

Urgencias en psiquiatría infantil

P. Sánchez Mascaraque*,
O. Valentín González Aduna**

*Médico Adjunto del Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
**Médico Interno Residente de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid



Resumen

Las urgencias pediátricas relacionadas con la Salud Mental son una patología en aumento en la actualidad. Los servicios de Urgencias de Pediatría deben disponer de áreas específicas, así como de profesionales preparados para proporcionar una atención adecuada. Se precisa una adecuada valoración médica, con despistaje de patología orgánica subyacente, como parte inicial del manejo. Además, los pediatras⁽¹⁾ deben tener habilidades básicas en el manejo de los problemas psiquiátricos más comunes. Aspectos como: derivar a Hospital General para recibir atención psiquiátrica urgente, derivar a Centro de Salud Mental o iniciar tratamiento psicofarmacológico, en casos de demora, son decisiones que tiene que tomar el Pediatra de Atención Primaria. Una adecuada valoración y orientación inicial de estos casos facilitará una adherencia terapéutica posterior, así como una favorable evolución de estos cuadros.

Palabras clave: Urgencias; Infanto-juvenil; Psiquiatría.

Key words: Sexual abuse; Child.

Abstract

Pediatric emergencies related to mental health is an increasing problem in our community. We strongly think that pediatric emergency services should have specific areas and trained professionals for a proper care of these patients. Apart from receiving an appropriate medical assessment including screening of organic disease as part of the initial evaluation, pediatricians should also have some basic skills regarding the most common psychiatric problems in children. Transferring these patients to general hospitals for immediate psychiatric care, referring them to Mental Health Centers or prescribing psychopharmacological treatment are just some examples of decisions that the primary care pediatrician should be able to consider. Proper assessment and initial orientation of these cases provides good therapeutic adherence and consequently a more favorable evolution of these patients.

Pediatr Integral 2014; XVIII(5): 312-319

Introducción

Los problemas psiquiátricos en la infancia y la adolescencia constituyen una patología emergente en Pediatría. Como consecuencia, las urgencias motivadas por esta causa se han incrementado de forma notable, tanto en las consultas, como en los servicios de urgencias hospitalarios⁽²⁾.

La revisión de las urgencias psiquiátricas en la infancia nos lleva, en primer lugar, a definir este concepto. Urgencia psiquiátrica infantil se considera al proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente o su familia consideren difícil el control de la situación. El objetivo de nuestra actuación médica

es atenuar la sintomatología aguda y la decisión terapéutica debe ir dirigida, fundamentalmente, a detectar riesgo de auto o heteroagresividad y la conveniencia o no de un ingreso psiquiátrico, siendo lo más habitual, la necesidad de tratamiento farmacológico. En muchas ocasiones, esta intervención urgente es la vía de

entrada del niño en la red de Salud Mental.

La colaboración entre el pediatra y el psiquiatra es fundamental, porque hay que descartar patología orgánica como causa del cuadro clínico, siendo, además, muy frecuente la comorbilidad psiquiátrica.

En este artículo, se hará una revisión de algunas de las principales urgencias psiquiátricas infantiles, como la ideación y tentativas autolíticas, los episodios de agitación psicomotriz, los trastornos de la alimentación, los episodios psicóticos y los cuadros de manifestación somática.

La prevalencia en aumento de estas urgencias obliga a que los hospitales infantiles dispongan de zonas preparadas para este tipo de asistencia, que puede precisar inmovilización terapéutica y horas en observación, ante la posibilidad de agitación o de fuga, y justifica esta revisión para garantizar la mejor atención a los niños y adolescentes por nuestra parte.

Evaluación psiquiátrica urgente

Los objetivos básicos de una evaluación urgente deben incluir⁽³⁾: obtener información del mayor número posible de informadores, obtener una historia del desarrollo del paciente, contemplando el nivel de funcionamiento previo y los posibles desencadenantes de la crisis actual, e investigar especialmente una posible ideación suicida, agresividad, delirios, alucinaciones y síntomas confusionales, que nos puedan hacer sospechar la presencia de organicidad subyacente.

Antes de la evaluación psiquiátrica, el pediatra deberá haber valorado los siguientes aspectos:

1. Presencia de enfermedad somática y o efectos secundarios a medicaciones.
2. Antecedentes de traumatismo craneoencefálico.
3. Intoxicaciones accidentales o voluntarias.
4. Sobredosis o síndromes de abstinencia.
5. Necesidad de contención mecánica.

