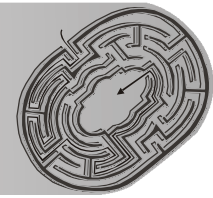


# Capítulo 4



## Urgencias neuropsiquiátricas

### Injuria encefálica aguda

La injuria encefálica es el síndrome clínico de presentación aguda, caracterizado por edema cerebral y la depresión funcional por una lesión encefálica que puede ser reversible o no. Las causas más frecuentes son: trauma, *ictus* cerebrovascular, hipoxia por paro cardíaco, sepsis, ingestión de tóxico, descarga eléctrica, *status* convulsivo, tumor del crecimiento rápido, entre otras.

En el examen clínico del paciente se observan los signos correspondientes al edema cerebral y también a la

causa que provocó la injuria. De inicio, se debe tratar la situación vital y, seguidamente, el edema cerebral; por último, la causa. En la urgencia médica se debe tratar el problema vital (ABC) y el edema cerebral con riesgo (vea más adelante el acápite sobre ARIP), después se debe trasladar al paciente.

Los problemas más frecuentes en una injuria encefálica aguda son respiratorios, secundarios al edema cerebral y al síndrome de sufrimiento del tallo cerebral por el cono de presión que se produce por el edema cerebral. Este edema cerebral se caracteriza por anisocoria, focalización motora del lado contrario a la lesión y parálisis del tercer par craneal. La existencia de los 3 factores, es un signo previo al enclavamiento y al paro respiratorio (para la conducta que se debe seguir, vea el acápite sobre edema cerebral y el de inconciencia).

### Métodos prácticos para la evaluación somera de la función neurológica

---

	<b>A</b> lerta.
Evaluación somera <b>ARIP</b>	<b>R</b> espuesta al estímulo verbal: normal, pobre y sin respuesta, y al estímulo doloroso: normal (se defiende bien), defensa pobre, anormal (decorticación o descerebración) y sin respuesta.
	<b>I</b> nconciencia.
	<b>P</b> upilas: respuesta a la luz, anisocoria, tamaño pupilar.

---

El paciente necesita ventilación si en la evaluación ARIP se observa inconciencia, decorticación, descerebración y anisocoria. Ante esta situación y la inconciencia sin respuesta al estímulo doloroso, se debe comenzar el tratamiento con manitol y trasladar al paciente rápidamente al segundo nivel de atención médica.

---

## URGENCIAS MÉDICAS

La escala de coma de Glasgow es uno de los métodos más precisos. Con este se obtienen 3 valoraciones: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

**Nota:** un paciente cuya escala de coma de Glasgow sea de 8 puntos o menos, necesita ventilación mecánica (hiperventilación durante 8 a 10 minutos,

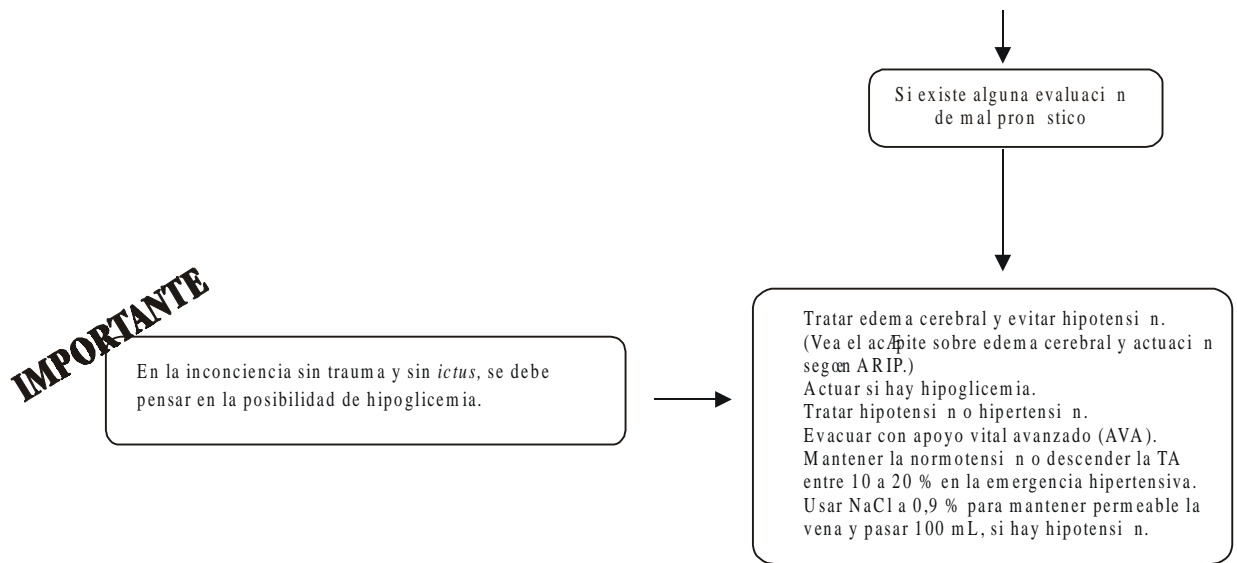
luego normoventilación). La hiperventilación con bolsa se garantiza ventilando 1 vez cada 3 segundos (es decir, 20 ventilaciones por minuto). Si la escala de coma de Glasgow es de 10 puntos o menos, el paciente requiere tratamiento antiedema cerebral con manitol o furosemina si la tensión arterial (TA) lo permite, según como muestra la tabla siguiente:

Escala de coma de Glasgow	Apertura ocular			
	Esponánea	4		
	A la voz	3		
	Al dolor	2		
	Ninguna	1		
Respuesta verbal	Menor de 2 años	2 - 5 años	Mayores de 5 años y adultos	
	Ríe, llora	Palabras apropiadas	Orientada	5
	Llanto	Palabras inapropiadas	Confusa	4
	Llanto inapropiado	Llanto, gritos	Palabras inapropiadas	3
	Gruñidos	Gruñidos	Incomprensibles	2
	No responde	No responde	Ninguna	1
	Respuesta motora	Obedece órdenes	6	
Movimientos apropiados		5		
Retirada		4		
Flexión		3		
Extensión		2		
Ninguna		1		

**Nota:** el examen neurológico completo es después de la escala de coma de Glasgow y luego de iniciado el tratamiento vital y antiedema cerebral según ARIP.

**Evaluación del ARIP en inconciencia**

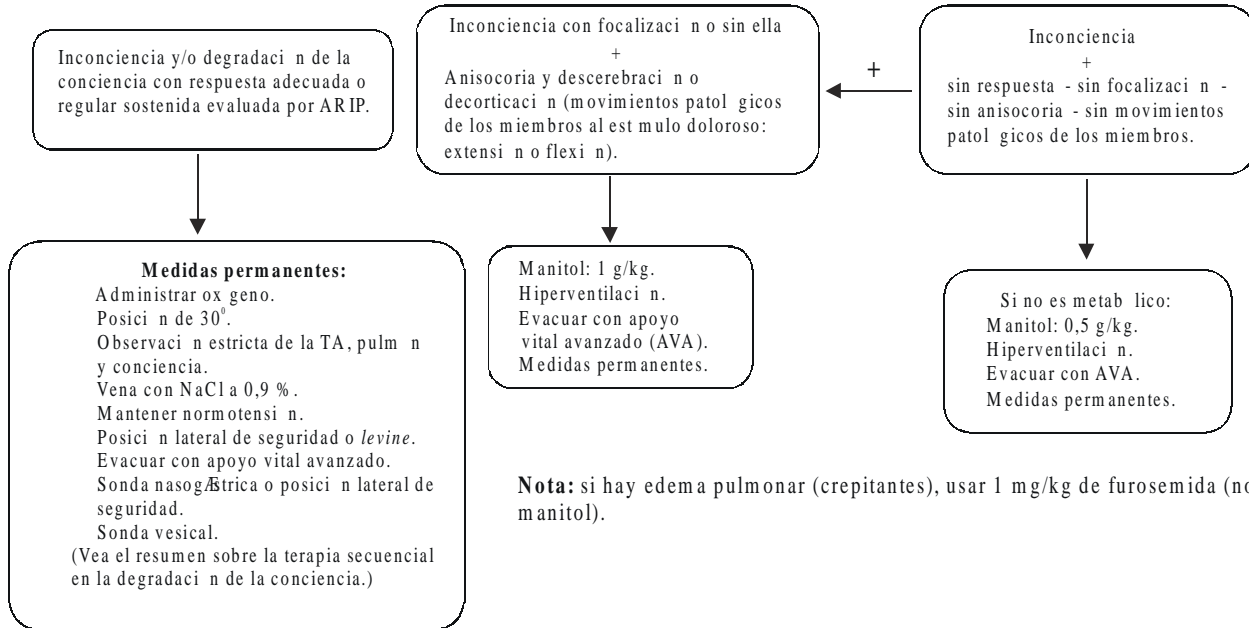
Código	Parámetros	Evaluación		
		Bien	Regular	Mal
<b>A</b>	Alerta	Sí	Disminuida	No
<b>R</b>	Respuesta ante el estímulo verbal y ante el estímulo doloroso	Sí	Disminuida	No responde
		Sí	Retirada o defensa	Sin respuesta
				Descerebración
				Decorticación
				Focalización motora
<b>I</b>	Inconciencia	No	Más o menos	Sí
<b>P</b>	Pupilas	Sí	Sí	Anisocoria



