

Tema 18. Urgencias psiquiátricas en la infancia y la adolescencia

J.Á. Alda Díez, A. Huguet Miguel

RESUMEN

La urgencia psiquiátrica en niños y adolescentes se define como cualquier proceso que genere suficiente tensión emocional, para que ellos o la familia consideren difícil el control de la situación. Es importante señalar que no existe una relación causal directa entre los factores concretos y los síntomas o trastornos específicos; es decir, los trastornos mentales son de origen multifactorial. Las principales patologías atendidas en las urgencias psiquiátricas infantojuveniles son los trastornos de conducta, la ideación autolítica y las crisis de ansiedad. El servicio de urgencias psiquiátricas del niño y el adolescente debe estar integrado dentro de un servicio médico hospitalario. La atención psiquiátrica en urgencias debe ser puntual, inmediata, intensiva y de duración suficiente, que garantice la seguridad tanto del paciente como de los profesionales. Es imprescindible plantear el seguimiento posterior a la urgencia, tanto de forma ambulatoria como en hospitalización parcial o total.

Introducción

El término «urgencia» deriva etimológicamente de urgir (*urgere*), que significa «instar o precisar una cosa a su pronta ejecución o remedio». La urgencia psiquiátrica se describe como una perturbación en el pensamiento, las percepciones, las emociones o la conducta que, por su gravedad, necesita una intervención terapéutica inmediata. En el ámbito infantojuvenil se entiende como el proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente o la familia consideren difícil el control de la situación. Generalmente, se atiende a niños y adolescentes con síntomas agudos e intensos que se han producido durante las últimas horas o días. En algunos casos suponen la descompensación o la reagudización de un trastorno preexistente.

Al igual que el resto de las disciplinas médicas, en el ámbito hospitalario, la atención de las urgencias psiquiátricas del niño y el adolescente supone el nivel de mayor complejidad de atención sanitaria, por lo que requiere una sensibilización especial.

No es posible comprender al niño desde una perspectiva exclusivamente biológica, dejando de lado su ámbito social o emocional. No hay que olvidar que el niño es un ser en desarrollo, con una vulnerabilidad y unos factores de riesgo y protección distintos a los del adulto.

Las principales patologías atendidas en las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes son los trastornos de conducta, las conductas autolíticas e intentos de suicidio y las crisis de ansiedad.

Los servicios psiquiátricos de urgencias proporcionan un acceso rápido a la evaluación psiquiátrica y tratamiento a corto plazo. Los profesionales que atienden a estos pacientes constituyen un equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería especializado en salud mental, auxiliares y, en ocasiones, trabajadores sociales). El abordaje y el manejo del paciente en crisis deben llevarse a cabo en un espacio adecuado y tranquilo, priorizando la atención en la seguridad del paciente y del personal sanitario. Una vez atendido el paciente, será imprescindible diseñar y plantear el seguimiento (ambulatorio o en régimen de hospitalización parcial o total).

Epidemiología

No disponemos de estadísticas claras sobre el impacto real de las urgencias psiquiátricas en la población pediátrica. Se ha estimado que la tasa de prevalencia mundial de urgencias psiquiátricas en la población adulta y en hospitales generales es de un 1-10%. Algún estudio supone que el impacto real de las urgencias psiquiátricas en la población infantil es de un 1% del total de urgencias atendidas, destacando que se estima que un 25-50% de las urgencias pediátricas presenta un trasfondo emocional.

Modelo de abordaje en urgencias

El procedimiento a seguir en el abordaje de las urgencias psiquiátricas se muestra en la figura 1. La atención psiquiátrica en urgencias debe ser inmediata, intensiva y puntual, aunque de duración suficiente para garantizar la seguridad del paciente. La tensión en el servicio de urgencias suele ser alta, por lo que el equipo multidisciplinario debe ser suficientemente numeroso y equilibrado (similar proporción de mujeres y hombres), y estar formado en el manejo de este tipo de situaciones (plan de actuación en urgencias psiquiátricas y técnicas de comunicación).

Evaluación del paciente psiquiátrico en urgencias

La evaluación en urgencias debe realizarse de la forma más rápida posible. Tiene como objetivo principal llevar a cabo una adecuada valoración del paciente en crisis con la finalidad de establecer una aproximación diagnóstica inicial, identificar los fac-

