

Aspectos psiquiátricos y neuropsicológicos en pacientes de terapia intensiva

Mayor M.C. José de Jesús Almanza Muñoz*

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. A partir del concepto de enlace psiquiátrico, se efectúa una revisión de aspectos relativos al paciente de cuidados intensivos, el abordaje de la familia y las condiciones del equipo asistencial. Se describen los principales trastornos psiquiátricos que ocurren en el setting de terapia intensiva, así como su manejo psicofarmacológico, psicoterapéutico desde un marco integral y pluridisciplinario.

Se concluye que la atención del enfermo de cuidados intensivos exige un abordaje multidisciplinario que haga uso de los últimos adelantos de la ciencia a la par, que se actúe bajo una línea humanista, que haga justicia a la complejidad del ser humano gravemente enfermo y a su entorno, se enfatizan aspectos de contratransferencia y se delinean estrategias de abordaje, subrayando el valor y utilidad del concepto de enlace, en tanto procura asistencia, enseñanza e investigación, señalando algunas líneas al respecto.

Palabras clave: pacientes, unidad de terapia intensiva, psicología, psiquiatría, neurología.

SUMMARY. From psychiatric liaison concept, is effected a relative aspects review to the patient of intensive care, the boarding of the family and the conditions of the assistance equipment. They are described the principal mental disorders that occur in the intense care setting as well as its pharmacotherapy, psychotherapy from an integral framework.

It is conclude that, the attention of the sick of intensive care demands a multidisciplinary boarding that make use of the last advances of the science to the pair that is acted under a humanist line that make justice to the gravely sick human being and to his environment, are emphasized aspects of countertransference and are delineated boarding strategies, underlining the value and usefulness of the liaison concept, in so much procures assistance, teaching and research, indicating some lines in this regard.

Key words: intensive unit care, patient, psychology, psychiatry, neurology.

La medicina actual conlleva significativos e importantes avances en aspectos tecnológicos y científicos del cuidado y mantenimiento de la vida, gracias al desarrollo de unidades especiales de terapia intensiva, caracterizadas por sistemas complejos de atención médica que modifican la tradicional relación médico-paciente, exigiendo al clínico estrategias de abordaje especialmente diseñadas para cumplir dichas demandas.

El presente trabajo describe los aspectos psiquiátricos básicos del paciente de terapia intensiva, desde la perspectiva de la psiquiatría de enlace, abordando aspectos relativos al grupo familiar, así como del equipo asistencial. Se señala

la psicopatología más frecuente, incluyendo algunos hallazgos neuropsicológicos, haciendo énfasis en las estrategias orientadas al manejo adecuado de dicha problemática. Finalmente se hace alusión a líneas futuras de investigación.

Antecedentes

El profuso desarrollo de la tecnología permite en la actualidad la sobrevivencia de pacientes a condiciones que en otro tiempo fueron mortales y condiciona la emergencia de nuevas problemáticas biopsicosociales a nivel de pacientes, familia e inclusive en el equipo asistencial.

Dicha problemática comienza en el entorno mismo de recuperación, es decir con la permanencia, no pocas veces prolongada del enfermo en el llamado "setting" de terapia intensiva, caracterizado por un ambiente extraño e impersonal, donde predomina una profusión de tecnología, con alarmas visuales y sonoras, así como una incesante actividad médica. Tales condiciones inevitablemente conllevan una sensible

* Coordinador de Psiquiatría de Enlace, Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

Correspondencia:
Mayor M.C. José de Jesús Almanza Muñoz.
Departamento de Psiquiatría, Hospital Central Militar
C.P. 1200 México, D.F., Tel. 55-573100 Ext. 1383, Fax: 55-579743.

modificación de la tradicional relación médico-paciente, (Hackett y Cassem, 1968).¹⁰

Lo mencionado ocurre en función del mantenimiento de los sistemas de apoyo vital, que implican, sin embargo falta de intimidad, en lo que finalmente conforma un complejo sistema de asistencia, en congruencia con ello, el personal de cuidados intensivos, frecuentemente puede sentir que esta ocupado con "actividades salvadoras de vida verdaderamente importantes", para prestar atención a los aspectos psicosociales (Strain, 1989).²⁴

Tales condiciones son inherentes al ambiente de cuidados intensivos y deben ser tomadas en cuenta por todo el equipo asistencial que incluye a médicos, enfermeras, técnicos y personal de mantenimiento y limpieza.