**Conducta según ARIP**

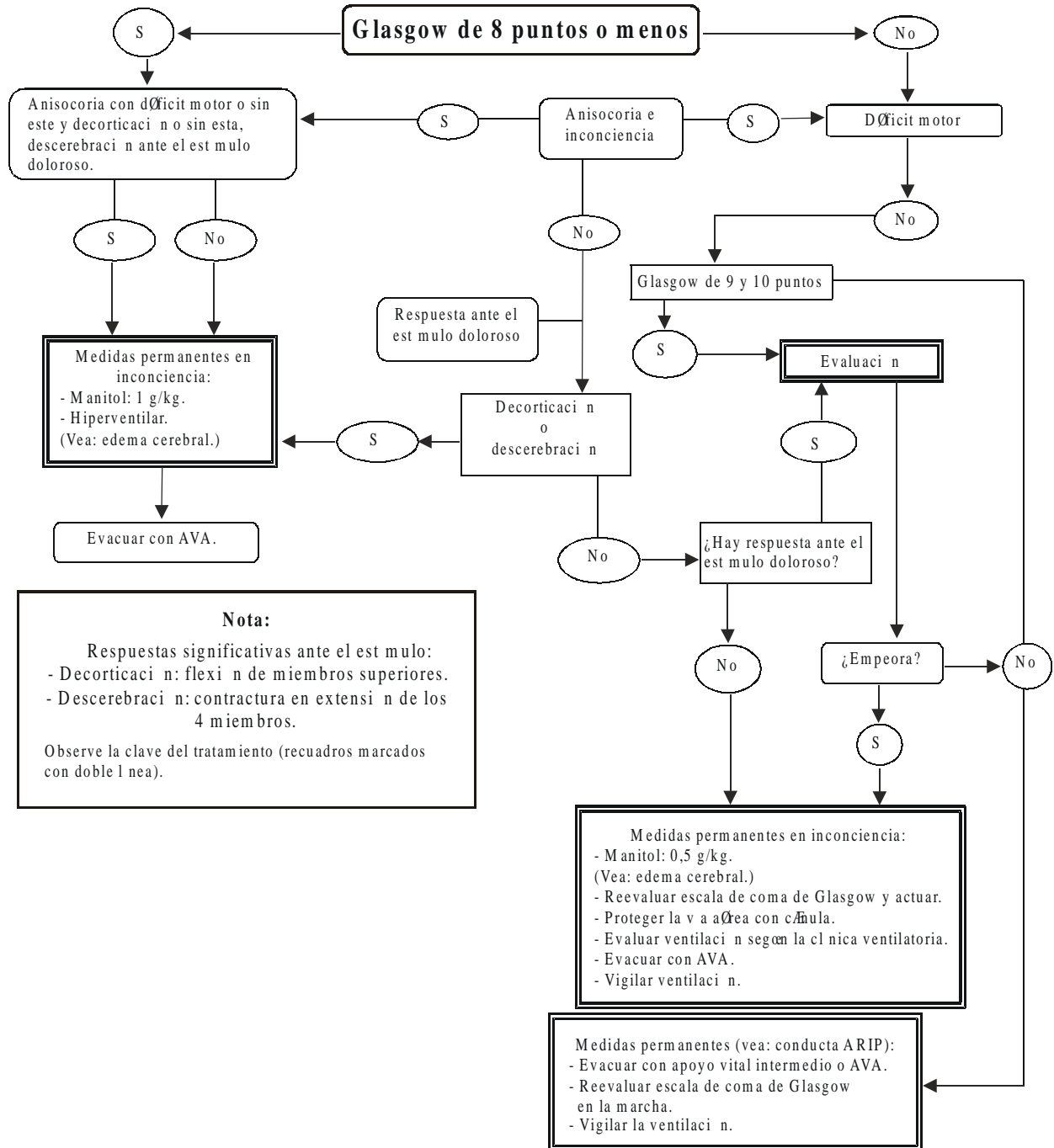
Observe a continuación 2 conductas claves: uso del manitol (0,25 a 1 g/kg/dosis) antes de intubar por criterios de edema cerebral y precisar si el paciente

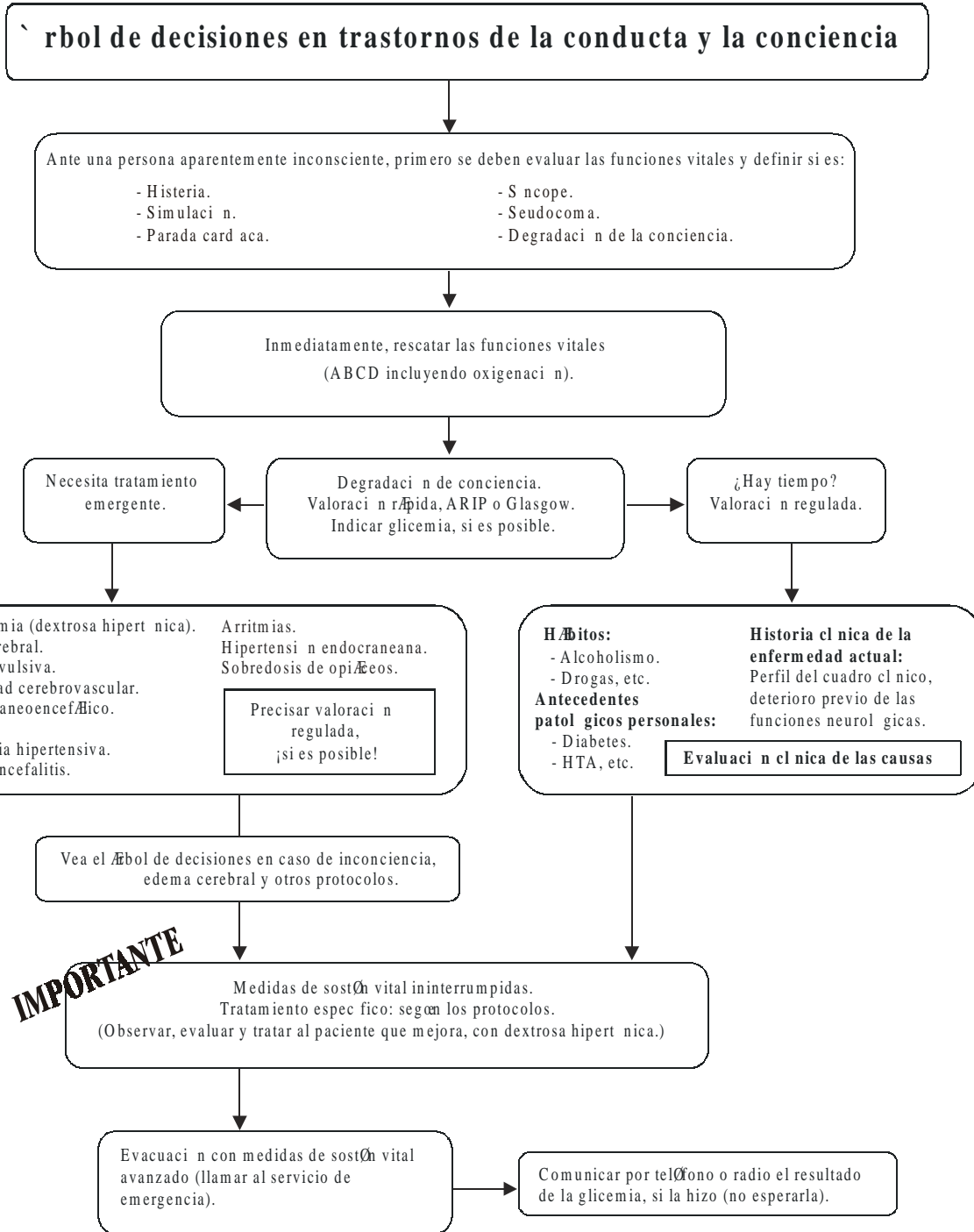
requiere ventilación con hiperventilación. El resto, son las medidas que han de tomarse cuando se está frente a un paciente inconsciente, en el que es importante cuidar la vía aérea y evitar la broncoaspiración (*levine* o posición de seguridad).



**Nota:** si hay edema pulmonar (crepitantes), usar 1 mg/kg de furosemida (no manitol).

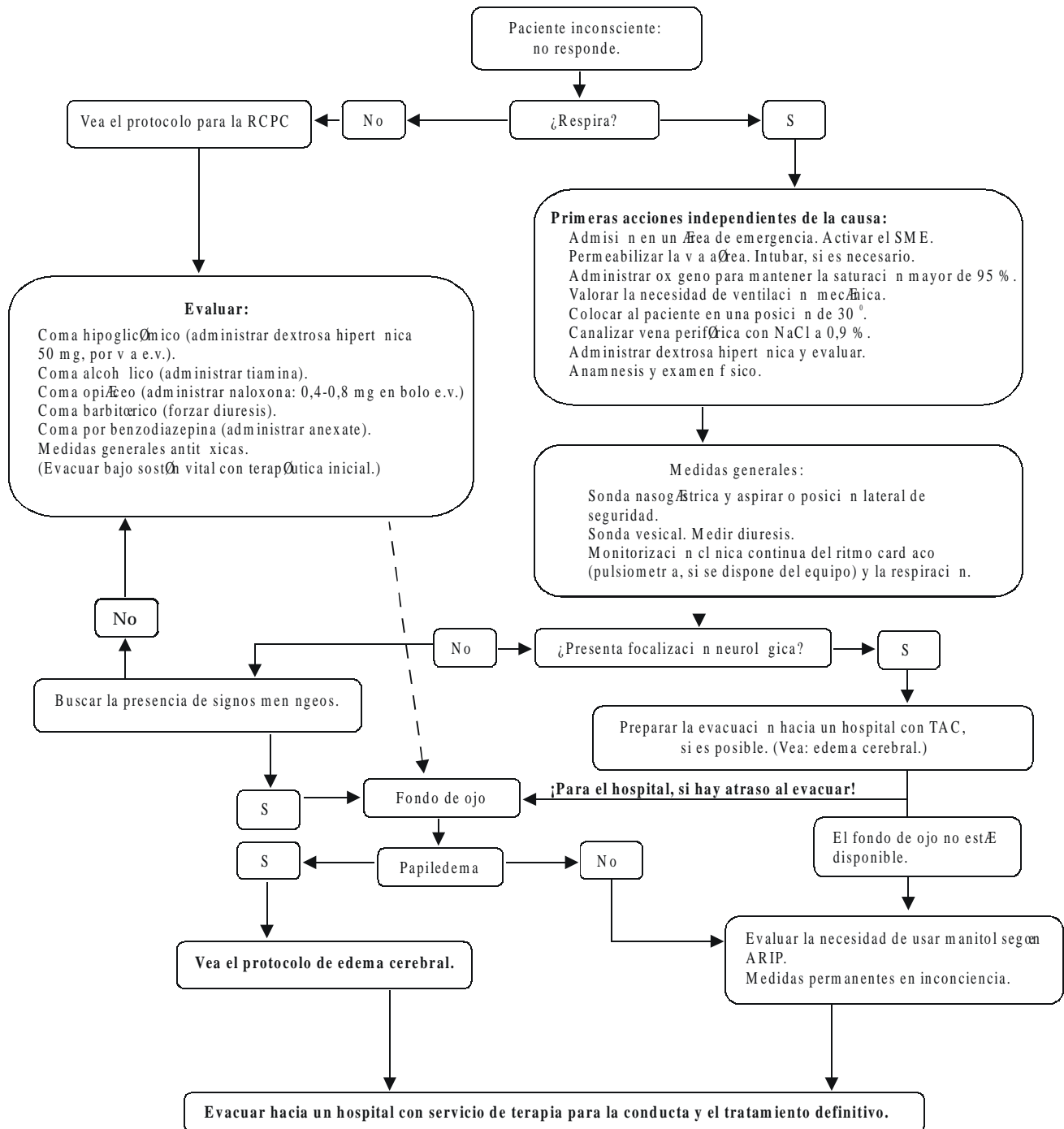
**Escala de coma de Glasgow e inconciencia**





**Nota:** vea la terapéutica que se debe seguir en caso de agitación psicomotriz.

**Protocolo de decisiones en pacientes con inconciencia diagnosticada**



**Algoritmo de decisiones en pacientes con inconciencia, independientemente de la causa**

- Atención en un Área de emergencia. Soporte vital ABC. Mantener la normotensión.
- Asegurar la vía aérea (maniobras, cánulas, intubación).
- Administrar oxígeno a 100 % siempre, aunque el paciente respire bien.
- Mantener al paciente en posición de 30°.
- Valorar la necesidad de ventilación mecánica (por insuficiencia respiratoria o por ARIP).
- Valorar si existe edema cerebral, por ARIP o por la escala de coma de Glasgow.
- Canalizar vena periférica con solución salina fisiológica.
- Administrar dextrosa hipertónica en el coma y evaluar (vea: inconciencia).
- Realizar una correcta historia clínica (anamnesis y examen físico).
- Si hay trauma, controlar la columna cervical y llevar a cabo la resucitación correspondiente (vea el capítulo sobre trauma).
- Tratar la hipotensión (con NaCl a 0,9 %) y la hipertensión (vea los protocolos).

