

Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil

P.J. Rodríguez Hernández*, A. Leandro Sánchez Pavesi**, B. Lago García***

*Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife.

**Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

***Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Tenerife



Resumen

Se define una urgencia psiquiátrica infantil, como una condición mental que genera el suficiente nivel de estrés para que el paciente, su familia o el tutor sientan incapacidad para el manejo de la situación, incluso durante unas pocas horas. Las consultas relacionadas con urgencias psiquiátricas y de salud mental suponen el 3,5% de todas las consultas en las unidades de urgencias pediátricas. Las patologías que se presentan con mayor frecuencia en estas unidades, en los países occidentales, son: el abuso de sustancias y sobredosis, las conductas suicidas y los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos de comportamiento. Es destacable la importancia del suicidio, ya que supone la segunda causa de muerte en adolescentes, y la ideación y conducta suicida se han incrementado de manera alarmante en niños y en las etapas precoces de la adolescencia. Sin embargo, a pesar de su alta prevalencia y del conocimiento que existe sobre los factores de riesgo, la conducta suicida con frecuencia no se detecta por los padres, profesores o personal sanitario.

Abstract

Child psychiatric emergency is defined as a condition of sufficient psychiatric distress in a child where he, his family, or guardian feel incapable of handling for even a few hours. Psychiatric emergencies and mental health concerns account for 3.5% of all pediatric hospital emergency department visits. The most common mental health problems that present to the pediatric emergency department in Western countries are substance abuse, overdoses, suicide behaviors and mood disorders, anxiety disorders and behavioral disorders. Suicide is now the second leading cause of death in adolescents and suicidal ideation and behavior have significantly increased in children and adolescents. Despite its high prevalence and knowledge on risk factors, suicidal behavior in many children and adolescents is often undetected by parents, teachers and health care providers.

Palabras clave: Psiquiatría infantil; Pediatría; Salud mental.

Key words: Child psychiatry; Pediatrics; Mental health care.

Introducción

La frecuencia de consultas en urgencias de Pediatría debida a sintomatología psiquiátrica es elevada.

Se estima que suponen entre el 2 y el 5% de las consultas en unidades de urgencia pediátricas⁽¹⁾.

La mayoría de las consultas relacionadas con urgencias psiquiátricas infantiles son atendidas por pediatras, médicos de urgencias y psiquiatras de adultos, habitualmente con formación limitada en este campo. Por ello,

es muy importante que el pediatra de Atención Primaria tenga conocimiento de las patologías más prevalentes y del proceso diagnóstico y terapéutico de los principales problemas.

Los motivos de consulta son múltiples. Existe un grupo de trastornos psiquiátricos que pueden necesitar atención en urgencias, entre los que están: trastornos del comportamiento, trastornos de ansiedad, como la crisis de angustia, agitación psicomotriz, como síntoma de algún trastorno como por ejemplo la esquizofrenia, etc. Todas ellas como

exacerbación de un cuadro ya diagnosticado o como debut. Hay que conocer el manejo del intento de suicidio por las implicaciones que conlleva sobre la vida del paciente. El consumo de tóxicos, de manera aislada o en un cuadro de patología dual (consumo de tóxicos acompañando a un trastorno psiquiátrico), también es motivo frecuente de consulta. Por último, las dudas o los efectos secundarios de los psicofármacos⁽²⁾.

Algunos procedimientos conllevan la utilización de protocolos y técnicas que, en ocasiones, son poco conocidas

por el pediatra, como puede ser la contención mecánica o la comunicación a la autoridad judicial de un ingreso hospitalario no voluntario.

En la presente revisión, se exponen los motivos de urgencias psiquiátricas más frecuentes y se referencian los procedimientos para un adecuado abordaje terapéutico.

Evaluación de una urgencia psiquiátrica

Hay que conocer cómo realizar una breve historia clínica, la exploración psicopatológica básica y las pruebas complementarias necesarias para descartar etiología orgánica.

Historia clínica y exploración psicopatológica

Es recomendable seguir un esquema de actuación que debe incluir⁽³⁾:

- Motivo de consulta, antecedentes personales y familiares de enfermedades orgánicas y trastornos mentales.
- Existencia de agitación, auto o heteroagresividad.
- Consumo de tóxicos y tratamientos farmacológicos.
- Orientación temporal, personal y espacial.
- Juicio de realidad, presencia de delirios o alucinaciones.
- Afectividad e ideas suicidas.

Despistaje de etiología orgánica

Para descartar una etiología orgánica, además de la historia clínica y la exploración física y neurológica, se pueden realizar determinaciones y exámenes complementarios, tales como: hemograma e ionograma, determinación de tóxicos en orina, pruebas neurofisiológicas o pruebas de neuroimagen, según la sospecha diagnóstica.

