**CRISIS. URGENCIAS PSIQUIATRICAS Y CONDUCTA SUICIDA**

**CRISIS** es toda situación externa o interna que tiene gran significación para el sujeto, que no puede solucionar con sus mecanismos de afrontamiento previos, pudiendo provocar una pérdida del bienestar psicológico o social, con la presencia de síntomas psiquiátricos asociados a ello y cuya forma de resolución constituye un punto decisivo hacia la mejoría o para el deterioro.

EJEMPLOS DE CRISIS

1. Crisis de pareja

2. Crisis de Familia

3. Crisis laborales: Subordinados con los jefes, Conflictos con compañeros de trabajo

4. Crisis personales: Crisis por daño o pérdida, Crisis de valores

5. Crisis escolar

En el afrontamiento y resolución de las crisis influyen mediadores internos y externos. Mediadores internos son los que dependen del propio individuo: Impacto del evento que ocasiona la crisis, Personalidad pre-mórbida, Estilos de afrontamiento, Estructura biológica y estado de salud, etc. Hay mediadores externos como la cultura, nivel socioeconómico, estructura familiar, redes de apoyo social, etc.

Una vez diagnosticada la crisis si no se resuelve se debe hacer inter consulta con el equipo de salud mental en el área, si no es posible remisión al cuerpo de guardia de psiquiatría. Como pasos a tener en cuenta en la primera ayuda psicológica ante las crisis están los siguientes:

* Hacer contacto psicológico.
* Examinar las dimensiones del problema.
* Analizar cuáles son las soluciones posibles del problema.
* Ayudar al individuo a tomar decisiones en una acción concreta y objetiva.
* Brindar seguimiento posterior

**URGENCIAS PSIQUIATRICAS**

Son manifestaciones psicopatológicas que determinan la necesidad de atención inmediata por el equipo de salud, ya que reúnen las características siguientes:

* Significan un riesgo notable e inminente para la integridad física del paciente u otras personas
* Pueden aparecer serias complicaciones si se pospone su asistencia
* Implican riesgo notable e inminente de comportamientos socialmente reprochables
* Provocan un sufrimiento notable para el paciente, sus familiares o la comunidad.

La urgencia implica perturbaciones del pensamiento, emociones, comportamiento o cualquiera de sus combinaciones, requiere atención inmediata de un personal calificado, pues incapacita al sujeto que la padece para resolver por si mismo la situación que presenta. Se acompaña de una demanda de atención y resolutividad inmediatas que surgen desde lo individual, familiar, o comunitario, las autoridades policiales, judiciales u otras, y, por supuesto, a partir de las distintas instancias de los niveles de salud, por su complejidad o impacto requieren una información básica de actuación desde el médico general hasta el especialista.

Se calcula que entre 5 y 19% de la prevalencia de trastornos atendidos en Servicios de urgencias médicas son de naturaleza psicopatológica.

**DIFERENCIAS FUNDAMENTALES ENTRE CRISIS Y URGENCIA PSIQUIÁTRICA**

|  |  |
| --- | --- |
| Urgencia | Crisis |
| Toda urgencia implica una crisis | Toda crisis no es una urgencia |
| Se corresponde con un modelo médico o institucional | Se atienden en instituciones cuando han dejado de ser crisis para convertirse en una Urgencia Psiquiátrica. El 90% se abordan en la Atención Primaria de Salud |
| Requiere la asistencia de un personal calificado o entrenado | No siempre requiere de personal calificado. Puede ser abordada por el Médico de APS |

**Elementos que intervienen en las urgencias psiquiátricas**

* El paciente, con su cuadro clínico tributario de estudio y tratamiento
* El ambiente humano circundante también requiere evaluación
* El ambiente físico. Puede aportar peligros o facilidades potenciales
* El médico que con su competencia profesional y personalidad jugará un papel decisivo

**LA URGENCIA PSIQUIATRICA PROVOCA ENTRE QUIENES RODEAN AL ENFERMO**

* Incertidumbre
* Confusión
* Miedo
* Angustia

**Evaluación de la urgencia psiquiátrica**

* Historia clínica
* Examen mental
* Examen físico
* Solicitud de exámenes auxiliares pertinentes
* Disposiciones y tratamiento

**EN LA EVALUACIÓN SE UTILIZA**

* La entrevista (paciente y/o familiar u otros)
* Descartar o precisar enfermedad física o psíquica
* Información obtenida, se convierte en síntomas y luego se configura un síndrome

