

EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

Índice

- I- Introducción
- II- Recursos conceptuales
- III- Características de las Crisis
- IV- Clasificación
- V- Diagnóstico
- VI- Intervención terapéutica
- VII- Descripción Clínica y tratamiento
- VIII- Otras Emergencias
- IX- Referencias bibliográficas

I- INTRODUCCIÓN

En el campo de la salud mental se han producido, en los últimos años, numerosos avances con respecto a la neurofisiología, la bioquímica cerebral, los dinamos intrapsíquicos y las relaciones familiares. Esto ha modificado radicalmente los enfoques terapéuticos de los trastornos psíquicos.

Los médicos tenemos la responsabilidad de conocer que está sucediendo con nuestro paciente, debemos escuchar y reconocer la sintomatología, que nos permitirá pensar y reflexionar y así tener una presunción u orientación diagnóstica, solo así podremos establecer un tratamiento eficaz.

La formulación del diagnóstico debe ir acompañada de una inmediata intervención terapéutica y en ocasiones, de una atinada decisión médico-legal.

Los profesionales deben conocer los síntomas psíquicos aparentemente banales ya que, existen numerosos casos en los cuales una intervención rápida y eficiente puede salvar al paciente y a sus allegados de las dramáticas consecuencias creadas por las alteraciones psíquicas, como de hecho se comprueba en la práctica cotidiana. Las mismas pueden conducir en su extrema gravedad a cuadros dramáticos de agresión o violencia.

También ha sido penoso y reiteradamente comprobado, cómo una intervención desacertada o inoportuna ante un paciente psicótico o neurótico ha comprometido la ulterior asistencia del mismo y su tratamiento.

Interesa llamar la atención, sobre el especial cuidado que supone el sufrimiento personal y familiar en la patología psíquica, que los profesionales tienen tendencia a no valorar en toda su magnitud, por no conocer suficientemente su repercusión en las áreas interpersonales, laborales y socioculturales.

Es necesario conocer los cuadros que constituyen una urgencia psiquiátrica, ya que al asistir a un paciente con trastornos graves, la rapidez y la oportunidad de una decisión apropiada son la base de una orientación terapéutica certera.

II - RECURSOS CONCEPTUALES

La urgencia (urgencia) que significa necesidad de pronta ejecución, celeridad y rapidez hace referencia a entidades que sobrevienen abruptamente y que requieren una pronta intervención en su tratamiento. Este campo abarca las psicosis agudas, los trastornos de la personalidad y las neurosis graves descompensadas.

Estos desequilibrios psíquicos resultan del derrumbe de las defensas tanto biológicas como psicológicas y se manifiestan a través de conductas discordantes y diferenciadas. Las mismas provocan una señal de alarma en el medio social, exigiendo inmediatez terapéutica, dada la ruptura de la homeostasis que supone.

Se puede conceptualizar a las urgencias psiquiátricas como las conductas psicopatológicas de aparición súbita e inesperada, que requieren una intervención terapéutica inmediata. Las mismas se encuentran calificadas por la sintomatología, la personalidad del paciente y las circunstancias socioambientales que lo rodean.

La urgencia puede comenzar en el paciente y extenderse a su entorno social, o viceversa. Produce un síndrome de desajuste personal-social, caracterizado por trastornos de la comunicación y de la convivencia, que condicionan la pérdida del equilibrio del grupo que rodea al paciente.

Toda situación de urgencia implica una crisis, entendiéndose por tal, a un momento decisivo, ya que etimológicamente la palabra significa decisión.

Crisis tiene un doble significado: por un lado es un momento de peligro en el cual la persona puede perder su vida o ser precipitada a un estado de incapacidad crónica, y por otro, es el momento en que se presenta la oportunidad de un crecimiento emocional, con aumento de la comprensión, conocimiento de sí mismo e incremento de la autoestima, e incluso cambio de la subjetividad. Esta situación transitoria como queda claro, tiene dos perspectivas; por un lado representa una oportunidad para el desarrollo de la personalidad y por otro un peligro de una mayor vulnerabilidad al trastorno psíquico; cuyo desenlace, depende hasta cierto punto de la forma en que se maneje la situación.

La crisis es un momento decisivo, y en estos casos de crisis psíquicas, como son las urgencias psiquiátricas, la decisión será entre la salud y el trastorno mental.

La conducta psicopatológica, desequilibrio, o trastorno psíquico al que se hace referencia, se define como tal cuando puede provocar en los pacientes: (A.Fernandez).

- 1) La pérdida de libertad frente a sí mismo.
- 2) La aparición de estructuras psíquicas cualitativamente distintas de las registradas en los sujetos sanos.
- 3) El desgarramiento o rotura psicológica del desarrollo biográfico.
- 4) El descenso del bienestar y/o el desajuste social.