Suicidio

El suicidio se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en adolescentes y adultos jóvenes en todo el mundo. En España, supone la segunda causa de muerte externa en menores de 18 años, después de los accidentes de tráfico. La elección del método suicida más frecuente es el ahorcamiento, seguido de la precipitación desde lugares elevados y la intoxicación medicamen-

Tabla I. Factores de riesgo suicida en población infanto-juvenil

<i>No modificables</i>	<i>Modificables</i>
- Intento autolítico previo	- Acceso a métodos de alta letalidad
- Diagnóstico psiquiátrico	- Dificultades con el grupo de iguales
- Varón	- Disfunción familiar
- Mayor de 15 años	- Acoso escolar
- Historia de trauma físico y/o sexual	- Consumo de tóxicos
- Acontecimientos vitales estresantes	- Rasgos de personalidad disfuncionales
- Historia familiar de suicidio	- Bajo nivel socioeconómico y cultural
- Alta reciente de hospitalización en psiquiatría	- Baja adherencia terapéutica
- Orientación sexual no heterosexual	- Pobre salud física con afectación funcional

tosa⁽⁴⁾. Las tentativas son más frecuentes en mujeres, mientras que los suicidios son mayores en los hombres.

En la Tabla I, se pueden observar diversos factores de riesgo suicida en la población infanto-juvenil⁽⁵⁾.

El abordaje de la conducta suicida en urgencias es una labor compleja, siendo la escucha activa y la empatía las dos herramientas fundamentales para su manejo.

Tras la valoración de las lesiones orgánicas y proceder a su tratamiento, se ha de realizar un primer enfoque de la conducta suicida. Es fundamental explorar las siguientes características:

- La intencionalidad.
- El riesgo de muerte.
- La persistencia de ideas suicidas.
- La probabilidad de volver a reincidir.

Es recomendable que la información se recoja de diversas fuentes, aunque en términos generales, los menores suelen ser mejores informantes que sus padres. En la tabla II, se recogen los elementos principales que se han de abordar durante la entrevista clínica⁽⁶⁾.

Durante los primeros minutos de la entrevista, es recomendable otorgar al paciente un espacio para que dé una visión general de su sufrimiento y de la

situación actual; escuchando, sin interrumpir, para intentar detectar sus principales quejas y su conceptualización del problema (situacional, interpersonal e intrapsíquico).

En cuanto a la aproximación al paciente, inicialmente se abordan los temas más generales, para ir ahondando en los detalles, según avance la entrevista. En la tabla III, se muestran tanto las actuaciones a realizar, como a evitar durante una entrevista de estas características.

No existen algoritmos que puedan guiar la actitud terapéutica. Es cierto que disponemos de una serie de escalas de valoración suicida, pero carecen de la suficiente potencia estadística para ser diagnósticas por sí mismas, lo cual no quita que puedan ser utilizadas en el ámbito clínico como herramienta complementaria, como la Escala de Desesperanza de Beck⁽⁷⁾ o la Escala de Ideación Suicida de Beck⁽⁸⁾.

En caso de proceder a un alta clínica, las guías de práctica clínica recomiendan que se ha de garantizar: apoyo familiar estrecho, revisión en consultas externas de psiquiatría infanto-juvenil en 7-10 días tras el alta y supervisión en la toma de tratamiento farmacológico en caso de que se indique⁽⁹⁾.

Tabla II. Decálogo de objetivos en la entrevista de paciente con conducta suicida

1. Establecer una comunicación efectiva
2. Evaluar la ideación, planes o intentos de suicidio previos
3. Identificar factores precipitantes, de riesgo y de protección
4. Determinar acontecimientos vitales que precipitaron el comportamiento
5. Establecer el grado de intencionalidad
6. Valorar los recursos internos y externos
7. Elaborar una lista de problemas
8. Realizar una orientación diagnóstica
9. Evaluar el grado de aceptación o reconocimiento de la necesidad de ayuda
10. Establecer un plan de ayuda y control acordado con el paciente

Tabla III. Pautas de actuación en una entrevista clínica, tras una tentativa autolítica

Qué hacer	Qué no hacer
- Actitud respetuosa, sin olvidar el saludo o las presentaciones. Preguntar al paciente cómo prefiere que nos dirijamos a él/ella	- Pensar que todos los que se suicidan tienen un deseo formal de morir, y que si una persona toma la decisión de matarse nada podrá impedirlo
- Dirigirse en tono de voz calmado y tranquilizador	- Asociar el suicidio a la locura
- Explicar nuestro papel y el objetivo de nuestra intervención	- Preguntar por la ideación suicida de forma demasiado invasiva
- Utilizar el tiempo necesario para escuchar la historia del paciente	- Evitar preguntar por miedo a dar la idea o la responsabilidad legal
- Evitar dejar solo al paciente, facilitando un ambiente lo más agradable y confortable posible	- No contar con el entorno como fuente de información útil y necesaria
- Adoptar actitud acrítica, empática y de escucha, evitando ser moralizador, invasivo y agresivo	- Discutir, tratar de disuadir o intentar convencer al paciente del "error" que está cometiendo
- No juzgar, ni minimizar el estrés desencadenante	- Creer que la presencia de un estresor o precipitante de la depresión conlleva un bajo riesgo
- Facilitar la expresión de sentimientos abiertamente, sin hacer sentir culpable o criticado	- Creer que el que expresa ideas suicidas no las va a llevar a cabo
- Mostrarse claro y eventualmente firme, además de receptivo, ante las necesidades del paciente	- Creer que la mejoría después de una crisis suicida significa que ya no hay riesgo
- Evitar las soluciones rápidas y "milagrosas", que puedan hacer que el paciente se sienta incomprendido o no respetado	- Banalizar el riesgo suicida en pacientes manipuladores, con tentativas previas o con gestos más comunicativos y menos letales

Autolesiones no suicidas

En los últimos años, han aumentado las conductas autolesivas en jóvenes, principalmente mujeres que, no siendo de alta letalidad, generan un malestar en la persona y en su entorno más próximo.