También interesa:

* Estado de nivel de vigilia
* El nivel intelectual
* La afectividad, tipo de trastorno
* La psicomotricidad

**OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN A URGENCIAS PSIQUIATRICAS**

* Evitar el riesgo vital
* Reparar el daño, si lo hubiere
* Aliviar el sufrimiento
* Prevenir la repetición del episodio
* Orientar a la familia y/o al paciente

**EL MEDICO DEBE**

* Adoptar actitudes que no dañen al paciente
* Evitar exponerse innecesariamente
* Adoptar una actitud sobria, empática
* Respetar la dignidad del paciente
* Inmovilizar, explicándole a él o a sus familiares la razón de tal conducta.

**URGENCIAS PSIQUIATRICAS MAS FRECUENTES A ENFRENTAR POR EL MEDICO GENERAL**

1. Síndrome de Excitación Psicomotriz

2. Estupores.

3. Depresiones profundas y Conducta suicida

4. Intoxicación-abstinencia alcohólica y por otras drogas

5. Síndromes cerebrales orgánicos agudos sin estupor ni agitación

6. Síndromes ansiosos y cuadros de pánico.

7. Trastornos discinéticos inducidos por medicamentos.

8. Trastornos Conversivo y Disociativo.

9. Cuadros delirantes agudos

**AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

“Es el aumento de la actividad mental y locomotora, de tal manera, que llega a ser desordenada e incontrolable, y por lo tanto, peligrosa para el individuo y para los demás”

Indicios de peligrosidad:

Compromiso del nivel de conciencia vigil

Actitud tensa y amenazante

Antecedentes de violencia previa

Agitación intensa

TIPOS DE AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

* De origen exógeno Trastornos mentales orgánicos secundarios a: Traumatismos cráneo encefálicos, infecciones sistémicas o no, abuso de alcohol y otras drogas, trastornos metabólicos, AVE, tumores intracraneales, epilepsia, déficit vitamínicos.

 Toma de conciencia (puede ir de la confusión al coma). Varía durante el día. Implica

 Terapia combinada: somática y psíquica

* De origen psicógeno: Reactivos a una situación psicotraumática en una personalidad premórbida susceptible o ante un estrés grave
* De origen endógeno: Esquizofrenia, episodios maniacos y descompensacion de otros trastornos de nivel psicótico. Hay claridad de conciencia.

ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:

Determinar los antecedentes, formas de debut y características clínicas del paciente.

Establecer medidas de seguridad básicas para el paciente y el equipo de salud, (hablar en tono suave y calmado, brindar confianza y seguridad, no mostrar miedo).

Evaluar la conveniencia de aislar al paciente de los familiares.

Si los procedimientos anteriores fallan y no se pude lograr una persuasión se hace necesario restringir es decir fijarlo por la fuerza para poderlo sedar agotando previamente todos los recursos de persuasión incluyendo la influencia positiva. No olvidar el consentimiento informado.

El tratamiento medicamentoso será sintomático y/o causal. Si hay toma de conciencia se indicará diacepam, 10 mg por vía intramuscular o endovenosa, según el caso, o haloperidol, 5 mg por vía intramuscular, con benadrilina 20 mg en la misma jeringuilla. Si no hay toma de conciencia, clorpromacina, 50 mg por vía intramuscular también asociada a la benadrilina

Aislamiento del paciente.

En todos los casos se debe realizar un control permanente de los signos vitales y observación permanente por el riesgo para sí mismo y para terceros, incluidos el personal de salud lo que no suele ser frecuente cuando se tomaron las medidas orientadas al inicio.

Esta observación se realizará hasta lograr control temporal o disminución de la crisis. Si en 15 min no hay atenuación sintomática, repetir la dosis inicial.

**ESTUPORES**

 Con toma de conciencia Trastornos mentales orgánicos y sintomáticos

 Estupor psicógeno: Histérico, Estados de estrés grave

Sin toma de conciencia Estupor depresivo y catatónico

Objetivos diagnósticos y terapéuticos del médico general:

Realizar un diagnóstico sindrómico, en el cual se incluye la valoración de la categoría de acuerdo con la existencia de toma de conciencia o no y, de ser ello posible, valorar presuntivamente si se trata de un cuadro psicógeno u orgánico, si aquélla está afectada como se explicó con las agitaciones. Prevenir complicaciones y remisión adecuada al medio especializado.

