

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Carlo Carandang, Clare Gray, Heizer Marval-Ospino & Shannon MacPhee

Editores: Matías Irrarázaval, Andres Martin & Laura Borredá

Traductores: Laura Álvarez Bravos, Elena Guillot de Mergelina, Álvaro Doña & Beatriz Ortega



Carlo Carandang MD, FAPA
Psiquiatra, Halifax, Nova Scotia, Canada

Conflictos de intereses:
Consejo asesor: Shire;
Subvención educativa: Pfizer;
Honorarios: Purdue, Bristol-Myers Squibb, Janssen

Clare Gray MD, FRCPC

Jefe de Servicio, Servicios Psiquiátricos Basados en la Comunidad, Hospital de niños del este de Ontario & Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ottawa, Canada

Conflictos de intereses:
ninguno reportado

Heizer Marval-Ospino MD, FRCPC

Psiquiatra, Halifax, Nova Scotia, Canada

Conflictos de intereses:
ninguno reportado

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S. Urgencias Psiquiátricas en Niños y Adolescentes (Irrarázaval M, Martin A, Borredá L, ed. Álvarez L, Guillor E, Doña A, Ortega B. rev). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines 2018.

Los niños y adolescentes que presentan una patología mental aguda requieren una evaluación concisa y sistemática, para determinar si el joven sufre un trastorno psiquiátrico agudo o un problema de salud mental que presenta en forma de crisis. Sin embargo, antes de que se pueda proceder a la evaluación mental, se deben descartar complicaciones orgánicas agudas subyacentes. En última instancia, es necesaria una evaluación urgente de salud mental para determinar si es necesario un mayor nivel de atención como: el ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica, en una unidad de intervención en crisis o la derivación urgente a los sistemas de Salud Mental ambulatoria.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA URGENTE

La evaluación psiquiátrica urgente de un joven en crisis puede realizarse de forma ambulatoria, pero lo ideal es llevar a cabo la evaluación dentro del encuadre del servicio de urgencias de un Hospital. Este está más equipado para contener y filiar la crisis de forma rápida y segura. Además, el paciente pediátrico en crisis normalmente no colabora y puede presentar desinhibición conductual, cuestión que puede requerir contención inmediata para mantener a salvo tanto al paciente como a los demás.

Este capítulo se centrará en la evaluación psiquiátrica de emergencia en el servicio de urgencias. Un número creciente de pacientes con problemas de salud mental acceden a los servicios de urgencias psiquiátricas para ser atendidos (Newton et al, 2009). Esta tendencia se ha atribuido, entre otras cuestiones, a un aumento de la prevalencia de trastornos mentales en el contexto de una limitada disponibilidad de recursos de salud mental y el creciente uso de sustancias, especialmente alcohol y anfetaminas, aunque esto puede variar entre los diferentes países.

El servicio de urgencias es un punto de partida clave para la atención de las crisis, un enlace para los servicios en la comunidad y ha sido descrito como una “red de seguridad” para pacientes y sus familias cuando requieren atención psiquiátrica urgente. Las presentaciones más comunes de los problemas de salud mental en un servicio de urgencias pediátricas en los países occidentales son: abuso de sustancias, ingestas medicamentosas, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos de conducta (Newton et al, 2009). Además, las conductas suicidas y las agresiones que se presenten requerirán una evaluación rápida, concisa y sistemática, y contención para garantizar la seguridad del paciente y de los demás. También están contemplados la evaluación y el manejo del abuso infantil en las urgencias pediátricas. Este capítulo otorga a los clínicos una visión general sobre cómo abordar una evaluación urgente así como herramientas para contener las crisis potencialmente graves y peligrosas.

Objetivos de la evaluación urgente

1. Determinar si el paciente está en riesgo inminente de dañarse a sí mismo o a los demás
2. Establecer la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos(s)
3. Recabar los factores que pueden haber contribuido o causado el inicio de estos problemas o su persistencia (genéticos, de desarrollo, familiares, sociales, médicos)
4. Evaluar el nivel normal de funcionamiento del paciente y en qué

Shannon MacPhee MD,
FRCPC

Profesor Adjunto, Dalhousie
Universidad, Departamento de
Urgencias Médicas & Jefe,
Medicina de Urgencias, IWK
Health Centre, Halifax, Nova
Scotia, Canada

Conflictos de intereses:
ninguno ninguno reportado

medida este se ha visto afectado por la enfermedad

5. Identificar las áreas de fortaleza así como los potenciales apoyos dentro de la familia y un más amplio entorno social
6. Identificar los problemas diana de cara al tratamiento y
7. Determinar si se necesita una hospitalización psiquiátrica

La evaluación de un niño o adolescente difiere de la de los adultos en varios aspectos. Mientras que la mayoría de los adultos buscan ellos mismos ayuda, los niños raramente lo hacen. Además, dependiendo de la edad y del desarrollo, algunos niños son incapaces de proporcionar una información clínica necesaria e histórica. Por lo tanto, los padres o los cuidadores son a menudo la principal fuente de información (sin embargo, esto no quiere decir que los menores deban ser excluidos del proceso). También tienen gran importancia otros informantes como: maestros, cuidadores u otras personas que conozcan al paciente. Otro aspecto crucial de la evaluación clínica en esta población es el nivel de desarrollo del niño a la hora de considerar si los comportamientos y/o el funcionamiento son apropiados. Para realizar juicios certeros sobre el comportamiento del niño, se requiere una sólida comprensión acerca de cuál es el desarrollo adecuado. De forma similar a la evaluación de los adultos, la evaluación clínica conlleva una historia detallada, un examen del estado mental (y pruebas de una exploración física reciente), una formulación del caso (integrando todos los datos disponibles en cuanto a aspectos biológicos, psicológicos y sociales), un diagnóstico diferencial y un diagnóstico final. Esta formulación integrada debe ser transmitida al paciente y a su familia, debiendo ser utilizada para acordar un plan de tratamiento.

Recomendaciones generales

Los médicos pueden diferir en sus puntos de vista sobre la forma de estructurar las entrevistas clínicas aunque la mayoría estarían de acuerdo en que varían en función de la edad y el nivel de desarrollo del paciente. Tras un breve saludo e introducción, algunos prefieren ver a los adolescentes solos primero y luego junto con los padres - o cada uno solo en caso de entender que puede haber demasiado conflicto. Para los niños, se prefiere normalmente lo opuesto: ver al niño junto con los padres o los padres solos en primer lugar y luego entrevistar al niño solo. Los menores de 12 años de edad tienen menos probabilidad de responder de forma fiable a preguntas acerca del estado de ánimo, del inicio y duración de los síntomas. Tienen más dificultades para compararse a sí mismos con sus pares y responder a las preguntas que requieren que el niño utilice el juicio (Granero Pérez et al, 1998). Además, entrevistarse con los padres primero puede proporcionar una orientación para el clínico así como las áreas de interés que deben abordarse cuando se valore al niño. Durante las entrevistas, en particular con los niños más pequeños, puede ser útil hablar de temas neutros en primer lugar con el fin de que el niño esté cómodo. Este enfoque también permite la evaluación del habla del niño, su discurso y sus patrones de pensamiento. Las preguntas sobre comportamiento o emociones deben ser simples (por ejemplo, tratar de un aspecto concreto cada vez: “¿te has sentido tan mal que has estado llorando a menudo en los últimos días?”). Es más útil entender cómo se siente el niño, cómo piensa o se comporta que sondear el porqué llorando a menudo en los últimos días? “). Es más útil entender cómo se siente el niño, cómo piensa o se comporta que sondear el por qué.



Haga clic en la foto para acceder a “Child and Youth Emergency Mental Health Care: A National Problem” por JL Cooper and R Masi. Centro Nacional de menores en pobreza (2007)

Los adolescentes valoran su intimidad e independencia y son más propensos a compartir información si saben que se mantendrá la confidencialidad, lo cual debe ser planteado desde el principio. Los médicos deben describir las condiciones bajo las que se compartirá información con los padres - tales como problemas de seguridad (pensamientos suicidas y homicidas). Cuando se sospecha un abuso, también se debe explicar el papel de los médicos como responsables de informar (en la mayoría de los países). Dado que la protección de los niños es de vital importancia, las revelaciones de un abuso al médico, tanto por parte del niño como de otros, deben ser compartidas con el dispositivo local encargado de la protección del menor. Los temas delicados como el abuso de sustancias, la actividad sexual y los embarazos no son necesariamente una justificación para romper la confidencialidad, a menos que existan circunstancias especiales, como por ejemplo un joven que conduce repetidamente un vehículo a motor estando intoxicado. Generalmente sí que es apropiado, por otro lado, animar a los jóvenes a compartir esta información directamente con los padres.

Diagnóstico

Es importante determinar si el paciente tiene un diagnóstico psiquiátrico o un problema de salud mental. Por lo general, las necesidades serán distintas si la presentación es como un trastorno psiquiátrico agudo o como problemas de adaptación tras una ruptura con novio o novia. Los trastornos psiquiátricos agudos y los problemas de salud mental agudos se tratarán más adelante.