Tabla I. Sospecha de etiología orgánica en agitación psicomotriz

Inicio brusco de los síntomas
Alteración del nivel de conciencia
Desorientación témporo-espacial
Confusión mental
Fluctuación de la sintomatología
Pérdida del ritmo vigilia-sueño
Empeoramiento nocturno
Discurso incoherente
Movimientos repetitivos carentes de finalidad
Alucinaciones visuales
Síntomas neurológicos
Alteraciones en las pruebas complementarias

6. Asegurarse de que no es portador de armas, objetos cortantes o sustancias.

Conviene hacer alguna referencia respecto a las condiciones físicas que debería tener el lugar donde se realiza la evaluación. De manera ideal, debe tratarse de una zona tranquila, con pocas distracciones ambientales, libre de objetos e instrumental médico peligroso delicado (punzantes, salida de oxígeno u otros gases), muebles inestables o entorpecedores que impidan la contención o la salida del médico, con un botón de alarma por si es preciso solicitar ayuda por parte de los profesionales de seguridad del centro y en un área aislada para no molestar al resto de los pacientes. Estas condiciones raras veces se dan, motivo por el que la atención psiquiátrica urgente puede generar rechazo por parte del equipo médico y de enfermería, que

suele manifestar gran premura en que se traslade al paciente a la unidad de psiquiatría. El conocimiento de cuáles son los protocolos de actuación, evitará conflictos innecesarios entre compañeros.

La valoración de riesgos es clave para la evaluación urgente. La historia previa del niño, la información aportada por la familia o cuidadores y la exploración psicopatológica son de gran ayuda. Una intoxicación con fines suicidas, un primer episodio psicótico o una agitación persistente, serían claros indicadores de ingreso hospitalario.

Agitación psicomotriz y violencia

En todo episodio de agitación psicomotriz, es fundamental una adecuada evaluación médica y asegurar las medidas de protección del paciente.

La agitación⁽⁴⁾ psicomotriz consiste en una actividad motora y cognitiva excesiva, que surge en respuesta a una tensión interna y que se traduce en: inquietud psicomotriz, irritabilidad, mayor reacción ante estímulos y conductas inapropiadas sin finalidad coherente, que pueden traducirse en actividades destructivas y violentas. Ante un paciente agitado, lo primero que debe descartarse es que sufra un problema orgánico no psiquiátrico. Por ello, siempre es necesaria una evaluación previa por el pediatra (Tabla I).

En la Tabla II, se pueden ver los cuadros más frecuentes que cursan con agitación psicomotriz.

Al final del artículo, se propone un algoritmo diagnóstico de la agitación psicomotriz (Algoritmo 1).

TABLA II. Cuadros más frecuentes que cursan con agitación psicomotriz

<i>Enfermedades orgánicas</i>	<i>Trastornos psiquiátricos</i>
- Encefalitis víricas	- Abuso de sustancias
- Epilepsia (lóbulo temporal)	- Cuadros psicóticos
- Tumores cerebrales	- Trastornos de conducta disocial
- Enfermedades vasculares cerebrales	- Trastorno bipolar
- Enfermedades sistémicas: LES, tiroiditis...	- Trastornos de la personalidad
- Enfermedades degenerativas del SNC	- Retraso mental y trastorno generalizado del desarrollo (TGD)
- Errores innatos del metabolismo	
- Migraña	

Evaluación del paciente agitado

Se realizará una historia clínica con búsqueda activa de datos, en relación a: conductas violentas, conductas previas, a quién va dirigida la violencia, factores que precipitan la crisis actual y presencia o ausencia de una relación que permita la contención.

Posteriormente, se realizará una exploración física general neurológica y búsqueda de signos de intoxicación y abstinencia y, por último, la exploración psicopatológica.

La violencia que no es debida a causa médica o psiquiátrica no debería ser objeto de atención por nuestra parte.

Manejo de la agitación psicomotriz

Se deben intentar adoptar medidas ambientales, contención verbal, física y farmacológica, si las anteriores no han sido eficaces.

Dentro de las medidas ambientales, alejar, si se puede, al paciente de la causa que ha generado la crisis, pudiendo ser conveniente, por ello, separar al paciente de sus familiares. En muchas ocasiones, la simple presencia del personal de seguridad, aunque no intervenga, sirve para frenar la conducta violenta.

Si es necesaria la contención física, se debe explicar al paciente el motivo y el procedimiento. Es imprescindible la reevaluación cada media hora por parte de enfermería y replantearse la indicación cada 2 horas.