III - CARACTERÍSTICAS DE LAS CRISIS

La sensación de desastre inminente que domina todas estas situaciones reduce la conducta adaptativa y la utilización apropiada de los recursos yoicos. El objetivo fundamental de un profesional que enfrenta este tipo de situaciones es evitar ser invadido por la desorganización, reduciendo su efecto también sobre el paciente. Un saber sobre lo que se tiene que hacer y cómo hacerlo, reduce los efectos desintegradores de la crisis y establece una base firme para el tratamiento.

A fin de clarificar, creemos conveniente realizar una clasificación categórica básica, fundada en la génesis de la crisis. Esta puede ser de índole psíquica, somática, social o interpersonal. La división se hace didácticamente, pues los individuos son una unidad

psicobiológica y social inseparable. Se le da preponderancia al punto de partida o factor precipitante.

Una clasificación basada en esta modalidad de presentación, es inicialmente útil, puesto que la urgencia requiere en ocasiones, decisiones y acciones antes de proceder a una evaluación diagnóstica más precisa.

El estudio orgánico, con los exámenes de laboratorio y la información de los familiares sobre algún padecimiento biológico del paciente, nos permitirá descartar el aspecto somático y realizar una apreciación psicodinámica, la cual es una cuestión central en toda crisis. Debemos responder a los interrogantes sobre cuándo, dónde y por qué tuvo lugar esta crisis para la correcta planificación de la terapéutica. Algunas de las preguntas son: qué ha sucedido en la vida del paciente, en su medio familiar y social en este momento y como lo ha resignificado el mismo para producir el trastorno psíquico que presenta. ¿Por qué, en este momento? (etapa vital por la que atraviesa) y si ha presentado un episodio similar anteriormente.

Cuando el sujeto percibe una situación amenazante o se encuentra inmerso en una circunstancia caracterizada por un stress grave, que requiere una solución urgente y los mecanismos a disposición de la personalidad, para enfrentar y encontrar soluciones no cumplen con su función, al menos en el tiempo necesario, se desencadena un estado de crisis o urgencia psiquiátrica.

El estado de crisis puede desarrollarse y evolucionar en las siguientes etapas:

Primera fase: Aparece la situación conflictiva; esta puede ser personal (biológica o psicológica) o sociocultural (relaciones interpersonales). Se encuadra la misma pudiendo fracasar en la resolución.

El individuo pone en juego parte de sus funciones yoicas, controlando sus impulsos, recurriendo a sus procesos cognitivos y sus funciones defensivas, posponiendo las descargas pulsionales y regulando sus conductas. Percibe y capta su fracaso inicial, quedando desconcertado y

dubitativo. Surge así, un estado de tensión que aumenta progresivamente, acompañado por un sentimiento de inseguridad y displacer, que se vivencia subjetivamente como ansiedad. Tal sensación displacentera de expectación ominosa, engendra la duda desde el punto de vista intelectual, la inestabilidad desde el punto de vista afectivo y la inquietud y/o irresolución desde el punto de vista de la conciencia.

Segunda fase: Al no poder cumplir el yo con sus funciones específicas, la tensión continúa en aumento y comienza a producirse un cierto grado de desorganización. El paciente puede vivir este estado subjetivamente como ansiedad, angustia y/o culpa. Estas sensaciones y sentimientos nos indican una disfunción del yo, el cual no puede cumplir su misión de adaptación plástica a la realidad. En esta fase, podría afectarse el yo corporal manifestándose a través de trastornos hiponcondríacos y somatizaciones (regresión adaptativa).

Ante el sentimiento de fracaso, puede producirse una inhibición angustiosa o pruebas de ensayo y error para recobrar el equilibrio.

Tercera fase: Al aumentar la tensión y la desorganización, habiéndose resquebrajado la barrera antiestímulo, el individuo puede abandonarse y sucumbir, o bien redefinir la problemática activamente, a través de mecanismos psíquicos nuevos o aspectos relegados de los viejos. Si las conductas defensivas puestas en juego son eficaces, la crisis es superada, pero si dicha conducta produce una mala adaptación, se pone en marcha un episodio agudo de características neuróticas, que puede llegar a cristalizarse. El miedo, la angustia y la culpa son los síntomas más significativos o relevantes de esta fase. (cuadro de características neurótica)

Si el resultado es el fracaso, inexorablemente, surge la:

Cuarta Fase: En ésta el desajuste que había aparecido en la etapa precedente, alcanza el punto culminante de ruptura o fragmentación yoica.