Historia del tratamiento

Es esencial recopilar y evaluar los tratamientos previos, incluyendo la farmacoterapia y la psicoterapia. Se necesita una revisión detallada de los tratamientos previos, su duración, las dosis de los fármacos, los efectos secundarios, la adherencia al tratamiento, las hipersensibilidades e información en cuanto a si el paciente mostró una respuesta positiva o negativa.

Trastornos comórbidos

En situaciones de urgencia, el trastorno más agudo y prominente debe ser abordado en primer lugar (por ejemplo, un adolescente con un episodio maníaco y un TDAH requiere que el primer diagnóstico sea atendido en un servicio de urgencias). Los trastornos comórbidos que se presentan con menor gravedad y agudeza deberán ser evaluados en otro momento en una unidad ambulatoria.

Evaluación de la familia

Para una evaluación urgente, la atención debe centrarse en los problemas de salud mental de familias de alto riesgo, como el suicidio, el abuso de sustancias, los trastornos del estado de ánimo y la psicosis. Si existe historia familiar de enfermedad mental, nos debe sugerir que el paciente identificado está en un mayor riesgo de desarrollar la misma enfermedad.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS AGUDOS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE URGENCIAS

Es importante evaluar si el paciente que se presenta en crisis en el servicio de urgencias tiene un trastorno psiquiátrico subyacente. A continuación se enumeran los trastornos psiquiátricos que comúnmente se presentan de forma aguda en el



Haga clic en la foto para ver un video que explica lo que los padres, los niños y los cuidadores deben esperar cuando se lleva a un niño a Urgencias de Salud Mental (8:45)

servicio de urgencias acompañados de una breve descripción clínica y nemotécnia (Tabla J.1.1) (consulte los capítulos correspondientes en el libro para más detalles sobre estos trastornos).

Psicosis

La psicosis consiste en un trastorno del pensamiento (delirios) y de la percepción (alucinaciones) en el que hay un grave deterioro del juicio de realidad. Los jóvenes con psicosis pueden experimentar un deterioro en su funcionamiento social y cognitivo anterior a la presentación de los síntomas psicóticos. A menudo, este deterioro se manifiesta de forma generalizada a través de un retraimiento social, una disminución del rendimiento académico, conductas y pensamientos extraños o excéntricos, abandono del autocuidado, desconfianza, ansiedad, irritabilidad, hostilidad o agresiones. Los pacientes podrían no acudir para recibir atención médica y son a menudo llevados por sus familiares. Los jóvenes en el servicio de urgencias podrían estar asustados, aprensivos, irritables o agitados. La nemotécnia THREAD (Tabla J.1.1) puede ayudar a que los médicos recuerden los criterios de psicosis.

Episodio maníaco

El sello distintivo de un episodio maníaco es la presencia de irritabilidad, hipertimia o ánimo expansivo representando un cambio significativo respecto al estado de ánimo habitual del joven y persistiendo durante al menos una semana. Se recomienda la estrategia “FIND” (frecuencia, intensidad, número y duración) (Kowatch et al, 2005) para evaluar los síntomas de un joven con manía. El cambio en el estado de ánimo suele ir acompañado de un cambio en la percepción de sí mismo que se manifiesta por grandiosidad. Durante un episodio maníaco, los adolescentes muestran una menor necesidad de sueño, presión del habla, fuga de ideas, incremento de intereses en múltiples actividades, incremento de conductas sexuales debido a un menor control de impulsos y pobre juicio y pueden mostrar un cambio de estilo en el vestir, volviéndose más provocativo. Durante los primeros días de un episodio maníaco, podría haber un aumento de la productividad; sin embargo, esto es por lo general autolimitado debido a la creciente tendencia a la distracción. Más de la mitad de los adolescentes con manía pueden desarrollar síntomas psicóticos que suelen ser congruentes con el estado de ánimo (Yatham et al, 2009). La nemotécnia para la manía es DIGFAST (Tabla J.1.1), desarrollado por William Falk (Ghaemi, 2003, página 13).

Depresión

Los jóvenes con depresión presentan a menudo irritabilidad más que humor depresivo o tristeza. Hasta un 60% también tienen ideación suicida y un 30% intentos de suicidio (Birmaher et al, 2007). Un joven deprimido experimenta irritabilidad o ánimo depresivo que persiste durante más de dos semanas y se asocia con un deterioro en el funcionamiento. También pueden presentar anhedonia, retraimiento social, disminución del rendimiento académico, alteraciones en patrón de sueño, cambios en el apetito o peso y fatiga. Una autovaloración negativa, una baja autoestima y distorsiones cognitivas llevan a los adolescentes a tener pensamientos de inutilidad, desesperanza, culpabilidad, muerte y suicidio. Los niños pueden presentar síntomas somáticos o alteraciones del comportamiento, ya que puede que aún no tengan capacidad cognitiva para verbalizar pensamientos de

Tabla J.1.1. Mnemotécnicas para los trastornos psiquiátricos agudos en niños y adolescentes.

THREAD (psicosis)

- Thinking - el pensamiento puede estar desordenado
- Hallucinations - pueden existir alucinaciones
- Reducido contacto con la realidad
- Emotional - afectación del control emocional (afecto incongruente, aplanamiento afectivo)
- Arousal - la excitación puede agravar los síntomas
- Delusions - pueden existir delirios

DIG FAST (episodio maníaco) Tendencia a la **Distracción**

- Tendencia a la **Distracción**
- Insomnio (disminución de la necesidad de dormir)
- Grandiosidad
- Fuga de ideas
- Incremento de la **Actividad**
- Speech - presión del habla
- Thoughtlessness - comportamientos imprudentes, impulsivos

SIGECAPS (depresión)

- Pensamientos **Suicidas**
- Disminución de los **Intereses**
- Guilt** -culpa
- Disminución de la **Energía**
- Disminución de la **Concentración**
- Alteraciones del **Apetito** (aumento o disminución)
- Alteraciones **Psicomotoras** (agitación o enlentecimiento)
- Alteraciones del **Sueño** (aumento o disminución)

TRAUMA (TEPT)

- Evento **Traumático**
- Reexperimentación**
- Avoidance** - evitación
- Unable** - incapacidad para funcionar
- Un **Mes** o más de síntomas
- Arousal** - incremento de excitación

WILD (abuso de sustancias)

- Work** - fallos en los roles laborales, escolares y en casa
- Consecuencias** interpersonales o sociales
- Problemas **Legales**
- Dangerous** - uso peligroso

ADDICTeD (substance dependence)

- Abandono o reducción de **Actividades**
- Dependencia** y tolerancia física
- Dependencia** y abstinencia física
- Consecuencias** personales (**Internas**): físicas o psicológicas
- Imposibilidad de abandonar o **Controlar** consumo
- Consume mucho **Tiempo**
- La **Duración** del uso es mayor de lo que se intenta

culpa y desesperanza o identificar su propio estado de ánimo (Baren et al, 2008). Los síntomas psicóticos o melancólicos se presentan con menor frecuencia en niños con depresión (Rao et al, 2009). La nemotécnia para la depresión es SIGECAPS (Tabla J.1.1), desarrollado por Carrey Bruto (Ghaemi, 2003, p11).

Trastornos de ansiedad

Hay varios subtipos de trastornos de ansiedad en la juventud, pero nos vamos a centrar en el trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico y fobia social, ya que estos trastornos pueden requerir atención inmediata en el servicio de urgencias.

Trastorno por estrés agudo

La presentación de los jóvenes con trastorno por estrés agudo es similar a la del trastorno por estrés postraumático en relación a los síntomas. Sin embargo, como el trastorno por estrés agudo está limitado a un mes tras el evento traumático, la explicación subjetiva de los síntomas por parte del joven está más centrado en el trauma que en la reexperimentación del mismo. Cuando los jóvenes hablan del evento traumático, a menudo lo describen como experimentado de forma disociativa. Por ejemplo, pueden describirlo como viéndolo ocurrir sin una respuesta emocional o con un recuerdo incompleto.

Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

El trastorno por estrés postraumático requiere la presencia de un evento traumático por el que el individuo experimenta un miedo extremo, desesperanza u horror. En los niños más pequeños puede ser expresado a través de una conducta agitada o desorganizada. La experiencia traumática conduce a reexperimentar los síntomas asociados con el trauma, a evitar estímulos asociados con el mismo y a una hiperexcitación que causa malestar significativo o deterioro funcional. La mayoría de los individuos expuestos a un trauma severo desarrollan algunos de estos síntomas pero generalmente no duran más de un mes.

