

URGENCIAS Y EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS FRENTE A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Dra. Adriana Beatriz Romeo. Jefa del Servicio de Psicopatología

Dra. Diana Bequelman. Médica Especialista en Psicooncología, Servicio Psicopatología

Dra. Mirta Alicia Di Pretoro

Urgencias Psiquiátricas

En medicina general la urgencia (del latín *urgens- urgentis*: que apremia, que provoca apresuramiento), está sellada por el riesgo vital o la necesidad de actuar rápidamente para evitar secuelas graves. En Psiquiatría, la definición resulta más imprecisa debido a que si bien el riesgo vital existe tanto para el paciente como para terceros, es habitual intervenir a los fines de evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la alteración conductual. Es así como dicho evento puede suscitarse a partir del enfermo, su familia, equipo asistencial y /o comunidad.

La atención de las urgencias psiquiátricas incluye resolver la necesidad más inmediata, esclarecer el factor desencadenante, realizar el tratamiento específico, intervenir para prevenir recaídas y, también, vincular al paciente y a su familia con el equipo de salud donde continuará la atención. Dado que se trata de una situación de gravedad, apremiante y que se plantea de forma súbita, requiere la rápida actuación del equipo de asistencia de manera coordinada.

En este orden, la distinción entre las respuestas normales y anormales al estrés es fundamental para intentar comprender el gran abanico de cuadros psiquiátricos.

Al respecto, en oncología, las pautas claras que permiten obtener información, el conocimiento de los estados afectivos más frecuentes a lo largo de todas las etapas de la enfermedad, la prevención primaria de los trastornos psicológicos / psiquiátricos y el trabajo asistencial coordinado de manera interdisciplinaria, permiten disminuir la aparición de las urgencias psiquiátricas.

Cáncer y Distrés

Las emociones desempeñan un papel fundamental en oncología y pueden ser factores de riesgo o de protección.

El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas corporales y/o ambientales (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. Los elementos que se deben considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales, variables individuales y las consecuencias ocasionadas por el estrés.

La demanda de los factores estresores requiere respuestas adaptativas. Sin embargo, si estas últimas son vivenciadas como excesivas o si el paciente no cuenta con recursos internos para enfrentar dicha demanda, pueden ocurrir una serie de reacciones emocionales negativas como ansiedad, ira y depresión.

Al respecto, los seres humanos realizan permanentemente esfuerzos cognitivos y conductuales para adecuar diversas situaciones vitales destacando que, no toda situación generadora de estrés presenta consecuencias negativas. Sin embargo, si la situación estresante desborda los recursos internos y, por ende, la capacidad de

afrontamiento, se producen consecuencias negativas. A esta respuesta negativa se la denomina **distrés**, a diferencia del estrés positivo o **eutrés** que resulta un buen regulador de la actividad conductual.

Jackson & Jackson (2007), mencionan que aproximadamente el 50% de todas las personas diagnosticadas con cáncer experimentan niveles significativamente elevados de distrés emocional y la mayoría de sus síntomas no son reconocidos y/o tratados por el personal profesional de centros hospitalarios.

Actualmente, existen evidencias científicas que indican que los pacientes con cáncer experimentan altos niveles de distrés emocional no sólo en el momento del diagnóstico inicial de la enfermedad sino, también, en el caso de su recurrencia y/o terminalidad.

La observación clínica señala que, el padecimiento oncológico, también puede ocasionar trastornos adaptativos y síntomas incluidos en el trastorno depresivo mayor que inciden, negativamente, en la evolución de la enfermedad de base.

Ansiedad y Cáncer

La ansiedad se caracteriza por ser una reacción universal, adaptativa y de carácter esencial que emerge ante situaciones dudosas, confusas, de alarma, de amenaza, de resultados inciertos o peligro, ya sea presentes o futuros. Su objetivo es preservador y su meta es generar conductas apropiadas que permitan enfrentar dichas situaciones. A tal fin, se produce la activación de mecanismos biológicos de adaptación, genéticamente programados, cuya “función es de protección de sí mismo y su descendencia ante posibles daños”.

La ansiedad es normal y adaptativa si es controlable y justificada por una amenaza real. En cambio, si es frecuente, persistente, severa, desproporcionada y deteriora el funcionamiento del paciente, se torna como patológica, mal adaptativa, y dando origen a los trastornos de ansiedad. Estos últimos, modifican los sistemas fisiológicos produciendo un exceso de activación que genera alteraciones tanto en los procesos cognitivos como en el sistema inmune del individuo.

