

ABORDAGEM E MANEJO INICIAL DO PACIENTE PSICÓTICO NA EMERGÊNCIA

Carolina Godoy Gomes
Paula Bedin Toniazzo
Lucas Spanemberg

UNITERMOS

SURTO PSICÓTICO; PSICOSE; EMERGÊNCIA.

KEYWORDS

ACUTELY PSYCHOTIC; PSYCOSIS; EMERGENCY.

SUMÁRIO

A Psicose aguda é uma emergência médica e pode ser um quadro perigoso para o próprio paciente e para outras pessoas. A correta abordagem e manejo do médico especialista ou não especialista são de grande importância. Neste trabalho revisaremos de forma breve este tema.

SUMMARY

The acutely psychotic patient is a medical emergency and can be dangerous to themselves and others. The correct approach and management from the specialist or general physician is of considerable importance. This paper aims at a brief review of this subject.

INTRODUÇÃO

A psicose é uma alteração no estado mental caracterizada por um prejuízo claro no teste de realidade, onde os pensamentos e fantasias do paciente são percebidos como acontecimentos reais, independentemente da verificação objetiva.¹ Sintomas psicóticos são uma causa comum de admissão de pacientes nas salas de emergência e, a despeito de sua alta frequência, existem poucas informações sobre sua prevalência em emergências médicas. Um estudo realizado na emergência do Hospital São Lucas da PUCRS encontrou quadros psicóticos representando 10,5% dos atendimentos psiquiátricos no período de um ano.² Tipicamente, o curso evolutivo do episódio psicótico pode ser dividido em três fases: prodrômica, aguda e de recuperação. A primeira fase é o período prévio ao desenvolvimento dos sintomas que pode ser identificada

retrospectivamente. Muitas pessoas se lembram de sinais de alerta, que precederam a crise, os quais foram relacionados, posteriormente, à instalação da psicose.³ Os pródromos mais comuns são desatenção, desânimo e dificuldade de concentração; humor deprimido, alterações do sono e ansiedade.³

A fase aguda é a 'psicose' propriamente dita, definida por alucinações, delírios, discurso desorganizado e comportamento desorganizado ou catatônico, e é geralmente durante essa fase que o paciente procura ou é levado à emergência psiquiátrica.⁴ Os delírios são pensamentos confusos que geralmente envolvem uma má interpretação das percepções ou experiências; alucinações são percepções sensoriais que não são baseadas na realidade, e podem ser olfatória, visual, tátil, auditiva ou até, gustativa; já o discurso desorganizado ocorre quando o paciente já não expressa frases estruturadas e coerentes. Também pode haver comportamento bizarro e sexualmente inapropriado.⁴

Considerando o modo de apresentação do paciente, é necessário determinar uma estratégia para a avaliação deste. Na maioria dos hospitais terciários, os pacientes vindos à emergência podem ter uma avaliação do especialista após serem avaliados inicialmente pelo clínico.

O clínico em uma emergência psiquiátrica desempenha um papel fundamental no tratamento dos pacientes psiquiátricos. A capacidade de fazer o diagnóstico diferencial que leva em conta possíveis etiologias para o surto psicótico, e de comunicar eficazmente para o psiquiatra um relato específico de como o paciente se apresenta, é fundamental para a sequência da avaliação.⁴

A ABORDAGEM

Primeiramente deve ser definido se o paciente pode aguardar ou se deve ser avaliado imediatamente. Seja qual for a circunstância que o paciente chegar à emergência, múltiplas informações podem ser adquiridas ao saber os motivos que o levaram ao hospital e a maneira como ele chegou.⁴

Anormalidades nos sinais vitais, queixas somáticas, sinais físicos, evidente intoxicação, desorientação, rápido aparecimento de sintomas psicóticos, ou estado mental alternante são fortes indicações para que o paciente seja clinicamente estabilizado antes da avaliação do psiquiatra.⁴

Mesmo quando não há claras anormalidades físicas, pacientes com sintomas psicóticos pela primeira vez, idosos, e pacientes com história de trauma, queda, ou significativas comorbidades, justificam uma investigação clínica completa na emergência para afastar uma condição médica que ponha em risco a vida.⁵