Enlace psiquiátrico en terapia intensiva

Dada la complejidad del abordaje, la consulta psiquiátrica en el contexto de cuidados intensivos, requiere en el psiquiatra la conceptualización del «enlace» como una perspectiva que plantea desde un punto inicial la estrecha interacción con el médico consultor y el equipo asistencial en general (Van Dyke y cols., 1989),²⁶ (Almanza y cols., 1995),¹ de la cual se derivan consideraciones dirigidas a la situación y el padecer del paciente, los aspectos referentes a la familia y aquellos relativos al personal del equipo asistencial.

Evaluación del paciente

En relación al paciente, el psiquiatra de enlace debe planificar la entrevista en función del setting de cuidados intensivos,¹ que modifica la acostumbrada relación terapeuta-paciente y porque existen en cambio factores que implican estrés, al respecto Soehren (1995)²³ reporta que en un grupo de 43 pacientes postoperados, el principal estresor fue la intubación nasal u oral asociado a la menor capacidad de autocontrol.

En esa línea, y en congruencia con lo señalado, Porter (1995),¹⁹ describe como principal procedimiento que ocasiona distress la ventilación mecánica, especialmente la succión endotraqueal y el proceso de ventilación.

Conviene subrayar que la condición de orointubación además de originar estrés, limita o imposibilita la emisión de lenguaje verbal, por ello el entrevistador deberá establecer comunicación mediante lenguaje no verbal y recurrir a una minuciosa observación clínica de las actitudes del enfermo a fin de obtener los datos clínicos necesarios para delinear su manejo.

Las alternativas terapéuticas se harán con base a las condiciones hemodinámicas y metabólicas de base (Strain y cols., 1989),²⁴ (Van Dyke y cols., 1989),²⁶ que se relacionan evidentemente con el diagnóstico principal. Una vez dilucidado el diagnóstico psiquiátrico y las condiciones psicológicas, personales y familiares de la consulta, podrá planificarse la intervención, que incluirá acciones dirigidas al enfermo, a la familia y al equipo asistencial, según el caso específico.

Hacia el enfermo las opciones terapéuticas incluyen la administración de psicofármacos (Hackett y Cassem, 1968),¹⁰

tales como las benzodiacepinas, neurolépticos o inductores del sueño según cada caso, siendo preciso tomar en consideración los aspectos farmacocinéticos que pudieran presentar modificaciones significativas en función de la patología médico-quirúrgica de base.

La psicoterapia juega un papel importante, la intervención en crisis (Slaikeu, 1988),²² consiste en establecer contacto psicológico con el paciente, determinar prioridades mediatas e inmediatas y coadyuvar a la atención de estas últimas, garantizando el seguimiento y la potencial aplicación de otras modalidades de psicoterapia.

Bellak, (1993),³ señala la utilidad de la psicoterapia breve, intensiva y de emergencia, ofreciendo una alternativa de intervención en crisis, asimismo incluye aspectos concretos de abordaje para diversos padecimientos médico quirúrgicos. Su modelo consiste en efectuar seis sesiones con objetivos limitados y focalizados a los principales aspectos identificados como prioridades. Las metas son proporcionar apoyo y contención, disminuir la ansiedad, dar estructura y garantizar el seguimiento.

Una de las modalidades relativamente nuevas es la musicoterapia, cuya modalidad de sonidos blanco como un fondo oceánico, resultan útiles en el manejo de los trastornos del dormir, sin embargo debe mencionarse que no es todavía un procedimiento rutinario y se encuentra aún en fase de evaluación e investigación, (Henry, 1995).¹²

Es importante señalar que aun cuando las acciones señaladas de orden psicofarmacológico y psicoterapéutico son de la competencia de psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas, existen lineamientos generales aplicables por el médico general, el intensivista o el internista mediante un entrenamiento breve en dichos procedimientos, por lo que toda consulta psiquiátrica debiera incluir aspectos de enseñanza encaminados a ello.