Cuando los síntomas duran más de un mes, se justifica un diagnóstico de Trastorno por Estrés postraumático. Dado que el acontecimiento traumático está vinculado a la aparición del trastorno, los niños y los adolescentes pueden mostrar síntomas o comportamientos no presentes previamente. Los padres no son siempre conocedores de la exposición de sus hijos al trauma, o pueden ser los responsables. Una dificultad para establecer este diagnóstico en los jóvenes es que la evitación, característica del propio trastorno, hace complicado que los jóvenes informen o recuerden este evento traumático. Los niños pequeños pueden recrear elementos de la experiencia traumática a través del juego, experimentar terrores nocturnos sin contenido relativo al trauma, tornarse agresivos o desarrollar ansiedad de separación o miedos, que no necesariamente están relacionados con el evento traumático. Los niños mayores y los adolescentes pueden presentar síntomas de ansiedad generalizada, uso de sustancias y conductas autolesivas. La nemotécnia para el TEPT (Tabla J.1.1) es TRAUMA (Khouzam, 2001).

Trastorno de pánico

Un ataque de pánico es la aparición repentina de miedo intenso y síntomas asociados, con una duración máxima de diez minutos: palpitaciones, dificultades en la respiración, parestesias, mareos, sudoración, temblores y percepción de

asfixia. Los niños y los adolescentes pueden experimentar ataques de pánico en respuesta a estímulos ansiógenos dentro de cualquier trastorno de ansiedad, otros trastornos mentales y algunas enfermedades médicas. Se podría considerar que un joven tiene un trastorno de pánico cuando los ataques de pánico son repetitivos y transcurren con o sin estímulo desencadenante. También se preocupan por tener futuros ataques de pánico y cambian sus conductas intentando evitarlos. .

Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Los niños y los adolescentes con fobia social experimentan una angustia y un marcado miedo a situaciones sociales, que deriva en un patrón de evitación y ansiedad anticipatoria ante estas situaciones. Los niños más pequeños podrían no ser capaces de verbalizar cuáles son los estímulos ansiógenos; por lo tanto, su ansiedad puede expresarse en forma de rabieta o crisis de llanto. Los niños mayores y los adolescentes podrían tener síntomas somáticos como náuseas, dolor abdominal o dolores de cabeza relacionados con situaciones sociales. Como resultado, pueden no asistir o participar en actividades no familiares para ellos o que exijan su participación activa. Esto puede presentarse a lo largo de un espectro: desde evitar elevar la mano en clase a rechazar acudir al colegio o cualquier aglomeración.

Trastornos conductuales

Los jóvenes con trastornos conductuales pueden ser llevados al servicio de urgencias por agresiones y alteraciones del comportamiento importantes. Aquí se incluye el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno de la conducta.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Los síntomas principales del TDAH son falta de atención, hiperactividad e impulsividad. Los niños y adolescentes con TDAH presentan los síntomas antes de los 7 años, con un deterioro funcional en al menos dos áreas. Ocurren con frecuencia y pueden exacerbarse cuando el joven está en grupo o involucrado en actividades que requieren concentración o falta de novedad e interés. Los síntomas de hiperactividad e impulsividad se tornan más evidentes conforme el joven se convierte en disruptivo y ruidoso o tiene dificultades para quedarse quieto o para esperar. Como consecuencia de su hiperactividad, se lesionan con frecuencia. Los niños con TDAH que son llevados al servicio de urgencias es normalmente debido a agresiones o comportamientos disruptivos.

Trastorno negativista desafiante

La característica principal es un patrón de comportamiento inadecuado, desafiante, desobediente, negativista y hostil hacia las figuras de autoridad. Este patrón ha de estar presente durante al menos seis meses y conducir a un deterioro académico, social u ocupacional. Los niños y adolescentes con este trastorno replican a menudo a sus padres o rechazan seguir sus reglas, siendo el trastorno más evidente en el hogar. Estos jóvenes son propensos a perder el control y pueden llegar a ser agresivos, normalmente de forma verbal, sin las graves agresiones vistas en el Trastorno de conducta.

Trastorno de conducta

Los niños y adolescentes con trastorno de conducta tienen una incapacidad para valorar el bienestar de los demás y muestran poca culpa o remordimiento acerca

de perjudicar a los demás. Muestran un patrón de comportamiento persistente y repetitivo donde son violados los derechos básicos de otras personas o las normas sociales importantes. A menudo tienen una larga historia de expulsiones escolares, peleas, agresiones y comportamiento destructivo. Utilizan a menudo mentiras para salir de situaciones complicadas y son frecuentes los hurtos. Los cuatro principales grupos de síntomas son: agresión o amenazas de daño a personas o animales; daños deliberados a propiedades; repetidas violaciones de la propiedad, de reglas de la escuela o de leyes; y mentir constantemente para evitar consecuencias (American Psychiatric Association, 1994). Este patrón provoca un deterioro social, académico o laboral significativo.

Trastornos relacionados con sustancias

Los adolescentes que usan sustancias acuden habitualmente al servicio de urgencias con intoxicaciones o síntomas de abstinencia. Sin embargo, es importante evaluar el patrón de consumo para establecer si el joven tiene un abuso o una dependencia de sustancias. Ambos están asociados con deterioro psicosocial o fracaso académico.

Abuso de sustancias

La característica principal del abuso de sustancias es el uso continuo de una sustancia a pesar de las consecuencias, incluyendo daño real o potencial. La nemotécnia para el abuso de sustancias (Tabla J.1.1) es WILD (Bogenschutz et al, 2001).

Dependencia a sustancias

Tras una exposición prolongada a una sustancia adictiva, el patrón de consumo se torna habitual y compulsivo. El joven se vuelve incapaz de controlar su consumo ya sea en cantidad o frecuencia. El funcionamiento se ve afectado conforme el menor prefiere progresivamente involucrarse en el uso de sustancias a expensas de abandonar otras actividades (amigos, familia, aficiones, escuela o trabajo). El patrón desadaptativo de consumo continúa a pesar de presentar los problemas físicos y psicológicos causados o exacerbados por la sustancia. Junto con este patrón de uso, el joven desarrolla tolerancia, necesitando dosis cada vez más altas para lograr el mismo efecto o experimentando síntomas de abstinencia cuando el consumo es reducido o suspendido. La nemotécnia para la dependencia de sustancias (Tabla J.1.1) es ADDICTeD (Bogenschutz et al, 2001).

PROBLEMAS MENTALES AGUDOS QUE SE PRESENTAN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Los problemas agudos de salud mental se pueden presentar en el servicio de urgencias con o sin un trastorno mental agudo. Además de evaluar la presencia de este, es también importante evaluar los problemas graves de salud mental como pueden ser las conductas suicidas, la agresión, conflictos paternofiliales, problemas adaptativos, abuso o menores sin hogar.

La conducta suicida

Un intento de suicidio es la presentación más común de los jóvenes en el servicio de urgencias. Una vez que los pacientes han sido estabilizados médicamente, el médico de urgencias debe determinar el riesgo de suicidio de los pacientes. El

suicidio es un problema importante de salud pública alrededor del mundo. En un reciente estudio con datos de 90 países se determinó una tasa de suicidio de 7,4/100.000 para adolescentes de 15 a 19 años de edad, con una tasa más alta para varones (10.5) en comparación con mujeres (4.1). En este mismo estudio se encontró que el suicidio representaba el 9,1% de todas las muertes para este grupo de edad y la tercera de las causas de muerte entre mujeres y cuarta para varones (Wasserman et al., 2005). En los EE.UU., el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre jóvenes de 15 a 24 años suponiendo el 12,2% de todas las muertes en este grupo de edad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2010).

Los datos de los EE.UU. mostraron que en un período de un año, el 14% de los estudiantes de 9 a 12 grado tenían ideación suicida. Además, esta encuesta también mostró que en el período de un año, el 11% de los estudiantes había pensado un plan de suicidio, el 6% había cometido al menos un intento de suicidio y el 2% había cometido un intento de suicidio requiriendo atención médica (Eaton et al, 2009) (véase también el capítulo E.4).

Evaluación del riesgo de suicidio

Dos cuestiones importantes son: el grado de seguridad (en la evaluación) y la potencial variabilidad (del riesgo). Es importante recordar que los factores de riesgo no causan suicidio necesariamente, sino que más bien son características asociadas a las conductas suicidas. Como tal, estos factores pueden proporcionar una guía para la evaluación del paciente con vulnerabilidad al suicidio.

Colaboración

El nivel de colaboración es crucial para la detección, evaluación y manejo del riesgo de suicidio y debe ser evaluado ya que influye en la seguridad de la evaluación del riesgo. Por ejemplo, la falta de colaboración del paciente y la incapacidad del médico para comprometerse pueden desembocar en una mala detección y evaluación. Esto llevaría a un bajo nivel de seguridad en la evaluación del riesgo, incrementando de este modo el riesgo en sí mismo.

El primer paso es establecer una alianza terapéutica. Hay muchas formas de hacerlo pero lo más importante, en un ajetreado servicio de urgencias, es que el médico ha de sentarse, establecer contacto ocular y no parecer distraído o apresurado (por ejemplo, realizar la entrevista en un despacho en lugar de realizarla de pie en un pasillo). Proporcionar un ambiente tranquilo y seguro y ser empático. Es más probable que los menores se abran en cuanto a su ideación y planificación suicida si perciben que el médico está interesado en ellos y trata de comprenderlos. Además, es importante que los médicos sean conscientes de sus propias emociones hacia los pacientes con tendencias suicidas - contratransferencia. Ser abierto, aceptando las creencias y sentimientos del joven. En la mayoría de las culturas el suicidio está considerado negativamente, sin embargo, a la hora de evaluar a un niño o adolescente con tendencias suicidas, es importante no ser crítico pues así se fomentará la alianza terapéutica a través de una comunicación honesta y abierta.