En consecuencia, los trastornos de ansiedad disminuyen la capacidad del paciente de adaptación al medio ambiente y provocan síntomas que afectan su vida personal, familiar, académica, laboral y social.

En oncología, la ansiedad vivenciada como una experiencia desagradable es una reacción natural que, por lo general, puede presentarse frente a la incertidumbre que se suscita en los distintos momentos de la enfermedad neoplásica. Sus síntomas pueden aliviarse al proporcionar al paciente información clara acerca del diagnóstico, procedimientos y /o tratamientos específicos. No obstante, si el paciente no puede elaborar la información que le dan los miembros del equipo de salud o sus recursos internos para afrontar el peligro no le son suficientes, se genera una reacción emocional de marcada ansiedad.

En este orden, el padecimiento de algún trastorno de ansiedad depende directamente de la estructura de personalidad previa a la enfermedad oncológica. Es así como la mayoría de los individuos que nunca han tenido problemas de ansiedad, no suelen desarrollarlos al contraer dicha afectación. Por el contrario, las personas que han experimentado episodios de ansiedad intensa antes de la aparición de la enfermedad usualmente manifiestan esta sintomatología que puede interferir en la adherencia a los tratamientos y /o procedimientos indicados.

La ansiedad en los pacientes con enfermedad oncológica puede ocasionar síntomas somáticos que se confunden con la sintomatología propia de la enfermedad.

De este modo, en algunos pacientes, la ansiedad suele causar náuseas, vómitos, disfagia, precordlalgia, trastornos del sueño o intensificación de la sensación de dolor. A su vez, las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad como el padecimiento de fuertes dolores o la falta de autonomía por inmovilización, y/ o incapacidad física, también pueden provocar síntomas de ansiedad que llegan a ser muy extenuantes. Por tanto, dado que la ansiedad de estos pacientes puede confundirse con los síntomas producidos por la enfermedad neoplásica, es necesaria una detallada evaluación clínica y psicológica / psiquiátrica para poder realizar los diagnósticos diferenciales y adecuar los diversos tratamientos

Trastornos Adaptativos y Cáncer

Cuando la enfermedad oncológica es percibida como una amenaza y se genera una reacción emocional con una respuesta mayor a la esperable, se da origen a los trastornos adaptativos.

Al respecto, un primer trabajo publicado por Derogatis & col. en 1983 y más tarde confirmado (Vidal y Benito, 2012; Romeo, 2013), señala que, ante la enfermedad oncológica, el 53% de los pacientes presenta reacciones emocionales normales y, del 47% restante, el 60% presenta trastornos adaptativos.

Así, los trastornos adaptativos se caracterizan por producir marcada ansiedad, cambios en el humor y conductas inadecuadas. De este modo

el paciente puede presentar: inquietud, impaciencia, desesperanza, irritabilidad, nerviosismo severo, preocupación, temores, temblores, insomnio y/o dificultades para concurrir al trabajo, realizar actividades académicas o relacionarse con otras personas.

Entre los trastornos adaptativos el más frecuente es el adaptativo con estado de ánimo depresivo (15%), seguido por el trastorno adaptativo con ansiedad (12%), luego el mixto con depresión y ansiedad (8%) y, finalmente, ambas alteraciones acompañadas de trastorno de comportamiento (2%) (Vidal y Benito, 2012). Es notable que dicha sintomatología pueda ser atenuada cuando los pacientes se sienten contenidos por el equipo médico, su familia y el medio social.

Cáncer y Crisis de Angustia

El trastorno de angustia, caracterizado por síntomas neurovegetativos de comienzo brusco y /o temor a perder el control sobre sí mismo, se observa en pacientes oncológicos con marcada ansiedad cuyo miedo, tan intenso, les impide seguir realizando estudios y/o tratamientos indicados. La sintomatología puede durar unos minutos o varias horas y, al ser muy similar a la de otros trastornos médicos, requiere un minucioso esclarecimiento diagnóstico y un efectivo tratamiento precoz. En esta línea, cabe mencionar que la fobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por un temor excesivo y persistente que se focaliza en un objeto o situación particular que tienden a ser evitados por el paciente, dado el riesgo inmediato de una intensa ansiedad. De esta manera, algunos pacientes oncológicos pueden tener miedo a los pinchazos y presentar una crisis de angustia durante la aplicación de drogas oncológicas y/o temer a los espacios cerrados (claustrofobia),

manifestando dificultades para realizar ciertos estudios (resonancia magnética, tomografía computada, etc.) o tratamientos específicos (radioterapia, braquiterapia, etc.).