Las últimas revisiones refieren que entre el 15-20% de la población adolescente admite haber realizado este tipo de gestos en alguna ocasión a lo largo de su vida. Aunque todavía no queda clara la motivación de las mismas, se comienzan a entrever motivos diversos, como el reforzamiento negativo automático (que es el proceso por el cual el paciente se autolesiona con el fin de "parar malos sentimientos" que, a pesar de sus consecuencias negativas a largo plazo, son conductas que ponen fin a estados emocionales no deseados) o el reforzamiento positivo social ("comunicar algo a alguien o recibir su atención")⁽¹⁰⁾. Así mismo, se entiende esta conducta como una "puerta de entrada" a las lesiones con finalidad suicida y el suicidio.

En estos casos, debe hacerse un especial hincapié en las relaciones familiares y afectivas, puesto que suelen ser detonante de dichas conductas. En el ámbito de la urgencia, puede resultar complicado dilucidar de forma fehaciente la motivación concreta de dicha autolesión, por lo que, al alta, también es recomendable que sea valorada por un especialista en psiquiatría infanto-juvenil en menos de dos semanas.

Efectos secundarios de los psicofármacos

En las consultas de Pediatría, la causa de consulta más frecuente por efectos secundarios de los psicofármacos son los trastornos motores inducidos por neurolepticos.

La mayoría de los psicofármacos no afectan a un sistema único de neurotransmisores. Por ello, los efectos secundarios no se circunscriben exclusivamente al sistema nervioso central,

sino que pueden aparecer en otros órganos o sistemas⁽¹¹⁾. Los más frecuentes se indican a continuación.

Trastornos motores inducidos por neurolepticos⁽¹²⁾

- Parkinsonismo, síntomas extrapiramidales. Se caracteriza por temblor, acentuado en reposo, rigidez y bradiquinesia. No existe acuerdo en relación con el beneficio de la profilaxis. Una vez que aparecen los síntomas extrapiramidales, se deben seguir las siguientes recomendaciones:

1. Reducir la dosis del neuroleptico.
2. Dar medicación anti-sistema extrapiramidal.
3. Cambiar el neuroleptico.

Los antiparkinsonianos son los principales medicamentos anti-sistema extrapiramidal. El más utilizado es el biperideno (2 mg vía oral cada ocho horas hasta que ceda la sintomatología). En etapas agudas, es necesario aplicar una ampolla de 5 mg vía intramuscular.

- Distonía aguda. Contracción muscular. En el 90% de los casos, ocurre en los primeros cuatro a cinco días después de comenzar el tratamiento. Puede afectar al: cuello, la mandíbula, la lengua y el cuerpo al completo. Las crisis oculogiras son raras y se presentan posteriormente, al igual que la disfagia y la disartria. El tratamiento inicial debe ser con antiparkinsonianos como el biperideno y, en segunda línea, con antihistamínicos como la difenhidramina.

- Acatisia aguda. Consiste en una sensación subjetiva y objetiva de inquietud motora, que conduce a que el paciente esté agitado. Aparece en cualquier momento durante el tratamiento. Se debe reducir la dosis del antipsicótico y suministrar bloqueadores beta adrenérgicos (p. ej., propanolol). Si no responde, se suspende el beta adrenérgico y se instaura un antiparkinsoniano (como el biperideno). Si tampoco responde, se debe administrar una benzodiacepina. Como última opción, se puede cambiar el neuroleptico por otro.

- Disquinesia tardía. Consiste en movimientos involuntarios de la boca y coreoatetoides de la cabeza,

extremidades y el tronco. Desaparecen durante el sueño y aumentan con el estrés. Aparecen después de mucho tiempo de tratamiento. Se debe evaluar la disminución de dosis o cambiar por otro antipsicótico. En los casos graves, no existe un tratamiento de elección.

Síndrome neuroléptico maligno

Puede aparecer en tratamientos con neurolépticos o fármacos antidepresivos. Es una gravísima complicación que puede causar la muerte y, en algunos casos, requiere de la unidad de cuidados intensivos. Puede presentarse en cualquier momento durante el curso de tratamiento con antipsicóticos. Presenta síntomas motores como: rigidez muscular, distonía, mutismo, embotamiento y agitación. Dentro de los síntomas autonómicos, tendríamos: hiperpirexia (hasta 41°C), sudoración, aumento del pulso y de la tensión arterial. Los principales hallazgos de laboratorio serían: aumento de leucocitos, de enzimas hepáticas o mioglobulinuria. También puede haber insuficiencia renal. La suspensión inmediata del antipsicótico, bajar la temperatura y controlar los signos vitales, los líquidos y los electrolitos, es el primer paso a seguir. Las medicaciones antiparkinsonianas pueden ayudar. La monitorización estrecha y el tratamiento se deben mantener durante cinco o diez días.

Efectos anticolinérgicos

Aparecen en tratamientos con fármacos anticolinérgicos, como los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos o los neurolépticos. Para su control, a veces, es suficiente con disminuir la dosis del fármaco.

Los síntomas más frecuentes son: boca seca, visión borrosa (puede mejorar con solución al 1% de pilocarpina en gotas), retención urinaria, estreñimiento (se trata con dietas, laxantes naturales o purgantes) e hipotensión ortostática (hay que prevenir al paciente para evitar caídas y fracturas)⁽¹³⁾.