Intervención a nivel del sistema familiar

La presencia abrupta de una enfermedad, de un accidente o las complicaciones de una enfermedad, inciden importantemente sobre el grupo familiar, condicionando diversos niveles de ansiedad y desequilibrio psicodinámico.

La acción del médico debe partir de la estrategia de intervención en crisis (Slaikeu),²² para esclarecer las prioridades y planificar su atención con ayuda de trabajo social y a través del apoyo de aquellos miembros de la familia menos afectados.

De este modo se efectúa la evaluación del sistema sociofamiliar de apoyo, la clarificación de aspectos diagnósticos y pronósticos así como la intervención dirigida hacia los miembros de la familia en forma individualizada (Bellak, 1993),³ y de la familia en forma global (Slaikeu, 1988).²² Es importante considerar a la familia como un organismo cuyo equilibrio se encuentra seriamente dañado y en el cual, los padres se cuestionaran su limitado papel como guardianes del hogar al tiempo que ofrecerán un apoyo fundamental al enfermo.

En este sentido Todres, Earle y Jellinek (1994),²⁵ señalan que en la familia en crisis los mecanismos de comunicación

se encuentran deteriorados, siendo por ello muy importante la manera en que los intensivistas comunican a la familia la información médica. Así, la comunicación del estado del paciente permitirá a los familiares comprender en una dimensión de realidad en la que aspectos reales mantengan su esperanza, pero al mismo tiempo pongan en perspectiva un pronóstico limitado o fatal.

Slaikeu, (1988),²² uno de los principales exponentes de la intervención en crisis, enfatiza el doble significado de este concepto como peligro, pero también como oportunidad, y subraya que individuos o familias que superan las crisis, sea cual sea el desenlace, quedan necesariamente al final en un estado de mayor fortaleza ya como grupo o ya como individuo.

Dichos planteamientos apropiadamente señalados ofrecen a la familia una óptica que debido al desequilibrio momentáneo no son capaces de apreciar, de ahí que su valor psicoterapéutico sea muy notorio, y coadyuve a mejorar el coping, es decir la capacidad de afrontamiento.

Por otro lado es preciso considerar que el grupo familiar requiere, exige y merece la comprensión global de su problemática, es decir de la dimensión humana y no sólo técnica del caso. Dicha comprensión requiere dos condiciones primordiales: a) establecer una relación médico-familia adecuada, amplia y honesta que transmitan conceptos claros y concretos acerca del enfermo, que disminuyan la confusión y por tanto los niveles de ansiedad; y b) que los miembros del equipo asistencial tomen en consideración su propio sentir hacia la condición del enfermo y en general hacia su propio trabajo.

Aspectos relativos al equipo asistencial

En relación al equipo asistencial como un todo (médicos, enfermeras, técnicos, secretarías, vigilantes, etc.), debe enfatizarse en primer lugar, que se encuentran expuestos en forma permanente a elevados niveles de estrés por lo que es preciso formular estrategias destinadas a mantener y consolidar aspectos de moral y responsabilidad muy altos en forma permanente, ello exige un liderazgo médico claro, firme y en concordancia con las necesidades del paciente y del staff médico y de enfermería, (Cassem y Hackett, 1991).⁷

Los aspectos de enlace pueden centrarse en el caso que se consulta (Strain y cols., 1989),²⁴ (Van Dyke y cols., 1989)²⁶ y abordar dudas diagnósticas respecto a un paciente concreto, señalar aspectos de manejo farmacológico o psicoterapéutico, o bien brindar información académica general o específica.

Por otra parte la consulta puede dirigirse específicamente al consultante (médico o enfermera), y ofrecer apoyo individual y/o grupal, con el objetivo de clarificar aspectos de relación médico-paciente específicos, implementar modalidades psicogrupales para favorecer una mejor comprensión de la dinámica del paciente, para con el equipo, o plantear una situación de índole personal para su evaluación y atención, (Balint y cols., 1984).²

En esa línea y desde la teoría psicoanalítica, (Byram, 1989)⁶ existen dos conceptos básicos para comprender la psicodinámica del enfermo. La transferencia, que alude al conjunto de ideas, sentimientos y afectos que ocurren en el paciente frente a la figura del médico, y que recapitulan su historia pasada.

