

Banco de Información

GUIA DE PROCEDIMIENTO DE URGENCIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

I. PSIQUIATRÍA

Entendemos por Urgencias Psiquiátricas aquellos desórdenes mentales que constituyen un riesgo para la vida del paciente y para las demás personas.

En este capítulo expondremos las urgencias psiquiátricas más frecuentes que acuden al Servicio de Urgencias del hospital general, de acuerdo a la actual clasificación del DSM-III para los trastornos mentales.

A. TRASTORNOS INDUCIDOS POR EL USO DE SUSTANCIAS:

1. Intoxicación Por Alcohol:

Signos Más Frecuentes:

Deshinibición con conductas disrreactivas (agresión, labilidad emocional e irritabilidad). Alteraciones del juicio, memoria y atención; marcha inestable, ataxia, nistagmo, incoordinación psicomotriz y lenguaje farfullante. La concentración mortal varía según los individuos, oscilando entre 450 y 800 ml x 100 ml.

La muerte suele ocurrir por depresión respiratoria.

Tratamiento:

- **Tiamina:** 100 mg IM o IV, como profilaxis de la encefalopatía de Wernicke.
- **Dextrosa al 50%:** 50 ml IV (el alcohol puede producir hipoglucemia)
- En caso de agresividad. usar **Benzodiacepinas** a bajas dosis:
 - Diazepan: 5 a 10 mg VO, IM o IV, o
 - Clordiazepóxido: 20 a 30 mg cada 4 -6 horas, hasta sedar.

a. ABSTINENCIA POR ALCOHOL:

Este síndrome suele aparecer dentro de las 24 horas de abstinencia y estar constituido por temblor de lengua, vómitos, náuseas, hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia e hipertensión), insomnio, anorexia, ansiedad, inquietud, irritabilidad y alteraciones de memoria y concentración.

En ocasiones pueden darse convulsiones - tónico - clónicas generalizadas.

Tratamiento:

- **Clordiazepóxido:** 4 tabletas VO (1 cada 6 horas).
- **Vitaminoterapia:** B1; B6 y B12, VO (1 tableta 3 veces al día)
- **Carbamazepina** (Tegretol): comprimidos de 200 mg (1 tableta 3 veces al día).

No está indicado el uso a largo plazo de anticonvulsivos.

b. DELIRIUM POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL (Delirium Tremens):

El síndrome suele comenzar entre las 24 y las 48 horas a partir de la abstinencia. Se caracteriza por: a) psicomotoriz, desorientación, temporoespacial, trastornos importantes del juicio, memoria y concentración; b) alucinaciones visuales y táctiles vívidas, delirio de persecución u ocupacional, insomnio e hiperactividad vegetativa (diaforesis, taquicardia e hipertensión arterial)

Tratamiento:

- **Clordiazepóxido:** 50 mg cada 12- 8 horas IM (dosis máxima de 200 mg cada día)
- **Triapide** (ampollas de 100 mg): 2 ampollas cada 4- 6- 8- 12 horas IM (dosis máxima de 1,200 mg cada día)

El Delirium Tremens requiere la intervención del Médico Internista para evaluar la condición física del paciente ya que este cuadro conlleva a la muerte.

2. Intoxicación por Opiáceos:

El opiáceo generalmente implicado es la heroína. El cuadro suele producirse de manera accidental más que por suicida. El peligro de la sobredosis es la depresión del SNC, con depresión respiratoria, apnea y coma.

Manifestaciones Clínicas:

- Bajo nivel de consciencia. depresión respiratoria y miosis. Puede haber cianosis. No es frecuente la hipertensión arterial.
- Suele haber marcada vena - punción y cicatrices en las extremidades y otras zonas del cuerpo.

Tratamiento:

- **Naloxone** (antagonista opiáceo puro): dosis de 0.01 mg por kilo de peso IV (generalmente se aplican : ampollas de 0.8 mg). Puede administrarse otra dosis a los 5 minutos, si no hay respuesta.
- Tratamiento del edema pulmonar o neumonía por aspiración.

a. SÍNDROME DE ABSTINENCIA OPIÁCEA:

Se inicia entre las 6 y las 24 horas siguientes a la última dosis. Involucra ansiedad, insomnio, lagrimeo, sudoración, temblores, artro - mialgia, midriasis, taquicardia, hipertensión arterial, vómito y diarrea. Desaparece entre el 7mo y 10mo día.

Tratamiento:

- **Sinogán** (de 25 mg): 2 tabletas cada 6 horas.
- **Cloracepato** (Tranfilium 50): 1 tableta 3 veces al día.
- **Cloridina** (Catapresan): 2 tabletas 3 veces al día VO. por 7 días, y luego se va reduciendo.

No se suele aconsejar el tratamiento con Metodona por vía oral, debido a las características propias de

de paciente.

b. ALUCINACIONES Y TRASTORNOS DELIRANTES POR ALUCINÓGENOS:

El alucinógeno más usado es la Dietil Amina del Ácido Lisérgico (LSD). También las mescalinas y la Ps

Tratamiento :

- Dar seguridad, apoyo y proteger al paciente. Restricción, si es necesaria la medida.
- Biofármacos: neurolépticos como el Haldol (1 ampolla IM) o benzodiazepinas como el Diazepam Valium (10 m IM).

B. TRASTORNOS AFECTIVOS

1. Episodio Maníaco:

Se caracteriza por estado de ánimo exaltado, hiperactividad, fuga de ideas, verborrea, irritabilidad e idea megalomaniacas.

a. TRATAMIENTO:

- Hospitalización por alta potencia de conducta peligrosa.
- **Neurolépticos:** Haldol 3 ampollas /15 mg IM Stat cada hora, hasta sedar. No se debe pasar de 12 ampollas.
- **Sales de Litio:** se inician en Sala de Psiquiatría y previa evaluación de condición física del paciente.

