

EMERGÊNCIAS EM PSIQUIATRIA

Hailton Martinelli / Gustavo Vieira Caetano

I) INTRODUÇÃO

Existe um grande número de definições de emergências em psiquiatria, muitas contraditórias entre si, principalmente quando os sintomas dos quais o paciente ou os familiares se queixam tem aspecto predominantemente subjetivos, o que não é raro nesta área.

A definição geral de emergência implica num fato clínico onde uma abordagem e uma intervenção médica se tornam imediatas.

Duas questões principais se colocam no caso do paciente psiquiátrico :

1ª Quem define a emergência.

2ª Quem demanda a intervenção.

Portanto, diferentes possibilidades se colocam, às vezes estando os familiares e o médico de acordo com a intervenção, em outras ocasiões a equipe e o paciente podem estar de acordo e um dos familiares não, outras vezes familiares e paciente demandam o atendimento e a equipe de emergência não vê indicação para tal.

De qualquer modo, emergência pode ser considerada toda a situação em que o paciente corre risco de vida e/ou está colocando a vida de outros em risco.

II) PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS

1º) Agitação Delirante

Caracteriza-se por um quadro de ansiedade e agitação graves, freqüentemente acompanhados de delírios de conteúdo persecutório ou megalomaniaco, que às vezes se acompanham de vivência alucinatória, geralmente auditivas.

Freqüentemente o paciente está assustado, com intensa angústia em função das manifestações psicóticas.

É importante criar um clima receptivo (uma atitude afetiva),mas não é necessário estar de acordo com os pensamentos delirantes do paciente, nem tampouco confrontar-se com eles, pois na maioria das vezes são irredutíveis, porém é fundamental ouvir o paciente.

O uso dos antipsicóticos é freqüentemente importante para diminuição da ansiedade. Nos casos de internação, onde o paciente recusa a medicação, pode ser necessário a contenção mecânica no leito, temporariamente.

É importante alertar a equipe de enfermagem sobre o quadro e também para necessidade de vigilância.

Nesta fase os antipsicóticos devem ser administrados preferencialmente na forma intramuscular, por ser de mais fácil utilização evitando riscos na aplicação e também as flebites. O Haloperidol injetável é o mais freqüentemente utilizado 01 ou 02 ampolas I.M., associado ou não a Prometazina I.M..

Sempre que o paciente aceitar, o medicamento pode ser administrado via oral, Clorpromazina 100 mg. ou Levomepromazina, 01 a 02 comprimidos. Os Benzodiazepínicos não são as drogas de primeira escolha mas podem ser feitos via oral para ajudar na sedação, Diazepam 10 mg., 01 a 02 comprimidos. Devemos lembrar que o Diazepam faz efeito mais rapidamente na forma oral do que na forma IM.

2º) Agitação Maníaca

O quadro faz parte da Doença Afetiva Bipolar (Psicose Maníaco Depressiva). Caracteriza-se por importante aumento da psicomotricidade, humor eufórico, desinibido, podendo ter curso do pensamento acelerado com fuga de idéias.

Geralmente o período de sono está bastante reduzido, com várias noites sem dormir ou dormindo poucas horas por dia sem sinais aparentes de cansaço. É freqüente a exaltação fácil dos afetos principalmente com os familiares mais próximos. É muito comum perda das inibições no campo da sexualidade e também projetos grandiosos com caráter megalomaniaco e gastos econômicos excessivos, ou grande irritabilidade.

Na maioria dos casos a internação se impõe, sendo necessário o paciente ser protegido dele mesmo. É necessário uma atitude bastante diretiva.

Os antipsicóticos estão indicados, às vezes em doses altas, Haloperidol 30 a 40 mg. por dia, Clorpromazina 300 a 400 mg. por dia ou a Levomepromazina 200 a 300 mg. por dia. A associação com Benzodiazepinas pode ser aconselhável.

Muitas vezes a contenção mecânica no leito pode ser necessária, porém não deve ser usada como rotina, visto que pode produzir um ambiente de confronto em uma pessoa com fácil tendência a exaltação e liberação de impulsos.

É importante alertar a enfermagem sobre a necessidade de vigilância constante do paciente. O Lítio pode ser usado já na fase aguda, tendo também efeito profilático.

3º) Depressão Maior

O humor está deprimido, freqüentemente o discurso é lento e não se conclui, pode haver choro imotivado, sentimentos de culpa sem justificativa, delirantes

mesmo, anorexia, tendência a isolamento, abandono das atividades diárias, inclusive dos cuidados de higiene.

É freqüente ideação deliróide de ruína, acompanhada de pensamentos de morte. O risco de suicídio está freqüentemente presente. Passado de tentativas de suicídio anteriores principalmente quando cruentas são indicadores de risco grave. É importante escutar o que diz o paciente do seu estado. Deve-se falar claramente com o paciente do seus pensamentos de morte, evitar este assunto não costuma ser produtivo e pode aumentar a angústia do sujeito. Falar sobre a idéia suicida não induz à ela e freqüentemente alivia.

Vigilância e atenção psicológica são fundamentais para enfrentar a situação. A enfermagem deve sempre ser alertada para o risco da situação e para a necessidade de vigilância. Em quadros de risco eminente de suicídio deve ser considerada a hipótese de contenção mecânica no leito do paciente.

O tratamento pode ser iniciado com medicação Benzodiazepínica e/ou hipno-indutores, posteriormente o médico especialista pode iniciar os antidepressivos, já que estes tem resposta lenta (15 a 20 dias em média), e em alguns casos devem ser usados com cautela pois podem produzir uma súbita virada para a síndrome maníaca.