Un proceso opuesto, que se denomina contratransferencia, ocurre en el médico y corresponde a los sentimientos e ideas que se originan en el frente al enfermo. La contratransferencia es un proceso que ocurrirá en todos los miembros del equipo asistencial y que deberá hacerse consciente mediante la auto-observación constante.

El poder precisar qué emociones despierta determinado enfermo en nosotros, nos permitirá anticipar y modular nuestras propias reacciones, ello cobra importancia en un contexto en el que los pacientes cursan frecuentemente con alteración del estado de conciencia, situación que limita el conocimiento de la transferencia. Por ello, se subraya que el personal deberá cultivar la auto-observación y preguntarse frecuentemente ¿cómo me siento ahora, frente a este enfermo?

La comunicación abierta de este sentir y pensar respecto a los enfermos requerirá en ocasiones ser comunicada a personal de mayor experiencia, siempre desde la perspectiva de la atención del paciente, permitirá la más de las veces comprender el propio sentir y continuar el trabajo clínico con eficacia. Sin embargo, el establecimiento de un diálogo clínico con personal de psiquiatría de enlace a ese respecto permitirá una clarificación más amplia.

Como una modalidad de grupo cuyo objetivo primordial es estudiar, investigar y optimizar la relación médico-paciente, el grupo Balint (Luchina, 1982),¹⁴ consiste en la reunión de 8-12 médicos o enfermeras, que se reúnen junto con un terapeuta y reflexionan en torno a casos clínicos concretos focalizando su atención en comprender la dinámica de las relaciones para con el paciente, es decir de la transferencia y de la contratransferencia.

La interacción en el espacio grupal, permite la observación de aspectos que la exigencia cotidiana de cuidados intensivos –o incluso de otros ámbitos clínicos– difícilmente permitiría, lo cual proporciona herramientas técnicas para que el personal trascienda la labor clínica, libre las barreras de la comunicación y llegue hasta el ser humano que detrás de cada enfermo, de igual manera, se da lugar a una disminución de la carga afectiva existente.

Es preciso reconocer las dificultades que experimenta el equipo asistencial en terapia intensiva, así como las modalidades que responden a ellas, tanto desde el punto de vista individual como grupal, se subraya finalmente que existe una gran necesidad y una gran demanda de mayores aspectos de investigación que permitan definir cada vez con mayor claridad la problemática planteada y el diseño de estrategias cada vez más específicas.

Trastornos psiquiátricos en unidades de cuidados intensivos

Wise y Cassem (1988),²⁷ señala que aproximadamente del 10% al 15% de los pacientes hospitalizados en condiciones

médico-quirúrgicas agudas, desarrollan alteraciones conductuales tributarias de valoración psiquiátrica o psicológica, ello se eleva hasta un 50% en quienes son mayores de 70 años (Lipowski, 1990),¹³ y particularmente en pacientes con quemaduras de más del 40% de superficie corporal.²⁷

Los motivos de consulta incluyen ansiedad, confusión, dependencia, depresión, y episodios psicóticos. La ansiedad encabeza la demanda en unidades de cuidados coronarios, la depresión en unidades de cuidados respiratorios, el intento de suicidio predomina si la unidad es de cuidados intensivos médicos y finalmente el delirium aparece como principal motivo de atención de enlace en el caso de pacientes postquirúrgicos (Cassem y Hackett, 1991).⁷

Si se considera una línea evolutiva temporal, se ha observado, según Cassem y Hackett (1991),⁷ que la ansiedad aparece como respuesta hacia las 24-48 horas de estancia en UTIA, la negación surge como defensa aproximadamente a los 2-3 días y la depresión sobreviene entre el 3º y el 5º día. Posteriormente ocurre una cronificación de dichas reacciones.

Bone y cols., (1995)⁴ afirman lo señalado y hacen alusión al consenso entre expertos en torno a la identificación de la ansiedad como el problema más ubicuo, cuya raíz es, según McCartney y cols., (1994),¹⁷ la interacción de factores como; enfermedades médicas serias, personalidad premórbida, disfunción del sistema nervioso central, enfermedad psiquiátrica, medicación, y el impacto de procedimientos como la intubación.