O psiquiatra deve, primeiramente, se apresentar como o médico que vai fazer a avaliação do paciente. Os pacientes devem receber as informações que

quiserem, em uma língua que entendam. Satisfazer suas necessidades como, fome ou sede também ajudam a acalmar e aproximar o paciente do médico.⁴

Não é imprescindível que se determine a etiologia do surto psicótico num primeiro momento, especialmente se o paciente estiver agitado ou agressivo. Se o paciente chegou agitado e é necessário que seja medicado imediatamente, é de vital importância que o médico consiga o maior número de informações clínicas possíveis, como história médica, substâncias usadas, alergias, medicamentos atuais, qualquer trauma recente e quem da família contatar em caso de necessidade.⁴

É importante ressaltar que a abordagem inicial é diferente da entrevista completa que será feita adiante e tem como objetivo avaliar o perigo e manter o ambiente seguro.

O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnósticos de primeiro episódio psicótico podem ser realizados durante emergência psiquiátrica e têm importantes implicações terapêuticas e prognósticas.⁶ Por terem alta demanda e serem serviços rotativos, as emergências dificultam o diagnóstico.

O psiquiatra de emergência deve sempre estar atendo para o caso de as manifestações psicóticas não serem de origem psiquiátrica e buscar ativamente informações relevantes para o diagnóstico diferencial.⁴⁻⁶

Inicialmente o diagnóstico deve ser sindrômico, sendo a sua confirmação dependente da exclusão de condições clínicas médicas gerais,⁶ incluindo-se causas orgânicas (quadros neurológicos e infecções) e quadro induzido por uso de substâncias (drogas e medicamentos). Excluindo-se uma dessas causas, dentre os distúrbios psiquiátricos que causam sintomas psicóticos estão: os transtornos de humor, os transtornos de ansiedade, os transtornos psicóticos e outros transtornos.⁴

Em relação ao curso dos sintomas, algumas interferências iniciais podem guiar o raciocínio diagnóstico. Por exemplo, um início abrupto dos sintomas, com duração de dias e sem sintomas prodrômicos, pode ser indicativo de psicoses reativas breves, transtornos de humor, ou induzidos por condições médicas primárias ou uso de substâncias. Por outro lado, um início insidioso (semanas ou meses), relacionado a sintomas prodrômicos (isolacionismo, alterações de comportamento) é sugestivo de esquizofrenia, transtorno delirante e outros quadros relacionados.¹

A partir da hipótese diagnóstica inicial, a terapêutica mais apropriada para obter resultados a curto e médio prazo deve ser instituída e o paciente deve ser observado por 24 a 72 horas. Assim se pode fortalecer a hipótese inicial, ver a resposta terapêutica e observar efeitos colaterais.⁶

O MANEJO INICIAL

Em muitas situações o paciente em surto psicótico também está agitado ou agressivo, qualquer paciente que esteja violento à chegada na emergência requer imediata avaliação e pode necessitar de urgente contenção ou intervenção medicamentosa.⁴ Por outro lado, o paciente que já chega contido também deve ser avaliado imediatamente para saber se a contenção física é realmente necessária.⁷ A contenção mecânica deve ser feita pelo mínimo tempo necessário, sendo que o paciente deve ficar em avaliação constante durante o procedimento.

O médico responsável pelo tratamento tem várias opções para determinar a melhor forma de intervenção farmacológica para o paciente agitado e em surto psicótico: qual medicamento usar, em qual dose, e por qual via.⁴ A maioria das emergências usa medicamentos por via intramuscular (IM) e oral para manejo do paciente psicótico.⁷ Quando a medicação intramuscular for a escolhida, deve-se ter funcionários à disposição para conter o paciente fisicamente, se necessário, porque a tentativa de dar uma injeção em um paciente agitado sem contenção temporária, representa riscos para todos os presentes na sala.⁴ Assim, é preciso que a equipe de emergência tenha treinamento para contenção de pacientes, sendo que o setor precisa dispor de equipamentos adequados (como faixas de contenção de membros e peitoral). Um esquema medicamentoso bastante comum envolve a administração IM de uma ampola de haloperidol (5mg) combinado com uma ampola de prometazina (50mg), para uma sedação rápida de um paciente em surto.