Hemodinamia estable.

Hemodinamia no estable (hipotensión, sudación, bradicardia, etc.).

Si existe edema cerebral de riesgo por ARIP:  
 Manitol 20 %: 0,25 - 1 g/kg, por vía e.v. en 30 min, según ARIP.  
 Furosemida: 1 mg/kg por vía e.v. (alternativa solo si hay edema pulmonar con crepitantes).  
**Evitar hipotensión, tratar hipertensión y mantener normotensión.**

Ventilar (hiperventilar por 15 minutos)

Vea protocolo de hipotensión

¿Inconsciente con anisocoria o inconsciente con decorticación o descerebración con focalización o sin focalización?

S

No

**Otras medidas generales:**

- Reposo en posición Fowler a 30°, si no hay hipotensión. Ver medidas permanentes en la conducta por ARIP.
- Pasar sonda vesical y medir diuresis.
- Pasar sonda *levine* para la evacuación gástrica.
- Tratar problemas asociados según los protocolos: emergencia hipertensiva, convulsiones, vómitos, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca, IMA, etc.).
- Evaluar otros posibles diagnósticos asociados.
- Estabilizar y evacuar al paciente.

Evacuar al paciente hacia una unidad hospitalaria con medidas de soporte vital avanzado para continuar el tratamiento y definir el diagnóstico.  
**¡Si existe trauma, llevarlo hacia un centro especializado en trauma!**

**¡IMPORTANTE!**

**Nota:**

En el coma, es esencial la respuesta a la dextrosa hipertónica.  
 Observe la diferencia de conducta entre el paciente con TA estable y el que tiene TA inestable.  
 Observe cuándo es imprescindible ventilar al paciente.  
 Con hiperventilación se disminuye el edema cerebral en 8 minutos.



## Resumen de la degradación de la conciencia y el coma en la urgencia médica

### Terapia secuencial por la clínica

1. Reanimación: evaluación ABC y conducta.
  - a) Siempre se debe administrar oxígeno.
  - b) Posición de 30°.
  - c) Asegurar primero la vía aérea y la ventilación por criterios clínicos según ARIP o Glasgow. Abrir la vía aérea, primero por maniobras y continuarla en ausencia de recursos.
  - d) Siempre canalizar vena con NaCl a 0,9 % al evaluar la circulación (C) y reanimar con este.
2. Evaluación clínica de edema cerebral por ARIP.
  - a) Tratar edema cerebral según ARIP.
    - Manitol: 0,25 a 1 g/kg (solo usarlo por criterios definidos).
    - Hiperventilación por 15 minutos (los excesos son perjudiciales), seguir con normoventilación o una hiperventilación ligera (PCO<sub>2</sub>: 32 a 35), cuando la pueda medir.
3. Garantizar normotensión y normovolemia.
  - a) Mantener infusión con NaCl a 0,9 %, calculada para 120 mL/m<sup>2</sup>/24 h.
  - b) Tratar hipotensión con NaCl a 0,9 % en bolo de 100 mL sin excederse (la hipotensión es perjudicial y el exceso de líquidos también).
  - c) Tratar hipertensión por protocolos (se debe tener cuidado de no pasar a la hipotensión, puede ser perjudicial). (Véase la conducta frente a una emergencia hipertensiva con la sospecha de enfermedad cerebrovascular.)
  - d) Cuidarse de que ocurra una hipotensión por el uso de diuréticos, indicados según los criterios clínicos de edema cerebral o pulmonar: si es así, tratarla de inmediato.
4. Edema pulmonar (clínica con crepitantes):
  - a) Furosemida: 0,5 a 1 mg/kg (vigilar hipotensión).
  - b) Ventilar: si no hay respuesta o si hay *shock* o por criterios ARIP o Glasgow de 8 puntos o menos.
5. Profilaxis en la terapéutica:
  - a) Administrar oxígeno siempre.
  - b) Cánula para evitar bloqueo de la vía aérea por la lengua (o con maniobras manuales).
  - c) Evitar broncoaspiración: *levine* con vaciamiento gástrico o posición lateral de seguridad (tiene implícito la vía aérea abierta).

- d) Siempre mantener vena con NaCl a 0,9 % (las soluciones glucosadas empeoran el edema cerebral).
  - e) Estabilizar al paciente para evacuarlo.
6. Evacuar bajo cuidados, a un hospital con tomografía axial computarizada (TAC) y, en su defecto, al hospital de referencia, por el tipo de emergencia médica de que se trata.

### Criterios de sospecha de enfermedad cerebrovascular

Escala de valoración prehospitalaria (propuesta de *Cincinnati*):

1. Expresión facial: ordenarle al paciente que muestre sus dientes o que sonría.
  - a) Respuesta normal: ambos lados de la cara se mueven simétricamente.
  - b) Respuesta anormal: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro lado (asimetría).
2. Brazos: ordenarle al paciente que cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos al frente, durante 10 segundos.
  - a) Respuesta normal:
    - Ambos brazos se mueven igual.
    - Ambos brazos no se mueven en lo absoluto.
  - b) Respuesta anormal:
    - Un brazo no se mueve.
    - Un brazo cae hacia abajo comparado con el otro.
3. Lenguaje: ordenarle al paciente que diga: "Loro viejo no aprende a hablar."
  - a) Respuesta normal: el paciente pronuncia correctamente la frase, sin omisión.
  - b) Respuesta anormal: el paciente omite palabras o usa palabras incorrectas o simplemente no puede hablar.

*Interpretación:* si uno de los tres signos es anormal, la probabilidad de *ictus* es de 72 %.

*Decisión:* todo paciente con un signo anormal debe ser tratado y remitido al hospital de referencia como sospechoso de enfermedad cerebrovascular (ECV).

## Algoritmo de decisiones ante la sospecha de enfermedad cerebrovascular desde la atención primaria de salud hasta el hospital

### Acciones de sostén vital en caso de emergencia:

#### Primero:

Evaluar y resucitar ABC inicial. Posición de 30°. Oxígeno: 4-6 L/min. Mantener saturación mayor de 95%.  
 Canalizar vena periférica con NaCl a 0,9%.  
 Evaluación ARIP y conducta (vea: algoritmo de ARIP).  
 Monitorización clínica y de ritmo cardíaco y oximetría de pulso, si hay.  
 Realizar una minihistoria clínica.

#### Una regla de oro es: administrar siempre O<sub>2</sub> y NaCl.

Evaluar ABC, ARIP y conducta. Posición de 30°.  
 Tratar el edema cerebral de riesgo (vea ARIP).  
 Mantener normotensión (cuidados con diuréticos).  
 Tratar la hipotensión y la hipertensión.  
 Cuidar el pulmón y protegerlo.  
 Evitar una broncoaspiración (colocar al paciente en posición lateral o poner *levine*).

En marcha hacia el hospital o en el propio hospital:

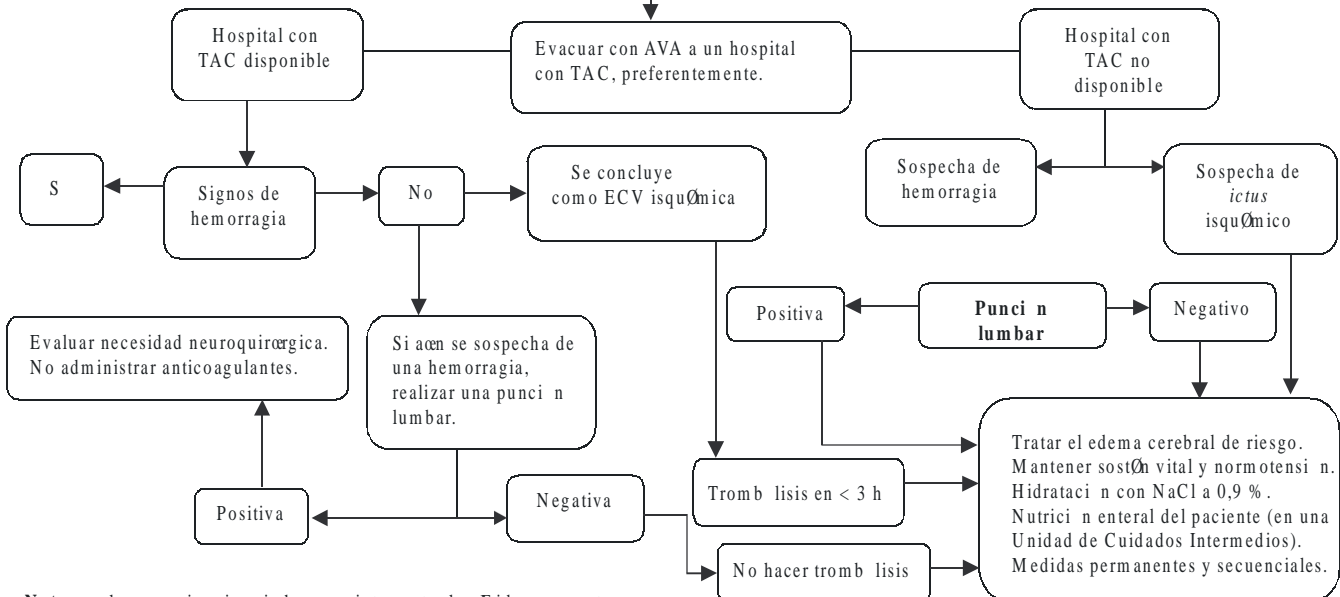
En el hospital

ECG  
TAC  
EEG  
RX

Reevaluar ABC inicial y tomar conducta (regla de oro). Seguir el ABC avanzado en marcha hacia el hospital. Tratar el edema cerebral de riesgo (vea: ARIP). (Vea el Algoritmo de decisiones de inconsciencia y de edema cerebral).