La sedación farmacológica va a ser muy útil casi siempre, los fármacos recomendados son los neurolepticos y las benzodiazepinas, por razones de mayor rapidez del efecto terapéutico. La vía de elección suele ser intramuscular. Siempre hay que tener en cuenta, el riesgo de depresión respiratoria, bradicardia e hipotensión.

Conducta suicida

Los intentos de suicidio en la infancia y adolescencia no deben banalizarse y la entrevista ha de centrarse en el riesgo suicida.

Bajo este epígrafe, se engloba un espectro que abarca, desde el pensamiento sobre la muerte, hasta el sui-

cidio consumado. Además de tratarse de un motivo frecuente de consulta de urgencia en la atención infanto-juvenil⁽⁵⁾, el suicidio es la tercera causa de muerte en niños y adolescentes en EE.UU. Supuso el 14% de las muertes en adolescentes (15-19 años) y el 8% en niños de 10 a 14 años. Por estas razones, se ha convertido en un problema fundamental en Salud Mental y resulta imperativo una evaluación y manejo adecuados.

Desde el punto de vista epidemiológico, las mujeres realizan más intentos autolíticos; mientras que, los varones los consuman más, frecuentemente en familias desestructuradas y con antecedentes familiares psiquiátricos y de suicidio. En niños con antecedentes de abuso crónico, también aumenta la prevalencia⁽⁶⁾.

Evaluación del Riesgo Suicida (Tabla III)

Debe preguntarse directamente sobre pensamientos suicidas (contenido, naturaleza y cronicidad), intentos previos y factores de riesgo; hablar del suicidio no induce el cometerlo. Deben realizarse preguntas cortas, no críticas, en un lenguaje apropiado. Si el niño o adolescente comienza a hablar de suicidio, debemos mantener una escucha activa, paciencia y actitud calmada. No debemos minimizar sus preocupaciones ni desaprobarlas. La tendencia a ser tranquilizador y optimista debe evitarse, así como los intentos de eludir el tema o discutir si el suicidio es o no correcto. La confidencialidad no

debe prometerse, ya que no siempre se puede mantener.

El riesgo de suicidio debe considerarse inminente en pacientes con un plan activo o intencionalidad, sobre todo en contextos de desinhibición (impulsividad o intoxicación) y con acceso a medios letales. Los niños pueden ser incapaces de evaluar con precisión la letalidad; por lo que, la evaluación del riesgo ha de basarse en su percepción de la misma. Se deben evaluar los sistemas de apoyo y factores de estrés.

Un ejemplo de cómo aproximarse a preguntar sobre el suicidio en un niño podría ser: en las últimas semanas, ¿has deseado estar muerto?, ¿has sentido que tú o tu familia estaría mejor si estuvieses muerto?, ¿has tenido pensamientos sobre quitarte la vida?, ¿alguna vez has intentado suicidarte?...

Manejo en Urgencias

En primera instancia, se requiere una estabilización médica mediante una exhaustiva exploración física, neurológica y realización de pruebas complementarias pertinentes (especial atención a signos previos de autolesión, uso/abuso de sustancias o enfermedad orgánica).

El objetivo fundamental ha de ser mantener la seguridad del niño o adolescente, hasta que el riesgo suicida disminuya. Debe determinarse el riesgo de consumación e identificarse factores modificables. Hay que proporcionar un ambiente seguro y contenido (retirando elementos potencialmente dañinos, presencia de seguridad).

La hospitalización estará indicada en pacientes de alto riesgo, que viene definido por el uso de un método de alta letalidad, aquellos que han tomado medidas para evitar su rescate, si existe trastorno psiquiátrico comórbido, intoxicación actual o antecedentes, mala adherencia terapéutica o escaso/nulo apoyo social. El acompañamiento de un familiar dependerá de cada caso. Se optará por tratamiento ambulatorio en pacientes de bajo riesgo, siempre asegurando que la primera cita con Salud Mental será con carácter preferente (7-10 días).

Tabla III. Valoración de riesgo suicida

Peligrosidad del método elegido
Intencionalidad real de muerte y sorpresa de encontrarse vivo
Probabilidades de ser descubierto
Existencia de mensajes o cartas de despedida
Diagnóstico psiquiátrico (depresión...)
Intentos previos
Historia de suicidios en la familia
Factores familiares y sociales

Trastornos psicóticos

La psicosis en la infancia y adolescencia debuta frecuentemente de forma aguda, siendo la intervención en urgencias la entrada en la red de Salud Mental.