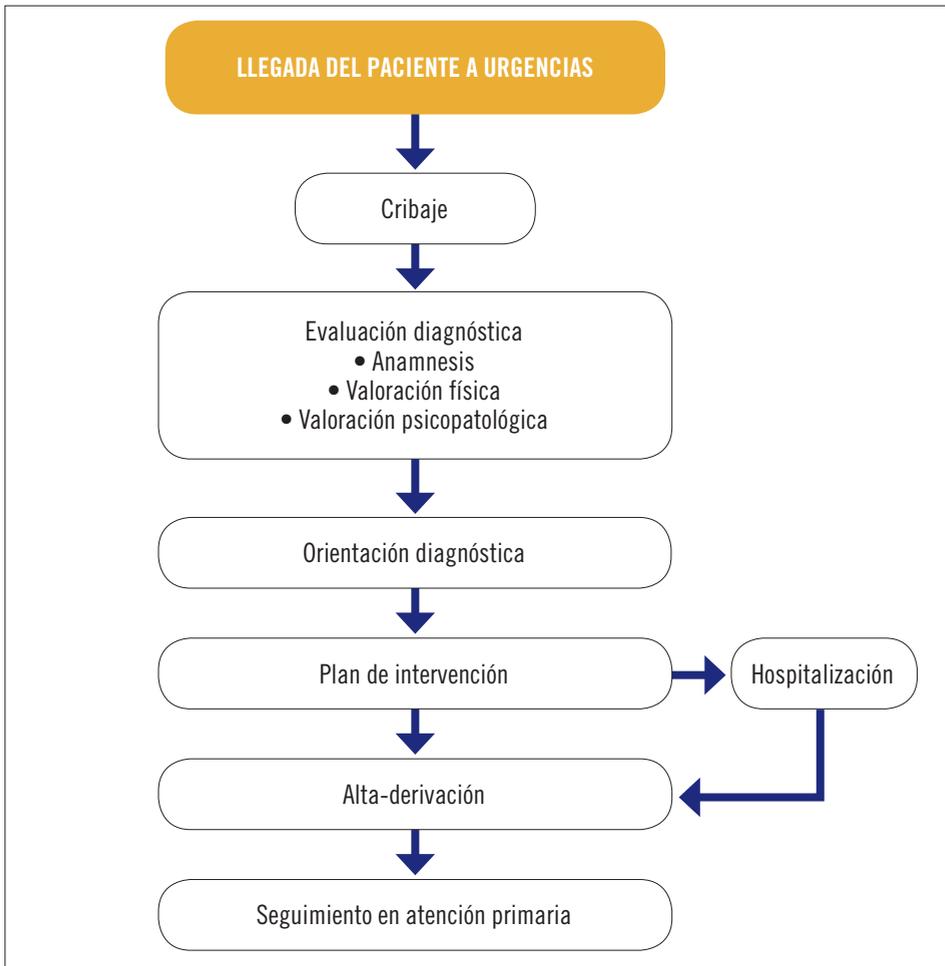


Figura 1. Plan de abordaje en las urgencias psiquiátricas

tores precipitantes (personales, interpersonales y/o situacionales) y las necesidades inmediatas para la estabilización del síndrome, garantizando la mejor calidad asistencial para el paciente.

En la atención a las urgencias psiquiátricas se debe intentar recoger la información de la historia clínica de una forma más rápida y estructurada que en la atención a urgencias no psiquiátricas, debido a la complejidad y la intensidad de la manifestación de síntomas y al posible riesgo de daño del paciente u otras personas. La evaluación debe ser completada en una sola sesión y en un tiempo limitado. El *setting* inicial para la exploración del paciente debería escogerse maximizando la seguridad del

paciente y del profesional. Se recomienda no visitar al paciente a solas y asegurarse de que el box de urgencias disponga de las siguientes medidas de seguridad:

- Camilla anclada al suelo.
- Al menos 2 puertas (una situada detrás del personal facultativo).
- Apertura de las puertas hacia fuera.
- Disponer de timbre-botón de alarma y activación de código de contención.
- Depósito de medicamentos bajo llave.
- Espacio sin objetos potencialmente peligrosos.

Se recomienda abordar la situación desde una forma racional, congruente, respetuosa, con aceptación incondicional y empática. Estas actitudes son vitales para establecer una buena alianza terapéutica y dar un primer paso hacia el abordaje y tratamiento eficaz.

En todos los casos, en primer lugar, es necesario descartar la existencia de un problema orgánico o patología física que justifique los síntomas que presenta el paciente. Por este motivo, es importante realizar siempre una exploración física y, en los casos que se considere oportuno, llevar a cabo pruebas complementarias. Existen algunas características sugerentes de organicidad, como las siguientes: presencia de enfermedad médica o lesiones intercurrentes, comienzo reciente o brusco; sin historia previa de trastorno mental, sintomatología psiquiátrica atípica, alteraciones perceptivas no auditivas, alteraciones de la conciencia, síntomas neurológicos y/o trastornos del movimiento, marcha o lenguaje.

Durante la evaluación psiquiátrica urgente es importante obtener el motivo de consulta de cada informante; desarrollar, siempre que sea posible, una alianza terapéutica entre todos los implicados, y recoger todos los elementos que conforman la historia clínica (anamnesis, antecedentes personales médicos y psiquiátricos, antecedentes familiares, historia de la enfermedad actual), profundizando en la secuencia de presentación de los síntomas y tratamiento previo si procede.

En la exploración psicopatológica del niño y el adolescente en urgencias deben valorarse los siguientes aspectos:

- Apariencia.
- Actitud y grado de colaboración.
- Nivel de conciencia.
- Lenguaje y habla.
- Lenguaje no verbal.
- Nivel cognitivo (intelectual).
- Alteraciones del pensamiento.
- Alteraciones de la percepción.

- Criterio de realidad y capacidad de juicio.
- Control de impulsos.
- Signos de auto/heteroagresividad.
- Psicomotricidad.
- Ritmos biológicos: apetito, sueño, sexualidad.