Si el miedo es intenso e impide la realización de estudios y/o tratamientos oncológicos, se requiere una evaluación psicológica – psiquiátrica inmediata.

Cáncer y Trastorno de Ansiedad Generalizada

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada pueden experimentar ansiedad extrema y constante, irritabilidad, inquietud, impaciencia, tensión muscular, taquicardia, sudoración, mareos, fatiga, dificultad para concentrarse y tomar decisiones. En consecuencia, es fundamental que dichos enfermos reciban un seguimiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. (García Torres & col., 2015)

Cáncer y Trastorno por Estrés Postraumático

El impacto traumático de la enfermedad neoplásica puede producir síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad por estrés postraumático. (Olivares Crespo & col., 2004).

De este modo, la información del diagnóstico y/o los diferentes tratamientos pueden provocar que una persona que ya ha pasado por una situación que puso su vida en peligro, reviva el trauma asociado a ese evento. En relación con este tema, estudios realizados mostraron que el 2,2 % de los pacientes oncológicos presentan recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento traumático relacionado directamente con la vivencia de la enfermedad, los cuales pueden ser reactivados durante los controles. (Field, 2010)

Depresión y Cáncer

El paciente oncológico, suele manifestar tristeza en relación con las modificaciones que la enfermedad ocasiona en su vida y a los diversos duelos por los cuales transita. Pero, si se deprime, si aumenta la intensidad y persistencia de su tristeza, puede llegar a sentirse inútil, desamparado, desganado, desesperanzado y pensar que la enfermedad le “arruinó su vida”. Por ende, resulta importante poder individualizar los síntomas depresivos para que puedan ser tratados. (Vidal y Benito, 2012)

Cuando el paciente presenta antecedentes de síntomas depresivos mínimos, durante cualquier etapa de la enfermedad y también ante la aparición del dolor oncológico, aumentan las posibilidades de padecer un trastorno depresivo mayor recidivante. Asimismo, cuantos más episodios depresivos haya tenido el enfermo a lo largo de la vida, mayor será la tendencia a sufrir recaídas que pueden ser cada vez más graves. Además, no resulta fácil el diagnóstico de depresión leve con sintomatología predominantemente somática debido a que se confunde con ciertos aspectos de la enfermedad de base tales como anorexia, pérdida de peso, trastornos del sueño, estreñimiento, fatiga, astenia con falta de voluntad y energía, disminución de la libido, enlentecimiento psicomotriz y bradipsiquia. Sin embargo, es importante destacar y considerar que mientras que en los trastornos depresivos se pierde el sentido de la vida y predominan las culpas, los autorreproches y la ideación suicida, en el paciente que por su patología oncológica manifiesta síntomas que pueden confundirse con una depresión leve

con sintomatología somática, se evidencian deseos de vivir. (Vidal y Benito, 2012)

Al respecto, si los síntomas depresivos no son correctamente reconocidos y abordados con tratamiento médico y psicoterapéutico asociado, se complica el abordaje del problema médico oncológico dado que, por lo general, al perdurar y progresar la enfermedad aquellos no sólo se agravan, sino que se acentúan más aún y, los enfermos, pueden sufrir numerosos síntomas negativos- incluso llegar a un estado de desesperación e ideación suicida- al tornarse la vida insoportable o sin sentido

Tratamiento

En el tratamiento de los trastornos de Ansiedad y Depresión, es esencial implementar la combinación de psicofármacos-ansiolíticos y antidepresivos- y psicoterapia.

La medicación regula el desbalance fisiológico y neuroplástico actuando sobre determinadas áreas del sistema nervioso central como la amígdala (benzodiazepinas) y el hipocampo (antidepresivos). A su vez, el funcionamiento celular normal del hipocampo permite formar nuevos engramas de aprendizaje y memoria y, es la psicoterapia, la que al ejercer su acción sobre la corteza prefrontal, modula los mecanismos que modifican esos engramas. De este modo, mediante cambios de los mecanismos celulares que favorecen la neuroplasticidad se permite la incorporación de nuevas experiencias positivas que refuerzan las modificaciones neurobiológicas efectuadas por la medicación. (Alvano & col., 2010)

En relación, algunos investigadores afirman que, a partir de la combinación de dichos tratamientos, se pueden revertir las alteraciones fisiológicas y neurobiológicas producidas por los trastornos que ambos cuadros ocasionan a nivel del Sistema Nervioso Central.