Há fatores que aumentam o risco de suicídio, como: depressão, alcoolismo, esquizofrenia, condições médicas (doenças terminais, dor crônica, desfiguração, etc.), fatores psicológicos (impulsividade, dependência), finalmente, se existiram tentativas anteriores, há risco maior de uma nova tentativa.

4º) Agitação psicomotora não específica.

(Reações neuróticas, transtorno de personalidade, histeria)

São os quadros mais variáveis, podem ser reacionais, determinados por circunstâncias familiares, conjugais ou da vida profissional.

Freqüentemente pensamentos e desejos inconscientes recalçados surgem na forma de sintomas, às vezes como conversão motora, dissociação da consciência na forma de "desmaios" ou "síncope" ou automatismos. Geralmente os sintomas surgem de forma teatral e exagerada (não devem ser entendidos como pura simulação), outras vezes se manifestam como angústia difusa com reações somáticas de taquicardia, dispnéia, mãos frias, tremores, insônia, tonteiras e etc.

É comum hostilidade para a equipe de atendimento, reações explosivas também podem ocorrer, quando esses pacientes são desvalorizados nas suas queixas.

Freqüentemente não há indicação para hospitalização, e algumas horas de repouso na emergência podem ser o suficiente para contornar a "crise". A delimitação do quadro e posterior encaminhamento para o ambulatório podem ser um bom início da abordagem.

Quadros mais severos com agitação intensa necessitam de medicação, sendo as drogas de escolha os Benzodiazepínicos, algumas vezes a hospitalização de um dia ou dois pode ser necessária.

5º) Estupor Catatônico - Bloqueio Psicomotor Catatônico

O quadro se caracteriza por intensa inibição motora. Freqüentemente a fala está completamente bloqueada, o corpo pode estar rígido, indiferença ao ambiente é uma marca típica do quadro.

Muitas vezes o paciente permite ser conduzido passivamente ou até com obediência automática aos comandos. Mesmo não havendo exteriorização é um momento de intenso sofrimento psíquico que se acompanha de vivências alucinatórias e delirantes intensas. A expressão é de um olhar vazio no infinito.

Uma atitude amistosa, com contato físico carinhoso, algo maternal, podem ser importantes.

O uso dos antipsicóticos é bastante discutido nestes casos, alguns alegam que podem agravar a inibição motora. A decisão pelo seu uso deve ser deixada para o

especialista. É importante orientar para os cuidados com alimentação, higiene e hidratação, se possível oral.

6º) Síndrome Parkinsonóide - (Impregnação Neuroléptica)

Quadro comum em pacientes em uso de neurolépticos. A história do uso de antipsicóticos associada a sinais de rigidez muscular, sinal da roda dentada nas articulações, queixas da língua estar enrolando, torcicolos, salivação intensa ou os olhos virarem-se para cima, confirmam o diagnóstico. Alguns pacientes podem simular o quadro ou então sensibilizá-los dando intensa dramaticidade ao que sentem.

Prometazina (Fenegan) ou Biperideno (Akineton) injetáveis I.M. produzem alívio rapidamente e revertem a situação em alguns minutos. Posteriormente será necessário um ajuste na dose do neuroléptico ou mesmo sua substituição por outro com menos efeitos colaterais.

7º) Psicoses Alcoólicas

(Delirium Tremens, Alucinose Alcoólica, Delírio de Ciúmes dos Bebedores)

São intercorrências frequentes nos alcoólatras crônicos. Surgem com quadro de rebaixamento de consciência, insônia importante, pode vir acompanhada de pesadelos de terror, sendo comum ilusões visuais, às vezes zoopsias, tremores de extremidades, humor ansioso com agitação por vezes grave, o paciente se torna assustado, com ideação persecutória.

Crises convulsivas associadas ao quadro são intercorrências comuns. O estado geral é precário, geralmente estão hipohidratados e desnutridos.

Nas alucinoses alcoólicas as alucinações são predominantemente auditivas, auto referentes e na terceira pessoa do singular, assim como no Delirium Tremens pode haver inquietação motora com agitação.

No Delírio de Ciúmes predominam os pensamentos de infidelidade em relação ao cônjuge, sendo estes claramente infundados e não sendo possível perceber de onde saem as evidências.

Intercorrências clínicas são comuns, como febre, esofagite, gastrite, polineuropatia periférica, anemia, edema hipoprotéico etc.

São quadros que frequentemente surgem na abstinência ou na diminuição da libação alcoólica e, assim podem aparecer como intercorrência de uma abstinência forçada, por exemplo: uma internação para tratamento ortopédico ou por uma pancreatite, já o Delírio de Ciúme tem uma característica de cronicidade.

A sedação com Benzodiazepínicos e hipno-indutores é importante para o controle imediato do caso, desde de que não haja sinais de insuficiência hepática grave podem ser feitos em dose moderada de até 30 ou 40mg. de Diazepam por dia. A prevenção de crises convulsivas com Anticonvulsivantes é boa medida, a escolha geralmente recai sobre Carbamazepina ou Fenitoína. O distúrbio hidro-eletrolítico deve ser tratado, nem sempre sendo necessária a hidratação venosa.

Tabela 01 - SINTOMAS SOBRE OS QUAIS ATUAM OS PSICOFÁRMACOS

	Ansiedade Somatização		Delírio Alucinações
Insônia	<u>Benzodiazepinas</u>	Agitação	<u>Neurolépticos</u>
Angústia			Excitação (profilaxia das recaídas de psicoses maníaco-depressivas bipolares)
	<u>Antidepressivos</u>		<u>Lítio</u>
Depressão			