Una vez atendida la urgencia psiquiátrica (evaluación y orientación diagnóstica), hay que determinar el tratamiento posterior, valorando la mejor opción para el paciente y la familia: ingreso hospitalario, remitir al paciente al centro de salud mental de zona (hospital de día, seguimiento ambulatorio) o a su médico de atención primaria.

Al realizar el alta habrá que tener en cuenta varios aspectos:

- Destino (cómo, dónde y con quién se va; dónde se va a realizar el seguimiento).
- Recomendaciones y conductas por parte del paciente y acompañantes.
- Tratamiento psicofarmacológico administrado y pauta de medicación.

Principales síndromes en la urgencia psiquiátrica

Agitación psicomotriz

La agitación psicomotriz se define como un estado de excitación mental (ansiedad, cólera, pánico, euforia, impulsividad) acompañado de hiperactividad motora. Puede ser una manifestación de diferentes condiciones subyacentes, aparecer debido a una enfermedad orgánica (alteraciones neurológicas o metabólicas, consumo de tóxicos) o a partir de la manifestación de varios trastornos psiquiátricos (trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, trastorno de conducta, trastorno opo-sicionista, trastorno bipolar, trastorno psicótico, trastornos de personalidad, trastor-no secundario al abuso de sustancias), y/o debido a una causa reactiva (estrés pos-traumático o abuso sexual).

Abordaje de la agitación psicomotriz

Lo más frecuente es que el paciente agitado acuda acompañado por los servicios de emergencias o por la policía, es decir, la mayoría de las veces se trata de un menor que acude en contra de su voluntad y con una baja o nula conciencia de enfermedad y, por tanto, muestra poca colaboración. Este tipo de cuadros obliga a los servicios de urgencias a actuar de forma inmediata, en ocasiones con escasa información de lo que le pasa al paciente y poniendo en marcha las medidas de seguridad adecuadas. Ante un cuadro de agitación, el paciente puede realizar actos imprevisibles y, en ocasiones, violentos y agresivos. El objetivo principal en el tratamiento de estos cuadros es garantizar la seguridad tanto del personal sanitario como del paciente y su familia. Se recomienda seguir el protocolo de manejo de episodios de agitación (figura 2):

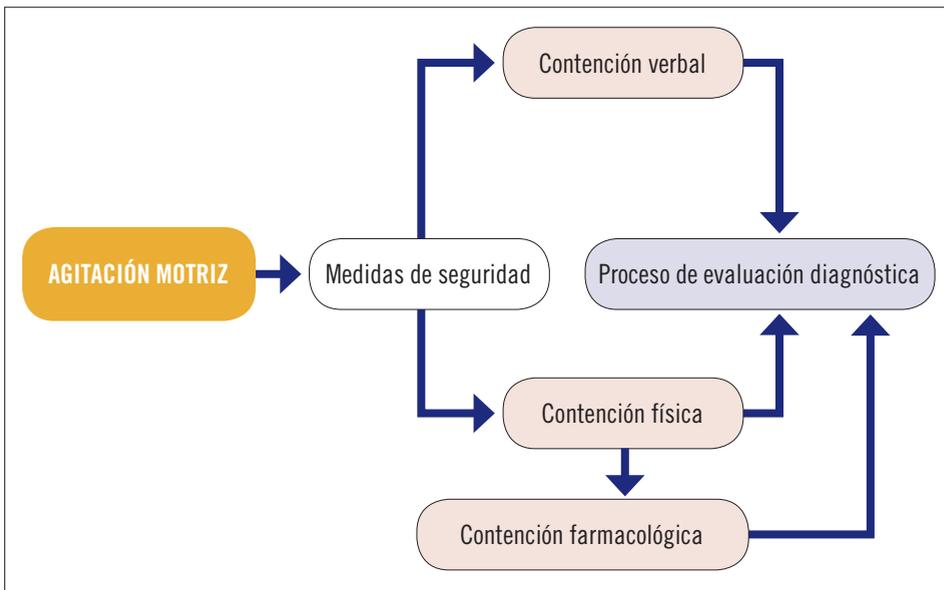


Figura 2. Árbol de decisión en el manejo de episodios de agitación

Medidas ambientales

La entrevista deberá realizarse en un lugar tranquilo y seguro, sin objetos potencialmente peligrosos. Debemos valorar si la presencia de los familiares durante la entrevista es un elemento facilitador o no de la crisis de agitación, y actuar en consecuencia.

Contención verbal

Su objetivo principal es calmar, relajar, escuchar y facilitar que el paciente se exprese. Es importante hablar al paciente de una forma amable, calmada, segura, con un tono de voz suave y manteniendo el contacto visual, sin ser éste prolongado y excesivo. Debemos mostrar interés por su problema utilizando expresiones de ayuda, apoyo y entendimiento. Deben dejarse los prejuicios a un lado y evitar situarse por encima del paciente, ya que puede ser interpretado como una provocación. Sin embargo, es importante poner límites firmes a la conducta, pero sin mostrarse hostil o amenazante, evitando palabras de ira o de frustración.