HC completa.  
Glasgow.  
Examen neurológico.  
Score.

En el hospital



**Nota:** en la urgencia primaria hay que interpretar la rápida y correcta actuación para poder realizar trombolisis en menos de 3 horas con terapéutica eficaz y segura. Sin TAC, esta terapéutica es un riesgo, porque lo que parece isquémico puede ser hemorrágico pequeño y viceversa.

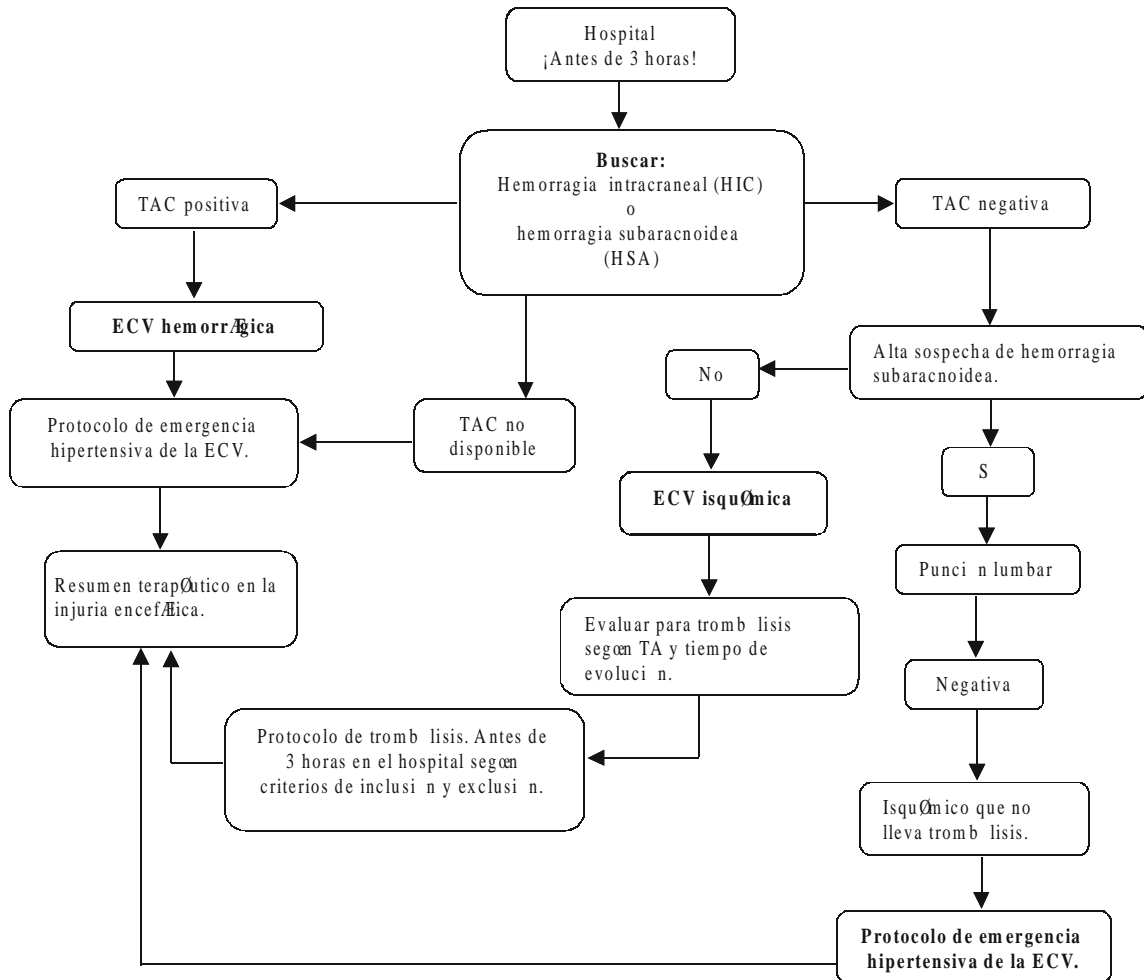
**Un factor de baja letalidad.**

¡CUIDADO!

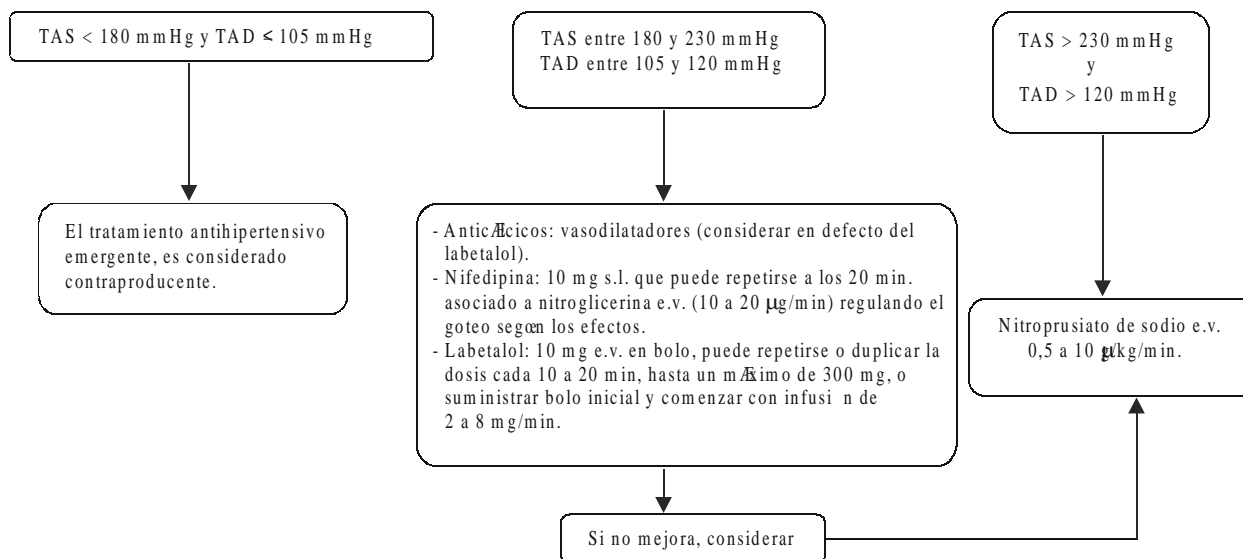
Hacer trombolisis por la clínica, sin haber hecho TAC, es peor estadísticamente, que si se realiza una conducta clínica adecuada.

## Conducta que se debe seguir ante una emergencia hipertensiva con la sospecha de enfermedad cerebrovascular

En el ámbito prehospitalario, al paciente sospechoso de enfermedad cerebrovascular (ECV) con cifras de tensión elevadas, se le debe comenzar el tratamiento de la emergencia hipertensiva y evacuar con sostén vital, para realizar una tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple durante las primeras 3 horas.



## Cómo manejar cifras de tensión arterial elevadas en pacientes con sospecha de enfermedad cerebrovascular



### ¿Cuándo el paciente cumple los criterios para el tratamiento fibrinolítico?

Se deben precisar los *criterios de inclusión* para el tratamiento fibrinolítico. Es imprescindible llevar a cabo una conducta médica adecuada y la actuación debe ser en tiempo, para poder hacerla en el hospital después de realizar la TAC.

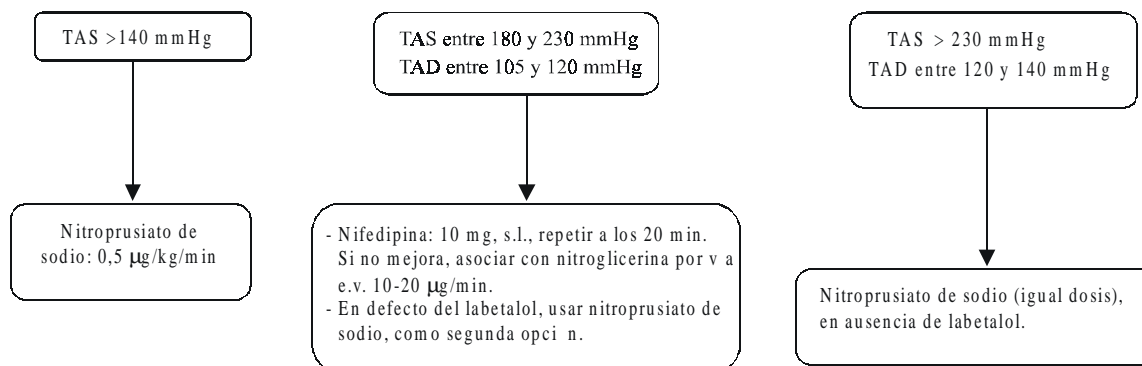
Previo al comienzo del tratamiento, es necesario verificar las cifras de TA desde el periodo prehospitalario.

- Si la tensión arterial sistólica (TAS) es mayor de 185 mmHg y la tensión arterial diastólica (TAD) es

mayor de 110 mmHg, ambas deben ser tratadas con nitroglicerina (NTG), sublingual: 1 tableta cada 5 minutos, hasta 3 tabletas, y después, si se reducen las cifras de tensión arterial (TA), es necesario realizar una trombólisis; de lo contrario, *el paciente no debe recibir tratamiento fibrinolítico*.

Durante y después del tratamiento, se debe monitorizar la TA cada 15 minutos durante 2 horas, luego, cada 30 minutos durante 6 horas, y continuar cada 1 hora durante 16 horas.

Después de la fibrinólisis, se debe seguir el control de la TA y actuar:



**Nota:** son imprescindibles las medidas prehospitalarias para continuar estas acciones en el hospital y reducir la letalidad del paciente isquémico, con una mejor calidad de vida. Después se podrán hacer estudios endoarteriales y de riesgo.

### Criterios para el tratamiento fibrinolítico

Cuando el proceso hemorrágico queda descartado y se tiene la seguridad de que es un paciente con ECV isquémica, es necesario valorar la posibilidad del tratamiento fibrinolítico.