Los límites de la confidencialidad deben ser explicados claramente al inicio de la evaluación. La confidencialidad debe mantenerse a menos que el joven esté en riesgo de hacerse daño sí mismo (suicidio) u otros (homicidio) o en caso de que un tercero esté dañándoles a ellos (maltrato infantil). Estas situaciones permiten

romper la confidencialidad.

Detección

La detección trata de evaluar los factores de riesgo personales, la intencionalidad, la letalidad, el estado mental e información colateral. Es importante preguntar directamente sobre los pensamientos y la planificación del suicidio; esto no va a aumentar el riesgo (Gould et al, 2005). Como se ha mencionado anteriormente, el nivel de colaboración en la entrevista es crucial para la detección: introducir el tema de forma suave y progresivamente, a través de preguntas generales, pasar poco a poco a un interrogatorio más directo preguntando, por ejemplo:

- ¿Has tenido alguna vez la sensación de que no quieres levantarte por la mañana?
- ¿Has tenido alguna vez pensamientos de que no puedes más?
- ¿Alguna vez piensas que estaría bien si te fueras a dormir y no despertarías?
- ¿Alguna vez has pensado en poner fin a tu vida?
- ¿Alguna vez has pensado en un plan para poner fin a tu vida?
- Si es así - cuéntame sobre ese plan
- ¿Qué tan cerca has estado de llevar a cabo ese plan?

Factores de riesgo personales. La enfermedad psiquiátrica es un factor de riesgo para el suicidio. Las investigaciones en autopsias psicológicas han demostrado que, dentro de los adolescentes que consumaron el suicidio, el 90% aproximadamente tenían una enfermedad psiquiátrica diagnosticable principalmente depresión, trastorno bipolar, uso de sustancias y trastornos de conducta (Brent et al, 1993; Shaffer y Pfeffer, 2001). El menor con psicosis puede presentar un elevado riesgo de suicidio, especialmente si está experimentando alucinaciones impositivas acerca de que se mate. La depresión, particularmente cuando asocia elevados niveles de desesperanza, conlleva un riesgo significativo de suicidio. Por lo tanto, otra área importante a evaluar es el grado de desesperanza. Preguntar “¿Crees que las cosas van a mejorar?” puede ser útil en la evaluación de este importante aspecto. Los pacientes que no tienen ninguna esperanza en que las cosas vayan a mejorar tienen mayor riesgo de suicidio. Preguntar sobre planes de futuro inmediato (es decir, el próximo fin de semana o esa noche) así como para un futuro más lejano (por ejemplo, tras la graduación de secundaria) pueden ayudar a determinar si el paciente se ve a sí mismo en el futuro; aquellos en los que hay falta de orientación respecto al futuro presentan un mayor riesgo de suicidio.

Haber ideado planes suicidas también aumenta el riesgo. Por el contrario, la ideación suicida pasiva tiene menor riesgo. Haber realizado un intento suicida reciente es un factor de riesgo y aumenta el riesgo de sucesivos intentos. Entre los sujetos que realizan tentativas suicidas, el periodo de mayor riesgo de suicidio consumado parece estar en el primer año tras el intento inicial (Gould et al, 2003). Eventos importantes recientes, especialmente las pérdidas (ruptura de una relación, pérdida de trabajo), humillaciones (que inducen vergüenza, culpa o ira) o crisis disciplinarias son otro factor de riesgo. El momento del intento de suicidio se asocia a menudo con un evento estresante vital. Otros factores de riesgo de



suicidio incluyen un alta reciente (dentro del último mes) desde una Unidad de Hospitalización psiquiátrica e intoxicación de alcohol.

Los menores con antecedentes familiares de suicidio tienen mayor riesgo tanto de suicidio consumado como de intentos de suicidio. No está claro si este aumento del riesgo se debe a influencias genéticas a influencias ambientales o a ambas. En cuanto a las influencias genéticas, podría tener que ver con la transmisión de una tendencia específica para el suicidio o para enfermedad psiquiátrica ya que estos dos factores frecuentemente ocurren juntos (Gould et al, 2003).

La intencionalidad se refiere si los jóvenes con conductas autolesivas buscaban realmente matarse o no (como en el caso de las conductas parasuicidas) y, si es así, en qué medida están decididos. El uso de escalas de 1 a 10 puede ser útil con los jóvenes que tienen a menudo dificultades para expresar sus pensamientos y emociones. Por ejemplo, “en una escala del 1 al 10, siendo 1 no tener intención de seguir adelante y 10 siendo completa la intención de matarse, ¿cuál sería la probabilidad de que siguieras adelante con tu plan suicida?”. A la mayoría de las personas les resulta angustiante tener pensamientos suicidas y están más que dispuestos a hablar de estos pensamientos si se les pregunta por ellos.

Letalidad

Al evaluar el riesgo de suicidio tras un intento de suicidio es importante obtener una buena historia de los eventos precedentes y posteriores al intento. Las

preguntas en relación a la letalidad incluyen:

- ¿Fue el intento cuidadosamente planeado o fue impulsivo?
- ¿Hubo prevención de rescate o similar?
- ¿Hubo preparativos y se adoptaron medidas para asegurar la muerte?
- ¿Creyeron que iba a morir?
- ¿Se cerraron asuntos personales? (Por ejemplo, hizo arreglos para las mascotas, deudas, despedidas, regalar pertenencias y carta)
- ¿Había medios letales disponibles?

Los médicos deben evaluar la letalidad del intento - incluyendo tanto la realidad objetiva como la subjetiva. Los profesionales saben qué medicamentos son potencialmente letales (por ejemplo, paracetamol/acetaminofeno) mientras que los pacientes pueden no saberlo; por ejemplo, un paciente puede tomar una sobredosis no letal (por ejemplo, penicilina) creyendo que sí era potencialmente letal ya que es un medicamento sujeto a prescripción médica. En la recogida de información sobre las circunstancias que rodean a un intento de suicidio, es también importante evaluar la disponibilidad de ayuda y potencial aborto de la tentativa ya que esto proporcionará más pistas acerca del grado de intencionalidad.

Comience con preguntas abiertas como “¿qué ocurrió para traerte aquí?” o “¿puedes describir qué pasó?”. Esto permite a los pacientes contar su historia mediante sus propias palabras. Después continúe con preguntas más directas para determinar los pensamientos y las emociones del paciente antes, durante y después del evento. Por ejemplo (en caso de una sobredosis):

- ¿Cómo te sentías el día antes de tomar las pastillas?
- ¿Cómo conseguiste las pastillas?
- ¿Qué sentías y qué pensabas cuando tomaste las pastillas?
- ¿Dónde estabas cuando decidiste tomar las pastillas?
- ¿Quién estaba allí? ¿estabas solo?
- ¿Cómo te tomaste las pastillas? ¿una a una? ¿todas juntas?
- ¿Qué sucedió después de haber tomado las pastillas?
- ¿Cómo te sentiste tras tomar las pastillas?
- ¿Cómo te sientes ahora que no te has matado?
- ¿Qué crees que has aprendido de todo esto?
- ¿Cómo podrías reaccionar la próxima vez?

En los EE.UU., donde las armas son frecuentes en la población, se ha demostrado que el acceso a las armas de fuego aumenta el riesgo de suicidio entre los menores. Mediante un estudio se demostró que el riesgo de suicidio consumado era el doble en hogares donde existían armas de fuego (Brent et al, 1991).

Evaluación del estado mental

Un estado mental de riesgo puede incluir: depresión severa, alucinaciones impositivas o delirios acerca de la muerte, preocupaciones con desesperanza, desesperación, sentimientos de inutilidad, gran rabia y hostilidad.

Información colateral

La información colateral es importante para validar las descripciones de los pacientes, para determinar los diagnósticos psiquiátricos previos y tratamientos anteriores e identificar conductas suicidas previas. La información puede obtenerse a partir de los registros médicos, de informes de enfermería, de la policía, de otros proveedores de salud y de los médicos de familia. La información de familiares y amigos puede ayudar a establecer si la conducta no se corresponde con su carácter, durante cuánto tiempo ha sido evidente y si existen apoyos disponibles.

Variabilidad del riesgo

El riesgo es dinámico y requiere reevaluación. Es importante identificar los estados de riesgo de gran variabilidad ya que estos guían al médico al intervalo más seguro entre evaluaciones. La intoxicación con alcohol en los individuos suicidas es una indicación de riesgo variable y da poca seguridad en la evaluación del riesgo ya que no se puede confiar en la información que proporcionan los individuos en estado de embriaguez y el alcohol reduce el autocontrol. Un riesgo muy cambiante implica la necesidad de una minuciosa reevaluación y un manejo con mayor vigilancia respecto a la seguridad (por ejemplo, reevaluación dentro de las siguientes 24 horas).