Contención física

Sólo debe realizarse tras descartar otras posibles intervenciones menos traumáticas (físicas y psicológicas). Habitualmente, la contención física se asocia a la contención farmacológica. Hay que tener en cuenta que se trata de un tratamiento y, por tanto, debe estar indicado por un facultativo y anotado en la historia clínica. Hay que recordar que para inmovilizar a un paciente generalmente se recomienda la presen-

cia de 5 personas (1 por cada extremidad y otra para la cabeza); se debe contener al paciente en decúbito supino sin forzar las articulaciones. Siempre que sea posible, debe informarse al paciente y a la familia de la medida que se va a realizar y de los motivos de esa actuación. Esta explicación favorece en muchas ocasiones la colaboración del paciente en la contención. Tras tomar la decisión de realizar la sujeción mecánica, no se recomienda el intercambio verbal con el paciente, ya que podría acarrear una mayor discusión y violencia. La sujeción puede ser total (de los 4 miembros y el tórax) o parcial (2 miembros alternos). Se recomienda que mientras dure la contención el personal de enfermería observe al paciente cada 15 minutos para controlar sus constantes vitales, higiene, hidratación y alimentación; además, el médico realizará una reevaluación, al menos, cada 2 horas.

Contención farmacológica

Los pacientes con un cuadro clínico de agitación suelen beneficiarse de la administración de medicación sedativa para reducir su agudización. La elección de los fármacos dependerá de la patología basal. En los pacientes con trastornos psicóticos se aconsejan los antipsicóticos (haloperidol, levomepromazina, clorpromazina, olanzapina), y para el abordaje de la agitación no psicótica las benzodiacepinas serán el fármaco de elección (diazepam, lorazepam, clorazepato dipotásico) (tabla 1). La vía de administración (oral o parenteral) se elegirá en función de la intensidad de los síntomas, el grado de cooperación del paciente y la necesidad de una sedación rápida o lenta. Se descarta la administración i.v., ya que en este tipo de pacientes es prácticamente invariable.

Tabla 1. Fármacos y dosificación en la agitación psicomotriz y la violencia en el niño y el adolescente

Fármaco	Dosis para niños	Dosis para adolescentes	Presentación comercial
Haloperidol	2,5 mg i.m.	5 mg i.m.	Haloperidol <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 10 mg • Gotas (1 gota= 1 mg) • Inyectables 5 mg
Clorpromazina	12,5 mg i.m.	25 mg i.m.	Largactil <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 25, 100 mg • Gotas (1 gota= 1 mg) • Inyectables 25 mg
Risperidona	1 mg oral	2 mg oral	Risperdal <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 1, 2, 3 y 6 mg • Solución (1 mL= 1 mg)
Olanzapina	2,5 mg oral	5 mg oral	Zyprexa <ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 2,5; 5; 7,5; 10 mg • Inyectables 10 mg

