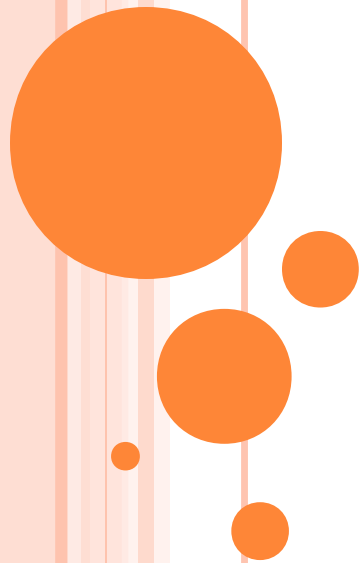


LA INTERCONSULTA Y LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL



La manera de afrontar la enfermedad depende de la naturaleza del problema, así como de los recursos mentales, emocionales, físicos y sociales disponibles. El psiquiatra de hospital tiene una posición privilegiada para evaluar el modo en que influye la enfermedad sobre el régimen de vida del paciente y la forma en que los factores psicosociales dificultan el progreso de la enfermedad y su curación.



No obstante, primero hay que detectar cuales son los problemas psicosociales pertinentes, que síntomas físicos son los más molestos y que relaciones interpersonales favorecen o frenan el enfrentamiento con la enfermedad.

Lo más práctico para evaluar el modo en que una persona afronta la enfermedad, sobre todo en un entorno clínico, es centrarse en el aquí y ahora.

Las incursiones en la historia pasada solo son relevantes solamente si arrojan luz sobre el presente.



El interés clínico de esta enumeración de características radica en que puede ayudarnos a detectar cuales son los rasgos que le faltan al paciente a la hora de afrontar su enfermedad.

Los malos luchadores no son necesariamente personas ineficaces. Sería demasiado esquemático decir que reúnen las características opuestas a los buenos luchadores. Se trata de personas con más dificultades de lo habitual a la hora de afrontar circunstancias inusuales é imprevistas, debido a las siguientes características:



1. Sus expectativas sobre sí mismo son exageradas, son rígidos en sus planteamientos, inflexibles respecto a las convenciones y renuentes a comprometerse con ó solicitar ayuda de los demás.
2. Tienen opiniones estrechas y absolutas acerca de como deben comportarse las personas, con muy poco margen de tolerancia.
3. A pesar de su proclividad a seguir firmemente los prejuicios, los malos luchadores pueden mostrar una sorprendente sumisión o resultar sugestionables en ciertos terrenos.



4. Tienden a la negación excesiva, a elaborar racionalizaciones y a ser incapaces de centrarse en los problemas principales.
5. Como les resulta difícil calibrar posibles alternativas, los malos luchadores pueden ser más pasivos de lo habitual y carecer de iniciativa propia.
6. En ocasiones, la rigidez cede y se someten así mismos a juicios aventurados o ensayan conductas atípicas que no logran ser eficaces.



LA SITUACIÓN MÉDICA COMPROMETIDA

Afrontar la enfermedad implica que el paciente responda a y se maneje con los problemas dentro de un complejo de factores ligados a la enfermedad, el modo de enfermar y la vulnerabilidad. La enfermedad es la razón categórica que explica el estar enfermo y experimentar dificultades para afrontar la situación. El modo de enfermar es el estilo en que la enfermedad se manifiesta en cada paciente. La vulnerabilidad es la tendencia a angustiarse y mostrar extremos emocionales mientras se intenta manejar la situación.



PACIENTES SUICIDAS

En el hospital general, se consulta a menudo al psiquiatra para que examine y trate a pacientes con ideas suicidas o antecedentes de suicidio. El riesgo debe evaluarse en base a una detallada exploración clínica, además de tener en cuenta los factores epidemiológicos de riesgo de suicidio.



EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

La evaluación del riesgo de suicidio está indicada en todos los pacientes que hayan hecho algún intento, que han expresado ideas o intenciones suicidas, que admiten haberse planteado el tema o cuyas acciones sugieren un intento de suicidio, aunque ellos lo nieguen. Cualquier intento e ideación suicida se debe tomar en serio, aunque parezca de carácter manipulador.



EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Tomar en serio las ideas y los intentos de suicidio

No emitir juicios y dar apoyo

Favorecer el acercamiento inicial al paciente

Evaluar las ideas y los intentos suicidas

Existencia de pensamientos sobre suicidio

Detalles de planes de suicidio

Gravedad del intento

Relación riesgo/salvamento

Detonantes

Apoyo social

Grado de impulsividad

Evaluar la existencia de factores de riesgo

Realizar un examen del estado mental

Nivel de conciencia

Aspecto

Conducta

Atención

Estado de ánimo

Tono afectivo

Lenguaje

Orientación

Memoria

Forma del pensamiento

Contenido del pensamiento

Percepción

Capacidad introspectiva

Juicio

Obtener información colateral

TRATAMIENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO

El tratamiento del riesgo de suicidio en el hospital general supone lograr la estabilización de las enfermedades médicas, proteger frente a las autolesiones, hacer una concienzuda evaluación del estado mental, posible iniciación de tratamiento y elección del medio dónde desarrollarlo. La atención médica de los procesos orgánicos deber ser inmediata; la gravedad de la presentación psiquiátrica no debe distraer a los médicos de su obligación de atender a las restantes patologías.



TRATAMIENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO

Estabilizar la patología médica asociada, actual o potencial

Garantizar la seguridad del paciente

Detener y sujetar

Suprimir los objetos peligrosos

Vigilar

Atar ó sedar

Realizar una esmerada exploración del estado mental

Considerar el inicio del tratamiento

Escoger un marco para el tratamiento

Domiciliario, en régimen ambulatorio

Ingreso en un departamento médico

Ingreso voluntario en una unidad psiquiátrica

Ingreso obligatorio en una unidad psiquiátrica



DIFICULTADES PARA EVALUAR EL RIESGO DE SUICIDIO

En el proceso de evaluación del riesgo de suicidio, el médico puede encontrar obstáculos con algunos pacientes o consigo mismo. Debe ser hábil a la hora de examinar a pacientes intoxicados, amenazantes o que no colaboran y manejarse conscientemente con las propias actitudes y sentimientos que el paciente le provoca (p.ej., ansiedad, rabia, tendencia a la negación, intelectualización o hiperidentificación) para evaluar y tratar adecuadamente al paciente en riesgo de suicidio.



DIFICULTADES PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO.

Factores del paciente

Embriaguez

Conducta agresiva

Falta de colaboración

Factores del médico

Ansiedad

Rabia

Negación

Intelectualización

Hiperidentificación

Factores del personal sanitario



PACIENTES CON DELIRIOS

Las enfermedades que amenazan la vida son difíciles de tratar, pero la dificultad y el peligro para el paciente aumentan llamativamente cuando éste desarrolla un estado mental anormal. La agitación probablemente sea el problema más frecuente que el psiquiatra debe encarar en situaciones críticas o en la unidad de cuidados intensivos (UCI), con el riesgo que supone para las vías de administración intravenosa, los catéteres, los electrodos y demás aparatos de monitorización. En la lista de motivos de consulta psiquiátrica el delirio ocupa el segundo lugar, después de la depresión.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No puede aplicarse ningún tratamiento antes de realizar una cuidadosa evaluación diagnóstica. La intuición puede ser útil, pero no debe sustituir a la investigación sistemática de la causa específica del delirio. El curso temporal de los acontecimientos es la mejor clave para descubrir las posibles causas. En el momento en que el paciente se retiró la intubación estaba claramente alterado; pero, ¿cuándo cambió realmente su estado mental? Se pueden estudiar las anotaciones de las enfermeras para detectar alguna indicación de la primera anomalía (p. ej. Inquietud, ligera confusión o ansiedad).



Una vez establecido el momento de comienzo , se analizarán los demás acontecimientos para intentar descubrir una posible causa de la alteración del estado mental. Empezar a administrar un nuevo medicamento ó suspender otro, el comienzo de fiebre o hipotensión y el empeoramiento agudo de la función renal pueden ser responsables, si están próximos en el tiempo a los cambios psíquicos.



En ausencia de una conexión temporal convincente, puede descubrirse la causa por probabilidades dentro de la situación clínica específica de cada paciente. En el marco de la asistencia en fase crítica, por ejemplo en los departamentos de urgencia, hay 7 trastornos que el médico debe tener en mente para descartarlas en el paciente. Se trata de afecciones que requieren una intervención inmediata, ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento podrían causar una lesión permanente del sistema nervioso central (SNC).