En este orden, el abordaje psicoterapéutico en el paciente oncológico se basa en un encuadre dinámico sin tiempos ni lugares rígidos. Además, apela a la utilización de nuevas tecnologías con el objetivo de alcanzar un vínculo empático entre el psicoterapeuta y el paciente/familia sin dejar de lado la escucha de la subjetividad. También, mediante técnicas integrativas que además contemplan a la Psicoeducación, intenta lograr en cada caso particular y único, un proceso creativo adecuado a la realidad.

Emergencias Psiquiátricas

En Psiquiatría, la palabra emergencia (del latín *emergens-entis* emergente, acción y efecto de emerger) se refiere a una situación grave e imprevista de mayor apremio que la Urgencia Psiquiátrica. Se caracteriza por manifestaciones orgánicas, psíquicas y conductuales repentinas con riesgo inminente tanto para el paciente como para terceros. Requiere una acción rápida y decidida por parte del equipo asistencial con miras a tratar un evento agudo. El diagnóstico debe ser preciso y el tratamiento específico e inmediato. Las Emergencias Psiquiátricas más frecuentes en los pacientes oncológicos son el Intento de Suicidio, el Síndrome Confusional y la Excitación Psicomotriz.

Las alteraciones metabólicas y /o síntomas físicos y psíquicos a partir de la enfermedad de base y/o asociados a la patología tumoral debido

a antecedentes mórbidos preexistentes, pueden dar origen a los mismos.

Cáncer y Suicidio

El suicidio es un acto deliberado de auto perjuicio, donde la persona que lo comete no puede estar segura de sobrevivir (Stengel E, 1965)

Al respecto, en los pacientes oncológicos con síntomas depresivos, el riesgo de suicidio es dos veces mayor que en la población general. Así, algunos autores señalan que el 2% la población oncológica puede tener intentos de suicidio (Samawin, 2013).

A su vez, Vidal y Benito hacen mención del Suicidio Pasivo en referencia a la no adhesión al tratamiento oncológico o a la decisión de abandonar el mismo. (Vidal y Benito, 2012)

En los pacientes oncológicos se consideran factores de riesgo de suicidio al dolor crónico, intolerable o de difícil control, a la progresión y /o recaída de la enfermedad, a la sensación de desesperanza y desamparo, a los sentimientos de desesperación e inutilidad asociados a la aparición de un dolor continuo e intenso. (Romeo, 2013)

Si el paciente tiene antecedentes de familiares directos suicidas, intentos de suicidio previos al diagnóstico de la enfermedad oncológica, trastorno de personalidad límite, trastorno depresivo mayor, aislamiento social, adicciones, pérdidas significativas, edad mayor a 65 años y sexo masculino, las probabilidades de llevar a cabo un acto suicida son aún mayores.

Asimismo, tanto en los pacientes oncológicos como en la población general, se suponen factores protectores de suicidio a la buena red de contención familiar, a tener hijos pequeños, al apoyo social y a las

necesidades económicas acordes a las necesidades básicas y asistenciales, a los estilos de afrontamiento positivo y a la concientización en relación con el prójimo.

Tratamiento

Ante el diagnóstico y / o sospecha de un intento de Suicidio, se debe indicar internación inmediata con tratamiento específico para calmar síntomas físicos y psicofármacos acordes a la sintomatología psicológica- psiquiátrica. La vigilancia y acompañamiento permanente por un cuidador son también medidas imprescindibles.

Cáncer y Síndrome Confusional Agudo

El Síndrome Confusional Agudo o delirium, se caracteriza por presentar alteraciones de la conciencia, de las funciones cognitivas y de la conducta.

Representa la incapacidad del organismo para desarrollar una respuesta satisfactoria ante un evento adverso y se produce como resultado de una disfunción global de la corteza cerebral. Su desarrollo implica un aumento de la morbimortalidad, prolongación de la internación y dificultad en el manejo del paciente.

Presenta una aparición brusca de la sintomatología y un curso fluctuante (los síntomas pueden estar ausentes durante el día).

Dentro de las manifestaciones clínicas se describen la incapacidad para mantener la atención, el pensamiento desorganizado sin una idea directriz siendo su máximo exponente el delirio (idea falsa, irreductible que condiciona la conducta), alteraciones sensorio-perceptivas (ilusiones y alucinaciones), agitación, agresión verbal y /o física, excitación

psicomotriz, desorientación témporo-espacial, trastornos de la memoria, alteraciones del lenguaje, irritabilidad y alteraciones del ritmo sueño-vigilia.