La fiabilidad en la evaluación del riesgo

La fiabilidad (validez) de la evaluación del riesgo está influenciada por muchos factores. A continuación se señalan aquellos que indican una evaluación poco fiable:

- Factores del paciente: impulsividad, abuso de drogas o alcohol, incapacidad para participar, falta de cooperación
- Factores del entorno social: inminente proceso judicial, divorcio con lucha por la custodia del niño; y
- Factores de la evaluación del médico: evaluación incompleta, incapacidad para obtener información colateral.

Similar a la alta variabilidad del riesgo, una evaluación poco fiable implica la necesidad de una minuciosa reevaluación (por ejemplo, dentro de las siguientes 24 horas). Se necesitará un manejo con mayor vigilancia respecto a la seguridad dada la información incompleta o de una buena relación.

Niveles de riesgo de suicidio y su manejo

Una vez se ha completado la evaluación del riesgo, el siguiente paso es determinar el manejo adecuado. Los jóvenes que se consideran sujetos a un elevado riesgo de suicidio requerirán un ingreso en el hospital para mantenerlos a salvo. Los jóvenes que no colaboran y que no desean ser ingresados, pero que están en riesgo inminente de suicidio, puede requerir ser ingresados de forma involuntaria para garantizar su seguridad (de acuerdo con leyes y procedimientos locales, que pueden variar de un país a otro). Los que se consideran sujetos a un riesgo bajo o medio requieren al alta un plan conjunto con paciente y familia, bien organizado, pudiendo variar de una persona a otra. Debe incluir información detallada por escrito acerca del seguimiento, información importante acerca del contacto y la medicación (si hubiera). Se debe pactar con los padres o primeros cuidadores y



Haga clic en la foto para ver un vídeo que explica en términos generales cómo funciona un servicio de urgencias (4:09)

Una chica de 14 años fue llevada al servicio de urgencias para evaluar una crisis. Se mostró tímida y tranquila. Presentaba con cortes superficiales en los brazos (alrededor de 50 cortes) y había estado cortándose durante un año. Hace un mes le había hablado a sus padres sobre las autolesiones. Normalmente se cortaba cuando su estado de ánimo era bajo. Negaba querer morirse. Sin embargo, continuaba cortándose y los cortes era cada vez posiblemente más profundos. Confesó tener pensamientos intrusivos de suicidio con un incremento reciente en frecuencia e intensidad y estaba sufriendo "bullying" en la escuela. A pesar de estos síntomas, su funcionamiento no se veía afectado; llevaba bien el colegio, era madura para su edad y afirmaba cortarse para aliviar tensiones y evitar sentimientos de soledad. Describió "bajones" en su estado de ánimo que parecían estar desencadenados por situaciones estresantes y no dormía bien. En la historia familiar existían antecedentes de depresión por la línea materna. Negó uso de tóxicos o alcohol y no existían signos de intoxicación. Tenía buena relación con sus padres quienes la describían como una "buena niña".

Fue diagnosticada de autolesiones deliberadas y posiblemente un diagnóstico de depresión mayor. El riesgo de suicidio se evaluó como bajo y fue dada de alta a una unidad de salud mental ambulatoria. Volvió al servicio de urgencias seis días más tarde tras una cita ambulatoria en la que reveló ideas suicidas, estar cansada y querer "darse por vencida". La ideación suicida era vaga y negó tener un plan. Se negó a hablar con el interventor en crisis. En un momento dado reveló que un buen amigo suyo había fallecido por suicidio consumado el día anterior. "Mi amigo siempre estaba sonriendo y nadie sabía nada porque nunca hablaba con nadie, así es como soy yo". Posteriormente la paciente fue ingresada voluntariamente en la unidad de psiquiatría de adolescentes dado el elevado riesgo de suicidio.

los menores la creación de un ambiente seguro en el hogar restringiendo el acceso a medios (armas de fuego, medicamentos). Como componente final del plan de alta, se debe recordar al joven y a la familia que siempre pueden volver a acudir al servicio de urgencias en cualquier momento que pueda existir necesidad.

El riesgo elevado implica generalmente varios de los siguientes componentes:

- Estado mental de riesgo (por ejemplo, depresión severa, alucinaciones impositivas o delirios acerca de la muerte; preocupación con desesperanza, desesperación, sentimientos de inutilidad; grave ira y hostilidad).
- Intentos de suicidio o pensamientos suicidas (por ejemplo, pensamientos continuos/específicos), evidencia de clara intencionalidad, un intento previo de alta letalidad.
- El consumo de sustancias (por ejemplo, intoxicación actual por alcohol)
- Dificultades para confirmar la historia (por ejemplo, imposibilidad para acceder a la información o informes conflictivos).
- Fortalezas y apoyos (por ejemplo, el joven rechaza ayuda, falta de relaciones de apoyo/relaciones hostiles)

Los pacientes de alto riesgo requieren un entorno seguro y protegido. Hay que considerar un ingreso involuntario si no se dispone de otras opciones razonables y si (1) los pensamientos suicidas o la intencionalidad son persistentes e intensos; o (2) la tentativa es grave de por sí; o (3) existe evidencia de la presencia de un trastorno mental severo. Si un paciente considerado en riesgo elevado abandona el dispositivo se debe intentar localizar a la persona incluyendo informar a la Policía. Otras opciones para el paciente de alto riesgo incluyen: la hospitalización voluntaria; observación domiciliaria (si la familia es capaz de proporcionar supervisión constante y el riesgo no es muy elevado); y manejo ambulatorio con vigilancia estrecha. Los planes de contingencia deben estar preparados para una

rápida reevaluación si existiera una escalada de angustia o sintomatología.

Si el paciente de alto riesgo no está hospitalizado, la reevaluación debe realizarse dentro de las siguientes 24 horas. Para el riesgo medio, la reevaluación debe realizarse dentro de la siguiente semana. Para el riesgo bajo, la reevaluación debe ocurrir dentro del mes siguiente. En los casos que no exista riesgo previsible, se requiere la derivación a un centro de salud mental o al médico de familia para abordar cualquier problema de salud mental.

Como salvedad, la alta variabilidad afectará a la evaluación del riesgo y es prudente que el médico desarrolle un plan de seguridad y garantice una reevaluación en las siguientes 24 horas. Una baja seguridad en la evaluación también influirá en la evaluación del riesgo por lo que también es prudente mantener al paciente seguro y reevaluar apropiadamente.

Los contratos de seguridad

A lo largo de los años, muchos médicos han utilizado la estrategia del “contrato de seguridad “ o los “contratos de no suicidio “ cuando se da el alta a pacientes con ideación suicida desde el servicio de urgencias. No hay evidencia que apoye el uso de estos contratos y pueden dar falsa seguridad (Garvey et al, 2009). Es mucho más realista crear un plan de seguridad para los pacientes que debe desarrollarse con la colaboración del paciente y la familia. Básicamente, un plan de seguridad enumera lo que un paciente accede a realizar en caso de que la ideación suicida regrese o empeore. Los componentes clave de un plan de seguridad incluyen deshacerse de los medios para cometer suicidio (como la eliminación de las armas de fuego y medicamentos) y enumerar:

- Los desencadenantes que conducen a sentimientos suicidas
- Estrategias de afrontamiento que el paciente puede usar cuando se siente con intenciones suicida (como ejercicio, escuchar música, darse un baño, leer).
- Amigos y algunos miembros específicos de la familia pueden solicitar ayuda si se sienten con pensamientos suicidas.
- Teléfonos de contacto de líneas de ayuda en crisis, profesionales de salud mental o grupos de apoyo de iguales.
- Circunstancias para volver al servicio de urgencias.

La agresividad y la conducta fuera de control

La agresividad en los niños y jóvenes incluye un amplio espectro de comportamientos desde la falta de cooperación, la pérdida de control, el desafío y el incumplimiento, hasta la absoluta hostilidad y violencia. Los jóvenes que presentan estos comportamientos son llevados frecuentemente al servicio de urgencias por familiares, la policía o los servicios sociales. Tratar y contener a los menores agresivos es una de las situaciones más complicadas en el servicio de urgencias. No solo se necesita un personal hábil y empático, también se requieren instalaciones adecuadas, personal de seguridad y una buena coordinación en la aplicación de la legislación, con la justicia y los dispositivos de bienestar del menor. Todos estos requisitos deben ponerse en marcha de antemano o podrían escaparse de control otras situaciones y llegar a ser peligrosas para el paciente, para el personal y demás personas que reciben atención en el servicio de urgencias.

Los diagnósticos psiquiátricos más comunes asociados al comportamiento incontrolado incluyen los trastornos disruptivos del comportamiento (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta), trastornos del ánimo (irritabilidad con depresión y manía) y abuso de sustancias (intoxicaciones). Otros diagnósticos asociados con la agresión son las alteraciones del desarrollo (retraso mental, autismo), psicosis y enfermedades médicas como lesiones craneales, especialmente si suceden en el contexto de una familia disfuncional o especialmente estricta.