El yo no puede cumplir con sus funciones sintéticas, (descritas por Nunberg en 1931) como la capacidad para unir, organizar e integrar los diversos impulsos, tendencias y funciones de la personalidad, permitiendo a la persona pensar sentir y actuar en forma organizada y dirigida. Esta desadaptación de la personalidad puede evidenciarse bajo la forma de episodios psicóticos, pues el yo no puede hacer frente a las exigencias planteadas, ni proyectarse constructivamente dentro del campo social, por pérdida del juicio crítico y del sentido de realidad. El episodio se manifiesta por una conducta inapropiada frente a la realidad externa (retraimiento de tipo autístico o fragmentación), una comunicación restringida o distorsionada a nivel verbal y/o afectivo, y relaciones interpersonales inadecuadas.

La manifestación objetiva de estos episodios está sujeta a la estructura biológica; el cerebro puede expresarse básicamente a través de la conocida triada:

- depresión.
- inhibición.
- excitación.

Estas manifestaciones van siempre acompañadas por una sintomatología polimorfa, de acuerdo con las características de la personalidad. Creemos que es conveniente aclarar que el cerebro es condición necesaria de la vida mental, pero no es, en modo alguno, la mente.

Estas fases están determinadas por el desequilibrio entre la dificultad planteada por la situación conflictiva, los recursos propios de los cuales dispone la personalidad para enfrentarlos con inmediatez y las circunstancias psicosociales en que se encuentran involucrados.

IV - CLASIFICACIÓN

Con una finalidad didáctica hemos clasificado las emergencias psiquiátricas, tomando como referencia diversos enfoques.

CLASIFICACIÓN PSQUIATRICO CLÍNICA

1- Clasificación fenomenológica descriptiva (sindromática)

- a- Episodio de angustia (ataque de pánico).
- b- Episodio de excitación psicomotriz.
- c- Episodio depresivo (ansioso/inhibido).
- d- Episodio delirante y/o alucinatorio.
- e- Episodio de inhibición psicomotriz.
- f- Episodio confusional.

2- Clasificación según la conciencia del padecimiento:

a- **Neurosis**: Son trastornos considerados psicógenos con punto de partida en la historia infantil. Se caracterizan por la presencia de conflictos entre instancias psíquicas y se manifiestan por síntomas que representan transacciones entre el deseo y las defensas y cuya expresión cardinal es la angustia, contra la cual el sujeto se defiende con mecanismos diversos que producen desajustes interpersonales y/o sociales. La conciencia de realidad no está alterada.

Según Celes Cárcamo, la neurosis es una disfunción psicogenética causada por conflictos inconscientes, manifestados en la conducta, con autocrítica y juicio de realidad conservados.

b- **Psicosis**. Son perturbaciones profundas y graves de la personalidad en las cuales el sujeto carece de conciencia de enfermedad por alteración del juicio crítico y del sentido de realidad. Estas perturbaciones dependen de un grave desorden en la estructuración del psiquismo y de la relación con el entorno. Presentan una conducta inapropiada, expresión de un conflicto planteado entre el yo y la realidad externa con una comunicación restringida o distorsionada a nivel verbal y afectivo y relaciones interpersonales inadecuadas.

Estas conductas pueden responder a causas exógenas como los tóxicos y las infecciones, a causas emocionales, o descompensaciones de un trastorno psiquiátrico de base.

V - DIAGNOSTICO

La agudeza de los cuadros, pone a los profesionales en la obligación y en consecuencia la responsabilidad de conocer o distinguir la sintomatología de los trastornos psíquicos que constituye una urgencia psiquiátrica. El objetivo es realizar un diagnóstico presuntivo precoz, pues este constituye la piedra angular de una decisión terapéutica rápida y eficaz.

Los trastornos psíquicos sólo pueden ser definidos o delimitados en términos psicopatológicos.

Hay pocos trastornos psiquiátricos con síntomas específicos o patognomónicos; éstos deben ser reconocidos por la presencia de uno o varios grupos de síntomas característicos, ninguno de los cuales es suficiente aisladamente para el diagnóstico.

Los criterios diagnósticos que se utilizan en las modernas clasificaciones como el D.S.M. IV, de la escuela Americana y por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) permiten una aproximación a la clínica psiquiátrica, independiente de posiciones doctrinales, e incluso sin implicaciones de procesos etiológicos, fisiopatológicos o psicológicos que no estén comprobados de una forma metodológicamente correcta.

Indudablemente con el tiempo, algunos trastornos de actual etiología desconocida, serán pasibles de contar con una causa específica, ya sea biológica, consecuencia de hechos psicológicos o bien cosa mucho más probable, el resultado de una particular interrelación de factores biológicos psicológicos y sociales.

VI - INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La intervención terapéutica debe iniciarse en el mínimo tiempo posible ya que existen razones fundantes en el sentido que una dilatación en el inicio del tratamiento puede conducir a una remisión incompleta de los síntomas o a consecuencias irreversibles.