En cuanto a la etiología, cabe mencionar principalmente a Enfermedades Médicas , Alteraciones Sistémicas y a la Inducción por Sustancias : enfermedad neurológica intrínseca, neoplasias cerebrales primarias y/o metástasis, traumatismo craneoencefálico, infecciones intercurrentes, enfermedades desmielinizantes, epilepsia, desbalances hormonales, alteraciones hidroelectrolíticas, anemia, deshidratación, hipoxia, hipercapnia, acidosis, disfunciones hepáticas y renales, déficit nutricional con hipoalbuminemia, alcohol, ansiolíticos, cocaína, cannabis, opioides, drogas oncológicas, analgésicos, corticoides, sedantes, barbitúricos.

En referencia a los factores predisponentes se destacan la edad avanzada, deshidratación, alcoholismo crónico y adicciones, trastornos del sueño, polimedicación, infecciones, alteraciones hepáticas y urinarias.

Tratamiento

Ante el diagnóstico de esta entidad, se debe identificar y tratar la causa, actuar sobre el ambiente físico/ asistencial / familiar y suministrar tratamiento farmacológico.

Cáncer y Excitación Psicomotriz

La Agitación Psicomotriz es un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia aparente de intencionalidad.

Se caracteriza por la presencia de síntomas de hiperactividad motora y alteraciones emocionales que pueden manifestarse en una gran variedad de enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos. El paciente presenta inquietud acompañada de un estado afectivo de ansiedad –cólera-pánico-euforia- que en los casos de mayor gravedad puede llegar a la desinhibición verbal y falta de conexión ideativa. También pueden asociarse rápidos cambios de humor, insomnio y estupor.

Esta situación de emergencia puede presentarse en diferentes enfermedades orgánicas comórbidas, en varios cuadros psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastornos de ansiedad y depresión mayor) y frente al uso de sustancias ya sea por intoxicación o por abstinencia.

La excitación psicomotriz no constituye una enfermedad en sí misma y plantea un dilema para el profesional tratante que debe actuar con rapidez dado el riesgo que conlleva la tardanza en la implementación de un tratamiento adecuado.

La medida terapéutica básica y fundamental consiste en preservar la seguridad tanto del paciente como del personal tratante y/o de terceros que pudieran intervenir en el episodio, contención física (respetando pasos a los fines de evitar lesiones y / complicaciones secundarias), contención verbal en caso de ser posible y tratamiento medicamentoso con antipsicóticos típicos y benzodiacepinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvano,S, Moncaut, M, Zieher L.M. Farmacoterapia y Psicoterapia en los trastornos de ansiedad y depresión: aspectos neurobiológicos y resultados clínicos . Primera parte. Psiconeurofarmacología. 2010; 58: 9-16.

Cano, A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Psicooncología, 2 (1): 71- 80.

Castillo, A. Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela. Pampedia 2010, 7: 3-18

Derogatis, L. R. Morrow, G. R. Fetting, Jet al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA1983, 249: 751-157.

Fields, D. El dolor Crónico. Investigación y Ciencia, 2010, 340: 40-49

García Torres, F.M; Alós Cívico,F.J; Pérez Dueñas, C. El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. Rev Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, 2015, Vol. 12, (2-3) , 293-30

Jackson, C. W. & Jackson, K. H. Comorbid Depression in Adult Oncology. J Pharmacy Practice2007; 20 (5): 360-367.

Nieto,R. Iribarne,C.M. Droguett,M. y col. Urgencias Psiquiátricas en el hospital general. Revista Médica Clínica Las Condes 2017, (vol 28):914-922

Olivares Crespo. M.E, Sanz Cortes,A., Roa Á Trastorno de Estrés Postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*. 2004;10(1):43-6

Romeo, A. Tesis Doctoral: *Depresión en el Paciente con Dolor Oncológico*.2013UBA.

Samawi,C.. Riesgo y predictores de suicidio en pacientes con cáncer colorrectal: un análisis SEER, 2013, ASCO, Canadá Abs.9596

Stengel, E. (1965). *Psicología del Suicidio y los Intentos Suicidas*. Buenos Aires: Paidós

Testa, A; Giannuzzi,R; Sollazzo,F.(2013). Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.*, 17 (Suppl 1): 55-64

Vidal y Benito, MC. (2012). *Psiquiatría y Psicología del paciente con Cáncer*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.