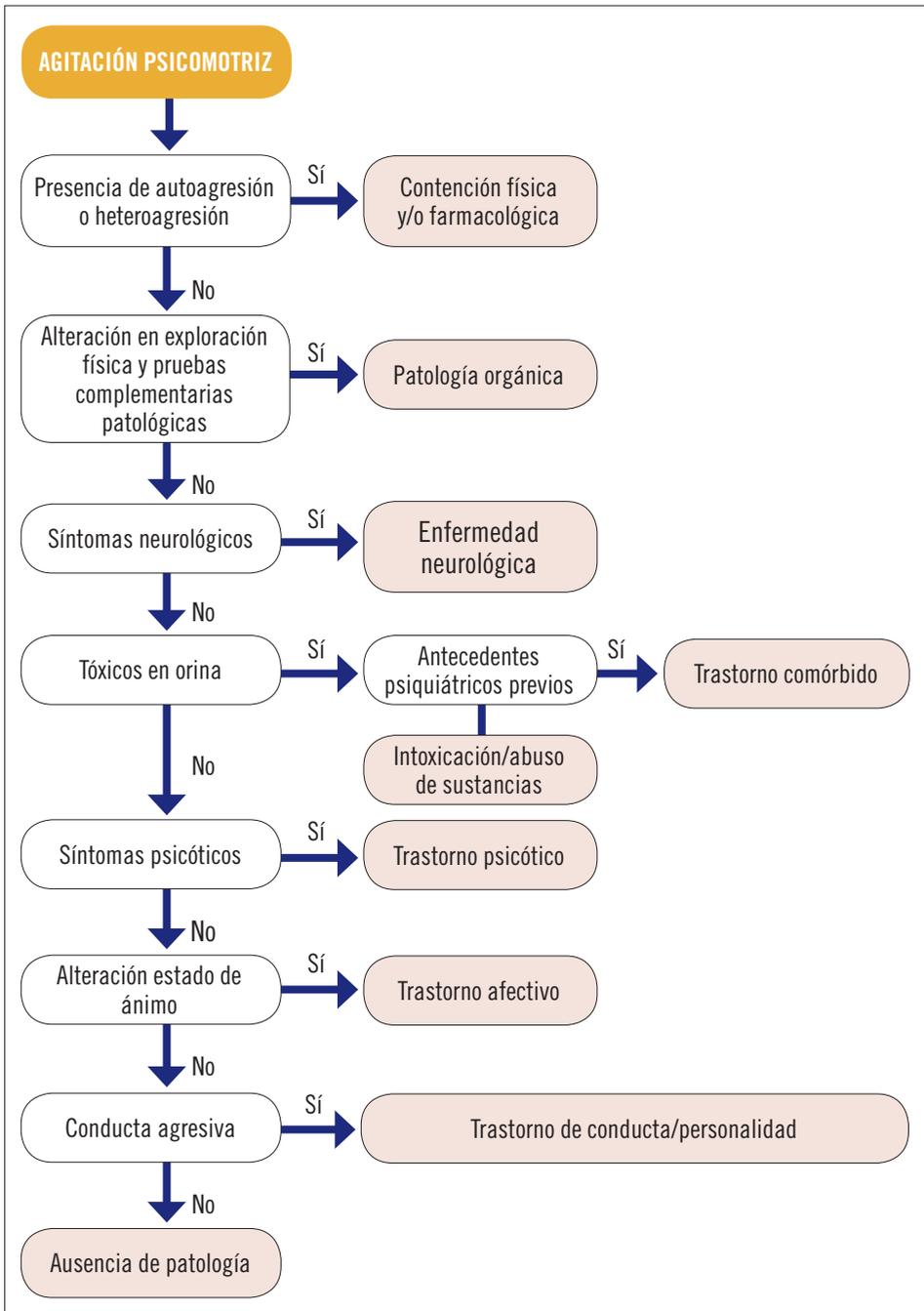


Figura 3. Árbol de decisión para el diagnóstico de la agitación psicomotriz

Una evaluación sistemática del episodio de agitación ayudará a realizar un diagnóstico preciso y adecuado (figura 3).

Ansiedad

La ansiedad es uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias; se estima una prevalencia del 9-15%. Se puede presentar como entidad aislada, junto con una enfermedad médica o comórbida a otro trastorno. Por este motivo, es fundamental identificar la etiología del cuadro de ansiedad, averiguando si es secundario a una patología psiquiátrica u orgánica, si responde a algún desencadenante o si se trata de un trastorno primario de ansiedad.

El principal síndrome de ansiedad en urgencias es la crisis de angustia. Consiste en breves e intensos episodios de aparición espontánea de ansiedad de unos 30 minutos de duración. La manifestación clínica de la ansiedad se observa a partir de síntomas físicos (palpitaciones, taquicardia, sudoración, palidez, temblores, disnea, sensación de ahogo, opresión o dolor torácico, náuseas, mareo) y psíquicos (desrealización, despersonalización, miedo a perder el control o a volverse loco, sensación de muerte inminente). En general, se dan en individuos previamente sanos, y la primera crisis es espontánea. Por ello, es necesario realizar una exploración física completa y pruebas complementarias que incluyan un electroencefalograma (EEG), una analítica completa y una valoración de tóxicos en orina.

La labor inicial en el abordaje de la sintomatología ansiosa es valorar hasta qué punto el grado de ansiedad que muestra el paciente es acorde con la magnitud del estímulo, o bien resulta desproporcionada, en duración o intensidad, lo que implica un intenso malestar subjetivo o una reducción significativa del funcionamiento psicossocial del niño y su familia. La valoración en urgencias incluiría los siguientes pasos:

1. Descartar una patología orgánica (neurológica, cardiovascular, endocrina, autoinmune o por intoxicaciones).
2. Identificar los trastornos específicos.
3. Tratamiento:
 - Psicoeducación sobre la ansiedad y su tratamiento.
 - Técnicas de respiración y relajación. Si el paciente hiperventila y hay parestesias, se recomienda respirar en una bolsa.
4. Tratamiento farmacológico: las benzodiazepinas de vida media corta (diazepam, alprazolam y clorazepato) estarían indicadas para la fase aguda.

Comportamientos autolíticos

Se estima que un 15% de las urgencias psiquiátricas en la población adulta se producen por conductas autolíticas o intentos de suicidio, y representan la décima causa de muerte en el mundo y la segunda causa entre los menores de 15-18 años. Un

2% de los pacientes fallece tras la tentativa. Se han observado más intentos de suicidio en mujeres, pero más suicidios consumados en hombres. Es más común en primavera y verano que en otoño e invierno. Aproximadamente el 80% de las personas que se suicidan han declarado previamente su intención de hacerlo, y un 30-40% de las víctimas de suicidio realizó al menos una tentativa previa antes de consumar el acto. Sin embargo, aproximadamente en el 30% de las tentativas, el primer contacto con un servicio de salud mental se produce en el box de urgencias. El 90% de las tentativas ocurren tras sobredosis farmacológicas, y las formas de suicidio consumado más habituales en nuestro medio suelen ser por ahorcamiento, precipitación y ahogamiento.