Otros efectos secundarios que ocasionan consultas en urgencias

- Benzodiazepinas. Pueden producir somnolencia, pero el efecto paradójico acompañado de agitación y agresividad es el más llamativo y

se produce con más frecuencia en niños.

- Antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC). Además de los efectos anticolinérgicos descritos, pueden dar alteraciones cardíacas (vigilar complejo QRS y segmento QT) que pueden requerir hospitalización en unidad de cuidados intensivos en caso de alteración grave.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Síndrome serotoninérgico, se presenta con: confusión, pirexia y escalofríos, sudoración, hiperreflexia, ataxia, acatisia, temblores, diarrea y mala coordinación. El tratamiento será con ciproheptadina.
- Litio. Puede ocasionar multitud de síntomas, especialmente en los niños, por lo que su uso es prácticamente anecdótico en edades pediátricas. Son frecuentes: molestias gástricas, discreto deterioro cognitivo, poliuria, nefritis intersticial e hipotiroidismo. La intoxicación aguda puede complicarse con fallo renal. El tratamiento es sintomático.
- Anticonvulsivantes. Discrasias sanguíneas, alteraciones hepáticas, trastornos gastrointestinales, somnolencia y confusión.

Tóxicos

El consumo de drogas se considera un problema de salud pública debido a la dimensionalidad del efecto.

Aunque la tendencia al abuso de sustancias en la adolescencia presenta una breve caída, la prevalencia del consumo de drogas es muy alta. Distintos estudios indican que entre el 50 y el 75% de los adolescentes ha consumido alguna sustancia ilegal, y alrededor del 30% ha probado más de una⁽¹⁴⁾.

Las consultas urgentes al pediatra se pueden producir por una situación de dependencia que induce cambios en el comportamiento junto con el impulso de consumo. Esta necesidad hace que, en ocasiones, se solicite tratamiento farmacológico que alivie la sintomatología. En estos casos, hay que derivar a una unidad especializada y coordinar el tratamiento crónico con ella⁽¹⁵⁾.

La intervención urgente es necesaria cuando se trata de una intoxicación. En

primer lugar, hay que realizar una adecuada historia para identificar el tipo de droga que se ha consumido. En general, los síntomas comunes en las intoxicaciones son: ansiedad, irritabilidad, agitación, sintomatología vegetativa y puede llegar a la presencia de alucinaciones, delirio, agitación psicomotriz, etc.

El tratamiento será sintomático: ante sintomatología moderada; benzodiazepinas (diazepam o lorazepam). Si existe agitación psicomotriz o delirio, se pueden usar neurolépticos atípicos (según pauta comentada en el apartado siguiente).

Trastornos psiquiátricos

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son: los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento.

Trastornos de ansiedad

Se considera que existe un trastorno, cuando existe miedo a una amenaza real o imaginaria y ansiedad excesiva a un acontecimiento futuro, que puede estar asociado a manifestaciones conductuales. Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y pueden persistir si no se tratan⁽¹⁶⁾. Las consultas urgentes se producen con más frecuencia debido a los siguientes cuadros:

- Trastorno de ansiedad de separación: ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quien el sujeto está vinculado.
- Trastorno de ansiedad social: intenso miedo o ansiedad a situaciones en las que el individuo puede ser analizado por los demás (p. ej., leer en voz alta en clase delante de los compañeros).
- Trastorno de pánico: es el motivo más frecuente de consulta urgente al pediatra por sintomatología ansiosa. En el trastorno de pánico, se producen ataques de pánico inesperados y recurrentes, definidos por la presencia de elevada ansiedad que se produce de forma súbita (sin desencadenantes previos) y se acompaña de malestar intenso y síntomas físicos (taquicardia, sudoración, temblor...). Es necesario descartar causa orgánica: hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, feocromocitoma, altera-

ciones cardíacas (p. ej.: taquicardia supraventricular o arritmias) y efectos de medicamentos (como los psicoestimulantes) o tóxicos.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se realiza mediante estrategias de psicoterapia cognitivo-conductual y, si es necesario, con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), por lo que es necesario enfocar la intervención a medio y largo plazo, una vez detectado en la consulta urgente. Las benzodiacepinas son útiles para el abordaje a corto plazo, aunque su utilización debe ser puntual y convenientemente monitorizada. La benzodiacepina más utilizada es el clorazepato de dipotasio (en la presentación de 2,5 mg en sobres); entre 2 y 5 años, 2 sobres al día. Entre 5 y 10 años de 2 a 4 sobres al día y entre 10 y 15 años, de 4 a 6 sobres al día.

Trastornos del comportamiento

Los trastornos del comportamiento son: el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno disocial. Constituyen una de las causas más frecuentes de consulta en Pediatría.

Los síntomas principales abarcan un espectro de conductas relacionadas con: desafío a personas de autoridad, oposicionismo a normas, irritabilidad, enfados frecuentes que pueden llegar a producir agresiones a personas, destrucción de objetos y propiedades, robos o incumplimientos graves de normas sociales⁽¹⁷⁾.

Es necesario considerar la temporalidad y estabilidad de los síntomas para establecer el diagnóstico, ya que no es infrecuente situaciones de expresión de dichas conductas en momentos puntuales, generalmente como reacción a un proceso de adaptación.