Conducta terapéutica: Con la excepción de los casos típicos de estupores disociativos o ante estrés agudo, en los que se administrará diacepam, 10 mg por vía intramuscular, y se aislará temporalmente al paciente de sus acompañantes; en las situaciones restantes la conducta será de abstención farmacológica para evitar modificar el cuadro clínico hasta su valoración especializada. Si hay mucha angustia familiar, se puede administrar algún placebo.

**CRISIS O ATAQUES DE ANSIEDAD**

Una crisis o ataque de angustia o ansiedad es un cuadro severo, de comienzo brusco y espontáneo, de breve duración y de carácter episódico, en el cual los síntomas básicos son una aprehensión y un temor intolerable, no relacionados con un evento identificable.

Las manifestaciones físicas son variadas y pueden afectar varios órganos y sistemas. Estas manifestaciones están asociadas con sentimientos de terror o miedo intenso, lo cual es interpretado por el paciente como un temor a morir o a perder la razón. Por su frecuencia y carga de sufrimiento se destacan los ataques de pánico entre las formas clínicas.

Síntomas de los ataques de angustia

* Palpitaciones, Dificultad respiratoria, Mareos
* Ahogos, Escalofríos, Debilidad, Cefalea, Miedo a morir
* Dolor torácico, Desmayo, Temblores, Sudoración
* Con menor frecuencia: Despersonalización, Desrealizacion, Parestesias, Náuseas y trastornos gastrointestinales, Hiperventilación

Trastornos mentales orgánicos que pueden simular ataques de angustia:

* Hipertiroidismo
* Hipoparatiroidismo
* Hipoglicemia
* Feocromocitoma
* Porfiria aguda
* Epilepsia lóbulo temporal
* Abstinencia de alcohol, opiáceos y barbitúricos
* Angina de pecho
* Accidentes cerebro-vasculares
* Tromboembolismo pulmonar
* Intoxicaciones por psicofármacos

**TRASTORNOS INDUCIDOS POR NEUROLEPTICOS**. Las variedades clínicas más frecuentes son:

Distonías Agudas

Acatisia

Síndrome parkinsoniforme

Síndrome neuroléptico maligno

• Objetivos del médico general:

Diagnóstico sindrómico y patogénico, control del cuadro agudo, control de la angustia del paciente y de sus acompañantes, ajuste farmacológico hasta la consulta especializada.

• Conducta Terapéutica:

Debe explorarse si el paciente está en tratamiento neuroléptico e incrementó la dosis por alguna razón o suspendió el antiparkinsoniano asociado.

El examen físico descartará siempre la posibilidad de otros cuadros infecciosos o tóxicos con repercusión neurológica.

Como en la mayoría de los casos están tomados los músculos de la deglución, el tratamiento se comenzará con cafeína, en ámpulas de 250 -500 mg por vía intramuscular, aunque en casos muy agudos podría valorarse la vía endovenosa. La dosis inicial puede repetirse cada 10 min hasta el control del cuadro sobreagudo.

Junto a la administración farmacológica, el médico explicará al paciente y sus familiares que dicha reacción carece de complicación alguna y destacará la posible transgresión de las indicaciones que la originó. Insistirá en que el trastorno no tiene relación alguna con la embolia o trombosis.

Es recomendable que el paciente sea observado durante unas 2 horas después de controlado el cuadro, ya que tiende a recidivar, pese a la terapéutica administrada. Es conveniente también orientar al familiar que en caso de presentarse nuevos síntomas en el hogar, se le administre otra dosis de cafeína.

Si en el tratamiento del psiquiatra no está indicado un antiparkinsoniano, se recomienda la benadrilina 1 tableta de 25 mg dos o tres veces al día hasta la consulta especializada.

Debe destacarse que en los casos en que el paciente presente notable angustia, se puede utilizar el diacepam parenteral en dosis de 10 mg por vía intramuscular, o en su lugar administrar de igual forma benadrilina, 20 mg, que tiene efecto antiparkinsoniano y discreto efecto ansiolítico.

En la acatasia puede utilizarse un β bloqueador como el propranolol.

• Valoración de remisión:

Sólo en casos excepcionales es necesaria la remisión al medio especializado, ya que estos cuadros responden rápidamente a las indicaciones recomendadas.