Los síntomas psicóticos suponen una pérdida de contacto con la realidad, habitualmente en forma de alteraciones del pensamiento, la percepción y la relación. Típicamente clasificados en alucinaciones (fenómenos perceptivos sin objeto) y delirios (alteraciones del contenido del pensamiento). Dichos síntomas pueden corresponder a cuadros orgánicos (p. ej.: intoxicaciones o abstinencia) o a trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, trastorno bipolar). Estos pacientes pueden acudir a urgencias con síntomas de agitación o agresividad, de inhibición o catatonía, angustia, conductas bizarras o aislamiento.

Evaluación de la Psicosis en Urgencias

Tras una evaluación médica, en la que se ha debido descartar la presencia de indicadores de organicidad, la exploración debe centrarse en la psicopatología del paciente, con especial atención a:

- Alucinaciones: tipo (auditivas más frecuentes en cuadros psiquiátricos; visuales apunta a organicidad), frecuencia, contenido (imperativas, insultantes...), impacto emocional (angustia) o conductual.
- Delirios: contenido (persecutorios, de perjuicio, megalomaniacos...), vivencias de robo o control del pensamiento...
- Síntomas psicomotrices: agitación (ver apartado), inquietud, síntomas catatónicos (típicamente con gran inhibición psicomotriz, estupor, mutismo, negativismo, oposicionismo, flexibilidad cérea).

Manejo de la Psicosis en Urgencias

En general, los primeros episodios psicóticos^(7,8) suelen derivar en un ingreso psiquiátrico para confirmar el diagnóstico e iniciar un correcto tratamiento. En caso de niños o adolescentes con diagnóstico de trastorno

Tabla IV. Criterios de ingreso en anorexia nerviosa

Desnutrición grave, pérdida de peso de más de un 30%
Graves desequilibrios hidroelectrolíticos, en especial del potasio
Bradicardia o hipotensión severas
Vómitos provocados continuados
Dificultades en el diagnóstico diferencial
Negativa total a comer
Riesgo suicida
Fracaso del tratamiento ambulatorio
Familias inestables, conflictivas que dificultan la buena evolución

psicótico previo y presencia de una descompensación aguda, la necesidad de ingreso dependerá de la situación clínica (alteraciones de conducta, ideación suicida, alucinaciones de gran impacto emocional...) y del soporte familiar o social.

El único antipsicótico atípico aprobado en niños y adolescentes es la risperidona; si bien, en la práctica se usan otros con buena tolerancia y eficacia. La elección dependerá del perfil incisivo/sedativo y de efectos secundarios (p. ej.: haloperidol, quetiapina, olanzapina...)

Como cuadro psiquiátrico que puede cursar con síntomas psicóticos, hacemos una breve mención al trastorno afectivo bipolar^(9,10). Se define como un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una evolución fásica que cursa con episodios maníacos/hipomaníacos y depresivos. En paidopsiquiatría, sigue siendo un tema controvertido, dado que la clínica difiere de la edad adulta y la elevada comorbilidad genera discrepancias diagnósticas en este rango de edad. Suelen cursar de forma no episódica, con manías breves, ciclación rápida y mala respuesta a tratamiento farmacológico. El pediatra tendrá en consideración este diagnóstico cuando un niño en tratamiento antidepressivo tiene un episodio de desinhibición conductual y/o euforia, especialmente si existen antecedentes familiares de bipolaridad.

Trastornos de la conducta alimentaria

El estado nutricional de estos pacientes es el criterio fundamental de ingreso hospitalario urgente.

La presentación de estas patologías⁽¹¹⁾ no suele ser de forma aguda. Los padres piden consulta, en la mayoría de las ocasiones pese a la oposición de sus hijos, por una pérdida de peso que ha sido progresiva, pasando en un principio desapercibida. Cuando se solicita una valoración urgente, ésta está encaminada a determinar la necesidad de un ingreso psiquiátrico o pediátrico urgente. En la tabla IV, se detallan los criterios de ingreso hospitalario.

En niños prepuberales y si no hay problemas de conducta y/o riesgo autolítico, es preferible el ingreso en una planta de Pediatría.

Trastornos de manifestación somática

El trabajo en colaboración entre Pediatría y Psiquiatría infantil es la clave de una buena evolución de estos trastornos.

No es inusual que en los servicios de urgencias pediátricas se atiendan cuadros clínicos en los que no se encuentra una patología física justificante o se detecten incongruencias en la exploración⁽¹²⁾. Si, además, se comprueba que son niños que acuden con relativa frecuencia a los servicios de urgencias, es obligado realizar una entrevista de orientación psiquiátrica para valorar la presencia de un cuadro somatomorfo.