Además de la sintomatología nuclear que presentan los pacientes con este diagnóstico, es importante evaluar el grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: escolar, familiar, social o personal.

Un diagnóstico precoz e intervención adecuada disminuye el riesgo de comorbilidad y cronificación del cuadro clínico.

Cuando no se detecta a tiempo, los trastornos del comportamiento producen un incremento en el consumo de

recursos sanitarios y de servicios sociales, jurídicos o educativos.

En una consulta urgente, se debe priorizar el adecuado diagnóstico y derivación a los servicios de salud mental correspondiente, ya que el tratamiento no es puntual y la intervención se debe realizar de manera multidisciplinar. La utilización de psicofármacos se debe reservar para situaciones extremas, según el protocolo mencionado en el apartado de agitación psicomotriz.

Trastornos psicóticos

La sintomatología psicótica se caracteriza por la presencia de pensamiento desorganizado, delirios y/o alucinaciones. Se puede acompañar de agitación psicomotriz. En la infancia, suele comenzar de manera gradual, aunque también se puede presentar de forma brusca. La presentación súbita y consulta urgente puede ser la expresión de un trastorno psicótico (p. ej.: una esquizofrenia) o una enfermedad no psiquiátrica. Es necesario descartar las siguientes condiciones: infecciones (encefalitis y meningitis), encefalopatías autoinmunes como la encefalomiélitis aguda diseminada o el síndrome de Reye), tóxicos y fármacos como tratamientos inmunosupresores o ingesta de drogas, alteraciones metabólicas (p. ej.: hipoglucemia o hiponatremia) y epilepsia⁽¹⁸⁾.

Las características clínicas principales que hacen sospechar etiología orgánica son: ausencia de sintomatología psiquiátrica prodrómica, rapidez de la aparición de los síntomas, ausencia de antecedentes familiares de enfermedad mental y existencia de sintomatología psiquiátrica atípica (p. ej.: que las alucinaciones no sean auditivas).

Después de descartar etiología orgánica, se debe derivar al paciente a una unidad de salud mental para el adecuado seguimiento.

Agitación psicomotriz

No constituye un trastorno sino una condición, definida por: presencia de hiperactividad motora en grado variable, excitación mental marcada y movimientos descoordinados y sin finalidad aparente. Se puede acompañar de auto o hetero agresividad⁽¹⁹⁾.

Las causas que producen un episodio de agitación psicomotriz son múltiples. Puede deberse a: debut o rea-

gudización de un trastorno psicótico, episodio maníaco o a causas orgánicas neurológicas, metabólicas, síndrome de abstinencia o intoxicación por tóxicos.

El manejo de la agitación debe incluir una adecuada contención verbal. Hablar despacio y con un tono suave en un entorno tranquilo, ayuda a disminuir la activación fisiológica del paciente. Si no se consigue mejorar los síntomas, es posible aplicar medidas terapéuticas más incisivas, como la sujeción mecánica o la utilización de psicofármacos. Para realizar la sujeción mecánica, se necesitan protocolos de actuación determinados por la disponibilidad de material de sujeción en cada consulta o unidad. Aunque lo ideal es la remisión a una unidad preparada para afrontar estas crisis, en ocasiones, tenemos que actuar debido al riesgo que corre la integridad física del sujeto o de quienes lo rodean, en espera de dicha derivación. En cuanto al empleo de psicofármacos, los más empleados son los neurolepticos atípicos a bajas dosis. Los principales son:

- Risperidona: entre 0,5 y 1 mg en dosis única en niños y 2 mg en adolescentes, vía oral.
- Olanzapina: 2,5 mg en dosis única en niños y 5 mg en adolescentes, vía oral.
- Haloperidol: 2,5 mg en dosis única en niños y 5 mg en adolescentes, vía intramuscular.

Aspectos legales

En una urgencia psiquiátrica, se pueden necesitar procedimientos de actuación que atentan contra la libertad del niño. Se deben conocer, así como la legalidad asociada a su utilización.

Las medidas de restricción como: contención física, vigilancia por vídeo u hospitalización no voluntaria, se deben utilizar como último recurso y en situaciones en que no existe otra posibilidad terapéutica. Además, las situaciones en las que se puede plantear su uso deben suponer la existencia de un beneficio objetivo: riesgo claro para su integridad física o la de los que lo rodean, debido a auto o hetero agresividad, o a episodio de agitación psicomotriz.

Con respecto a la información que se puede solicitar a un pediatra sobre

el suicidio, los medios de comunicación han tenido, tradicionalmente, dificultades para cubrir un suicidio. Sin embargo, en los últimos años, y con el auge de las noticias sensacionalistas, esta situación ha venido cambiando. Este cambio ha sido registrado, y se ha observado que determinadas formas de cobertura periodística, están asociadas a un aumento de las tasas de suicidio de forma significativa. La población juvenil es más sensible a este efecto, por lo que es necesario tratar este tema de forma correcta, puesto que puede ayudar a prevenir el comportamiento imitador⁽²⁰⁾.