Nos referimos a :

1) La enfermedad de Wernicke; 2) La hipoxia; 3) La hipoglucemia; 4) La encefalopatía hipertensiva; 5) La hemorragia intracerebral; 6) La meningitis/encefalitis, y 7) La intoxicación, ya sea de origen externo o iatrogénico. Hay otros trastornos agudos de carácter menos urgente que también requieren intervención rápida, como la insuficiencia renal aguda, la tirotoxicosis ó mixedema, el delirium tremens, la psicosis anticolinérgica y el estatus epiléptico parcial.

La presencia de estos procesos se puede descartar o verificar fácilmente, si es que todavía no se había hecho.



OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Los síntomas de ansiedad, además de aparecer en los trastornos de ansiedad, pueden hacerlo ligados a una serie de distintos trastornos psiquiátricos, como la esquizofrenia y la depresión. Los síntomas de la esquizofrenia pueden ir precedidos ó acompañados desde un vago desasosiego hasta una ansiedad extrema.

Los pacientes con un grado significativo de ansiedad pueden mostrar una reducción de su capacidad de funcionamiento y en repliegamiento que superficialmente recuerda a la esquizofrenia.

Es fácil diferenciar la esquizofrenia de los trastornos de ansiedad cuando aparecen alucinaciones, delirios y un tipo de pensamiento extraño y desordenado, así como un grado notable de retraimiento social y una historia familiar y personal características.



El solapamiento entre síndromes puede dificultar la diferenciación entre ansiedad y depresión, pero hay una serie de consideraciones clínicas útiles en ese sentido. La lentificación psicomotriz, la disforia persistente, el despertar precoz por las mañanas, la variación diurna, el sentimiento de desesperanza y las ideas suicidas son más indicativas de depresión. Los pacientes con trastorno de ansiedad no es tanto que hayan perdido el interés por sus actividades habituales como la capacidad para realizarlas tranquilamente; más que desesperanza, se da hiperactividad autonómica, sensación de irrealidad y distorsiones perceptivas.



TRATAMIENTO

La naturaleza del ámbito médico-quirúrgico, con estancias limitadas en el tiempo, favorece las intervenciones expeditas en forma de tratamiento farmacológico para aliviar las molestias agudas.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA

El tratamiento medicamentoso de la ansiedad supone seleccionar los fármacos adecuados para tratar la angustia, la ansiedad generalizada o ambas. Igual que en algunos pacientes ansiosos conviene reconocer la primacía de la depresión, el tratamiento exclusivo de la ansiedad generalizada, pasando por alto la existencia de ataques de angustia, probablemente resultará inadecuado y el paciente seguirá sufriendo. Es necesario estar familiarizado con el trastorno de angustia, sus complicaciones y su tratamiento a la hora de atender a los pacientes ansiosos.

Una intervención precoz ayuda a prevenir las complicaciones, pero muchos pacientes solicitan tratamiento después de años de sintomatología e incapacitación.



Sin embargo, aun en situaciones de cronificación, la mayoría de los pacientes mejoran sustancialmente con los tratamientos disponibles, ya sea la farmacoterapia o la terapia cognitivo-conductual. Dada la aparente primacía que tienen las crisis de pánico en el malestar y en la evolución de las complicaciones del trastorno de angustia, nuestro modo habitual de abordaje consiste en un tratamiento inicial con medicamentos, con la esperanza de que las complicaciones remitan una vez que hayan cesado los ataques de angustia.



En los pacientes con evitación fóbica residual, a pesar de la prevención de la crisis de angustia, se emplean estrategias cognitivo-conductuales al principio, sobre todo cuando la frecuencia y la intensidad de los ataques son mínimas, para seguir más tarde con farmacoterapia si hay situaciones de urgencia o exacerbaciones de la angustia durante el programa conductista.



CARACTERÍSTICAS DE LA BENZODIACEPINAS DE USO MÁS CORRIENTE

Medicamento	Semivida (h)	Dosis equivalente (mg)	Comienzo	Metabolitos importantes
Midazolam	1-12	2,0	rápido	no
Oxazepam	5-15	15	lento	no
Lorazepam	10-20	1,0	intermedio	no
Alprazolam	12-15	0,5	Intermedio-rápido	no
Clordiazepóxido	5-30	10	intermedio	si
Clonazepam	15-50	0,25	intermedio	no
Diazepam	20-100	5,0	rápido	si
Flurazepam	40	15,0	rápido	si
Clorazepato	30-200	7,5	rápido	si