En los últimos años ha tenido lugar un indudable progreso en el tratamiento de los trastornos mentales.

El gran avance de la investigación psicofarmacológica, a través del progresivo conocimiento de la bioquímica de los neurotransmisores y de los receptores cerebrales por un lado y la aparición de nuevas drogas psicotrópicas por otro, gravitan profundamente y con racional efectividad sobre los estados psicóticos alterados.

VII - DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO

EPISODIO DE ANGUSTIA

La ansiedad es una señal de alarma, caracterizada por la sensación subjetiva de temor o aprensión, o bien un sentimiento de catástrofe inminente. Es una respuesta vegetativa, neurohumoral, que se expresa por una hiperactividad del sistema nervioso simpático.

Se encuentran en la ansiedad, componentes psicológicos y somáticos. Dentro de estos podemos destacar algunos tales como: aprensión, disnea, inquietud, irritabilidad, mareo, náuseas, nudo en la garganta, opresión precordial, palpitaciones, parestesias, sudoración, taquicardia, temblores, tensión, urgencia urinaria, vértigo.

Son episodios breves, que aparecen súbitamente, y que alcanzan en pocos minutos una gran intensidad, desapareciendo en media o una hora. Surgen espontáneamente o ante situaciones conflictivas.

Cuando la ansiedad alcanza tal intensidad que lleva al individuo a una desorganización de su yo con pérdida de control e invasión por el miedo a enloquecer y/o morir, estamos en presencia de un ataque de pánico. La despersonalización, la desorientación y la desrealización son frecuentes, así como las conductas de fuga, ataque o inhibición.

Desde el punto de vista biológico, están implicados el Sistema Nervioso Autónomo, el Sistema Límbico y el eje hipotalámico hipofisario, el Locus Coeruleus y los receptores benzodiazepínicos.

Las causas orgánicas de los episodios de angustia y de pánico, se encuentran descriptos en el DSM IV de la siguiente manera:

- Hiper o hipotiroidismo.
- Feocromocitoma.
- Hipoglucemia.
- Hiperlordismo.
- Intoxicación con cafeína, cocaína, anfetamina.
- Abstinencia de hipnóticos sedativos.
- Crisis diencefálicas.
- Embolia pulmonar.
- Enfermedad obstructiva pulmonar crónica.
- Intolerancia a la aspirina.
- Enfermedades colágeno-vasculares.
- Brucelosis.
- Deficiencia de Vitamina B-12.
- Esclerosis múltiple.
- Intoxicación por metales pesados.

Los episodios de ansiedad, aparecen preferentemente en las siguientes entidades clínicas:

- 1- Ataque de pánico.
- 2- Trastorno de ansiedad generalizada.
- 3- Crisis fóbicas.
- 4- Trastornos obsesivos compulsivos.
- 5- Trastornos por stress post-traumático.

Para su tratamiento, las drogas de elección son las benzodiazepinas. En algunas oportunidades, se pueden utilizar alternativamente los antidepresivos sedativos, los antihistamínicos, los betabloqueantes como el propranolol y los neurolépticos sedativos a bajas dosis. Se considera que el uso de las benzodiazepinas debe ser por corto tiempo, pues, potencialmente, pueden producir dependencia.

La elección de la benzodiazepina específica dependerá de las características propias de la droga, y las peculiaridades del paciente. Debe tenerse presente que las benzodiazepinas de acción prolongada, son aconsejables en la ansiedad crónica y constante, mientras que la ansiedad aguda, relacionada con situaciones puntuales, se trata preferentemente con compuestos de acción breve, utilizados cuando son necesarios. En estos casos, será de elección la utilización de Lorazepan sublingual en dosis de 1 ó 2 mgrs.

En los pacientes de edad, conviene utilizar dosis más bajas y tener en cuenta la posibilidad de confusión y ataxia.

El propranolol se puede utilizar en la profilaxis de la ansiedad situacional, por ejemplo fobia social.

En los casos de riesgo de auto o heteroagresión se puede utilizar por vía parenteral (intramuscular), Lorazepan en dosis de 2 a 4 mgrs, ó Diazepan (endovenoso) en dosis de 5 a 10 mgrs.

En el tratamiento del trastorno por angustia, también puede utilizarse el Alprazolam, el cual posee, además, efectos antidepresivos. La dosis media utilizada es de 1,5 a 3 mgrs.

Superado el episodio agudo, el fármaco se elegirá de acuerdo a la forma clínica que adopte la patología de base (fobias, trastorno obsesivo compulsivo, somatizaciones, conversiones, trastorno por ansiedad generalizada, entre otros).