Se deben explorar los posibles desencadenantes del episodio actual, la existencia de antecedentes personales y familiares de síntomas similares (ya sea por la carga familiar, como aprendidos). También, hay que revisar el curso evolutivo del trastorno, haciendo hincapié en la fluctuación de los síntomas, persistencia con distracciones o modificación en presencia/ausencia de espectadores, así como valorar la existencia de ganancias secundarias (absentismo escolar, sobreatención, rol de enfermo...). También pueden

ayudar al diagnóstico, la presencia de indiferencia afectiva ante el síntoma (*belle indifférence*), así como rasgos patológicos previos de personalidad (baja tolerancia a la frustración, perfeccionismo, baja autoestima, actitud histriónica, dificultad para transmitir el malestar...). Por último, se debe tener siempre presente la posibilidad de abuso o maltrato físico subyacente.

Manejo de los trastornos de expresión somática en urgencias

Por muy evidente que parezca que el cuadro actual tiene un origen funcional, siempre deberá ser valorado por un pediatra. Dado que, habitualmente, es complicado que la familia entienda que un síntoma físico puede tener un origen psicógeno, es recomendable una entrevista conjunta del pediatra y el psiquiatra en urgencias y garantizar un seguimiento conjunto en los casos que se considere necesario (p. ej.: dolor abdominal crónico). Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, exploraciones complementarias innecesarias que perpetúen el rol de enfermo.

Se aconseja mantener una entrevista larga, relajada y abierta con el niño, que le permita relatar aspectos de su vida, sin focalizarla en el síntoma físico. Hay que tranquilizar al niño y a los familiares, explicando la naturaleza benigna del suceso y aclarando preocupaciones, dudas o temores. A veces, permanecer unas horas en observación supone una remisión completa de los síntomas. Quedará a criterio de su pediatra, la necesidad o no de derivar a Salud Mental según la evolución.

Abuso y maltrato infantil

La valoración urgente es clave para la protección del menor.

El abuso y maltrato infanto-juvenil es un problema con implicaciones médicas, sociales y legales. Por su prevalencia y consecuencias, obliga a una adecuada identificación, gestión y tratamiento desde un punto de vista multidisciplinar (sanitario, social y jurídico). Los objetivos de la intervención en Urgencias de los casos de maltrato

infantil son: establecer el diagnóstico, o la sospecha diagnóstica de maltrato, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del pequeño para que no vuelva a ser agredido.

Evaluación en urgencias

La sospecha ha de partir de una incongruencia entre la historia y los hallazgos clínicos.

Debe recogerse el relato del niño o adolescente lo más detallado posible. No se recomiendan preguntas directas. Debe propiciarse un ambiente de confianza y seguridad, que favorezca su expresión de los hechos. Se recomienda recoger expresiones literales del niño y las vivencias experimentadas, actitud, gestos y expresión durante el relato. Debe mostrarse interés y credibilidad.

El pediatra, con la anamnesis y la exploración física, deberá decidir si la sospecha de malos tratos físicos, psíquicos o abusos sexuales está fundada^(13,14). Las lesiones físicas graves son indicación de ingreso hospitalario. Como en la mayoría de los casos, el abusador es un miembro familiar, se debe proceder a la separación inmediata del niño del agresor y dar parte al juez pidiendo la intervención de servicios sociales, para valorar la retirada de la tutela a los progenitores. En algunas comunidades, existen programas específicos para tratar a niños maltratados a los que serán derivados. Si no existen estos dispositivos, no se debe olvidar la valoración psiquiátrica psicológica del niño y su familia.

Si el abuso ha sido sexual, se deben descartar enfermedades de transmisión sexual y es fundamental el rigor en la recogida de muestras, pidiendo, si es necesario, la intervención de ginecología y del forense.

Función del pediatra en la atención a las urgencias psiquiátricas en la infancia y la adolescencia

El pediatra de Atención Primaria es, en la mayoría de los casos, la vía de entrada de los niños y sus familias en la red de Salud Mental. Si la familia ofrece resistencia a recibir tratamiento

especializado, será el único médico que pueda hacer un seguimiento y tratamiento de estos pacientes. El pediatra debe tomar decisiones, como: la derivación preferente al especialista o al hospital para valorar un ingreso, si él mismo debe iniciar un tratamiento farmacológico o realizar una intervención en situación de crisis familiares.

