

Urgencias psiquiátricas

Existen varios cuadros de naturaleza psiquiátrica que demandan una acción rápida de los equipos de salud. Estos cuadros pueden no representar necesariamente una urgencia vital (en algunos casos), ni puede que requieran una intervención rápida para evitar secuelas graves, que son los parámetros por los que se evalúan las emergencias en medicina.

Sin embargo, los cuadros psiquiátricos de urgencia requieren una intervención igualmente rápida para evitar el sufrimiento psíquico tanto del paciente como de la familia. En algunos casos la acción médica busca evitar un riesgo de daño tanto para el paciente como para terceros.

La urgencia psiquiátrica está relacionada con el fenómeno de la crisis (ver capítulo correspondiente), y puede entenderse como una crisis llevada a un extremo. En la crisis, un sujeto se enfrenta a una situación inesperada que se vive como amenaza o pérdida, y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de los que dispone. La crisis suele vivirse como un período de angustia extrema con una serie de correlatos psíquicos y conductuales que le darán distinta forma. Escobar (2000) plantea que la urgencia es la culminación de una crisis, y que puede entenderse como una señal de llamada.

Existen tres elementos clínicos que condicionan la forma que adoptará la urgencia psiquiátrica:

- el compromiso de conciencia,
- la psicomotricidad y
- la agresividad hacia sí mismo o hacia terceros.

Estos tres elementos, presentes en diferente grado o intensidad, van a condicionar los tres grandes cuadros de urgencia psiquiátrica: el síndrome de agitación psicomotora, el estupor y el intento suicida. A esto algunos autores agregan el intento homicida, pero en general este podría también asociarse a la agitación y al intento suicida (suicidios “altruistas”).

El síndrome de agitación psicomotora

La agitación psicomotora es un estado de hiperactividad impulsiva en grados variables, acompañada de perturbación de los afectos (ansiedad severa, miedo, rabia, euforia, etc.). Varía desde un síndrome con mínima inquietud hasta estados de intensa agitación con grandes movimientos no coordinados y sin finalidad. Su manejo

puede ser difícil porque por lo general se trata de un paciente escasamente colaborador. La agitación suele comprometer a otras personas, principalmente familiares, que muchas veces reaccionan ante la conducta del paciente con violencia lo que contribuye a un aumento de la sintomatología.

La agitación psicomotora tiene normalmente tres orígenes, que comprometen de manera diferente el pronóstico del paciente, por lo que deben buscarse en ese orden:

- Agitación exógena (por estados confusionales agudos)
- Agitación psicógena (o reactiva)
- Agitación psicótica.

Agitación exógena o confusional

Se trata de una perturbación cerebral aguda global, de instalación más bien brusca y de curso fluctuante (ver capítulo Estados Confusionales Agudos). En la agitación exógena el síntoma predominante es la alteración de conciencia vigil, observada en primer lugar como una disminución de la *función de atención*. Esta falla de atención influye en el resto de las funciones cognitivas, por lo que el paciente se va a mostrar perseverante, fácilmente distráctil y fatigable (no se concentra), desorientado, con pobre respuesta a estímulos, alteración de memoria (peor memoria reciente). Los estados demenciales crónicos también muestran alteraciones de funciones cognitivas, pero en general tienen una capacidad de atención relativamente mantenida, al menos en sus estados iniciales.

En los cuadros exógenos el trastorno de conciencia suele ser fluctuante, por lo que hay que cuidar el diagnóstico ya que se podría examinar a un paciente durante un momento de lucidez de conciencia y no realizar un buen diagnóstico.

Si existe delirio, se habla de síndrome delirioso (porque hay confusión de conciencia). El delirio también es variable y suele empeorar en la noche. Son frecuentes abundantes alucinaciones visuales, con vivencias oníricas: todo el espacio donde se encuentra el paciente se transforma en un escenario donde ocurren acontecimientos que son familiares, como su casa, el bar con los amigos, etc. Marconi les llama *vivencias escenográficas*.

La agitación exógena aparece en forma más bien brusca. El sujeto aparece inquieto, tembloroso e intenta fugarse, y en el examen mental aparecen todos los síntomas ya descritos de alteración de conciencia y delirio/alucinaciones.