En la urgencia, el profesional debe transmitir una actitud tranquilizadora tanto al paciente como a la familia, favoreciendo la comunicación y enfatizando los probables factores desencadenantes que a posteriori serán contextualizados en la historia personal de cada sujeto. Una intervención implica asegurar que no va a ocurrir lo que tanto temen (muerte, locura) y que la crisis en sí tiene una duración determinada, un origen y un tratamiento.

EPISODIO DE EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ

Es el motivo de internación más frecuente en las emergencias psiquiátricas. Muchos pacientes psicóticos no son internados sino cuando desarrollan episodios de excitación psicomotriz. Estos producen alarma familiar y social, caracterizada por una alteración del comportamiento. Si la angustia es considerada como una alarma a nivel personal o individual, la crisis de excitación psicomotriz debe ser tomada como la mayor alarma social, especialmente bajo la forma de conducta violenta, que no es sinónimo de agitación.

Un paciente puede estar agitado sin llegar a ser violento.

Según T. Jove y J. Winner, la violencia tiene tres características: brusquedad, agresividad y destructividad.

Es importante reconocer los signos de violencia inminente. Los más frecuentes son:

- actividad motora irritable, asociada a incapacidad para ser calmado.
- elevada tensión muscular.
- deambular continuo.
- lenguaje con tono, ritmo y volumen incrementado progresivamente.
- grosería del vocabulario.
- conducta demandante.
- estado de hipervigilancia.

Los factores etiológicos son múltiples y variados. Pueden responder a patologías orgánicas tales como:

- intoxicaciones y abstinencias de distinto tipo: alcohol, corticoides, drogas tales como marihuana, anfetaminas, cocaína y ciertos antituberculosos.

- afecciones generales y metabólicas: hipoglucemia, hipercalcemia, porfiria aguda, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, hipertiroidismo, cuadros infecciones y otros.

- afecciones cerebrales: síndrome meníngeo, epilepsia (agitación confusional post-crítica y estados crepusculares), accidentes cerebro vasculares, traumatismo de cráneo, tumores cerebrales, encefalopatías.

- etiología psiquiátrica pura: agitación maniaca.

- agitación en trastornos de la personalidad (principalmente en las estructuras límite, antisocial, y narcisistas).

- agitación delirante: episodios delirantes, esquizofrenia.

- agitación ansiosa: en trastornos afectivos y en demencias seniles.

En el momento de tratar el síndrome de excitación psicomotriz, se deben efectuar estudios clínicos neurológicos, a fin de descartar causas orgánicas.

En los casos de agitación moderada puede utilizarse la vía oral, mientras que en la agitación extrema o violencia, deberemos recurrir a la parenteral.

Las benzodiazepinas serán una opción posible en aquellas situaciones, en que la excitación se da en un paciente neurótico. Podremos recurrir, por ejemplo al diazepam en dosis de 10 mgrs. o al Lorazepan en dosis de 2,5 a 5 mgrs.

Los neurolépticos sedativos serán de elección en la agitación y violencia psicóticas, utilizándose clorpromazina (100/300 mgrs.), clotiapina (40/120 mgrs.), levomepromazina (25/75 mgrs.), prometazina (25/75 mgrs.), o incisivos tipo haloperidol (5/30 mgrs.), entre otros. La asociación de un incisivo con un ansiolítico disminuye los efectos secundarios del primero (por ejemplo acatisia).

Hay que considerar como uno de los cuadros de mayor riesgo y violencia extrema al furor epiléptico, en cuyo caso, es conveniente utilizar benzodiazepinas (10/30 mgrs.) en un primer momento, y luego difenilhidantoinato sódico por vía intravenosa. O bien fenobarbital 100 mgrs. Por vía intramuscular.

Mantener un diálogo con el paciente que no resulte punitivo u hostil.

Escucharlo y asegurarle que es una entrevista privada para tratar de ayudarlo y además en lo posible aislarlo de estímulos.

De todas maneras hacerle saber que el personal va a mantener el control. Si se puede disminuir las distorsiones y el miedo que habitualmente lleva a la hostilidad.

Comprobar el uso previo de medicación.

EPISODIO DEPRESIVO (ANSIOSO/INHIBIDO).

El episodio depresivo se caracteriza por presentar como síntomas fundamentales: un particular estado de ánimo depresivo, descrito por algunos autores como tristeza vital, siendo éste el síntoma cardinal al que acompañan una marcada disminución o pérdida del interés, inhibición o agitación psicomotrices, trastornos del peso corporal, insomnio o hipersomnia, autodesvalorización, e ideación de temática depresiva (pensamientos suicidas, ideas de culpa, autorreproches e hipocondría). Los síntomas principales suelen presentarse acompañados por trastornos vegetativos.

Los síntomas mencionados pueden darse en diversas entidades nosológicas tales como:

- en los trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos, bajo la forma de episodio depresivo mayor, bipolar o distímico.