Bibliografía

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

- 1.* Dolan MA, Fein JA, and the committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System Pediatrics. Vol 127, nº.5. 2011; p. 1356-66.
- 2.*** Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. Rev Bras Psiquiatr. Vol 32 (supl.2). São Paulo oct. 2010.
- 3.** Salado C, Montiano J. Trastornos de la esfera psiquiátrica en urgencias de Pediatría. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, editores. Tratado de Urgencias en Pediatría. Madrid: Ergon; 2005. p. 817-25.
- 4.*** Mardomingo Sanz MJ, Sánchez Mascaraque P, Catalina Zamora ML, Agitación psicomotriz y violencia. En: Alda Díez JA, Gabaldón Fraile, S. Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. Madrid. Masson S.A. 2006. p. 25-47.
- 5.* Shain BN, and the Committee on Adolescence. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. Vol 120, nº 3. 2007. p. 669-76.
- 6.** Quintero Gutiérrez del Álamo FJ, San Sebastián Cabasés J, Coro López M. Urgencias en Psiquiatría infantojuvenil. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona. Masson S.A. 2004.
- 7.** McCellan J. Practice parameter for the assessment and treatment for children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52: 976-90.
- 8.* Deakin J, Lennox B. Psychotic symptoms in young people warrant urgent referral. Practitioner 2013 Mar, 257; (1759): 25-83.
- 9.** Filippis M, Wagner KD. Bipolar disorder in Adolescence. Adolesc Med State Art Rev. 2013 Aug, 24(2): 433-45.
- 10.* Pataki C, Carlson GA. The comorbidity of ADHD and bipolar disorder, any less confusion? Current Psychiatry Rep. 2013 Jul; 15(7): 3721.

- 11.** Chinchilla Moreno A. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas. Obesidad y atracones. Barcelona. Masson 2003.
- 12.* Fritz GK. Somatoform disorders. En: Lewis M, ed. Child and adolescent psychiatry. Filadelfia: Lippincott Williams and Wilkins, 2002; 847-58.
- 13.** Flaherty EG, Perez Rosello JM. Evaluation children with fractures for child physical abuse. Pediatrics 2014 Feb; 133(2): 477-89.
- 14.** Sabate A, Sannosmed M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. Anales de Pediatría. Vol 77 N° 1, julio 2009.

Bibliografía recomendada

- Alda Díez J.A.; Gabaldón Fraile, S.

Urgencias Psiquiátricas en el niño y el adolescente. Masson S.A.; 2006.

Libro escrito por profesionales españoles del ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil, en el que se abordan en profundidad y con rigurosidad los cuadros psiquiátricos que nos podemos encontrar como urgencias pediátricas, así como el manejo de los mismos. Inicialmente orientado a psiquiatras, puede ser un libro de fácil consulta que permita una orientación inicial a los pediatras generales en este tipo de casos.

Caso clínico

Valoración Pediátrica

Motivo de Consulta: mareo.

Antecedentes Personales: embarazo, parto y desarrollo psicomotor normales. Calendario vacunal al día. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Enfermedad Actual: adolescente mujer de 14 años que acude a Urgencias hospitalarias por cuadro clínico, de 48 horas de evolución, de mareo con dudoso giro de objetos, somnolencia, inestabilidad de la marcha y estado nauseoso. No presenta acúfenos, ni hipoacusia. Niegan traumatismos o ingesta de tóxicos. Valorada el día previo en otro Hospital (analítica sanguínea, de orina y punción lumbar normales), donde se descarta patología urgente. Vuelven a acudir al servicio de urgencias por reaparición de la sintomatología.

Exploración Física: peso: 42 kg. TA: 115/73 mmHg; FC: 115 lpm. Tª: 37,2 °C. Buen estado general. Bien nutrida y perfundida. Buena coloración de piel y mucosas. Pulsos periféricos palpables. No exantemas ni petequias. Mucosas húmedas. Faringe y otoscopia bilateral normal. Auscultación cardíaca rítmica y sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos ni signos de dificultad respiratoria. Abdomen anodino. Glasgow 15. Leve anisocoria. Pupilas normorreactivas. Pares craneales normales. Fuerza, sensibilidad y reflejos osteotendinosos normales. No disimetrías ni disidiadococinesias. Ataxia. Inestabilidad para la marcha. Romberg con caída hacia lado derecho. No nistagmus.

Se solicita TAC cerebral sin hallazgos de interés y se detecta en analítica de orina, positividad para benzodiazepinas (>600 ng/ml). Se rehistoria a la paciente, quien reconoce haberse tomado unos 8-10 comprimidos de lormetazepam 2 mg (que tiene su abuela en casa para dormir). Dice haberlo hecho por tener problemas con las compañeras del colegio y "quererse morir". Se decide ingreso en Pediatría para monitorización, observación y valoración por Psiquiatría.