En niños con discapacidad intelectual y trastornos del espectro autista, los comportamientos autodestructivos se expresan generalmente en forma de estereotipias motoras, con movimientos rítmicos de ida y vuelta, o mediante conductas autoagresivas (morderse los labios, las manos y los brazos). En niños y adolescentes inestables emocionalmente, con rasgos de personalidad límite o con un trastorno de control de impulsos, la conducta autodestructiva suele manifestarse a menudo mediante cortes. La mayoría de estos pacientes presenta una disminución de la sensibilidad al dolor.

Pautas de intervención

En el servicio de urgencias, todos los casos de tentativa suicida deben recibir atención médica inmediata (diagnóstico y tratamiento del trastorno mental subyacente). En un primer momento en urgencias es difícil determinar si el intento autolítico fue un «grito de ayuda» o un acto de agresión contra uno mismo con una clara intención.

Durante la evaluación del riesgo suicida se deben valorar tres aspectos fundamentales:

- Factores de riesgo del individuo: diagnóstico de trastorno mental, historia de intentos previos, problemas en las relaciones sociales, problemas en el entorno familiar y escolar, consumo de tóxicos, experiencias traumáticas, enfermedad física que deteriora gravemente la calidad de vida.
- Gravedad de los intentos suicidas previos (si existen): peligrosidad del método escogido, conocimientos del paciente sobre la efectividad del método, planificación del intento, finalidad del acto suicida, probabilidad de ser descubierto por alguien antes de morir, sensación de alivio tras haber sido salvado, concepto y explicación del paciente sobre la muerte, y variación de las circunstancias personales, familiares y sociales que impulsaron al paciente a realizar el acto.
- Grado de elaboración de la idea suicida: ¿existe un plan detallado?, ¿dispone el paciente de los medios de suicidio planeados?, ¿sabe utilizar los medios elegidos?, ¿son letales los medios escogidos?, ¿el paciente ha hecho alguna previsión para ser salvado?

Habitualmente, es complejo y difícil establecer un vínculo terapéutico óptimo con estos pacientes, y más aún en un contexto de urgencia psiquiátrica. Se recomienda evitar conductas hostiles, desafiantes o amenazantes durante la entrevista clínica. Mientras dura la exploración es necesario hablar de la problemática suicida y establecer acuerdos concretos.

El objetivo principal en la fase aguda es evaluar el riesgo suicida y la reducción sintomática de la ansiedad. En esta fase se suele prescribir medicación sedativa, como las benzodiacepinas (diazepam y lorazepam). Se recomienda no utilizar antidepresivos en urgencias, ya que pueden incrementar el riesgo de suicidio; si se requiere administrar tratamiento antidepresivo, se optará por los fármacos de baja letalidad en caso de sobredosis (inhibidores de la recaptación de serotonina). La decisión sobre la hospitalización o el seguimiento ambulatorio viene determinada por la intensidad de la intencionalidad suicida, los factores personales (antecedentes de suicidio, presencia de trastorno mental asociado) y la calidad de los factores externos (soporte familiar con compromiso para prestar vigilancia y administrar correctamente la medicación prescrita). Se recomienda el ingreso durante 24-48 horas con el objetivo de realizar una observación, evaluación y vinculación posterior al alta adecuadas. Si el riesgo es pequeño y se considera que el paciente puede volver al domicilio, siempre bajo vigilancia familiar, se establece un «contrato» con él mediante el que se compromete a buscar ayuda médica en las posibles situaciones que considere que no va a poder controlar su intencionalidad suicida. En estos casos se debe hacer un seguimiento, y el menor debe ser reevaluado en un plazo máximo de 72 horas. Ante cualquier duda sobre el riesgo suicida se debe proceder al ingreso.

Abusos sexuales y malos tratos

Existen diferentes tipos de maltrato, que suelen presentarse asociados entre sí y en todos los ámbitos sociales:

- El abuso físico es toda acción no accidental por parte de los padres o tutores legales que provoca un daño físico o enfermedad al niño.
- El maltrato psicológico hace referencia a una situación crónica, en la que los responsables legales del niño le realizan acciones o privaciones que agreden su estabilidad emocional (rechazo hacia el menor, no permitir la relación social extrafamiliar, usar el miedo como forma de control, amenazar con castigos extremos o siniestros, exigirle de una forma inadecuada respecto a su edad y capacidades, darle respuestas emocionales inconsistentes, reforzar conductas antisociales).
- El *bullying*, o acoso escolar, se define como una forma de abuso emocional o físico que se ejerce mediante un desequilibrio de poder; se da de una forma continuada e intencionada entre iguales (estudiantes) en el entorno escolar.
- El abuso sexual se define como todas las situaciones en que el menor es forzado a participar en actividades sexuales que violan las normas sociales y legales. Son

situaciones que el menor no entiende ni en las que está preparado para actuar según su desarrollo, por lo que no puede consentirlas. Estos casos siempre implican una superioridad física o psíquica por parte del agresor.