La ansiedad como síntoma puede formar parte de un trastorno de ansiedad o manifestarse como un trastorno por estrés postraumático, o bien aunarse a un trastorno adaptativo (McCartney y cols., 1994).¹⁷ Su manejo incluye el uso de benzodiacepinas (BZD), potenciadores gabaérgicos que actúan a nivel de amígdala, hipocampo y otras áreas del sistema límbico (Salin, 1994)²⁰ cuyo principal efecto secundario es la sedación y su uso es restringido cuando existen factores de riesgo para desarrollar adicción.

De acuerdo al caso, podrá usarse una de vida media larga (diacepam; 20 a 40 horas), media, (alprazolam; 10-12 horas) o corta (lorazepam y oxazepam; 2-6 horas). Cuando la ansiedad observe características de tipo psicótico podrá usarse un neuroléptico (Kaplan y cols., 1994).¹²

La depresión sigue a la ansiedad como respuesta fenomenológica y se acompaña de abatimiento (Cassem y Hackett, 1991),⁷ su manejo es mediante la administración de antidepresivos tricíclicos del tipo imipramina para buscar un efecto energizante, o amitriptilina si es adecuado un efecto de sedación cuando existe agitación.

Una alternativa para los pacientes de cuidados intensivos, que frecuentemente se encuentran oro-intubados, es la vía parenteral con una infusión de 10 mg de amitriptilina en 200 cc de glucosa al 5% o solución salina⁷ IV en un período de 2 horas, con monitoreo de signos vitales, los primeros 15 minutos. Es importante advertir y manejar efectos secundarios como: sequedad de boca y retención urinaria.

Los nuevos antidepresivos que inhiben selectivamente la recaptura de serotonina (fluoxetina, paroxetina y citalopram), ofrecen un margen más amplio de seguridad al minimizar en

forma significativa los efectos secundarios además de un inicio más rápido de acción (Kaplan y cols., 1994).²⁰

La valoración del dormir en cuidados intensivos ofrece una primera dificultad; determinar si un paciente duerme o no, el juicio de la enfermera al respecto es correcto el 82% de las veces al compararlo con un registro polisomnográfico, por ello dicho criterio es el más adecuado, a menos que se cuente con un polisomnógrafo portátil, un actígrafo o un monitor de la función cerebral (Schwab, 1994).²¹

Aunque algunos reportes señalan que la privación de sueño parece activar el sistema inmune, se sabe también que afecta negativamente el sistema respiratorio.²¹ El hecho clínico evidente es que condiciona deterioro en el estado general del enfermo, por ello su abordaje temprano y oportuno es del todo conveniente.

Entre las causas de disturbios del sueño están el uso de medicamentos que modifican el dormir, ya por suprimir el sueño REM como los narcóticos, barbitúricos y antidepresivos; o el NREM como las benzodiacepinas. Factores especialmente disruptivos son las luces y el ruido, éste último en un rango de 50 a 76 dB (decibeles), respecto a lo cual un nivel de 35 a 40 dB es suficiente para interrumpir el sueño.

Es importante señalar que la conversación entre el equipo hospitalario alcanza hasta 64 a 70 dB y que sólo el 50% de las alarmas son identificadas (45 a 76 dB), (Schwab, 1994).²¹ de la simple consideración de estos dos factores, se derivan medidas relativamente sencillas y factibles de implementar para mejorar el bienestar del enfermo en terapia intensiva.

Las estrategias no-farmacológicas consisten en disminuir el nivel de ruido e incluyen; hablar en voz baja, no colocar aparatos que causen ruido a la cabecera del paciente, usar ruidos blancos (como el sonido del agua) para favorecer el sueño, no tomar signos vitales, estudios radiológicos, ni efectuar flebotomías u otros procedimientos, entre 05:00 y 06:30 AM, salvo excepciones específicas y efectuar procedimientos rutinarios de enfermería sin interrumpir el sueño. Asimismo deberá medirse periódicamente el nivel de ruido como indicador de calidad de atención, detectar problemas e implementar soluciones.^{12,21}

La intervención psicofarmacológica tiene como primera línea de manejo las benzodiacepinas cuya utilidad ha sido establecida, empero, debe tenerse en cuenta su capacidad de inducir amnesia y deteriorar el control respiratorio, por ello están formalmente contraindicadas en casos en que existe apnea del sueño. Para trastornos del dormir deben en todo caso utilizarse triazolam o lorazepam por su vida media corta (Salin, 1994).²⁰ (Schwab, 1994).²¹