#### Criterios de inclusión:

1. Hemorragia intracraneal descartada por la TAC de cráneo simple.
2. Diagnóstico clínico de ECV isquémica estabilizada con déficit neurológico presente, se excluye el ataque transitorio isquémico (ATI).
3. Paciente mayor de 18 años de edad.
4. No haberle realizado punción lumbar a los pacientes con TAC negativa (solo es indicado este proceder si hay alta sospecha de hemorragia subaracnoidea).
5. Paciente con TAS < 185 mmHg o TAD < 110 mmHg (observar la respuesta con el uso de nitroglicerina si la TA es mayor como excepción).
6. El tiempo desde el comienzo de los síntomas al inicio del tratamiento, debe ser menor de 180 minutos (3 horas) para el tratamiento endovenoso.
7. Puede hacerse trombólisis local entre 3 y 6 horas, canalizando la arteria que irriga el territorio afectado (carótida o vertebral de uno u otro lado). Solo se

realizará cuando se canalice la arteria con trocar fino desde el primer momento de la punción arterial.

#### Criterios de exclusión:

1. Cirugía intracraneal en los últimos 3 meses, trauma severo de cráneo o ECV previa.
2. Cirugía mayor o trauma severo en los últimos 14 días.
3. Punción arterial reciente en sitios no compresibles.
4. Diátesis hemorrágicas conocidas o no, pero con:
  - a) Conteo de plaquetas < de 100 000 plaquetas/mm<sup>3</sup>.
  - b) Paciente que ha recibido un tratamiento con heparina en las últimas 48 horas, tiempo de protrombina total (TPT) prolongado o ambos.
  - c) Reciente uso de warfarina u otro anticoagulante oral y el tiempo de protrombina (TP) es mayor de 15 segundos.
5. Historia de hemorragia intracraneal, malformación arteriovenosa o aneurisma.
6. Convulsiones presenciadas al inicio del cuadro clínico.
7. IMA reciente.

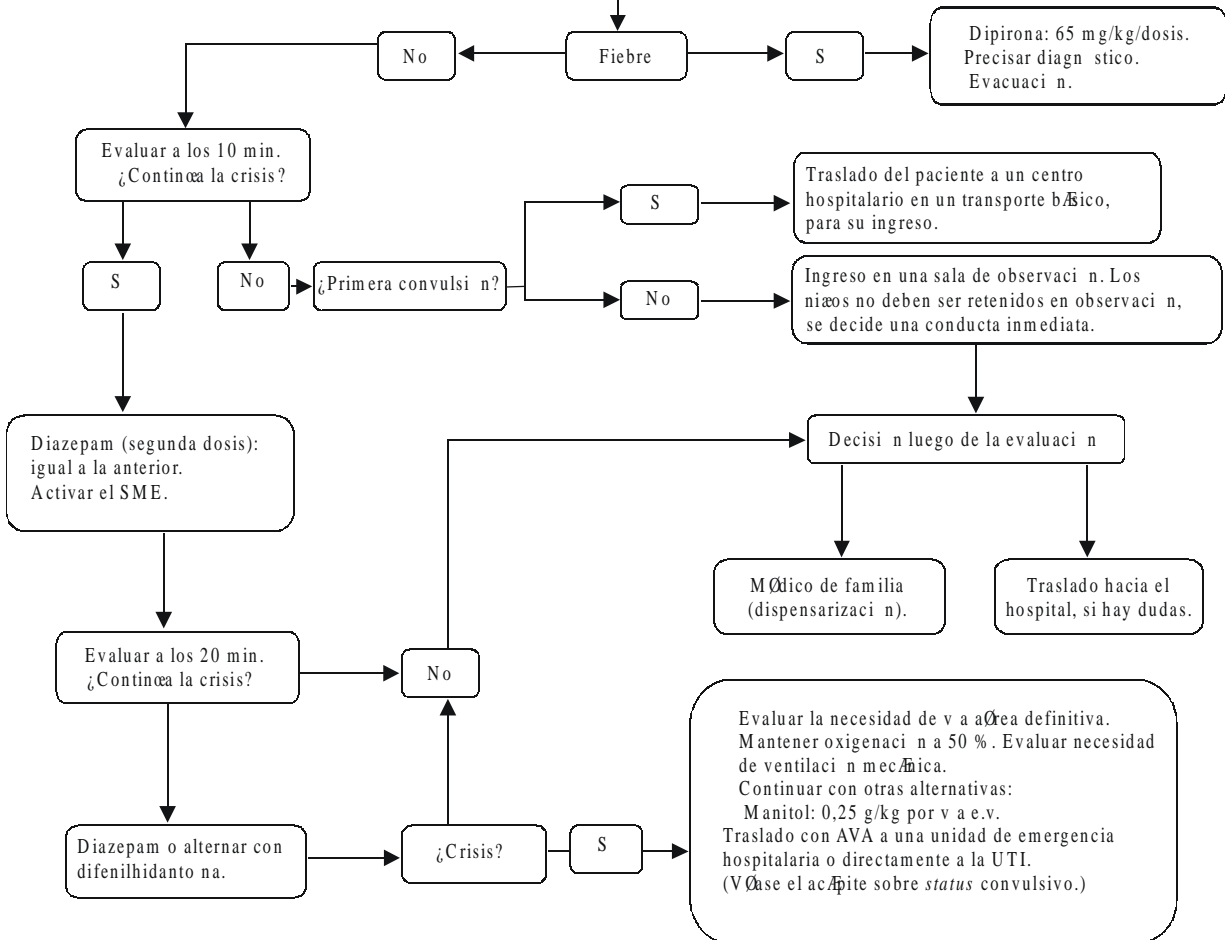
**Nota:** el personal que actúe en la primera urgencia debe tener claros estos conceptos para promover las acciones desde el nivel primario y poder exigir al nivel secundario cuando realice sus funciones.

**Protocolo de decisiones para la crisis convulsiva**

**Convulsión aguda**

Permeabilizar la vía aérea. Métodos manuales y cánulas.  
 Oxígeno a 50 % (10 L/min) con mascarilla o catéter nasal.  
 Canalizar vena periférica con NaCl a 0,9 % (extraer sangre para estudio).  
 Proteger al paciente de posibles lesiones. Mantenerlo en decúbito lateral izquierdo con la cabeza baja y en extensión. Aflojar la ropa. No inmovilizar.  
 Si es necesario y existen condiciones, vía aérea definitiva.  
 Si se sospecha hipoglicemia, administrar dextrosa hipertónica por v.a.e.v.  
 Si existe alcoholismo o sospecha: administrar tiamina (vitamina B) por v.a.i.m.

**Medicación urgente:**  
 Diazepam: 0,25 - 0,5 mg/kg por v.a.e.v., en bolo lento (1 mg/min).  
 Dosis máxima: niños menores de 5 años: 5 mg.  
 En bolo { niños mayores de 5 años: 10 mg.  
 adultos: 20 mg. ¡Vigilar respiración al pasar anticonvulsivos por v.a.e.v.!  
**Dosis máxima total: 40 mg.**  
 Vía rectal, solo en niños, si la vía e.v. no se logra.



## Drogas para la crisis convulsiva. Alternativas

**Tabla 9.** Drogas para la crisis convulsiva

Fármaco	Dosis y modo de empleo en adultos	Dosis y modo de empleo en niños	Observaciones
Diazepam	10 mg en bolo endovenoso sin diluir. Repetir si es necesario cada 10 min hasta 4 dosis. Dosis máxima: 20 mg/dosis. Vigilar la ventilación al pasar el diazepam.	0,25 – 0,5 mg/kg/dosis por vía e.v. sin diluir. Ritmo de infusión: 1 mg/min. Repetir si es necesario cada 20 min, hasta 3 dosis. Dosis máxima: niños menores de 5 años: 5 mg. Niños mayores de 5 años: 10 mg.	Droga de elección ante toda convulsión aguda. No utilizar en infusión.
Midazolam	3,5 – 30 mg bolo e.v. 0,3 mg/kg por vía i.m., en niños y adultos.	0,05 – 0,4 mg/kg bolo por vía e.v., en niños y adultos.	Puede ser alternativa del diazepam o si falta este.
Difenilhidantoina	17 mg/kg en bolo e.v.	18 mg/kg en bolo e.v. en 10 mL de NaCl a 0,9 % durante 30 min. Monitorizar la tensión arterial y frecuencia cardíaca. Después corresponden: 6 mg/kg/24 h en infusión o en 3 subdosis.	Se puede usar como complemento de la terapia con diazepam, si no se mejoró con la primera dosis. La dosis no debe pasar de 50 mg/min. Se debe diluir en solución salina, ya que precipita en suero glucosado. Tiene un efecto prolongado.
Fenobarbital sódico	100 – 200 mg en bolo endovenoso. Vigilar la ventilación.	3 – 6 mg/kg en bolo. 0,75 mg/kg/min en infusión endovenosa. Dosis máxima: 300 mg.	Se utiliza si no se pueden detener las convulsiones con la asociación anterior. Su asociación con el diazepam produce depresión respiratoria severa.
Tiopental	Usar la dosis del bolo y seguir con infusión a la dosis más baja que controle las convulsiones. Una vez logrado el objetivo, ir retirando lentamente.	Dosis inicial: 2 – 3 mg/kg en bolo endovenoso y continuar con infusión de 10 mg/kg/min e ir aumentando hasta detener las convulsiones. Una vez logrado el objetivo, ir retirando lentamente.	Produce depresión respiratoria, lo que hace necesario tener intubado al paciente y con un ventilador disponible. Vigilancia estricta de la hemodinamia del paciente, por riesgo de hipotensión y <i>shock</i> .
Pentobarbital	Adultos: 10 mg/kg bolo e.v., lento. Infusión: igual a la dosis para niños.	5 mg/kg e.v. (bolo lento). Infusión: 0,5 – 3 mg/kg/h en niños y adultos.	Se utiliza en casos refractarios. Vigilar la ventilación.
Lidocaína 2 %	100 mg (2 mL) en bolo e.v. lento, a pasar durante más de 2 min, seguir con infusión de 300 mg en 250 mL de NaCl a 0,9 % a 15 gotas.	—	Utilizar en casos refractarios.

