-400
Asenapina	+	+	+	-	++	+	+	5-10
Loxapina	+++	+	+	+	+	+	-	4,5-9,1

Adaptada de Llanos et al (2009) 10. SEP=Sintomatología Extrapiramidal; AntiACh=Anticolinérgico; hTA=Hipotensión Ortostática; PRL=Prolactina; +++=Intenso; ++=Moderado; +=Ligero; +/-=Muy ligero; -=Inexistente. \* Estas dosis se refieren a dosis únicas en la Urgencia en pacientes que no toman antipsicóticos de manera habitual.

Figura 1. Algoritmo de actuación de los Trastornos Alucinatorios atendidos en los Servicios de Urgencias.



## Bibliografía

---

1. Barbudo del Cura E, Correas Lauffer J. Síndrome Alucinatorio. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2a Edición. Elsevier SL. Barcelona (2010). 197-216.
2. Guadilla Fernández ML, Segarra Echebarria R, Prieto Etxebeste M. Psicopatología de la Percepción. En: Eguiluz I. y Segarra R. *Introducción a la Psicopatología*. Ars Medica. Barcelona (2005). 83-104.
3. Oler Insa PA, Gual Solé A, San Molina L, Colom Ferrán J, Casas Brugué M. Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas. Pp. 11-94. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J et al. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 4a Edición. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Cyesan (202). 11-94.
4. Sims A. Patología de la Percepción. En: Sims A. *Síntomas Mentales*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Editorial Triacastela. 107-134.
5. López-Mompó C, López-Pavón I, Ruiz-Izquierdo J. y Ferro JI. Alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo: síndrome de Charles Bonnet. *Semergen*. 2011; 35(7): 263-266.
6. Gómez-Feria Prieto I. Un caso de síndrome de Charles Bonnet auditivo. *Psiquiología*. 2006; 13(6):224-6.
7. Huerta González M, Leira San Martín M, Correas Lauffer J, Chinchilla Moreno A. El paciente psicótico en urgencias. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. 2a Edición. Elsevier SL. Barcelona (2010). 217-227.
8. Gascón Barrachina et al. *Urgencias Psiquiátricas*. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 4a Edición. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Cyesan (202). 527-588.
9. García Parés G, Gascón Borrachina J. Trastornos Mentales Orgánicos. Soler Insa PA, Gascón Barrachina J et al. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 4a Edición. Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales. Cyesan (202). 1-10.
10. Llanos Conesa Burguet M. *Psicofarmacología en las urgencias psiquiátricas*. En: Bertolín Guillén JM. *Evaluación e intervención en las urgencias psiquiátricas*. Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana. Elsevier España (2009). 45-62.