Etiología

La agitación exógena tiene múltiples causas orgánicas, que van desde desequilibrio hidroelectrolítico hasta intoxicación con diversas sustancias, TEC, tumores y abscesos cerebrales, hematoma subdural, infecciones del SNC, accidentes cerebrovasculares, sepsis, siendo estas frecuentes en el anciano. Por este motivo se requiere realizar un detallado examen físico y de laboratorio hasta precisar el origen del cuadro.

Una causa frecuente de agitación exógena es el síndrome de abstinencia alcohólica, que puede llegar a comprometer gravemente al sujeto (ver capítulo Adicciones).

Agitación psicógena

Es una reacción o respuesta a crisis vivenciales actuales del sujeto, pero también puede aparecer ante sucesos nada más rememorados o incluso imaginados. En la anamnesis al paciente o a los familiares muchas veces es posible descubrir el acontecimiento que precipitó la crisis, generalmente una pérdida que se vive como catastrófica (por ejemplo, una ruptura de pareja, el descubrimiento de una infidelidad, o ante catástrofes naturales, o grandes accidentes). No es raro que también se acompañe de una alteración de conciencia (sujetos “crepuscularizados”, en que la conciencia está casi completamente centrada en un afecto que condiciona su conducta y pensamiento), y una alta emocionalidad (intensa rabia o miedo). Un sujeto con una crisis de angustia (pánico) muy intensa podría llegar a tener una crisis de agitación.

Factores predisponentes

La agitación psicógena es frecuente en pacientes con retraso mental, en demencia y en personalidades anormales (por ejemplo, en personalidad limítrofe, histriónica o antisocial), pero también puede ocurrir en personas por otro lado normales que pueden encontrarse en un estado “vulnerable” por cualquier causa.

Agitación psicótica

Son crisis de agitación en pacientes con un cuadro psicótico lúcido, como esquizofrenia o manía. Suelen adoptar un modo relacionado con el tipo de psicosis que tenga (paranoide, catatónico, maniaco). Por ejemplo, el sujeto paranoide atacará a sus perseguidores. Puede amenazar al personal y al médico. Sin embargo, hay que hacer notar que muchas veces responden bastante bien a la conducta racional y tranquilizadora del personal de salud.

Tratamiento de la agitación

El médico que evalúa una crisis de agitación tendrá que enfrentar una situación de angustia y tensión, en la que se espera que tome el control de manera rápida y eficaz, lo que no siempre es sencillo. Lo principal es la contención de la conducta.

Contención verbal

Se requiere un gran control del médico sobre sí mismo, para que, dentro de un tono de calma y confianza asegure a los presentes que se quiere proceder de manera de no dañar a nadie, protegiendo a todos cuantos participen (familiares y personal). Debe eludirse siempre el enfrentamiento verbal con el paciente, asegurando que se escucharán todas las quejas. Si se advierte signos de mayor agitación y violencia hay que decidir una contención mecánica.

Contención mecánica

La contención debe hacerse entre al menos 4 a 5 colaboradores, cada uno preocupado de una extremidad y de la cabeza del paciente, que estará a cargo del que dirige la operación (p.ej. el médico). El paciente tiene que ser informado durante todo el procedimiento de los motivos para estar operando así. Idealmente debe utilizarse una camisa de contención (“camisa de fuerza”), pero si no la hubiera se utilizan sábanas enrolladas a manera de cuerdas gruesas, controlando la movilidad del cuello y extremidades. Deben amarrarse a una camilla o cama. Hay que preocuparse tanto de que el procedimiento no sea demasiado duro, como de que las amarras sean suficientemente firmes. Por otro lado, una vez conseguida la contención, hay que vigilar que el paciente pueda respirar y tragar con comodidad.

Contención farmacológica

En general la mayoría de las agitaciones responden a los ansiolíticos, como el lorazepam i.m. en dosis entre 1 a 2 mg desde una vez al día (cuadros psicógenos), dos veces al día (TEC, catatónico, delirioso) hasta 4 mg cada hora en los psicóticos. Suele necesitarse un antipsicótico por los síntomas más graves o ante el delirio muy agudo, en dosis de 2,5 a 5 mg cada 30-60 minutos en pacientes psicóticos esquizofrénicos o maniaco, o en el paciente delirioso (delirium tremens), hasta conseguir el control y la sedación.