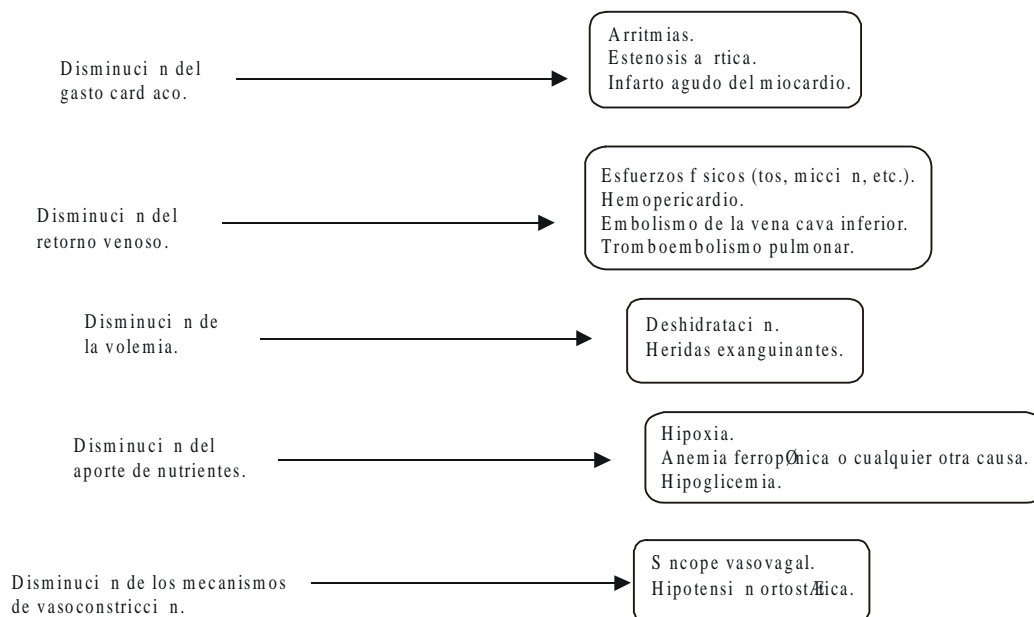
**Tabla 10.** Conducta secuencial de la crisis convulsiva hasta las convulsiones refractarias

Minutos	Conducta que se debe seguir
0	Reconocimiento de la convulsión. Medidas generales (véase el árbol de decisiones para la crisis convulsiva). ¿Hay droga? Naloxona: 1 a 2 ámp. de 0,4 mg por vía e.v. Diazepam en bolo (vea la dosis).
10	Diazepam en bolo, segunda dosis.
20	Diazepam, midazolam, barbitúricos (fenobarbital o pentobarbital) o lidocaína.
30	Mantener difenilhidantoína. Usar fenobarbital o pentobarbital, si no lo ha usado antes. Si lo usó, adelantar la lidocaína.
40	Mantener difenilhidantoína. Lidocaína (vea la dosis).
60	Dosis que deprimen siempre la ventilación. Intubar y ventilar. Alternativas: - Tiopental (vea la dosis señalada). - Pentobarbital: 0,2 – 0,4 mg/kg/h. - Midazolam: 0,1 – 0,3 mg/kg/h.

*Status convulsivo:* síndrome convulsivo en que el paciente no logra la recuperación de la conciencia entre una convulsión y otra.

**Nota:** en *status convulsivo* se debe utilizar un bolo de manitol (0,25 g/kg).

Causas del mareo:



## Mareos. Guías diagnósticas

### Conceptos fundamentales

*Vértigo:* sensación de movimiento habitualmente de carácter rotatorio y menos frecuente como sensación de impulso, desplazamiento lateral o hundimiento. Se inicia de forma brusca y se acompaña de síntomas vegetativos, tales como náuseas, vómitos, sudación, entre otros. Puede existir nistagmo espontáneo o provocado, alteraciones de la estabilidad y de la marcha. De acuerdo con las causas que lo originan, puede ser de tipo periférico o central:

1. Periférico:
  - a) Vértigo posicional benigno.
  - b) Neuritis vestibular.
  - c) Laberintitis.
  - d) Enfermedad de Meniere.
  - e) Vértigo postraumático.
  - f) Toxicidad vestibular por medicamentos.
2. Central:
  - a) Insuficiencia vascular vertebrobasilar.
  - b) Tumores de fosa cerebral posterior.
  - c) Esclerosis múltiple.
  - d) Vértigo inducido por fármacos.

*Presíncope o desmayo:* sensación de caída inminente, que suele acompañarse de palidez cutánea, sudación, acufenos y visión borrosa sin pérdida de la conciencia.



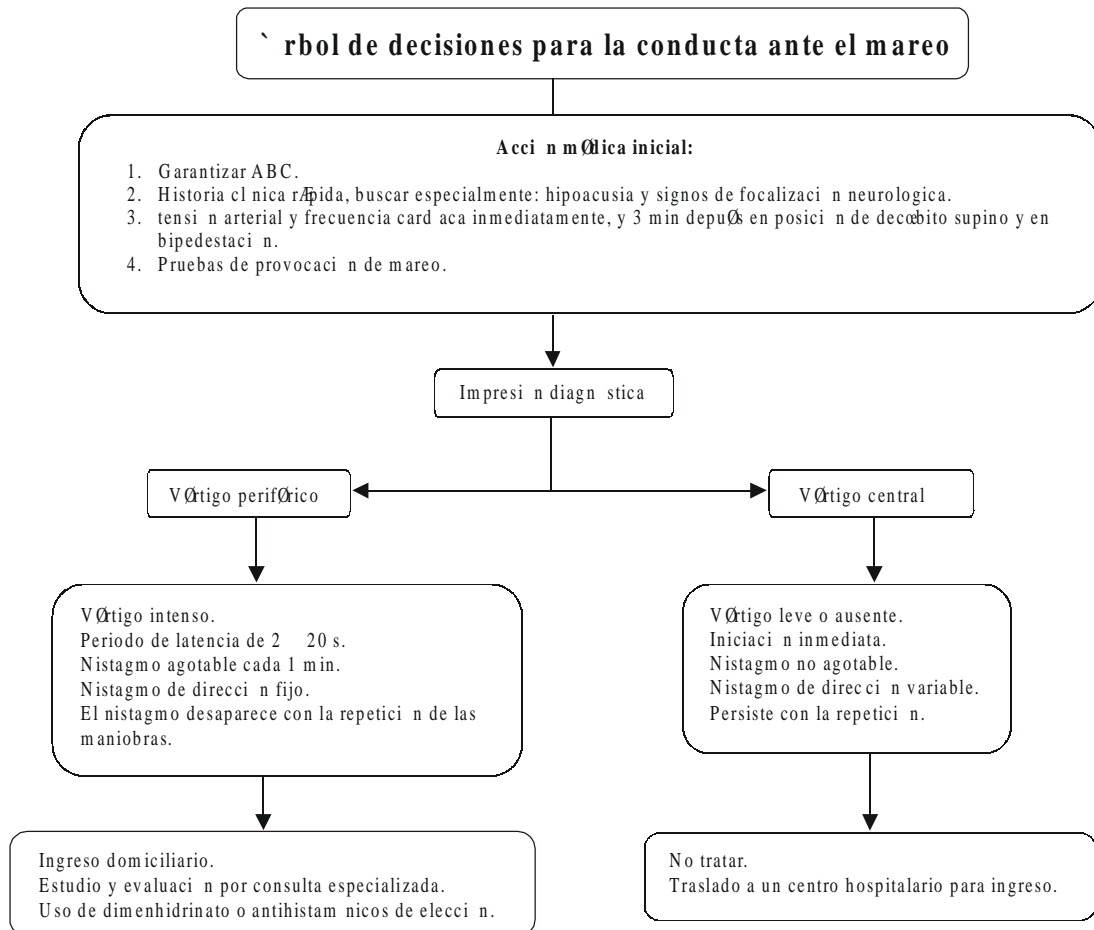
*Trastornos de la marcha:* es la sensación de inestabilidad que ocurre al caminar y desaparece cuando el paciente está en la posición de decúbito supino y cuando está sentado. Las causas pueden ser:

1. Mareo multisensorial.
2. Ataxia cerebelosa y de la marcha.
3. Trastornos extrapiramidales.
4. Intoxicaciones por fármacos.

*Mareo psicógeno:* se presenta asociado con parestesia, calambres, tetania y temblor fibrilar de los párpados. La causa más frecuente es el síndrome de hiperventilación, que puede verse en los síndromes de ansiedad, depresivos y en la histeria.

Maniobras para la provocación del mareo:

1. Hiperventilación por 3 minutos.
2. Cambio postural: decúbito-bipedestación.
3. Pruebas vestibulares para reproducir o desencadenar el vértigo.
4. Rotación del cuello por 15 segundos.
5. Rotación de *Barany*: paciente en silla giratoria, se hace girar 10 veces durante 20 segundos.
6. Maniobra de *Nylen-Baran*: paciente sentado o en decúbito supino, con la cabeza sostenida en un ángulo de 45 ° por debajo de la horizontal, se repite la maniobra en iguales condiciones, pero con la cabeza a la derecha y luego a la izquierda.



## Cefalea vascular

Las cefaleas vasculares son dolores de cabeza provocados por la dilatación dolorosa de una o más ramas extracraneales.

**Tabla 11.** Diagnóstico diferencial

Tipos	Cefalea en racimos	Cefalea de rebote	Cefalea tensional	Jaqueca
<b>Duración</b>	De 15 min a 3 h. En racimos 3 a 16 semanas de duración.	Puede persistir durante todo el día.	De 30 min a 7 días.	De 4 a 72 h.
<b>Características del dolor</b>	Dolor muy intenso, detrás o alrededor de un ojo. Puede irradiar a la sien, la nariz, el mentón o los dientes. No se agrava con la actividad física.	El dolor es leve a moderado, sordo, bilateral, fronto occipital. Empeora si el tratamiento cesa. No se agrava con la actividad física.	Dolor sordo persistente, su intensidad varía durante el día. Puede ser descrito como opresivo o aplastante. Localización bilateral "en casquete".	Cefalea intensa o intermedia. Localización unilateral (generalmente). Dolor pulsátil, palpitante. El dolor se agrava con la actividad física.
<b>Síntomas asociados</b>	Sudoración unilateral o bilateral. Rubor facial, lagrimeo e inyección conjuntival. Congestión nasal.	Habitualmente los síntomas de jaqueca se añaden a los síntomas de las cefaleas de rebote.	Posible fotofobia o fonofobia leve.	Fotofobia, palidez facial fonofobia, náuseas y vómitos.
<b>Periodicidad y frecuencia</b>	Despertar nocturno. Carácter anual o semestral. Habitualmente.	Generalmente el dolor está presente al despertar. A diario.	Avanzado el día. En formas crónicas pueden ser diarias.	A cualquier hora del día. Es variable.
<b>Otras características</b>	Los ataques se pueden precipitar por el alcohol.	Alivio transitorio y parcial del dolor con ergotamina o analgésicos simples. Automedicación diaria (al menos una vez al día).	Las formas episódicas se asocian con estrés. La depresión y la ansiedad son características comunes.	Aura en el 20 % de los casos (fotofobia, brillantes en zigzag, pérdidas del campo visual).