Función del pediatra de Atención Primaria

Las funciones más destacables del pediatra de Atención Primaria en las urgencias psiquiátricas infantiles son:

- Conocer los motivos de consulta más frecuentes, así como la clínica indicativa de cada presentación.
- Realizar una aproximación a la gravedad de la consulta, realizada a través de la exploración psicopatológica básica.
- Planificar las estrategias de actuación, tomar decisiones y establecer un plan terapéutico específico teniendo en cuenta la gravedad de la situación.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Grupp-Phelan J, Harman JS, Kelleher K. Trends in mental health chronic condition visits by children presenting for care at U.S. Emergency departments. *Pub Health Rep.* 2007; 122: 55-61.
- 2.** Porter M, Gracia R, Oliva JC, García-Parés G, Cobo J. Mental Health emergencies in paediatric services: characteristics, diagnostic stability and gender differences. *Act Esp Psiquiatr.* 2016; 44: 203-11.
3. Lofchy J, Boyles P, Delwo J. Emergency psychiatry: clinical and training approaches. *Can J Psychiatr.* 2015; 60: 1-7.
4. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2016. (Consultado: 30 de noviembre de 2018). Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=05002.px>
5. Mamajón Mateos M. Prevención e intervención en la conducta suicida en la infancia y la adolescencia. En: Anseán Ramos A, editor. *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida.* Madrid: Fundación Salud Mental España; 2015. p. 521-46.
- 6.** Sánchez Robles C. Prevención e intervención en la conducta suicida en los servicios de urgencias hospitalarias. En: Anseán Ramos A, editor. *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida.* Madrid: Fundación Salud Mental España; 2015. p. 435-56.
7. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol.* 1974; 42: 861-5.
8. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979; 47: 343-52.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- 10.*** Díaz de Neira M, García-Nieto R, de León-Martínez V, Pérez-Fominaya M, Baca-García E, Carballo JJ. Prevalencia y funciones de los pensamientos y conductas autoagresivas en una muestra de adolescentes evaluados en consultas externas de salud mental. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2015; 8: 137-45.
11. Sánchez P, Hervás P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed). *Curso de Actualización Pediatría 2018.* Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p.135-43.
12. Alonso S. Manejo de psicofármacos. *Adolescere.* 2014; 2: 103-12.
13. Campos A, Ávila G, Trillos E. Psicofarmacología en niños, niñas y adolescentes: una aproximación terapéutica. *MEDUNAB.* 2002; 5: 195-202.
14. Vázquez ME, Muñoz MF, Fierro A, Alfaro M, Rodríguez ML, Rodríguez L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Pediatr Aten Primaria.* 2014; 16: 125-34.
- 15.** Payá B, Gastaminza X, San Sebastián J. Trastorno por abuso de sustancias en la adolescencia. En: Soutullo C, Mardomingo MJ. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 229-34.
- 16.** Rodríguez Hernández PJ, Hernández González ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatría Integral.* 2017; 21: 334-42.
17. Rodríguez Hernández PJ, Álvarez Polo M, Hernández Sicilia M. La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. *An Pediatr Contin.* 2014; 12: 95-101.
- 18.*** Israni AV, Kumar S, Hussain N. Fifteen-minute consultation: an approach to a child presenting to the emergency department with acute psychotic symptoms. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2018; 103: 184-8.
- 19.*** Alda JA, Gabalsón S. Urgencias Psiquiátricas. En: Soutullo C, Mardomingo MJ. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 382-94.
20. Acosta FJ, Rodríguez CJ, Cejas MR. Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Rev Esp Salud Pública.* 2017; 91: 23 de octubre e201710040.

Bibliografía recomendada

- Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JV, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fórum Català d'Atenció Primària. 2018. Acceso gratuito en: <https://focap.files.wordpress.com/2018/06/consideraciones-para-el-abordaje-suicidio.pdf>
- Documento de consulta imprescindible en el abordaje integral de los aspectos más importantes del suicidio. De obligada consulta cuando enfocamos aspectos, tales como la comunicación con la familia o con la prensa.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitaria de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2007/09.
- Gratuito en internet. Incluye un amplio apartado sobre el suicidio, con recomendaciones prácticas y niveles de evidencia científica de las recomendaciones realizadas.
- Mosquera-Gallego L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes.* 2016; 3: 9-18.
- Lectura especialmente recomendada en aquellos que quieran tener una visión más completa de la conducta suicida infanto-juvenil. Contiene definiciones precisas y tablas muy completas.
- Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro M-R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS ONE.* 2016; 11: e0153760. doi: 10.1371/journal.pone.0153760.
- Revisión actualizada sobre las distintas motivaciones que tienen los adolescentes para autolesionarse y su relación con el suicidio.

Caso clínico

Luisa es una niña de 13 años que acude a la consulta de su pediatra de Atención Primaria, acompañada por la madre y sin cita previa. El motivo de consulta es que la madre ha visto en los brazos de la niña múltiples arañazos realizados por su hija de manera voluntaria.

En la exploración física, se detectan erosiones en la cara ventral de ambos antebrazos, de varios centímetros de longitud, con dirección perpendicular a la extremidad, en distintas fases de cicatrización, en número de 30 a 40 en cada antebrazo. Ninguna de las lesiones requiere tratamiento.