**SINDROMES DEPRESIVOS**

Describimos aquí las depresiones profundas que suelen cursar sin agitación. El alto riesgo suicida de estos cuadros siempre debe tenerse en cuenta por el médico general. No obstante, hay cuadros depresivos de nivel neurótico

• Variedades clínicas más frecuentes:

Éstas pueden ser de diverso tipo:

* reactivas, como la depresión reactiva psicótica
* predominantemente endógenas, como la que se presenta en episodios depresivos mayores y los trastornos bipolares o recurrentes.
* secundarios a otras enfermedades médicas no psiquiátricas (por ejemplo, enfermedades neurodegenerativas y sistémicas, enfermedades tiroideas, demencias, etc.), incluidos los cuadros consecutivos o inducidos por el consumo de sustancias psicoactivas.

Remitimos al estudiante a los capítulos correspondientes a los diferentes trastornos aquí descritos para profundizar en los respectivos cuadros clínicos de presentación.

El médico general también debe tener presente que a menudo consultan por urgencia cuadros depresivos de nivel neurótico, fundamentalmente por trastornos adaptativos y crisis situacionales cuyo abordaje terapéutico debe tener resolutividad a su nivel; en la mayoría de ellos el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente y la adopción de los recursos psicoterapéuticos de la primera ayuda psicológica y los del capítulo 23 del texto y adaptados a cada situación, suelen ser suficientes, sin tener que acudir a la prescripción innecesaria de psicofármacos. En los casos más resistentes puede realizarse la interconsulta con el psiquiatra que atiende los grupos básicos de trabajo del policlínico.

• Objetivos del médico general:

Realizar el diagnóstico sindrómico, incluyendo la valoración del nivel psicótico, prevención de la conducta suicida y remisión adecuada al medio especializado según los correspondientes modos de actuación.

• Conducta terapéutica:

Dado que la remisión al medio especializado debe hacerse de inmediato en los casos descritos, se recomienda la abstención farmacológica para no modificar el cuadro clínico hasta su valoración psiquiátrica. No obstante, en los pacientes con notable angustia asociada puede administrarse diacepam, 10 mg por vía intramuscular.

Debe tenerse en cuenta el alto riesgo suicida que las acompañan

**CONDUCTA SUICIDA**

Por su relevancia la conducta suicida siempre constituye una urgencia psiquiátrica con independencia del método utilizado y las condiciones en que se produce fue descrita en el capítulo 21 del texto donde remitimos nuevamente al estudiante, sobretodo para revisar los factores de riesgo y situaciones clínicas que pueden llevar a esta conducta para ayudar en su prevención y control.

• Objetivos del médico general:

Diagnosticar la conducta suicida en los casos en que ésta quiera ser ocultada por los familiares, tratamiento orientado a neutralizar los efectos del agente autoagresor, diagnóstico sindrómico de la afección subyacente, remisión al medio especializado.

• Conducta Terapéutica:

Recordar que todos los intentos o amenazas de suicidio deben ser tomados seriamente.

Debe tenerse en cuenta que existen muchos casos de intentos suicidas en los que la aparente falta de seriedad en la ejecución del acto es consecuencia de la desorganización de la personalidad por alguna afección psiquiátrica, como ocurre con los esquizofrénicos, cuyas posibilidades de lograr sus propósitos autoquíricos en intentos subsiguientes son altas si no se diagnostican precozmente.

Evaluar la salud física general del paciente y garantizar el apoyo vital según el método utilizado.

Tener siempre presente la posibilidad de que se hubiese utilizado más de un método suicida, como el paciente que se secciona las venas luego de haber ingerido un fármaco.

En general se recomienda la abstención psicofarmacológica hasta la remisión al psiquiatra, y se limita el tratamiento a las medidas orientadas a controlar las secuelas del intento.

En casos de notable excitación que dificulte el traslado, se podrá utilizar haloperidol, 1 ámpula de 5 mg, para evitar fármacos que pudiesen tomar en forma significativa la vigilancia y dificultar el control evolutivo.

Llenar la Tarjeta EDO (Enfermedad de Declaración Obligatoria) a todo paciente atendido por conducta suicida para su dispensarización y control.

• Valoración de remisión:

Todos los casos de intentos suicidas, deben ser remitidos con urgencia para valoración psiquiátrica y se orientará al familiar sobre la posibilidad de su repetición. Si el paciente acudiera sin acompañante, debe garantizarse su remisión junto a personal de la institución donde se brinde la primera ayuda.