Un producto alternativo es el zolpidem, una imidazopiridina hipnótica, cuya utilidad radica en condicionar menor deterioro en la cognición en la memoria, produciendo un sueño fisiológico y prácticamente ausencia de efectos residuales, por ello parece ser el producto ideal para los pacientes de cuidados intensivos, aunque debe esperarse que estudios posteriores confirmen esta hipótesis, (Cassem y Hackett, 1991),⁷ (Schwab, 1994).²¹

La llamada psicosis de terapia intensiva (ICU Psychosis), constituye uno de los principales motivos de evaluación psi-

quiátrica, Wise (1992),²⁸ representa una emergencia médica y es manifestación de distintas condiciones psiquiátricas que incluyen delirium, depresión, manía, demencia y esquizofrenia. La mortalidad alcanza del 30% al 38% y el grupo de riesgo incluye: pacientes ancianos, post-cardiotomizados, quemados, con daño cerebral, niños y enfermos con abstinencia a sustancias así como paciente con SIDA.

La presentación habitual es la de un paciente agitado con un cuadro de agitación de curso fluctuante, deterioro en la atención, disturbios del sueño, pensamiento desorganizado, enojo, euforia, desorientación espacial, temporal y personal, con distrofia, apraxia construccional y disnomia, así como anormalidades motoras y electroencefalográficas (McCartney y cols., 1994),⁴ (Kaplan y cols., 1994),²⁰ (Wise, 1992).²⁸

La valoración del paciente incluye; entrevista psiquiátrica y revisión neurológica, así como la aplicación del mini examen del estado mental (Mini-Mental State Examination-MMSE), instrumento clinimétrico consistente en 20 ítems, aplicable por un clínico (médico o enfermera), cuya utilidad radica en objetivizar y medir el grado de disfunción cognitiva (Folstein y cols.),⁹ cabe señalar que un puntaje de 20 o menos sugiere deterioro cognitivo debido a delirium, demencia o una combinación de ambos.

La disminución de la agitación psicomotriz favorece una mejor función ventilatoria, por ello Harvey (1996)¹¹ y Mazzeo (1995),¹⁶ subrayan la necesidad de aliviar la ansiedad y la agitación mediante uso de ansiolíticos o neurolépticos así como de sincronización adecuada del patrón ventilatorio. Es importante recordar que un gran número de medicamentos pueden originar delirium baste señalar el acyclovir, la indometacina, la cimetidina, el propanolol, los esteroides y los opiáceos. Por ello las dosificaciones deben ser cuidadosamente evaluadas.

Es de crucial importancia el manejo apropiado de la etiología, como puede ser corregir la acidosis metabólica, manejar la encefalopatía vascular o el uso de tiamina en un paciente alcohólico con ataxia y oftalmoplejía, (Kaplan y cols., 1994), (Wise, 1992).²⁸

La estrategia terapéutica incluyen medidas ambientales, con orientación temporal y situacional constante, que incluya el apoyo de la familia y de personas significativas para el enfermo. Es indispensable la existencia de indicadores claves como reloj, ventanas, etc. (Wise, 1992).²⁸

El manejo farmacológico incluye desde hace más de 20 años para el manejo del delirium, el uso intravenoso de haloperidol, fármaco virtualmente libre de efectos anticolinérgicos e hipotensivos, a diferencia de la clorpromazina y la tioridazina, que si provocan dichos efectos secundarios, por lo cual están formalmente contraindicados, Wise (1992).²⁸

Aun cuando la administración intravenosa de haloperidol deberá ser la excepción, su dosificación se encuentra estandarizada y va de 0.5 a 2 mg para casos leves, 2.0 a 5.0 mg para casos moderados y 5.0 a 10 mg para casos severos, es preciso lavar la vía permeable con solución salina en forma previa a la infusión del haloperidol a fin de evitar interacciones farmacológicas inusitadas.^{20,28}

El protocolo recomienda usar dosis más bajas para pacientes ancianos y espaciar 30 minutos las dosificaciones. Luego de la primera administración, puede duplicarse la dosis si continúa la agitación y en caso de que sea necesario una cuarta dosis, esta se administra junto con 0.5 a 1 mg de lorazepam (Ativan) IV, en nuestro país, una opción puede ser administrar 5 mg de diazepam.