*Status* migrañoso: dolores de cabeza que, a pesar del tratamiento habitual, persisten sin resultados favorables.

Ante esta situación clínica, es necesario precisar los signos de peligro de cefalea grave:

- Trastornos de conciencia que pueden llegar hasta la inconciencia, asociados a la migraña, a la cefalea tensional o a la cefalea focal.
- Comienzo: durante o después de la edad media de la vida.
- Inicio reciente y curso progresivo.

- Asociación con otros síntomas neurológicos o sistémicos.
- Presencia de signos físicos anormales.

Si existen los signos de cefalea grave, sospechar posibles causas:

1. Hemorragia subaracnoidea:
  - a) Actuar según el protocolo.
2. Meningitis.
3. Aneurismas cerebrales.
4. Tumor cerebral.

En caso de estar ante un paciente con *status* migrañoso, actuar como sigue:

1. Evaluar el estado de hidratación de la piel y las mucosas, y tratar si es necesario con NaCl a 0,9 %.
2. Administrar prometazina (25 mg) por vía e.v., lentamente, junto con analgésicos como esparmo-forte: 5 mL, por vía e.v. lentamente.
3. A los 10 minutos se debe considerar la respuesta ante el tratamiento (valorar otras alternativas):
  - a) Repetir prometazina (25 mg) por vía e.v. lentamente, o metoclopramida (10 mg) por vía e.v., asociada con dihidroergotamina (de 0,5 mg a 1 mg). Si es necesario, repetir a la hora.
4. Si no se observa mejoría, valorar entonces:
  - a) Reevaluar el estado de hidratación del paciente.
  - b) Tratar si es necesario con NaCl a 0,9 %.
  - c) Utilizar clorpromacina (en minibollos de 6,2 mg):  $\frac{1}{4}$  del ampolla de 25 mg, cada 10 min hasta un máximo de 30 mg y, conjuntamente, monitorizar la tensión arterial. Evaluar la hipotensión postural al regreso de la observación. De existir, se debe esperar, con el paciente en reposo, a que pase el tiempo de acción farmacológico, si es necesario usar NaCl.
5. Otra alternativa es usar zolmitriptam (nombre comercial: zomig 2,5 mg): útil en el tratamiento agudo de la cefalea migrañosa con aura o sin esta. La dosis recomendada es 2,5 mg, pero si recurren los síntomas en 24 horas, tras una respuesta inicial, se puede administrar una segunda dosis. No obstante, esta no se deberá administrar hasta 2 horas después de la dosis inicial. Si el paciente no obtiene mejoría satisfactoria con la dosis de 2,5 mg, se podrá considerar la dosis de 5 mg para ataques posteriores. La dosis diaria no debe superar los 10 mg, no deben administrarse más de 2 dosis de zomig. No usar zomig como profilaxis.
  - a) No se recomienda su empleo en niños, en adolescentes ni en pacientes geriátricos.
  - b) En los pacientes con alteraciones hepáticas leves o moderadas no se requiere un ajuste de la dosis, pero en alteraciones hepáticas graves se recomiendan 5 mg como máximo en 24 horas.
  - c) En los pacientes con alteraciones renales no se requiere un ajuste de la dosis con aclaramiento de creatinina mayor de 15 mL/min.

- Contraindicaciones: hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes, hipertensión arterial moderada o grave e hipertensión leve no controlada, pacientes con aclaramiento de creatinina inferior a 15 mL/min y pacientes que hayan presentado infarto del miocardio, cardiopatía isquémica o espasmos coronarios, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular. Está contraindicado también su uso concomitante con ergotamina o derivados de ella (incluyendo la metisergida).
- d) En los pacientes con *status* migrañoso se debe comenzar inmediatamente con un tratamiento profiláctico y continuar con la evaluación sistemática por su médico de la familia.

Para el tratamiento farmacológico de base se pueden utilizar las siguientes variantes:

- Betabloqueadores (si no existen contraindicaciones):
  - Propanolol: 40-240 mg/día (subdividir dosis, comenzar con dosis bajas y seguimiento dispensarizado).
  - Atenolol: 50-100 mg/día.
- Bloqueadores de los canales del calcio:
  - Verapamilo: 80-240 mg/día (subdividir dosis, comenzar con dosis bajas y seguimiento dispensarizado).
  - Nifedipina: 30-60 mg/día.
- Coadyuvantes al tratamiento:
  - Amitriptilina: 50-125 mg/día.
  - Metisergida: 4-12 mg/día (no usar por más de 5 meses consecutivos).
- Otros:
  - Antiinflamatorios no esteroideos (indometacina, piroxicam, diclofenato, etc.).
  - Carbonato litio.
  - Antiagregantes plaquetarios.

Evaluar siempre:

1. Apoyo psicológico.
2. Explicación de la enfermedad.
3. Valorar la necesidad de psicofármacos.
4. Tratamiento no farmacológico (otros coadyuvantes):
  - a) Hipnoterapia.
  - b) Acupuntura.

## Síndrome confusional agudo

Conducta médica que se debe seguir:

1. Control de los signos vitales.
2. Administrar oxígeno a 50 %.
3. Control de vena periférica con NaCl a 0,9 %.
4. Evaluar la glicemia, y ante la duda, administrar dextrosa hipertónica (extraer sangre previamente).
5. Tiamina: 1 ámp. por vía i.m. como profilaxis de la encefalopatía de *Wernicke* si hay confirmación alcohólico o sospecha de este.
6. Controlar la agitación:
  - a) Confusión, agitación y alucinaciones:
    - Haloperidol: 1 ámp. por vía i.m. o e.v.
  - a) Confusión, agitación sin alucinaciones:
    - Diazepam: 10 mg, por vía i.m. o clorpromacina: 25 mg, por vía i.m.
    - Si existe extrapiramidalismo, usar diazepam. Si no hay control, repetir la dosis a los 30 min.
7. Evaluar la causa, y según sea esta, decidir la evacuación del paciente o no.
8. Si hay fiebre asociada o signos meníngeos o focalización motora o depresión de conciencia, siempre se debe evacuar al paciente.

## Urgencias psiquiátricas en la primera atención

*Urgencia psiquiátrica:* todo cuadro clínico que presente manifestaciones psiquiátricas que determinen la necesidad de atención inmediata por un equipo de salud, por implicar un riesgo notable para la integridad física del paciente o de otras personas, así como comportamientos sociales reprochables, con sufrimiento notable para el paciente y su familia, con serias complicaciones si se pospone su asistencia.

Urgencias psiquiátricas más frecuentes:

1. Excitación psicomotriz.
  - a) Excitación esquizofrénica.
  - b) Excitación histérica.
  - c) Excitación epiléptica.
  - d) Excitación maníaca.
2. Reacción extrapiramidal (intoxicación neuroléptica).
3. Intoxicación alcohólica.
4. Excitación por un trastorno orgánico sistémico.
5. Conducta suicida.

6. Crisis de angustia.
7. Embarazada con trastornos psiquiátricos asociados.
8. Adulto mayor con trastornos psiquiátricos asociados.

*Excitación psicomotriz:* todo cuadro clínico que se caracterice por un conjunto de síntomas y signos, que se manifiestan principalmente con alteraciones verbales y motoras, capaces de interferir en el comportamiento habitual del paciente y que, generalmente, ocasionan dificultades en el manejo del paciente, e implican comportamientos sociales reprochables.

Todo paciente que presente un cuadro de excitación psicomotriz, se debe tratar de sedar para controlar la excitación y poder manejar adecuadamente al paciente, prevenir las complicaciones y remitirlo para que reciba una atención especializada.

Conducta médica que se debe seguir:

1. Conocer los antecedentes (personales y familiares) del paciente, datos estos que se recogen mediante una entrevista al paciente o al acompañante o ambos. Valorar los síntomas que predominan, la presencia de alguna situación de estrés producida por el ambiente que le rodea, así como la presencia o no de signos de focalización de algún trastorno orgánico asociado.
2. Eliminar la excitación psicomotriz.
3. Si no cede la crisis de excitación, remisión al equipo de salud mental del área de salud o al servicio de urgencia psiquiátrica, o al PPU u hospital más cercano.

Tratamiento psicofarmacológico:

*Excitación psicomotriz en una esquizofrenia:*

- a) Haloperidol (5 mg): 1 ámp. por vía e.v.
- b) Clorpromacina (5mg): 1 ámp. por vía i.m.
- c) Combinación de ambos.
- d) Añadir benadrilina (20 mg): 1 ámp. o prometazina (25 mg): 1 ámp. por vía i.m.
- e) Se debe fijar el paciente a la cama, si es imprescindible.
- f) Si la excitación psicomotriz no cede a los 15 min, repetir la dosis.

*Excitación histérica:*

- a) Clorpromacina (5 mg): 1 ámp. por vía i.m.
- b) Puede combinarse con benadrilina (20 mg): 1 ámp. i.m. o prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.
- c) Repetir la dosis si durante 15 a 30 min no cedió la excitación psicomotriz.

### *Excitación epiléptica:*

- a) Administrar diazepam (10 mg): 1 ó 2 ámp. i.m.
- b) Fenobarbital (100 mg): 1 ámp. i.m.
- c) Haloperidol (5 mg): 1 ó 2 ámp. i.m.
- d) Pueden combinarse con benadrilina (20 mg): 1 ámp. o prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.
- e) No usar nunca clorpromacina.
- f) Si no cede la crisis, repetir dosis durante 15 a 30 min.

### *Excitación maníaca:*

- a) Administrar haloperidol (5 mg): 1 ó 2 ámp. i.m.
- b) Clorpromacina (25 mg): 1 ó 2 ámp. i.m.
- c) Combinación de ambas, o asociadas con benadrilina (20 mg): 1 ámp. más prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.
- d) Si no cede la crisis, repetir la dosis en 15 a 30 min.

*Reacción extrapiramidal* (intoxicación neuroléptica): efecto secundario asociado al uso de neurolépticos, que provoca manifestaciones clínicas muy molestas para el paciente. La variedad clínica más frecuente es el síndrome faciolingüocervical, que se caracteriza por presentar una desviación hacia arriba de los ojos, protusión de la lengua, dificultad para deglutir y torsión del cuello, en un paciente que refiere haber ingerido neurolépticos.

### Tratamiento psicofarmacológico:

- a) Cafeína (250 mg): 1 ó 2 ámp. i.m. o benadrilina (20 mg): 1 ámp. i.m. o la combinación de ambas.
- b) Diazepam (10 mg): 1 ámp. i.m.
- c) Se puede repetir la dosis cada 10 ó 15 min hasta que se logre la remisión del cuadro clínico.