Actuación en urgencias en caso de sospecha de abuso sexual

En los casos de abusos sexuales se aconseja realizar la exploración en un lugar privado y seguro. Durante la entrevista se recomienda obtener los siguientes datos: domicilio, identidad del supuesto agresor, circunstancias y lugar del abuso, actos sexuales particulares y uso de violencia física. También se valorarán los síntomas físicos y conductuales posteriores al incidente. Un relato detallado de un niño sobre un encuentro sexual se debe creer, considerándose verídico si es menor de 4 años, y en mayores de esta edad si el relato y la explicación resultan adecuados para su desarrollo y conocimientos. Durante la entrevista clínica se debe resaltar la mala acción del agresor, así como respetar siempre la decisión del niño de no hablar sobre el abuso. Es importante no realizar nunca las preguntas de forma directa y/o inductora; se recomienda el uso de otros canales de expresión en el niño, como el juego o el dibujo. En todos los casos debe recogerse en la historia clínica el relato literal del menor.

Generalmente, la visita a urgencias se produce debido a síntomas o lesiones causadas por el abuso. No siempre es necesaria la exploración física en urgencias; sólo si la última agresión tuvo lugar en las 72 horas previas, si los síntomas recientes hacen sospechar un abuso, si se debe proteger de forma urgente al menor y/o si éste debe recibir tratamiento médico o psicológico de forma urgente. En caso contrario, se recomienda realizar la exploración de forma preferente en unidades especializadas en la valoración de estos casos.

Habitualmente, aparte de los hallazgos físicos que pueda presentar el menor, se observan también determinados comportamientos inapropiados (una curiosidad sexual exagerada, acercamiento físico al adulto con connotaciones sexuales y un conocimiento sobre el comportamiento sexual no apropiado a su edad). En los casos de abuso son frecuentes también los síntomas ansiosos-depresivos, la disminución del rendimiento académico que no se explica por las capacidades del niño, las alteraciones de la conducta, la alteración en el ritmo sueño-vigilia, los cambios en la ingesta o la enuresis secundaria, entre otros signos.

Respecto a los aspectos legales que hay que tener en cuenta en estos casos, cabe destacar que todo profesional sanitario tiene la obligación legal de comunicar cualquier tipo de sospecha fundamentada de maltrato o maltrato evidente según el art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Debe notificarse el caso a los Servicios Sociales más próximos de la zona, a la Fiscalía de Menores y al Juzgado de Guardia. Se deberá adjuntar un informe médico junto con el impreso específico. El profesional sanitario de urgencias es un colaborador de la justicia, que en ningún caso que-

dará vinculado como parte del proceso; no obstante, puede ser citado por el juez para declarar como testigo. En todo proceso judicial el profesional sanitario debe decir la verdad sobre las lesiones y síntomas observados, pero ello nunca implica la obligación de probar quién es el autor de los hechos.

Cabe destacar que en el caso de adolescentes, si la víctima es madura emocional e intelectualmente, prevalecerá el derecho de confidencialidad del menor, sin perjuicio de notificar la agresión sexual a las autoridades competentes.

Niño menor de 6 años

Es un hecho constatado la baja frecuencia de urgencias psiquiátricas en niños menores de 6 años. Sin embargo, merecen una atención especial debido a las peculiaridades diagnósticas y terapéuticas que presentan. Las demandas pueden dividirse en varios tipos:

- Dudas respecto a la medicación psicofarmacológica o manejo de situaciones con un diagnóstico psiquiátrico.
- Alteración psicopatológica: alteraciones del desarrollo, inquietud-hiperactividad psicomotriz, insomnio o problemas alimentarios, tristeza-inhibición, irritabilidad-llanto excesivo, conductas autolesivas o agresivas.
- Problemática en relación con la custodia (divorcio traumático).
- Negligencia, maltrato, abusos.
- Sintomatología somática de etiología psiquiátrica: cefaleas y molestias gastrointestinales.
- Dudas en torno al abordaje familiar en relación con los acontecimientos vitales traumáticos.

Pautas de intervención

Los padres, en este periodo de la infancia, son uno de los objetivos básicos de nuestra intervención. Debemos estar alerta ante las reacciones de culpa y a los mecanismos de defensa proyectivos de los padres. Es necesario establecer criterios de realidad, incidir sobre la potencialidad de cambio y la plasticidad cerebral de los niños, pero sin crear falsas expectativas. Tras realizar una orientación diagnóstica y terapéutica debemos reforzar o favorecer la vinculación del paciente con un servicio de salud mental, determinar si debe o no ingresar y derivarlo a una unidad de salud mental o a un centro de atención precoz.

Tratamiento psicofarmacológico

Benzodiacepinas

Se prescriben por un efecto ansiolítico, hipnótico, anticonvulsionante y relajante muscular. Hay que tener presente que las benzodiacepinas producen con mayor frecuencia reacciones paradójicas (agitación y excitación) en niños más pequeños (tabla 2).