- en los trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo.

- las depresiones que acompañan a distintas patologías orgánicas, o depresiones secundarias (infecciones, anemia, tumores, trastornos circulatorios, epilepsia, fármacos, etc.).

- las depresiones (sintomáticas), que acompañan a otros cuadros psiquiátricos: depresión narcisista de los trastornos de la personalidad, la depresión esquizofrénica, la depresión en la demencia

En los cuadros depresivos, principalmente en los que tienen características endógenas el grave riesgo a tener en cuenta es la actuación suicida. En estos casos, la internación estará indicada como primera medida, al igual que en aquellos en los cuales no haya respuesta adecuada a los tratamientos anteriores, o no tengan contención familiar.

El tratamiento farmacológico en la depresión endógena contemplará los antidepresivos clásicos tales como: imipramina, amitriptilina, clorimipramina, o I.R.S.S., teniendo en cuenta el período de latencia (15 días aproximadamente), que no los hace aptos para el tratamiento de la urgencia, por lo cual en un primer momento se deberán combinar con ansiolíticos o neurolépticos sedativos, de acuerdo a cada caso. La elección de la droga a utilizar dependerá de las características que predominen en cuanto a agitación o inhibición en el cuadro clínico. En el primer caso, se utilizarán antidepresivos sedativos como la amitriptilina, mianserina, trazodone o paroxetina. En el caso en que predomine la inhibición, se utilizarán los desinhibidores tales como: imipramina, desipramina, amineptino, fluoxetina o I.M.A.O.

En las depresiones con características más neuróticas, se utilizan los I.M.A.O.: la tranilcipromina, o los I.R.M.A., tal como la moclobemida, o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, citaloprán, paroxetina y fluvoxamina). Los mismos grupos químicos son también aconsejables en casos de depresiones atípicas.

El abordaje en primera instancia de la urgencia tenderá a establecer un vínculo empático de apoyo, determinar el nivel de afectación, discernir el estado actual, las tendencias autodestructivas y el grado de violencia.

EPISODIO DELIRANTE Y/O ALUCINATORIO

Se trata de un síndrome clínico que puede ser producido por distintas entidades, tales como manía, uso de drogas, episodio esquizofrénico, factores de agresión encefálica (traumáticos, infecciosos, vasculares, metabólicos, endócrinos, medicamentosos, tumorales). Estas últimas causas, por lo general, se caracterizan por presentar, combinado con este cuadro, un síndrome confusional. El típico episodio delirante agudo es el trastorno psicótico breve, también denominado clásicamente bouffée delirante o reacción paranoide.

Los síntomas fundamentales son:

- alucinaciones, predominantemente visuales y auditivas con un alto grado de sensorialidad.

- ideas delirantes, que son polimorfas, a predominio de mecanismo interpretativo, alucinatorio o intuitivo.

Acompañando a estos síntomas, se puede observar:

- un marcado compromiso afectivo y una total adhesión al delirio. El humor se adapta a las sucesivas fluctuaciones de las oleadas delirantes.

- hipersensibilidad e hipervigilancia.

- reticencia y desconfianza dentro de una actitud sobrevalorada.

En la mayoría de los casos, deben ser internados en una sala de emergencias psiquiátricas, pues necesitan una estricta contención psicoterapéutica y psicofarmacológica, dada la situación de riesgo que atraviesan estos pacientes, por el fuerte compromiso afectivo que acompaña al delirio y que puede manifestarse en agresividad dirigida hacia sí mismo o hacia el entorno.

El tratamiento psicofarmacológico se basa en la utilización de neurolépticos que combinen un efecto sedante con uno incisivo. Un esquema muy utilizado asocia Haloperidol en dosis de 15 a 30 mgrs diarios con Prometazina en dosis de 25 a 75 mgrs diarios. Otro esquema consiste en asociar Clotiapina en dosis de 40 a 120 mgrs diarios con la dosis de Haloperidol enunciada anteriormente. También, Zuclopentixol en dosis de 50 a 100 mgrs, presentando la ventaja de la forma farmacéutica denominada acuphase, de la cual, una inyección intramuscular tiene efecto terapéutico por 72 horas.

En los últimos tiempos se ha comenzado a utilizar la Clozapina como droga de primera elección, a pesar de los controles hematológicos que hay que efectuar.

En ocasiones se pueden utilizar también los ansiolíticos como las benzodiazepinas, debido al componente de ansiedad que presentan los pacientes. En estos casos se administra Diazepam en dosis de 10 a 30 mgrs diarios, o bien Lorazepam en ampollas, en dosis de 2 a 6 mgrs diarios

EPISODIO DE INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ

Este cuadro se encuentra caracterizado por el marcado enlentecimiento psíquico y motor. Puede estar determinado por diferentes entidades nosológicas. Ya nos referimos a los cuadros depresivos, cuyo paradigma es la melancolía inhibida o estupor melancólico. Otras etiologías posibles son:

- la esquizofrenia, en su forma catatónica.