*Intoxicación alcohólica:* cuadro clínico asociado a la ingestión de alcohol etílico, que se puede presentar con perturbaciones de orden psíquico, somático o ambos.

### Tratamiento psicofarmacológico:

1. Desintoxicación de la crisis aguda con:
  - a) Lavado gástrico, si es necesario.
  - b) Hidratación forzada con esquema de *Schneider*.
  - c) Cuidados generales de enfermería.
  - d) Vitaminoterapia.
2. Manejo psicofarmacológico (opciones terapéuticas):
  - a) Diazepam (10 mg): 1 ámp. i.m.
  - b) Clorpromacina (25 mg): 1 ámp. i.m.
  - c) Haloperidol (5 mg): 1 ámp. i.m.
  - d) Combinación entre ellos.
3. Debe tenerse en cuenta que la sedación potencia la intoxicación:

- a) Puede asociarse con benadrilina (20 mg): 1 ámp. o prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.

*Excitación por un trastorno orgánico sistémico:* es un trastorno orgánico cerebral no epiléptico (que incluye retardo mental y demencia).

*Retardo mental:* aquellos trastornos genéticos o adquiridos en que una lesión del SNC da lugar a un insuficiente desarrollo psíquico. La alteración del SNC tiene un carácter progresivo y estable y es irreversible.

*Demencia:* pérdida o disminución de las funciones psicológicas superiores, secundarias a una alteración del SNC, que puede ser progresiva o no y que produce alteraciones de la memoria, de la atención, del pensamiento, acompañadas de trastornos emocionales y de conducta que afectan la vida social del individuo.

### Tratamiento psicofarmacológico:

- a) Haloperidol (5 mg): 1 ámp. i.m. (nivel psicótico) o diazepam (10 mg): 1 ámp. i.m. (nivel neurótico) o combinación de ambas.
- b) Pueden utilizarse asociado con benadrilina (20 mg): 1 ámp. o prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.

Se indican los medicamentos en dependencia del funcionamiento de la sintomatología.

*Trastornos psiquiátricos secundarios a un trastorno orgánico sistémico:* trastornos mentales que se presentan antes, durante o después de un trastorno orgánico sistémico. Para su adecuado manejo se debe tener en cuenta el estado físico del paciente, así como la intensidad o daño que provoca el trastorno mental asociado.

Terapéutica (tratamiento específico del trastorno orgánico sistémico):

- a) Diazepam (10 mg): 1 ámp. i.m.
- b) Haloperidol (5 mg): 1 ámp. i.m. asociado con benadrilina (20 mg): 1 ámp.
- c) Prometazina (25 mg): 1 ámp. i.m.

*Conducta o intento suicida:* toda acción contra la integridad personal que un individuo se ocasione a sí mismo, con el fin de quitarse la vida, independientemente del método empleado, la gravedad de las circunstancias y la seriedad de la intención.

### Tratamiento psicofarmacológico:

1. Todo caso de intento suicida que llegue a un Servicio de Urgencia en Atención Primaria, debe

recibir el manejo clínico o quirúrgico que requiera, para eliminar todo riesgo para la vida del paciente, por ejemplo: lavado gástrico, hidratación, sutura y curación.

2. Si las lesiones autoprovocadas pueden ser tratadas en el propio servicio o en el PPU (si no se compromete la vida del paciente), aquí se concluye el tratamiento clínico o quirúrgico y se interconsulta en las primeras 24 horas con el equipo de servicios médicos o con el Servicio de Urgencia Psiquiátrica del PPU u hospital más cercano.
3. Si las lesiones comprometen la vida del paciente, este debe ser remitido al segundo nivel para una atención adecuada, después de brindarle los cuidados iniciales.
4. Todo paciente con una conducta suicida, debe ser reportado en la hoja de cargo y se le debe llenar la tarjeta de enfermedad de declaración obligatoria (EDO).

*Crisis de angustia:* toda crisis en la que un paciente presente una ansiedad marcada que le interfiere en su funcionamiento habitual o cotidiano. Esta puede estar acompañada de síntomas subjetivos de angustia y objetivos, constatados al examinar al paciente.

### Tratamiento psicofarmacológico:

1. Diazepam (10 mg): 1 ó 2 ámp. por vía i.m. o asociar benadrilina (20 mg): 1 ámp. o prometazina (25 mg): 1 ámp. por vía i.m.
2. Repetir la dosis a los 15 ó 30 min, si no cede la crisis.
3. Apoyo psicológico. Si el paciente no mejora después de 1 hora, debe ser remitido al Servicio de Psiquiatría de Urgencia del PPU u hospital más cercano.

*Embarazada con trastornos psiquiátricos asociados:* debe ser remitida al segundo nivel de atención para un manejo adecuado en el Centro Provincial de Atención Psiquiátrica a la embarazada.

*Adulto mayor con trastornos psiquiátricos asociados:* cuando el cuadro clínico que se presenta se corresponde con alguno de los cuadros descritos anteriormente, se debe aplicar el tratamiento indicado para cada caso. Debe tenerse en cuenta, además, la edad del paciente, su estado nutricional, las enfermedades asociadas y los antecedentes, en caso de aplicar las dosis.

## Guía metodológica para la atención psiquiátrica en los consultorios de urgencias y policlínicos

*Trastornos situacionales:* son aquellas alteraciones emocionales, en la conducta, en el rendimiento del paciente y en otros aspectos que están relacionados con algún problema, situación, conflicto o estrés que haya experimentado un individuo que hasta entonces era normal.

### Formas clínicas:

1. *Trastorno situacional depresivo breve:* predominan los síntomas depresivos, con una intensidad ligera que llega a ser moderada, con una duración de no más de 3 meses.
2. *Trastorno situacional ansioso:* en el cuadro clínico predominan la ansiedad objetiva y la subjetiva.
3. *Trastorno situacional mixto:* en el cuadro clínico existen síntomas ansiosos y depresivos.

*Tratamiento:* el estudio de la situación que ha afectado al individuo, lo ayuda a que la enfrente con un nuevo enfoque.

1. Tratamiento farmacológico de los síntomas:

### Ansiolíticos:

- a) Diazepam: 5 mg diarios.
- b) Clordiazepóxido (10 mg): 30 mg diarios.
- c) Trifluoperazina (1 mg): 3 mg/día.

### Antidepresivos:

- a) Imipramina (25 mg): 75 g/día.
- b) Amitriptilina (25 mg): 75 mg, durante 7 días.

**Nota 1:** en el paciente geriátrico debe emplearse la mitad de la dosis utilizada en el adulto normal.

**Nota 2:** el paciente debe ser orientado para su dispensarización y seguimiento. Si este no presenta una evolución favorable en 1 mes, debe ser remitido a la consulta de psiquiatría de su municipio o al servicio de psiquiatría más cercano al consultorio.

*Trastornos neuróticos:* son trastornos producidos por un aprendizaje anormal sobre cierta predisposición constitucional que determina, de forma inconsciente, la apreciación de las situaciones, las emociones y la conducta del enfermo. Estos trastornos producen ciertas alteraciones en la autoevaluación y en las relaciones con los demás individuos.

*Trastorno neurótico ansioso:* en este tipo de trastorno el núcleo central lo constituye la ansiedad, la cual no se relaciona con ninguna causa.

Tratamiento psicofarmacológico:

Ansiolíticos:

- a) Diazepam (5 mg): 15 mg/día.
- b) Clordiazepóxido (10 mg): 30 mg/día.
- c) Trifluoperazina (1 mg): 3 mg/día.

Si el paciente no presenta una evolución satisfactoria en 1 mes, debe ser remitido a la consulta de psiquiatría de su municipio o al servicio de psiquiatría más cercano a su consultorio.

Trastornos afectivos:

*Distimia:* cuadro clínico depresivo, de nivel neurótico, de intensidad leve o moderada, de larga evolución (más de 2 años), que se presenta en forma mantenida o con periodos breves de atenuación.

Tratamiento psicofarmacológico:

Antidepresivos:

- a) Imipramina (25 mg): 375 mg/día.
- b) Amitriptilina (25 mg): 75 mg/día.

Trastornos mentales orgánicos:

*Demencia:* periodo o disminución de las funciones psicológicas superiores secundarias o alteración del SNC. Puede ser progresiva o no y produce alteraciones de la memoria, de la atención, del pensamiento, y puede estar acompañada de trastornos emocionales y de conducta, que afecten la vida social del individuo.

Tratamiento farmacológico: utilizar dosis mínimas de medicamentos ( $1/2$  dosis en el adulto):

- a) Tioridazina (25 mg):  $1/2$  tableta, 3 veces al día.
- b) Neurolepticos: haloperidol (5 mg):  $1/2$  tableta, 3 veces al día.

*Retraso mental:* son aquellos trastornos genéticos o adquiridos en que una lesión del sistema nervioso central (SNC) da lugar a un insuficiente desarrollo psíquico. La alteración del SNC tiene un carácter progresivo o estable y es irreversible.

*Retraso mental ligero:* los pacientes alcanzan entre el 5<sup>to.</sup> y el 6<sup>to.</sup> grado de escolaridad con dificultades, con trastornos en la atención, en la memoria, y son generalmente impulsivos e intranquilos. Ante las frustraciones, estos pacientes responden con rebeldía o impulsivamente. Deben ser orientados para su dispensarización y seguimiento. Pueden ser útiles para trabajar en tareas simples y, con una orientación adecuada, pueden hasta llegar a construir familias. Suelen descompensarse cuando los requerimientos aumentan.

Tratamiento psicofarmacológico:

- a) Carbamazepina (200 mg): 2 tab/día.
- b) Diazepam (5 mg): 3 tab/día.
- c) Clordiazepóxido (10 mg): 3 tab/día.
- d) Tioridazina (25 mg): 3 tab/día.

### **Seguimiento de la conducta suicida, según lo estipulado en el Programa Nacional de Atención**

1. Dispensarizar a toda la población psiquiátrica del área de atención y reflejarlo en cada ficha familiar.
2. Dispensarización de todos los factores de riesgo.
3. Ancianos con apoyo familiar o social insuficiente.
4. Personas que no estudian ni trabajan.
5. Embarazadas solteras, embarazo precoz.
6. Familias disfuncionales o con algún grado de alteración de la dinámica familiar.
7. Drogadicción.
8. Prostitución.
9. Antecedentes patológicos familiares de intento suicida o suicidio consumado, antecedentes patológicos personales de intento suicida.
10. Bajo nivel económico per cápita.
11. Hacinamiento.
12. Otros.