A partir de este momento si aún no se ha contenido la agitación, se alterna una mezcla de haloperidol y lorazepam (o diazepam), cada media hora hasta la total mejoría. Finalmente, se suma la dosis total de haloperidol y administrar dicha cantidad en las siguientes 24 horas, dividida en 2 o tres tomas, sin olvidar que la dosis oral equivalente es lo doble de la dosis IV. Posteriormente si el paciente continúa estable, reducir la dosis en un 50% cada 24 horas.

Aspectos neuropsicológicos

Una de las áreas de mayor relevancia en el estudio de pacientes neurológicos se refieren a sus condiciones cognitivas, al respecto y contra lo que pudiera pensarse, Cohen (1993),⁸ describe funcionalidad cognitiva en 70 a 73% de un total de 200 pacientes después de sus primeras 24 horas de estancia en una unidad de cuidados coronarios, con una concordancia médico-enfermera de 0.76, mediante la aplicación del MMSE (Folstein y cols 1975).⁹

Otras líneas de investigación señalan que el ritmo alfa del EEG (con amplitudes de onda altas), se correlaciona significativamente con la escucha pasiva y no con la atención a estímulos (Maras, 1993),¹⁵ lo cual implica que los múltiples y constantes estímulos que existen en UTIA, pudieran provocar una desincronización electroencefalográfica. En ese mismo sentido, Minarik (1995),¹⁸ agrega que el deterioro cognitivo deviene en dificultades de comunicación, menor compromiso, déficit de autocuidado y problemas conductuales.

Por otra parte Broslawski et al.,⁵ analiza en un grupo de 45 pacientes la predicción funcional de diversas variables, encontrando que la edad avanzada y la estancia hospitalaria prolongada tienen poco valor predictivo y que en cambio la elevada severidad de la enfermedad sí constituye un factor significativamente asociado a un mal funcionamiento cognitivo futuro.

Los estudios referidos constatan que el nivel de conciencia del paciente gravemente enfermo permite en muchas ocasiones una funcionalidad cognitiva elevada, lo cual en términos clínicos implica la posibilidad de establecer contacto con su medio externo y participar en mayor o menor medida en su propio tratamiento. Tal hecho debe ser cuidadosamente considerado por los clínicos intensivistas pues ello redundará en una mejor interacción y en la optimización de la relación médico-enfermo así como en una guía apropiada de las interacciones para con la familia.

Conclusiones

La complejidad creciente de la atención de cuidados intensivos exige; una visión clínica integral, trabajo interdisci-

plinario, capacidad de trascender el "setting" del paciente para considerar a la familia y al equipo asistencial, así como una conceptualización dinámica de la utilidad de la investigación en ese ámbito.

Desde la psiquiatría de enlace como disciplina que se constituye como un verdadero puente entre medicina y salud mental, se formulan propuestas concretas que atienden lo asistencial bajo una visión integradora y pluridisciplinaria, abordan lo docente, difundiendo conceptos de psicología, psiquiatría y salud mental durante el desarrollo del propio enlace y mediante intercambio académico y difusión científica.

Por último y como líneas de investigación indispensables, es preciso abordar aspectos de comorbilidad médico-psiquiátrica, uso de psicofármacos, conceptualización de salud mental, la utilidad de los grupos Balint y protocolos de familia, a lo que han de sumarse estudios costo-beneficio. Lo señalado se constituye como un reto para el psiquiatra de enlace y definirá el futuro desarrollo de esta especialidad psiquiátrica.