Valoración Psiquiátrica

Sin contacto previo con Salud Mental. Abuela en seguimiento psicológico por cuadro reactivo a enfermedad oncológica. Sin otros antecedentes de psicopatología o intentos autolíticos.

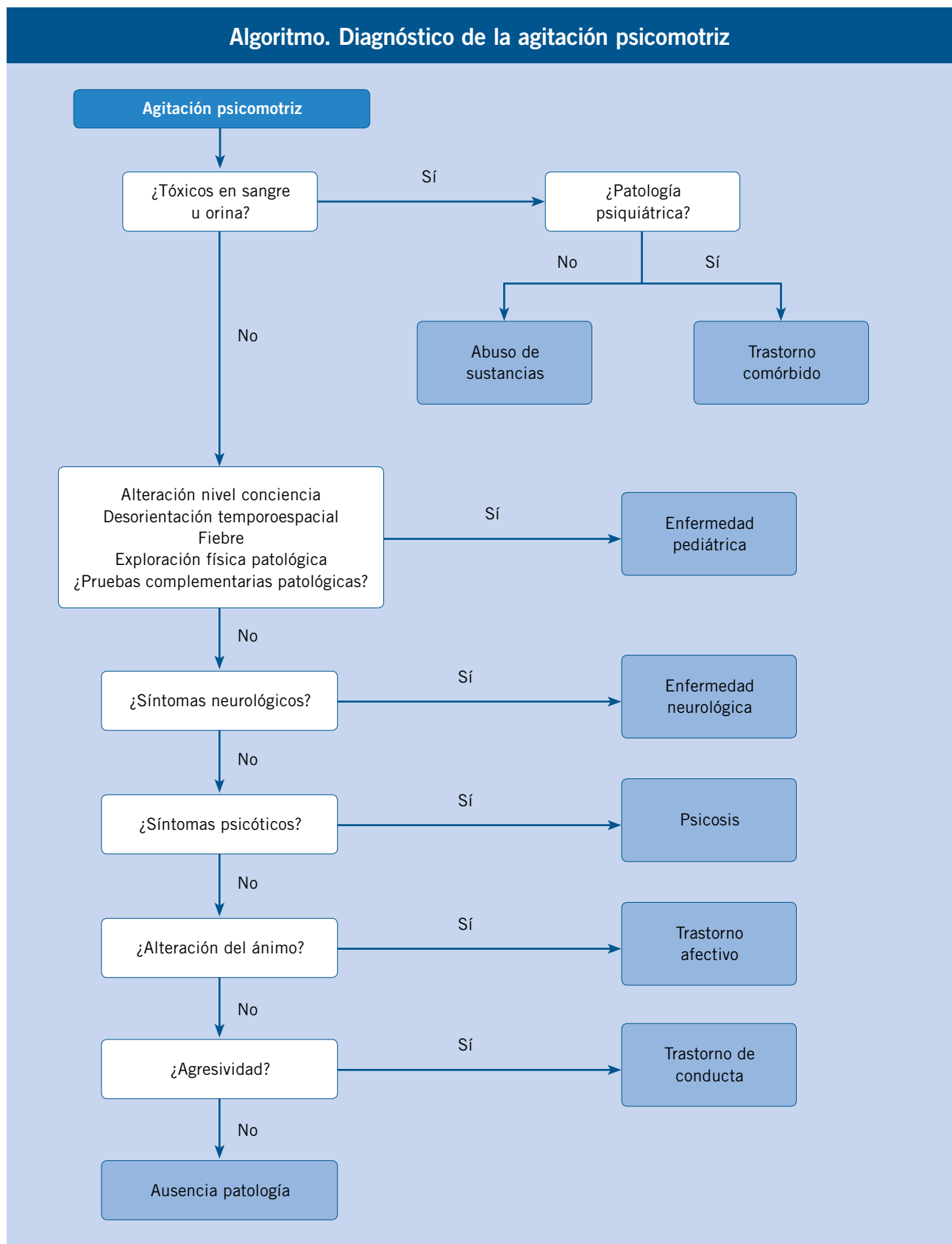
Se trata de una adolescente de 14 años, hija única, que cursa 2º de la ESO con decalaje de un curso y bajo rendimiento académico actual. Sus padres están separados y mantienen la custodia compartida.