O tratamento tradicional em pacientes psicóticos envolvia altas doses de haloperidol.^{4,7} Ao longo do tempo essas doses foram reduzidas devido aos efeitos adversos como, por exemplo, a distonia.⁴ Os antipsicóticos continuam sendo a base de tratamento em muitos departamentos de emergência.^{4,5} Esses medicamentos são classificados em típicos e atípicos; os típicos, como a clorpromazina e o haloperidol, tendem a causar efeitos extrapiramidais (distonia, parkinsonismo, acatisia e discinesia tardia) em doses terapêuticas; os atípicos quase não causam esses efeitos adversos, mas podem causar uma gama de outros efeitos colaterais.⁷ Mais recentemente, antipsicóticos atípicos também têm sido usados na emergência. A olanzapina está disponível em forma intramuscular de curta ação.⁴ Alguns antipsicóticos como a clorpromazina (típico) e a quetiapina (atípico) também são muito eficientes para obter efeito sedativo.⁷ Benzodiazepínicos, como o lorazepam, também são frequentemente usados.

Os medicamentos antipsicóticos não são o único tratamento definitivo para o paciente em surto psicótico. Quando a etiologia envolver um transtorno de humor, pode-se combinar um estabilizador de humor como o lítio, o valproato ou a carbamazepina para pacientes com quadro de mania associada,

e antidepressivos ou até eletroconvulsoterapia (em casos mais graves) para quadros de psicose e depressão.⁷ A escolha de quais medicamentos usar e em quais doses, deve ser adaptada individualmente, por exemplo, não devemos esquecer que as doses usadas em idosos são sempre menores que em adultos.⁴ É importante saber se o paciente já usou algum medicamento antipsicótico previamente, pois se este o tolerou bem e teve boa resposta, pode ser manejado com esta mesma medicação.

As medicações antipsicóticas desempenham um papel fundamental tanto no manejo dos sintomas psicóticos como no controle da agitação, mas as intervenções não farmacológicas, tais como a psicoterapia e terapia cognitiva comportamental também são um importante suporte no tratamento de pacientes psicóticos na emergência.

CONCLUSÃO

O tratamento inicial para um paciente agudamente psicótico na emergência envolve uma completa avaliação inicial e o uso de medicamentos antipsicóticos. Devem-se observar os efeitos colaterais desses medicamentos, pois, por vezes, é necessária intervenção farmacológica para revertê-los. Dependendo da etiologia do surto psicótico, podem ser associadas outras drogas no tratamento. É necessário que se faça uma avaliação rápida dos pacientes psicóticos que cheguem agitados na emergência. Por fim, é de grande importância para o tratamento e seu seguimento que o máximo de informações possam ser adquiridas sobre o paciente, como sua história médica pregressa e medicamentos usados.

REFERÊNCIAS

1. Lara DR, Abreu PB. Psicoses agudas e crônicas agudizadas. In: Kapczinski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. Porto Alegre: Artmed; 2001.
2. Spanemberg L, Nogueira E, et al. High prevalence and prescription of benzodiazepines for elderly: data from psychiatric consultation to patients from an emergency room of a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;33(1):45-50.
3. McGorry PD, Edwards J. Early Psychosis training pack. Cheshire: Gardnier-Caldwell Communications; 1997.
4. Schwartz P, Weathers M. The psychotic patient. In: Riba MB, Ravindranath D, editors. *Clinical manual of emergency psychiatry*. Washington: American Psychiatric Pub; 2010. p. 115-40.
5. Mavrogiorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Apr;108(13):222-30.
6. Del-Bem CM. et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(Supl II): 578-89.
7. Keks N, Blashki G. The acutely psychotic patient: assessment and initial management. *Aust Fam Physician*. 2006 Mar; 35(3):90-4.