Referencias

1. Almanza MJJ, Hernandez DM, Barajas AG. La psicoterapia de grupo y el concepto de enlace en el contexto hospitalario. *Rev Sanid Milit Mex* 1995; 49: 4, 88-91.
2. Balint M, Balint E y cols. *La Capacitación Psicológica del Médico*. Editorial Gedisa. Barcelona 1984.
3. Bellak L. *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno, Segunda Edición, México DF 1993.
4. Bone RC, Hayden WR, Levine RL, McCartney JR, Barkin RL, Clark S, Cowen J, Fontaine D, Fromm RE, Guerrero M Jr. et al. Recognition, assessment, and treatment of anxiety in the critical care patient. *Dis Mon* 1995; 41: 293-359.
5. Broslawski GE, Elkins M, Albus M. Functional abilities of elderly survivors of intensive care. *J Am Osteopath Assoc* 1995; 12: 708-10.
6. Byram KT. Psychoanalysis and Psychoanalytic Psychotherapy. In: *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, V Edition, Kaplan HI and Sadock, BJ Ed. Williams and Wilkins, Baltimore Maryland 1989; 442-1461.
7. Cassem MD, Hackett TP. The Setting of Intensive Care. In: Cassem NH: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. Mosby Year Book. St Louis 1991: 373-399.
8. Cohen LM, McCue JD, Gren GM. Do clinical and formal assessments of the capacity of patients in the intensive care unit to make decisions agree? *Arch Intern Med* 1993; 8: 153: 2481-5.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189.
10. Hackett TP, Cassem NH, Wishnie HA. The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards. *N Eng J Med* 1968; 10: 237-43.
11. Harvey MA. Managing agitation in critically ill patients. *Am J Crit Care* 1996; 5: 17-8.
12. Henry LL. Music Therapy a nursing intervention for control of pain and anxiety in the ICU: a review of the research literature. *Dimens Crit Care Nurs*. 1995; 14: 295-304.
13. Henry LL. Music therapy: a nursing intervention for the control of pain and anxiety in the ICU: a review of the research literature. *Dimens Crit Care Nurs* 1995; 14: 295-304.
14. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de Psiquiatría*. 7ª Edición, 375-378. Editorial Médica Panamericana y Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland 1994.
15. Lipowski ZJ. *Delirium. Acute Confusional States*. London, Oxford Press 1990.
16. Luchina IL. *El Grupo Balint; Hacia un modelo clínico situacional*. Editorial Paidós, Grupos e Instituciones, 1ª Edición, Barcelona 1982.
17. Maras L, Palejev G, Radil T. Auditory-evoked responses (AERs) influenced by presence or absence of EEG alpha activity and actual cognitive state. *Int J Psychophysiol* 1993; 15: 67-71.
18. Mazzeo AJ. Sedation of the mechanically ventilated patient. *Crit Care Clin* 1995; 11: 937-55.
19. McCartney JR, Boland RJ. Anxiety and delirium in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics* 1994; 10: 673-80.
20. Minarik PA. Cognitive assessment of the cardiovascular patient in the acute care setting. *J Cardiovasc Nurs* 1995; 9: 36-52.
21. Porter LA. Procedural distress in critical care settings. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1995; 7 307-14.
22. Salin PRJ. El uso racional de las benzodicepinas en los trastornos del sueño. *Psiquiatría* 1994; 10: 58-64.
23. Schwab RJ. Disturbances of sleep in the intensive care unit. *Critical Care Clinics* 1994; 10: 681-94.
24. Slaikeu KA. *Intervención en crisis*. Ed. Manual Moderno, México DF 1988: 48-66.
25. Soelhren P. Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 1995; 4: 71-6.
26. Strain JJ, Zebulun T. Consultation Liaison Psychiatry in *Comprehensive Text Book of Psychiatry*, V Edition, Kaplan HI and Sadock BJ, Ed. Williams and Wilkins, Baltimore Maryland 1989: 1272-1279.
27. Todres ID, Earle M, Jellinek MS. Enhancing communication. The physician and family in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41(6): 1395-404.
28. Van Dyke C, Goldberg R. *Psiquiatría de Consulta y Enlace en el Hospital General*. En: *Psiquiatría General*, Goldman HH, 2a Edición, México 1989: 652-661.
29. Wise GM, Cassem NH. Behavioral Disturbances in the ICU. In: Civeta JM, Taylor RW, Kirby RR. *Critical Care*. JB Lippincott Company Editors. Philadelphia 1988; 1595-1604.
30. Wise MG. ICU Psychosis. *Critical Care, State of the Art. Society of Critical Care Medicine*. Vol 13, 1992: 61-81.