En el servicio de urgencias, la prevención de la escalada del comportamiento agresivo puede incluir medidas tales como la presencia de un equipo de seguridad, el uso de detectores de metales para detectar armas, utilizar habitaciones de aislamiento, así como educar al personal con respecto a la detección temprana de situaciones potencialmente violentas. Predecir conductas violentas o agresiones es muy complicado incluso para los médicos más experimentados.

El diseño del servicio de urgencias puede jugar un papel importante en la gestión de pacientes violentos o agresivos. Tener un lugar de observación de salud mental con muebles especialmente creados de forma que no puedan ser arrojados, una cámara con enlaces de vídeo a un control de enfermería o seguridad para monitorizar a los pacientes, una puerta de salida que se abra hacia el exterior permitiendo al personal escapar rápidamente si fuera necesario y alarmas de coacción pueden jugar un papel en el mantenimiento de la seguridad de todos.

El manejo de la violencia aguda o de la pérdida de control debe incluir inicialmente técnicas verbales de contención. Las estrategias para hacer frente a situaciones potencialmente violentas incluyen:

- Dar el máximo espacio posible al individuo
- No bloquear las salidas y dejar la puerta de la habitación abierta
- Situarse uno mismo entre el individuo y la puerta
- Hablar con la persona de forma sencilla y franca
- Escuchar, ser empático
- Hablar despacio y pausadamente
- Ofrecer las máximas opciones posibles
- Ofrecer comida o bebida
- No ser confrontativo
- Evitar contacto visual directo o movimientos bruscos
- Mantenerse a un brazo de distancia, al menos
- Establecer límites (“Estoy aquí para ayudarte con tus problemas pero no puedo permitir que continúes con comportamientos amenazantes”)
- Hacer todo lo posible para cumplir las peticiones de la persona en positivo (“Claro que podemos conseguirte algo de comer pero primero necesitamos que...”)
- Abstenerse de criticar o discutir con la persona

- No interrumpir
- Evitar responder de forma defensiva
- No tomarse el enfado de la persona como algo personal

Si el joven no responde a las técnicas verbales de contención puede ser necesaria contención química (también denominada tranquilización rápida). Las contenciones físicas o químicas deben ser utilizadas únicamente si el niño o adolescente está intentando herir activamente a sí mismo o a los demás. Debe conseguirse el consentimiento parental si es posible. De primera mano, debe ofrecerse la medicación vía oral. La vía intramuscular debe emplearse únicamente como último recurso.

Se emplean tres tipos de medicamentos para la contención química - benzodiazepinas, antipsicóticos típicos y antipsicóticos atípicos. En los niños y los jóvenes, se tiende a evitar antipsicóticos típicos de elevada potencia como el haloperidol dado el riesgo de distonía aguda, especialmente en varones jóvenes. Mientras que las benzodiazepinas como el lorazepam pueden ser empleadas, existe la posibilidad de reacciones paradójicas en niños y jóvenes produciendo un aumento de la agitación. Aunque no hay consenso ni evidencia sistemática, la mayoría de los médicos están de acuerdo en que la mejor opción de medicación para la contención química en niños y jóvenes serían los antipsicóticos atípicos como olanzapina o ziprasidona.

Las contenciones físicas y químicas deben utilizarse únicamente como último recurso. Los equipos entrenados en emplear la contención física pueden ser movilizados si existe riesgo de daño inminente al paciente o al personal. La contención física debe ser empleada durante el mínimo tiempo necesario para calmar al paciente. Los pacientes con contención física deben estar monitorizados frecuentemente, no solo para asegurarse de que no se están autolesionando si no que también para encontrar de la forma más precoz posible el momento en el que se pueden retirar las contenciones.

Conflictos paterno-filiales

Los conflictos padre-hijo pueden adoptar muchas formas y ocurrir por muchas razones. Sin recursos o habilidades para resolver estos conflictos, los padres pueden recurrir a llevar a su hijo al servicio de urgencias cuando pierde el control.

Tras un largo viaje al Líbano, una chica canadiense de 15 años de origen libanés tiene problemas para adaptarse a su regreso a casa (su escuela actual tiene pocos estudiantes no canadienses y se siente "fuera de lugar"). Los padres notaron un cambio significativo en su comportamiento así como conflictos entre padres e hija. La menor comenzó a desarrollar conductas de alto riesgo - quedarse fuera toda la noche, absentismo escolar, se tornó desafiante e irrespetuosa y, en contra de los deseos de los padres, comenzó a visitar una comunidad donde existía una gran representación de pares libaneses. Esto condujo a múltiples visitas al servicio de urgencias con sus padres abrumados e insistiendo en que estaba "enferma mental". En una ocasión la chica había asaltado su madre, tanto es así que se establecieron cargos y se le pidió que abandonara el hogar. La joven fue incapaz de acatar las reglas en la casa del vecino donde había sido provisionalmente situada. Más arrebatos de agresividad la llevaron a más visitas a urgencias instaurándose reuniones agotadoras con la familia para intentar mejorar la situación.

A la espera de una cita ambulatoria en salud mental, el médico de familia pautó risperidona dada su agresividad impulsiva. Posteriormente, tras una pelea con su madre, se subió a un autobús e ingirió unos 10 comprimidos de risperidona. Entonces desarrolló palpitaciones, se asustó y llamó a su madre quien la llevó de vuelta al servicio de urgencias donde fue sometida a monitorización y observación durante toda la noche. A la mañana siguiente e dijo al trabajador de crisis que no había tenido intencionalidad suicida. Se le ofreció una hospitalización pero la rechazó. Sin embargo, se volvió más colaboradora y acordó iniciar un plan de seguridad que incluía situarla temporalmente en casa de un miembro de la familia lejana con observación constante. Fue remitida a un ambulatorio de salud mental para seguimiento.

repetidas, desobediencia, frustración, ira y, en casos extremos, violencia.

Los conflictos entre los niños y los padres pueden surgir a cualquier edad pero es durante la adolescencia cuando el conflicto tiende a aumentar. La presión de los adolescentes por su independencia y autonomía puede ser directamente contraria a los deseos de los padres de continuar con el control de las acciones y el comportamiento de sus hijos. Las urgencias ocurren generalmente tras crisis legales o disciplinarias que conducen a que el menor pierda el control y se torne agresivo hacia sí mismo, hacia los otros o hacia propiedades en el contexto de problemas crónicos que pueden haber durado años.

El médico debe determinar cuál es el problema actual entrevistando a padres e hijo ya sea juntos o por separado, teniendo en cuenta que existe una gran carga de hostilidad y emoción por ambas partes que requiere ser contenida. Es crucial entender el problema en cuestión de forma que las potenciales soluciones temporales puedan ser desarrolladas de forma colaborativa. Esto requerirá que padres e hijo estén juntos en la misma habitación. Puede ser útil recalcar a los padres que el arte de la negociación y el compromiso se aprende en el hogar y que los propios padres están en posición de enseñar esto a sus hijos para un desarrollo adecuado. Determinar cuál es realmente el problema subyacente puede ser difícil y la discusión actual es a menudo un síntoma de mayores problemas crónicos.

El objetivo en el servicio de urgencias es determinar si existe alguna enfermedad física o psiquiátrica grave y diluir la situación para que el menor pueda regresar al hogar o a un entorno seguro. La planificación al alta debe incluir derivación a servicios comunitarios donde esté disponible terapia familiar y habilidades parentales con el objetivo de desarrollar una comunicación más efectiva y habilidades de solución de problemas. Los conflictos padre-hijo afectan a toda la familia e idealmente la resolución del mismo debe involucrar a todos los miembros de la familia.

Problemas adaptativos

Los trastornos adaptativos son un motivo común para que niños y jóvenes acudan al servicio de urgencias. Los trastornos adaptativos, por definición, son reacciones ante un factor estresante específico que están más allá de las reacciones esperadas dentro de la normalidad o que causan un deterioro significativo en el funcionamiento. La muerte de un ser querido, un traslado a una nueva ciudad o una nueva escuela, el “bullying”, una ruptura sentimental y/o resultados académicos bajos son algunos ejemplos de situaciones que pueden desencadenar un trastorno adaptativo en niños o jóvenes vulnerables. La evaluación debe incluir una conversación acerca de los factores estresantes que han precipitado la presentación al servicio de urgencias. A pesar de no cumplir criterios para un episodio depresivo mayor, los pacientes con un trastorno adaptativo pueden tener un riesgo significativo de suicidio, por lo tanto, es siempre importante detectar el riesgo. Si no hay indicación de ingresar al paciente (por ejemplo, bajo el riesgo de suicidio) el plan al alta debe incluir una derivación para tratamiento ambulatorio.