Tabla 2. Benzodiacepinas y dosificación en niños menores de 6 años

Fármaco	Dosis	Vía de administración
Diazepam	0,12-0,8 mg/kg/día, en dosis divididas cada 6-8 h	Oral
Lorazepam	0,25-0,50 mg/día	Oral
Clorazepato dipotásico	Iniciar con 2,5 mg/día	Oral
Clonazepam	0,01-0,03 mg/kg/día en 2 o 3 dosis e ir subiendo lentamente	Oral

Tabla 3. Neurolépticos y dosificación en niños menores de 6 años

Fármaco	Dosis	Vía de administración
Clorpromazina	0,5-1 mg/kg/día	Oral
Risperidona	0,25-0,50 mg/día	Oral
Olanzapina	Iniciar con 2,5 mg/día	Oral
Haloperidol	0,05-0,15 mg/kg/día (oral) 1-3 mg/dosis cada 4-8 h hasta un máximo de 0,15 mg/kg/día	Intramuscular Oral
Pimozida	0,05 mg/kg/día, dosis máxima de 0,2 mg/día	Oral

Neurolépticos

Se prescriben para tratar la sintomatología que implique una grave disrupción: agitación, autolesiones o cuadros de ansiedad que no responden ni a la contención verbal ni a las benzodiacepinas. Existen también estudios que refieren su uso favorable en la mejoría de la sintomatología característica del trastorno del espectro autista. Se prefiere el uso de antipsicóticos de segunda generación como primera elección debido a la menor presencia de efectos secundarios y a un mejor perfil terapéutico frente a los antipsicóticos de primera generación (tabla 3).

Los fármacos antiepilépticos pueden mejorar las alteraciones de conducta en niños con o sin un EEG alterado. Pueden combinarse con neurolépticos en casos de alteración de conducta que no responden adecuadamente a los neurolépticos solos. Se suele administrar ácido valproico en dosis de 10-30 mg/kg/día.

Los fármacos antihistamínicos se utilizan por sus efectos sedantes e hipnóticos. Se administra difenhidramina (5 mg/kg/día v.o.) o hidroxicina (2 mg/kg/día v.o.).

En los niños menores de 6 años no se recomienda el uso de estimulantes, y apenas es necesario prescribirlos en urgencias. Tampoco es frecuente que se prescriban antidepresivos en urgencias, ya que suele preferirse el tratamiento sintomático de la ansiedad o la alteración de la conducta con fármacos de tipo sedante.

Criterios de ingreso hospitalario en un servicio de psiquiatría y psicología infantojuvenil

Es difícil dar una pauta general sobre el tipo de trastornos psiquiátricos y pacientes que, una vez evaluados, deberían ingresar en una unidad psiquiátrica hospitalaria. Existen distintas variables y factores que pueden condicionar el ingreso, como la capacidad de contención familiar y soporte social, la posibilidad de seguimiento ambulatorio, junto con la presión asistencial y el grado de ocupación de las unidades de hospitalización. Se estima que al menos el 25% de las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes finaliza con la hospitalización psiquiátrica del menor. Sin duda alguna, el ingreso debe ser el mejor tratamiento posible para el menor en ese momento, por no existir otra alternativa extrahospitalaria que ofrezca el mismo beneficio. De forma general, los criterios de ingreso son los siguientes:

- Tentativas de suicidio en trastornos psicóticos o afectivos.
- Tentativas de suicidio de moderada-alta letalidad.
- Primer episodio psicótico.
- Descompensación psicótica aguda.
- Descompensaciones de pacientes con trastorno del espectro autista.
- Episodio maniaco.
- Trastorno obsesivo-compulsivo moderado-grave.
- Trastornos de la conducta alimentaria, en presencia de los siguientes factores:
 - Índice de masa corporal <16,5.
 - Alteración analítica asociada.
 - Negativa a la ingesta de sólidos y líquidos.
 - Bradicardia.
 - Descompensación de enfermedad somática.
 - Trastorno afectivo moderado-grave.
- Pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica aguda.
- Trastornos de conducta con otro trastorno psiquiátrico asociado.
- Patología dual.

Bibliografía

- Alda JA, Ferreria E, Hernández I, Gabaldon S. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. En: Soutullo C, coord. Psicofarmacología pediátrica: seguridad y eficacia. Madrid: Springer, 2013; 251-267.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Dietrich AM, Goldman RD, Warden CR. Emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatr Emerg Care*. 2008; 24(7): 485-498.

- Baren JM, Mace SE, Hendry PL. Special situations: child maltreatment, violence and response to disasters. *Pediatr Emerg Care*. 2008; 24(8): 569-577.
- Carubia B, Becker A, Levine BH. Child psychiatric emergencies: updates on trends, clinical care, and practice challenges. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(4): 41.
- Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V, Ferri P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 191-201.
- Dolan MA, Fein JA; Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*. 2011; 127(5): e1.356-1.366.
- Gerson R, Havens J, Marr M, Storfer-Isser A, Lee M, Rojas C, et al. Utilization patterns at a specialized children's comprehensive psychiatric emergency program. *Psychiatr Serv*. 2017; 68(11): 1.104-1.111.
- Lofchy J, Boyles P, Delwo J. Emergency psychiatry: clinical and training approaches. *Can J Psychiatr*. 2015; 60(6): 1-7.
- Nager AL, Pham PK, Grajower DN, Gold JI. Mental health screening among adolescents and young adults in the emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2015; 10: 1-5.
- O'Mara R, Hill RM, Cunningham RM, King CA. Adolescent and parent attitudes toward screening for suicide risk and mental health problems in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28(7): 626-632.
- 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(6): 203-211.