- la neurosis histérica.

- las catatonías de origen orgánico (tumores, encefalíticos, degenerativos, medicamentosos, como lo es el síndrome neuroléptico maligno, entre otros).

Dada la multiplicidad etiológica y la diferencia de gravedad en los cuadros, lo fundamental es el diagnóstico diferencial, para poder instaurar la terapéutica adecuada.

En los cuadros psicóticos, la terapéutica predominante será la biológica, utilizando en el caso de la catatonía esquizofrénica, con riesgo de vida para el paciente, la terapia electroconvulsiva.

Si el riesgo de vida no es inminente se pueden utilizar con bastante buen resultado benzodiazepinas como el lorazepam, el diazepam, la carbamazepina y/o neurolépticos atípicos como la clozapina.

En los episodios de etiología emocional, el modo de intervención es predominantemente psicoterapéutico. La internación de este tipo de pacientes no solo obedece al estudio exhaustivo que debe realizarse, sino a la separación del conflictivo vínculo familiar, que algunas veces actúa como favorecedor y sostenedor de la sintomatología.

El síndrome neuroléptico maligno requiere una terapéutica específica, siendo la primera medida, la suspensión del tratamiento neuroléptico, la incorporación de agonistas dopaminérgicos, como la bromocriptina (de 2,5 a 7,5 mgrs diarios), acompañados de tratamiento sintomático.

EPISODIO CONFUSIONAL

Se trata de cuadros en los cuales el síntoma predominante es el trastorno de la conciencia, que se manifiesta por:

- embotamiento intelectual.

- enlentecimiento de las percepciones y en los procesos de orientación o de indentificación.

- onirismo de intensidad variable.

El episodio confusional se manifiesta por un disturbio en la claridad, el orden y en la coherencia del pensamiento.

La confusión es el síntoma cardinal de los desórdenes orgánicos con sufrimiento cerebral, aunque puede presentarse, también, en otras patologías, tales como la esquizofrenia, las psicosis cicloides, los trastornos afectivos, y los de etiología emocional como por ejemplo el stress post traumático agudo en caso de catástrofes. Las causas más frecuentes son la tóxica exógena (alcohol y otras sustancias psicoactivas) y endógenas (trastornos metabólicos: diabetes, hipo o hiperglucemia, hipercalcemia, porfiria aguda intermitente, encefalopatía hepática; endócrinas: las crisis de hiper e hipotiroidismo, síndrome de Cushing), las infecciosas, traumáticas, tumorales y vasculares.

El tratamiento del síndrome confusional tiene dos vertientes:

- el etiológico, tendiente a suprimir la causa, y

- el sintomático, que coadyuva al primero.

En los casos en que la causa es tóxica, se realizará hidratación por vía oral o parenteral, según el caso para favorecer la más rápida eliminación del agente provocador. Al mismo tiempo, se administran neurolépticos, en forma inyectable, del tipo del Haloperidol en

dosis de 5 a 15 mgrs por día, o Zuclopentixol en dosis de 50 a 150 mgrs día, en los casos en los cuales predominen onirismo y agitación. Otros neurolépticos utilizables son la Clorpromazina (25 a 300 mgrs diarios) y la Clotiapina (40 a 120 mgrs diarios). Se debe observar estrictamente la norma de no indicar solución de dextrosa en pacientes alcohólicos sin suministrar tiamina. Se debe tener en cuenta, conjuntamente con la hidratación del paciente, el reestablecimiento del equilibrio del medio interno. En este tipo de pacientes, es siempre conveniente trabajar conjuntamente con el médico internista, a fin de lograr un diagnóstico certero y un estricto seguimiento.

IX- OTRAS EMERGENCIAS PSIQUIATRICAS

Además de las mencionadas, suelen presentarse emergencias relacionadas con los tratamientos empleados. Por ejemplo, el síndrome neuroléptico maligno, las discinesias agudas, los síndromes parkinsonianos, intoxicaciones agudas por sobredosificación, y las consecuencias de las interacciones medicamentosas, entre otras.

La más frecuente es la llamada impregnación neuroléptica, que puede estar representada por el síndrome parkinsoniano (hipocinesia, rigidez y temblores, signo de la rueda dentada), discinesias agudas (crisis oculogiras, tortícolis, disartría, o contracturas de otros grupos musculares), acatisia (pies inquietos).