Abuso

El maltrato infantil puede adoptar muchas formas e incluye abuso físico, verbal y sexual así como el abandono (véase el capítulo B.3). Al mantener un elevado nivel de sospecha, el médico de urgencias está bien posicionado para

detectar el maltrato infantil. Consultar con un equipo de protección infantil, si está disponible, puede ser muy valioso a la hora de la toma de decisiones con respecto a la disposición de los niños maltratados. La mayoría de los países tienen requisitos legales en cuanto a la notificación de sospechas de abuso a niños a las autoridades locales, cosa que debe realizarse de acuerdo con la legislación local.

Jóvenes sin hogar

Los jóvenes sin hogar se presentan regularmente en el servicio de urgencias con problemas de salud mental y son llevados habitualmente por la policía debido a comportamientos peligrosos o arriesgados. Es importante no ser crítico, ser abierto y empático al realizar una evaluación a cualquier joven pero especialmente con los jóvenes sin hogar que ya se sienten juzgados negativamente. Su apariencia puede ser desagradable de forma que pueden estar sucios, despeinados, tatuados y tener múltiples perforaciones. En los EE.UU. y otros países de elevados ingresos, los jóvenes sin hogar a menudo han tenido adopciones de corta duración o convivido en hogares compartidos y han experimentado importantes disfunciones familiares. A menudo han abandonado el hogar voluntariamente a causa de conflictos o abuso, es improbable que asistan a la escuela y a menudo se ven involucrados en el uso de drogas y alcohol o actividades delictivas. Tienen sistemas de apoyo débiles, conformados en su mayoría por otros jóvenes sin hogar con similares antecedentes y conductas. Por el contrario, los jóvenes sin hogar en otras partes del mundo, especialmente en países de bajos ingresos, pueden estar sin hogar debido a la pobreza, el hambre, la guerra o la inestabilidad política. En estas situaciones, los jóvenes sin hogar está a menudo con su familia y no solos (véase el capítulo J.4).

Un reciente estudio alemán que buscaba conocer la prevalencia de enfermedades psiquiátricas entre adolescentes sin hogar encontró que el 80% de los participantes del estudio tenía un trastorno psiquiátrico diagnosticable (Aichorn et al, 2008). El diagnóstico más frecuente fue abuso y dependencia de sustancias (65%). Otros diagnósticos incluían trastornos del estado de ánimo, trastornos de la alimentación y trastornos de ansiedad. Más de la mitad tenían antecedentes de autolesiones y un 25% informó de al menos un intento de suicidio. En este estudio también se vio que cuanto más tiempo estaba sin hogar un menor, más probable era que tuviera un trastorno mental. Los jóvenes sin hogar se involucran en conductas de mayor riesgo que los jóvenes de la población general (Milburn et al, 2006). Estos comportamientos de alto riesgo incluyen robos, prostitución, consumo de sustancias, múltiples parejas sexuales e implicación en pandillas.

Establecer un buen vínculo será de suma importancia con el fin de obtener información precisa y honesta de los jóvenes; sentarse, establecer contacto ocular, ser paciente y empático. La evaluación debe incluir una estimación del riesgo de suicidio y homicidio así como una evaluación del estado físico de salud. También es necesario explorar en qué condiciones vive el paciente y proporcionar información sobre alojamiento, ayudas económicas, educativas y vocacionales. También está indicada una derivación a servicios sociales y a una unidad de salud mental ambulatoria para seguimiento; la adherencia al seguimiento suele ser baja.

EVALUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

Antes de proceder a la evaluación urgente del estado de salud mental, es

necesario estimar si existe alguna enfermedad médica aguda esté o no relacionada con los problemas mentales. Los jóvenes con trastornos mentales también pueden padecer enfermedades físicas agudas no relacionadas. Las complicaciones médicas de las enfermedades psiquiátricas o de su tratamiento pueden tener una alta morbilidad y mortalidad si no son detectadas y tratadas de forma temprana.

Sobredosis

Las sobredosis de drogas representan aproximadamente una cuarta parte de los suicidios consumados. En muchos países, las presentaciones más frecuentes de autolesiones en los servicios de urgencias son sobredosis intencionadas de fármacos, medicamentos sin prescripción y productos naturales. La mayoría de los países tienen centros de información toxicología con los que se debe contactar para determinar el manejo específico para cada sustancia ingerida. El paracetamol (acetaminofeno) y los salicilatos se contemplan aquí ya que son de fácil acceso y de uso común en casos de ingestas. Los antidepresivos tricíclicos también se tratarán ya que los médicos han de tener un claro plan de gestión para estos así como entender el importante riesgo para la vida que conllevan.

Salicilatos

Los salicilatos son ampliamente utilizados por su propiedades analgésicas y antipiréticas y se pueden comprar sin receta médica. La ingesta aguda de 150 mg/kg de ácido acetilsalicílico resulta en una intoxicación leve. Una intoxicación severa se produce a dosis de 300-500 mg/kg. El salicilato sin prescripción médica más potente es el aceite de gaulteria; cada cinco mililitros contiene el equivalente a 7,5 g de ácido acetilsalicílico (Olson et al, 2007). Incluso una única gota de aceite de gaulteria puede ser letal en un niño pequeño y supone una significativa amenaza para la vida en el paciente que lo ingiere intencionalmente en sobredosis. Los salicilatos producen profundas alteraciones metabólicas y respiratorias cuando se toman en sobredosis. Los principales mecanismos de toxicidad son:

- Estimulación central del centro respiratorio que conduce a una alcalosis respiratoria
- Aumento de la tasa metabólica mediante el desacoplamiento de la fosforilación oxidativa
- Acidosis metabólica profunda a través de la inhibición del metabolismo de carbohidratos y lípidos que se manifiesta mediante taquicardia, taquipnea, hipogluceemia y fiebre
- Destrucción de hepatocitos
- Inhibición plaquetaria

Los vómitos se producen tempranamente tras la ingestión. Después de esto, los pacientes refieren acúfenos, intensa taquipnea, letargo e hipertermia. La presentación clínica progresa con el tiempo hasta incluir convulsiones, coma, edema pulmonar y, en última instancia, colapso cardiovascular (Olson et al, 2007). En ausencia de historia de toma de salicilatos conocida, se debe sospechar fuertemente una sobredosis intencional cuando hay alcalosis respiratoria mixta y acidosis metabólica. Se debe determinar los niveles séricos de salicilato, glucosa sérica, gases, electrolitos y realizar un hemograma completo y pruebas de coagulación (tiempo parcial de tromboplastina/razón normalizada internacional). Si la clínica sugiere

edema pulmonar, se debe realizar una radiografía simple de tórax para confirmar la presencia o ausencia del edema.

Si el paciente acude a urgencias dentro de la primera hora de la ingesta de salicilatos, se debe administrar carbón activado. Se debe considerar dar una segunda dosis si el producto era de liberación prolongada o con revestimiento entérico.

Se requiere una estrecha monitorización y el tratamiento debe adaptarse a las complicaciones. La piedra angular de la terapia es la alcalinización de la orina.

La decisión de iniciar tratamiento con bicarbonato se basa en la presencia de síntomas independientemente de los niveles de salicilato en suero. El bicarbonato aumenta la excreción urinaria de salicilato por atrapamiento iónico. El objetivo del tratamiento es mantener el pH urinario en 7,5-8 y el flujo de orina de 1 ml/kg/hora. Se administran un único bolo IV de 1-2 mEq/kg de bicarbonato de sodio (NaHCO₃) seguido de una infusión de 5% de dextrosa (D5) con NaHCO₃ y 20-40 mEq/L de cloruro de potasio (KCl). Se debe realizar una meticulosa monitorización de la excreción de orina, del pH de orina y suero, del potasio sérico, del estado mental y respiratorio.

Se debe ser cuidadoso para hacer frente a las posibles complicaciones de la ingestión de salicilato como son:

- Soporte aéreo con ventilación mecánica si es necesario
 - Manejo de la hipertermia con enfriamiento externo
- Manejo de convulsiones con benzodiazepinas
- Suplir el déficit de líquido con una solución cristaloide
- Corregir la hipopotasemia (en pacientes que no estén en anuria)
- Tratamiento de hipoglucemia con dextrosa

La hemodiálisis se recomienda en pacientes con acidosis refractaria, alteraciones electrolíticas profundas, severa toxicidad del sistema nervioso central o deterioro clínico a pesar de la alcalinización urinaria. Se considera el estado clínico del paciente como el factor más importante a la hora de decidir si han de ser sometidos a hemodiálisis aunque algunos estudios sugieren que un nivel de salicilato en suero mayor que 1,000 mg/L sería una indicación adicional (Olson et al, 2007).