Al parecer, la paciente ha acumulado la medicación durante el fin de semana y tras 3 días con ella en su poder decide tomarla, estando en su cuarto sola, por la noche y sin avisar a familiares. Expresa que hace una semana tuvo un problema con sus compañeras de fútbol, que se han enfadado todas con ella y escriben mensajes en el grupo de wasap insultándola. Desconoce la letalidad del gesto realizado. Dice no haberlo reconocido antes, por miedo a que la castigasen. Actualmente, realiza crítica de lo ocurrido y se muestra arrepentida, aunque con ansiedad anticipatoria por leer de nuevo dichos mensajes en el móvil.

Exploración Psicopatológica: consciente y orientada en las 3 esferas, abordable y colaboradora. Sin signos de intoxicación o de privación. Tranquila. Ánimo subdepresivo. Reactiva emocionalmente. Discurso coherente y estructurado con tono y ritmo normal, centrado en problemática con compañeras. No se aprecian síntomas delirantes o alucinatorios. Hiporexia. Insomnio de conciliación reactivo. No ideas de muerte o suicidio en el momento actual, con crítica de lo ocurrido. Tiene planes de futuro realizables a corto plazo. Juicio de realidad conservado.

Juicio Clínico: autointoxicación medicamentosa en relación con conflicto con iguales, situación de adolescencia e impulsividad como rasgo de carácter.

Actitud Terapéutica: se decide derivar a la paciente a su Centro de Salud Mental con carácter preferente.





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 infantil

25. Con respecto a los trastornos de expresión somática, es FALSO que:

- Las somatizaciones más frecuentes en la infancia son: dolor abdominal y cefalea.
- El pediatra debe delegar por completo la atención y seguimiento del niño en el psiquiatra.
- La presencia de antecedentes psiquiátricos no exime de un origen orgánico.
- Pueden ser la manifestación de un malestar psicológico.
- Se recomienda informar, tranquilizar y favorecer la extinción del rol del enfermo.

26. Ante un cuadro de agitación psicomotriz, identifique la ÚNICA RESPUESTA INCORRECTA:

- Se debe avisar inmediatamente a Psiquiatría para valorar inmovilización terapéutica y sedación.
- Se debe descartar intoxicación o síndrome de abstinencia.
- Se debe hacer una exploración neurológica reglada.
- Se deben pedir pruebas complementarias según la sospecha clínica.
- La fluctuación del nivel de conciencia, debe hacer pensar en etiología orgánica.

27. Son criterios de ingreso urgente en trastornos de conducta alimentaria:

- Desnutrición severa.

- Riesgo suicida.
- Fracaso de tratamiento ambulatorio.
- Graves desequilibrios hidroelectrolíticos.
- Todos los anteriores son criterios de ingreso.

28. Todos los siguientes, EXCEPTO UNO, se consideran intentos de suicidio de alto riesgo:

- Elevada letalidad percibida del método.
- Presencia de depresión comórbida.
- Dificultad para ser rescatado.
- Clara intención de ganancia en el entorno familiar.
- Existencia de carta de despedida.

29. Los trastornos psiquiátricos que con más frecuencia originan visitas a urgencias son:

- Tentativas de suicidio.
- Episodios de agitación psicomotriz.
- Delirios y alucinaciones agudos.
- Cuadros somatomorfos.
- Todas las anteriores son correctas.

Caso Clínico

30. En una adecuada identificación del riesgo suicida en un adolescente, solo una de las siguientes respuestas es correcta:

- Evitar hablar directamente sobre el suicidio utilizando eufemismos y rodeos.
- Incidirle en lo negativo de su conducta y castigarle por ello.

- Siempre se requerirá un ingreso en psiquiatría.
- Si su motivo de consulta, no es la ideación suicida, ha de evitarse tratar el tema, por el riesgo de inducirle a que lo cometa.
- Solicitar tóxicos en orina en urgencias, debe formar parte del protocolo de cuadros de etiología no filiada.

31. Todos EXCEPTO UNO de los siguientes criterios son de bajo riesgo suicida:

- Hace crítica del episodio y tiene planes de futuro.
- No presenta comorbilidad psiquiátrica.
- Acúmulo premeditado de medicación.
- Ausencia de antecedentes familiares de suicidio.
- Presencia de factor precipitante.

32. ¿Cuál de estas decisiones resultan más adecuadas en el manejo del caso?:

- Se recomienda un ingreso en Pediatría hasta la estabilización médica.
- No siempre es necesario un ingreso psiquiátrico.
- Ante un intento autolítico, siempre es necesario un seguimiento psiquiátrico.
- La cita en psiquiatría debería ser considerada preferente tras un intento autolítico en la adolescencia.
- Todas las respuestas anteriores son correctas.