Entre los antecedentes personales, destaca que la niña siempre se ha mostrado retraída y tímida en la consulta. Además, en alguna ocasión, los padres han comentado al pediatra que se suele poner nerviosa ante distintas situaciones como: exámenes, invitaciones a cumpleaños, etc. y que en esos momentos ha presentado disminución de apetito o abdominalgias, sin abandono o evitación de la actividad. El rendimiento escolar ha sido adecuado y no hay historia pasada o actual de estresores destacables. En los antecedentes familiares, existe historia familiar de trastornos del ánimo en la rama materna. Una tía materna está diagnosticada y en tratamiento por una depresión mayor y una prima materna ha acudido en 2 ocasiones a un servicio de urgencias por ingesta de medicamentos con finalidad autolítica.

El pediatra realiza una primera aproximación que incluye preguntas sobre: presencia de agitación, auto o heteroagresividad (no existe), fármacos o tóxicos (no existen tratamientos

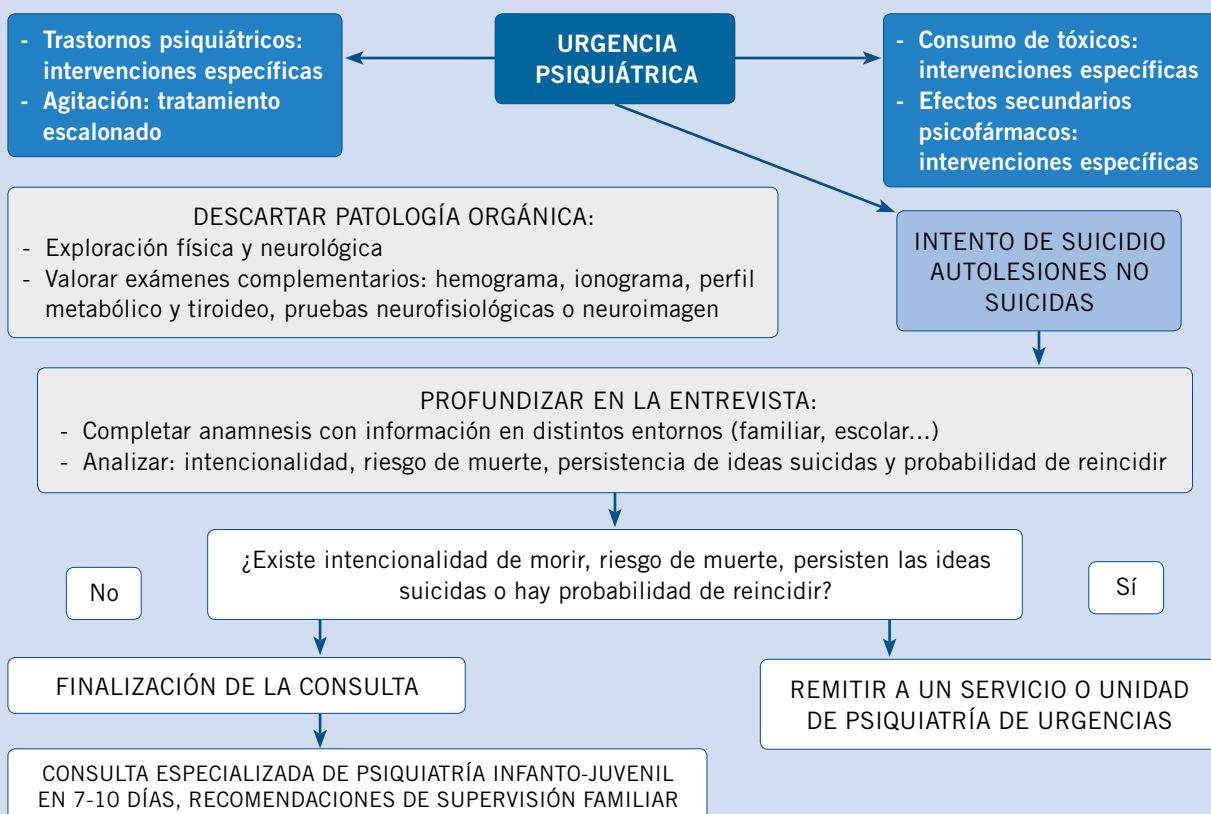
farmacológicos o sospecha de consumo de tóxicos), orientación, delirios o alucinaciones (no existen) y afectividad y ánimo (sin datos de interés). La entrevista la realiza a la madre y a la niña por separado.

En la entrevista a la niña, indaga sobre la intencionalidad de los cortes, el riesgo de muerte, la existencia o persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de reincidir. La niña asegura que no quiere morir y que no ha pensado en ello, que la intención de los cortes es disminuir la ansiedad, ya que se pone muy nerviosa cuando está en periodos de exámenes y que dos amigas de la clase cuando están muy nerviosas y se cortan, les disminuye el estado de nerviosismo. Que a ella le pasa lo mismo y que los cortes se los realizó todos los días de la semana anterior. No sabe si podrá controlar el realizarse nuevos cortes en nuevas situaciones de estrés.

Además, el pediatra pregunta a la madre y a la niña (por separado): cambios en el hábito de sueño, en el patrón de alimentación, en el comportamiento y en el rendimiento escolar. Estas preguntas son importantes; ya que, aunque no se refieren alteraciones en la esfera anímica-afectiva (no existe tristeza, ganas de llorar, pérdida de energía en la realización de actividades o irritabilidad), en ocasiones, las alteraciones anímicas (p. ej.: una depresión) pueden comenzar con esos síntomas indirectos.