Estupor

El síndrome estuporoso o estupor en psiquiatría se entiende como un cuadro de marcada disminución o ausencia de la conducta relacional (habla y motilidad), disminución de los movimientos espontáneos, carencia de respuesta a estímulos (incluso dolorosos). Sin embargo el paciente no está en coma, sino que está vigil, mantiene los ojos abiertos y recorre con la mirada la habitación donde se encuentra. A veces cierra los ojos y muestra una oposición activa ante los esfuerzos por abríselos.

El estupor también tiene varios orígenes.

Estupor catatónico

Generalmente hay antecedentes de una psicosis esquizofrénica catatónica. Sin embargo a veces esta es la primera manifestación de una crisis psicótica, por lo que debe explorarse en la entrevista a familiares la presencia de síntomas que sugieran una esquizofrenia (ver capítulo

Esquizofrenia), tales como hábitos extraños, aislamiento social, pensamiento incomprensible, alucinaciones.

El paciente se muestra con los signos típicos del estupor (falta de conducta relacional), se mantiene en posturas extrañas e incómodas, evitativo, elimina saliva que no deglute, con cierta hipertonia. A pesar de eso el paciente está claramente alerta y nos sigue con la mirada (o nos evita). Es frecuente en estos pacientes la flexibilidad cerea (ver capítulo Signos y Síntomas en Psiquiatría) y podemos modelar su postura, incluso dejándolo en posiciones muy incómodas que el paciente conserva aparentemente sin la menor dificultad. A veces muestra conductas estereotipadas, o puede entrar en actividad y se para, o trata de escapar o agredir.

Tratamiento

Hay que hospitalizar al paciente para su cuidado con medidas de enfermería básicas (aseo, excretas, cambios de posición, estimulación verbal), para la hidratación parenteral y alimentación por sonda. Muchas veces responden a benzodiazepinas como lorazepam 1 a 2 mg i.m. cada 12 horas, pasando a vía oral cuando hay respuesta y doblando la dosis. Una parte de los pacientes va a responder a estas medidas y se podrá observar los elementos psicóticos habituales. En general, sin embargo, el tratamiento más efectivo es la terapia eléctrica (T.E.C), sobre todo cuando muestra signos de agravación.

Estupor depresivo

Se trata de un cuadro estuporoso en que llama la atención el aspecto triste y descuidado del sujeto, de expresión melancólica ('omega frontal'). En etapas menos profundas podría responder preguntas de manera escasa, con lo que se advierte su ánimo depresivo, incluso con contenido delirioide. Pero puede llegar a un extremo de inmovilidad y mutismo, incluso con retención urinaria y fecal.

Tratamiento

Se requieren medidas generales de cuidado. En el tratamiento farmacológico por lo general se utiliza un antidepresivo como clomipramina por vía e.v., aunque en estos casos la terapia eléctrica (T.E.C) es la indicación más adecuada.

Estupor psicógeno

También denominado disociativo, el estupor psicógeno ocurre de una manera brusca ante una situación de crisis emocional. Al examen se advierte un sujeto inmóvil, algo hipotónico pero con una ligera resistencia a la movilización, aunque suele tener cambios intensos que lo llevan a conductas impulsivas y descargas emocionales. Su aspecto y expresividad tiene algo de teatral. El cuadro no dura en general más de algunas horas.

Tratamiento

Lo más adecuado es la intervención conversacional, procurando estimular al paciente para que verbalice sus

problemas y pueda contactarse con el resto de las personas. Se requiere una cierta paciencia y disposición del médico o del personal para lograr el contacto. Puede ser necesaria una sedación con lorazepam 4 mg. im. Deberá evaluarse la posibilidad de hospitalización sobre todo si se requiere mantener al paciente sin contacto con el medio que gatilló el cuadro, o si evoluciona hacia un cuadro crepuscularizado y agitado, con lo que probablemente la mejor indicación sea la terapia eléctrica (T.E.C).

El intento suicida

El intento suicida constituye el tercer grupo de situaciones de urgencia psiquiátrica. Será ampliamente desarrollado en el capítulo correspondiente, por lo que aquí sólo se lo menciona.

Bibliografía

- Escobar, E. Emergencias psiquiátricas, en Psiquiatría Clínica. A. Heerlein (ed.). SONEPSYN. Serie Roja. Santiago. 2000.
- Vidal, M. Psiquiatría clínica en la Unidad de Corta Estadía. SONEPSYN. Serie Roja. Santiago. 2006.