El tratamiento en el síndrome de impregnación neuroléptica, será la disminución de la dosis del fármaco dentro de las posibilidades, pudiéndose asociar en el caso del síndrome parkinsoniano los antiparkinsonianos de síntesis, tales como el Trihexifenidilo (5 mgrs), o Biperideno (2 mgrs) en forma oral. En las discinesias agudas, se pueden administrar también, antiparkinsonianos de síntesis, en dosis única por vía inyectable. La ampolla endovenosa, suele suprimir inmediatamente la sintomatología

X- Referencias Bibliográficas

- 1-Alonso Fernandez F. Fundamentos de la Psiquiatría Actual. España. Barcelona. Editorial Paz Montalvo. 1979.
- 2-Arana G.W. , Rosenbaum J.F. Handbook of Psychiatric Drug Therapy. Fourth Edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.. 2000.
- 3- Brown G.L., Ebert M.H., Goyer P.F. et al. Aggression in Humans Correlates with Cerebrospinal Fluid Amine Metabolites. Psychiatry Res. 1, 131-139, 1979.
- 4- Chrousos G. Regulation and Dysregulation of the Hypothalamic - Pituitary - Adrenal Axis. ("The Corticotropin releasing Hormone perspective"). Endoc. and Metab. Clin. N.A. Vol 21, N 4, Dec. 1992.
- 5- D.S.M. IV. Criterios Diagnósticos. Buenos Aires. Editorial Masson. 1995.
- 6- Dahl A. Heredity in Personality Disorders: An Overview. Clin. Genet. Vol 46. Spce. N Pg. 138. 1994.
- 7- Dubovsky S.L., Thomas M. Beyond Specificity Effects of Serotonin and Serotonergic Treatments on Psychobiological Dysfunction. J. Psychosom Res. May 1995. 39(4). 429-44.
- 8- Ey H., et al. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray Masson. Barcelona. 1978.
- 9- Flaherty, J; Channon, R; Davis, J; Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento. Manuales Clínicos. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 1991.
- 10- Fridman N. El Conocimiento del Propio Ser Biológico. En: El Inconciente y la Ciencia. Buenos Aires. Amorrortu Editores. 1993.
- 11- Fuster, J, y Col. Psiquiatría de Urgencia en la Práctica Médica. Barcelona. España Ediciones Ariel. 1964.
- 12- Geertz C. El Desarrollo de la Cultura y la Evolución de la Mente. La Interpretación de la Cultura. Cap III. Barcelona. España. Ed. Gedisa. 1990.
- 13- Grivois, H. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Buenos Aires Editorial Masson S.A.. 1989.
- 14- Hacker F. Agresión. Barcelona. España. Editorial Grijalbo S. 1973.
- 15- Hillard, J.R., MD. Manual of Clinical Emergency Psychiatry. Washington, DC. American Psychiatric Press, Inc. 1990.
- 16- Hyman S.E., MD. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Buenos Aires. Salvat Editores S.A. 1989.
- 17- Kaplan H. I., MD, Sadock B. J., MD. Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine. Baltimore Maryland. USA. Williams and Wilkins. 1993
- 18-Schatzberg, A.F. Nemeroff, C.B. Essentials of Clinical Psychopharmacology. Washington DC. American Psychiatric Publishing, 2001.
- 19- Staner L., Mendlewicz J. Biological Psychiatry and Current Clasification of Depressive Disorders. Encephale. Vol 17. N 3. Pg 179. 1991.
- 20- Stingo N., Zazzi C., Gatti C. Violencia e Institución. Revista Emergencias. Publicación Periódica del Servicio de Emergencia I del Hospital José T. Borda. 1991.
- 21-Stingo, N. y Col. Los Trastornos Psíquicos. La Psicopatología en el siglo XXI. Buenos Aires Ediciones Centro Norte 2001
- 22- Vallejo Ruiloba J. De Flores T. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. III Edición. Buenos Aires Editorial Salvat.. 1991.
- 23- Vidal G., Bleichmar H. y Usandivaras R. Enciclopedia De Psiquiatría. Segunda Edición. Buenos Aires Editorial El Ateneo. 1979.

Autores: Dr. Néstor Ricardo Stingo y María Cristina Zazzi

- 9 -

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

- 1- MARÍA CRISTINA ZAZZI
- 2- MÉDICA FORENSE
- 3- HOSPITAL JOSÉ T. BORDA
- 4- HONDURAS 3769 4 PISO CAPITAL FEDERAL
- 5- 4-823-5750 CORREO : nstingo@reme.com.ar

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

- 1- NÉSTOR RICARDO Stingo
- 2- PROFESOR
- 3- JEFE DEL DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL JOSÉ T. BORDA
- 4- HONDURAS 3769 4 PISO CAPITAL FEDERAL
- 5- 4-823-5750 CORREO: nstingo@reme.com.ar