Ante esta sintomatología, se informa a la madre de la necesidad de vigilancia y acompañamiento, y se solicita una cita preferente en salud mental en 7-10 días.

Algoritmo. Orientación general en las urgencias en Psiquiatría infanto-juvenil





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil

25. Sobre la asistencia a una urgencia psiquiátrica en una consulta de Pediatría, señale la respuesta INCORRECTA:

- Las patologías que se presentan con mayor frecuencia en estas unidades son: abuso de sustancias y sobredosis, conductas suicidas y trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de comportamiento.
- Se estima que suponen entre el 2 y el 5% de las consultas en unidades de urgencia pediátricas.
- Algunos procedimientos conllevan la utilización de protocolos y técnicas que, en ocasiones, son poco conocidas por el pediatra, como puede ser la contención mecánica.
- En general, solo se considera una urgencia psiquiátrica aquella sintomatología relacionada con la ideación suicida.
- Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento.

26. Cuando realizamos una entrevista a un adolescente, después de una tentativa autolítica, debemos tener en cuenta las siguientes consideraciones excepto (señalar la respuesta INCORRECTA):

- Actitud respetuosa, sin olvidar el saludo o las presentaciones. Preguntar al paciente cómo

prefiere que nos dirijamos a él/ella.

- Dirigirse en tono de voz calmado y tranquilizador.
- Explicar nuestro papel y el objetivo de nuestra intervención.
- Utilizar el tiempo necesario para escuchar la historia del paciente.
- Discutir, tratar de disuadir o intentar convencer al paciente del "error" que está cometiendo.

27. En relación a la distonía aguda producida por neurolépticos, señale la respuesta CORRECTA:

- Se trata de una gravísima complicación que puede causar la muerte y, en algunos casos, requiere de la unidad de cuidados intensivos.
- Es una contracción muscular. En el 90% de los casos, ocurre en los primeros cuatro a cinco días después de comenzar el tratamiento.
- Consiste en una sensación subjetiva y objetiva de inquietud motora, que conduce a que el paciente esté agitado.
- Consiste en movimientos involuntarios de la boca y coreoateoideos de la cabeza, extremidades y el tronco.
- El tratamiento de elección es aumentar la dosis de neuroléptico.

28. Señale la respuesta CORRECTA sobre las consultas urgentes, debido a ansiedad en la infancia:

- En el trastorno de ansiedad de separación, aparece intenso miedo o ansiedad a situaciones en las que el individuo puede ser analizado por los demás.
- En el trastorno de ansiedad social, existe ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quien el sujeto está vinculado.
- El trastorno de pánico es el motivo menos frecuente de consulta urgente al pediatra.
- En el trastorno de pánico, se producen ataques de pánico inesperados y recurrentes.
- El tratamiento farmacológico de elección son los neurolépticos atípicos.

29. De las siguientes funciones propias del pediatra de Atención Primaria ante una urgencia psiquiátrica, señale la INCORRECTA:

- Realizar una aproximación a la gravedad de la consulta a través de la exploración psicopatológica básica.
- Conocer los motivos de consulta más frecuentes.
- Derivar inmediatamente a una Unidad de Salud Mental sin explorar al paciente para no perder el tiempo.
- Planificar las estrategias de actuación, tomar decisiones y establecer un plan terapéutico específico, teniendo en cuenta la gravedad de la situación.
- Estar al tanto de la clínica indicativa de la presentación urgente de los trastornos mentales infantiles.

Caso clínico

30. En relación a los síntomas presentes en el caso clínico descrito, señale la respuesta **CORRECTA**:

- Se trata de una depresión encubierta, ya que existe autoagresividad.
- La mejor aproximación a la descripción de los síntomas es: autolesiones no suicidas.
- El diagnóstico debe ser: intento de suicidio.
- Los síntomas descritos no permiten realizar ninguna aproximación diagnóstica.
- La sintomatología principal es el deseo de morir, aunque no se haya explicitado en la entrevista.

31. En la entrevista clínica realizada a la madre y paciente referidas en el caso clínico, todas las siguien-

tes son correctas excepto (señale la respuesta **INCORRECTA**):

- Se trata de una llamada de atención, por lo que lo mejor es no hacer caso ni referencias a los cortes.
- Es importante realizar entrevistas por separado, siempre y cuando la situación lo permita.
- Hay que preguntar por el ánimo, ya que una depresión podría justificar los cortes.
- Hay que indagar sobre la existencia de alteraciones en el pensamiento (delirios o alucinaciones), ya que los cortes pueden ser motivados por una psicosis.
- Hay que valorar situaciones de estrés que estén aumentando la ansiedad.

32. Una vez leído el caso clínico, señale la respuesta que considere **CORRECTA** en relación a las

recomendaciones realizadas por el pediatra:

- Hubiese sido mejor una nueva cita con el pediatra en uno o dos meses para comprobar que persisten la conducta de autolesionarse.
- No es necesario que la familia tenga ninguna consideración especial en cuanto a la vigilancia de la niña, ya que se trata solo de una llamada de atención.
- Hay que remitir urgentemente a salud mental para que descarten definitivamente un intento de suicidio.
- La remisión a salud mental está realizada correctamente, ya que es importante asegurar la continuidad de la atención y la vigilancia de la evolución.
- Es mejor no establecer ningún seguimiento para no incrementar el refuerzo de la llamada de atención.