2. Depresión Mayor:

a. SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS:

Anorexia, insomnio tardío, estado de ánimo triste, pérdida significativa de peso, dificultad para la concentración y ansiedad. El estado de ánimo suele mejorar en las tardes.

El suicidio es un importante aspecto de la depresión que el médico debe evaluar cuidadosamente.

b. TRATAMIENTO:

- Hospitalización por riesgo suicida agudo o porque la condición física del paciente ponga en riesgo su vida.
- **Tratamiento Farmacológico:**

En el Servicio de Urgencias la atención va dirigida a corregir cualquier trastorno físico que ponga en peligro la vida del paciente. Suele ser suficiente administrar un sedante (LargactilIM / 1 ampolla de 25 mg) con la finalidad de que el paciente duerma y lograr el control de la conducta suicida.

Su tratamiento específico será suministrado en el Servicio de Psiquiatría.

C. TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS:

Las esquizofrenias constituyen un grupo heterogéneo de psicosis con diferentes etiologías y evoluciones.

Los síntomas son muy variados y polimorfos. Existen ideas delirantes (delirios fantásticos, religiosos, nihilistas, celotípicos y de persecución), alucinaciones auditivas, pensamiento disociado, ilógico e incoherente; afectividad embotada o inadecuada y conducta desorganizada o catatónica. Involucran generalmente el deterioro del nivel de funcionamiento anterior (área laboral, social o personal). En ocasiones el paciente no tiene consciencia de su enfermedad psíquica.

Según el DSM -III, para clasificar un trastorno como la esquizofrenia su evaluación tiene que ser mayor de 6 meses y aparecer antes de los 45 años.

1. Tratamiento:

a. **HOSPITALIZACIÓN:** si el paciente presenta severidad del cuadro, si hay riesgo de autoagresión o a terceras personas, o si no hay fiabilidad en el cumplimiento del tratamiento.

b. MEDICAMENTOS:

- **Haldol** inyectable IM: 3 ampollas stat y 2 cada hora hasta sedar.
- **Largactil** IV: de 50 a 100 mg, lenta. Se puede, además, continuar la sedación con una venoclisis de DA al 5% de 1,000 cc, añadiendo de 250 a 450 de Largactil con un goteo a discreción para mantener la sedación.

D. TRASTORNOS POR ANSIEDAD (Crisis de Pánico)

Constituye una urgencia psiquiátrica cada vez más frecuente en los hospitales generales. El trastorno suele presentarse en la adolescencia o en adultos jóvenes y se da con más frecuencia en mujeres.

El cuadro clínico se caracteriza por, al menos, 4 de los siguientes síntomas: disnea, taquicardia, dolor pre - cor, sensación de mareo o inestabilidad, sentimiento de irrealidad, sudoración, parestecias, temblores, miedo a morir o perder el control. La agorafobia suele presentarse asociada a éstas crisis. Puede existir relación entre este trastorno pánico y un prolapso de la válvula mitral.

1. Tratamiento:

a. **FARMACOLÓGICO:** benzodiazepinas (Valium /10 mg IM).

b. **AMBULATORIO:** se suele usar Anafranil oral IM o IV, con dosis que oscilen alrededor de 100 - 150 mg al día.

En los trastornos de ansiedad o crisis de pánico hay que hacer diagnóstico diferencial entre angina de pecho, ACV, embolia pulmonar, epilepsia, hipoglicemia, hipoxia, taquiarritmia y tirotoxicosis.

E. TRASTORNOS PARANOIDES:

El cuadro clínico se caracteriza por ideación delirante, de contenido generalmente persecutorio o de daño, así como ideación referencial o celotípica.

El delirio puede estar parcial o totalmente sistematizado. El paciente no tiene consciencia de enfermedad mental y suelen existir alucinaciones auditivas, ni deterioro cognitivo de importancia. Muchos de ellos presentan además

reacción de pánico paranoide y suelen desarrollar conductas auto ó heteroagresivas.

1. Tratamiento:

a. Hospitalización.

b. El tratamiento farmacológico de elección son los neurolépticos:

- Haldol: 3 ampollas IM Stat y 2 ampollas cada hora hasta lograr sedación.
- Posteriormente se puede continuar con Anatensol (IM cada 15 o 30 días) o Piportil (100 mg cada mes). Se suelen añadir correctores tipo Akineton IM.

F. DESORDENES CONFUSIONALES:

Los trastornos mentales orgánicos pueden dar lugar a cuadros confusionales ("Deliriums") que nos obligan a una intervención urgente para el control de la conducta y el intento de un diagnóstico etiológico.

1. Sintomas:

Desorden de consciencia que puede ir desde un grado mínimo de obnubilación, hasta un estado severo de confusión asociado en ocasiones a una marcada excitación psicomotriz.

2. Tratamiento:

Dirigido al Tratamiento etiológico. Para el control de la agitación psicomotriz se utilizarán medidas y tratamientos farmacológicos.

a. FARMACOLÓGICO:

- **Haldol:** 3 ampollas IM Stat y 2 mg IM cada hora hasta sedar.
- **Largactil:** 1 ampolla IM cada 4 - 6 horas hasta sedar. En caso de hepatopatía usar Triapidol 100 mg IM cada 6 horas.
- **Benzodiazepinas** (Diazepan 10 - 30 mg cada 24 horas IM). En caso de deterioro anticólonigénico se usará Fisotigmina IV / 1 - 2 mg en 2 - 3 minutos, repitiendo en caso necesario.

Si el paciente acepta medicación oral se puede utilizar **Carboniazepina** (Tegretol en dosis de 400 a 1,200 mg VO).