Paracetamol (acetaminofeno)

Los analgésicos son los fármacos más frecuentes en sobredosis accidentales y no accidentales (Bronstein et al, 2010). El paracetamol puede producir efectos tóxicos con ingestas leves de más de 200 mg/kg. El principal órgano afectado es el hígado. La toxicidad se produce cuando la producción de N-acetil-pbenzoquinonimina (NAPQI) por las enzimas del citocromo P450 supera la capacidad de desintoxicación (Dardo y otros, 2006). La NAPQI tiene un efecto citotóxico directo sobre los hepatocitos. Si el paciente acude a urgencias dentro de las dos primeras horas tras la exposición debe administrarse carbón activado. Deben determinarse los niveles de paracetamol y enzimas hepáticas (AST y ALT)

cuando hayan pasado al menos 4 horas tras la exposición y se haya representado al paciente en un nomograma de Rumack-Matthew. Si la exposición ha sido en rangos tóxicos, la N-acetilcisteína ha demostrado disminuir la mortalidad y limitar el daño hepatocelular (Dardo y otros, 2006). Las dos vías oral e intravenosa de N-acetilcisteína están disponibles y tienen eficacia similar (Perry y Shannon, 1998).

Antidepresivos tricíclicos

Los antidepresivos tricíclicos (ATC) tienen una tasa global de mortalidad del 6% (Eyer et al, 2009). Deberá realizarse sin demora una consulta al centro local de información toxicológica y a la Unidad de Cuidados Intensivos. Si el paciente llega a urgencias dentro de la primera hora tras la ingesta debe administrarse carbón activado. Se debe sospechar una intoxicación por ATC en pacientes que presentan un síndrome de intoxicación anticolinérgica así como disfunciones cardíaca y neurológica. El nemotécnico para el síndrome de intoxicación anticolinérgica puede ser recordado fácilmente: caliente como una liebre; ciego como un murciélago; seco como un hueso; rojo como la remolacha; loco como el sombrerero.

Los cambios en los parámetros vitales son variables en función del estado del paciente y pueden incluir extremos tanto de hipertensión como de hipotensión. Son más frecuentes taquicardia e hipertensión y son resultado de la inhibición de la recaptación de catecolaminas. La hipotensión es generalmente leve y es debida al bloqueo en receptores periféricos alfa-adrenérgicos por los tricíclicos que dan lugar a vasodilatación e hipotensión. La hipotensión puede ser manejada generalmente con la posición de Trendelenburg o bolos de cristaloides (Olson et al, 2007).

La toxicidad cardíaca directa y los trastornos de la conducción cardíaca se producen como consecuencia de la inhibición de los canales rápidos de sodio y efectos depresores de membrana. La exploración más importante es el electrocardiograma. El ensanchamiento del QRS por encima de 100 ms es el mejor correlato clínico de la gravedad de la toxicidad (Braden et al, 1986). El retraso en la repolarización se pone de manifiesto no solo por la prolongación del QRS, también por la prolongación de los intervalos QT y PR. El paciente tendrá riesgo de ectopia ventricular incluyendo fibrilación ventricular, taquicardia ventricular o asistolia. Las acidosis metabólica y respiratoria promueven más aún la tendencia a arritmias. El bicarbonato de sodio a 1-2 mEq/kg puede revertir los efectos depresores en membrana y el bloqueo de los canales de sodio, además está indicado cuando la prolongación del QRS es mayor de 100 milisegundos. Las arritmias cardíacas específicas deben ser tratadas según los protocolos estándar de la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association). La procainamida debe ser estrictamente evitada en sobredosis de tricíclicos ya que su mecanismo de acción puede exacerbar la cardiotoxicidad.

Las manifestaciones neurológicas de la sobredosis de tricíclicos evolucionan con el tiempo tras la ingesta de ATC. Estos pacientes presentan inicialmente una significativa agitación pero rápidamente pueden progresar a una profunda alteración del nivel de conciencia con pérdida de los reflejos respiratorios protectores. Debido a que 2 de cada 3 de los pacientes que se presentan con una sobredosis han tomado múltiples fármacos, el coma debe tratarse empíricamente con naloxona y glucosa. Una parada respiratoria y la pérdida de los reflejos de las vías respiratorias pueden ocurrir de forma súbita. El médico debe anticiparse y prepararse para una pronta intubación en el manejo de las intoxicaciones por tricíclicos.

Las convulsiones se producen en el 20% de los pacientes con sobredosis de tricíclicos. El manejo inicial debe incluir una benzodiazepina. Sin embargo, el manejo de segunda línea es un bloqueo neuromuscular con fármacos no despolarizantes para prevenir la hipertermia y la rhabdomiólisis que se asocian con una convulsión prolongada. Se requerirá una monitorización continua electroencefalográfica si el paciente está paralizado y con ventilación mecánica para detectar signos de actividad cerebral convulsiva (Olson et al, 2007).

Autolesiones

La autolesión es un grupo complejo de conductas que resultan en la destrucción deliberada de tejido corporal; es común en jóvenes con tendencias autolesivas sin intencionalidad suicida y está asociada a patología orgánica, psicológica o psiquiátrica. Las manifestaciones más frecuentes de la autolesión son cortes o quemaduras en las zonas de brazos y muñecas. Además de una exhaustiva valoración acerca de posible ideación suicida coexistente y otros trastornos psiquiátricos, las heridas deben ser curadas, suturadas y vendadas. Se debe abordar al paciente de forma no crítica. Se debe documentar el estado de la profilaxis antitetánica y actualizarla si es preciso. Será necesaria una conversación para asegurarse de que el paciente es conocedor del riesgo de transmisión de VIH o hepatitis en caso de compartir cuchillas u otros objetos cortantes (Dallam, 1997).

Intoxicación

Los adolescentes con intoxicaciones son un problema creciente en los servicios de urgencias. Mientras los jóvenes están intoxicados, su percepción, coordinación y habilidades de toma de decisiones están alteradas. Esto sitúa a los jóvenes intoxicados en un elevado riesgo de lesiones y por lo tanto se requiere un examen físico cuidadoso y completo para descartar lesiones coexistentes. La ingesta de una sustancia conocida no debe evitar que el médico considere detalladamente un diagnóstico diferencial con más alternativas. Una lesión en la cabeza o abuso físico pueden ciertamente coexistir con la intoxicación en un paciente con alteración del nivel de conciencia.

La mayoría de las intoxicaciones por sustancias son tratadas de forma conservadora. El tratamiento busca estabilizar los parámetros vitales o controlar los efectos secundarios problemáticos como la agitación. Es una práctica estándar realizar una determinación de niveles de paracetamol, ácido acetilsalicílico y etanol en pacientes en los que la ingesta es conocida (véase más arriba). Una analítica de amplio espectro de tóxicos en orina raramente está indicada y no se realiza a menos que pudiera cambiar significativamente el manejo del paciente.

La evolución epidemiológica en cuanto a consumo de drogas ilegales varía de una ciudad a otra, de un país a otro y año tras año. El Instituto Nacional de Abuso de Drogas proporciona información sobre las tendencias de consumo de drogas emergentes en los EE.UU. pero pueden ser diferentes en otros países. Sin embargo, cada médico necesita saber reconocer y manejar la ingesta de alcohol, de cocaína, de fenciclidina (polvo de ángel), de opiáceos, de éxtasis, ketamina, y de ácido gamma-hidroxibutírico (GHB).

Etanol

La intoxicación por etanol se presenta comúnmente en forma de trastornos del habla, juicio alterado y pérdida de habilidades motoras finas pero, cuando hay

concentraciones más altas en sangre, puede desembocar en depresión respiratoria y del sistema nervioso central, pérdida de reflejos protectores de vías respiratorias y muerte (véase también el capítulo G.1). No se requieren pruebas de sangre de forma rutinaria más allá del nivel de glucosa en el paciente con afectación ligera. Sin embargo, cuando existe una afectación más significativa a menudo se investiga la glucosa en sangre, los gases, el gap osmolar y el nivel de etanol. Se debe investigar la existencia de posibles lesiones ocultas y la ingesta concurrente de otras sustancias. El tratamiento es de apoyo.

Metanol

La ingestión de metanol y etilenglicol tiene una morbilidad y mortalidad significativas. En un inicio estos pacientes son indistinguibles de las intoxicaciones estándar por etanol. A medida que ambos alcoholes se metabolizan, los productos en los que se descomponen causan acidosis metabólica. Añadido a la profunda acidosis metabólica que se observa con el metanol, el metabolito ácido fórmico causa daños irreversibles en múltiples órganos, especialmente en el ojo. La ingestión de metanol puede dar lugar a ceguera.

La acumulación de ácido glioxílico a partir del metabolismo de etilenglicol produce sintomatología progresiva que comienza doce horas tras la ingestión y se compone de hiperventilación, arritmias e insuficiencia renal tardía. Habrá una gran acidosis metabólica con gap osmolar con estos dos alcoholes tóxicos. Los niveles de metanol y etilenglicol no siempre están disponibles inmediatamente. Si el acceso a estos niveles es limitado, no se debe demorar un tratamiento empírico con fomepizol. La acidosis metabólica significativa debe ser manejada con infusiones de bicarbonato. Se debe administrar 1 mg/kg de ácido folínico en intoxicaciones por metanol mientras que en ingestas de etilenglicol se debe administrar tiamina y piridoxina. Estas pautas de tratamiento promueven tanto una menor producción como una mayor eliminación de los metabolitos tóxicos.

Se ha usado de forma extensa en el pasado las infusiones de etanol para tratar las ingestas de metanol y etilenglicol bajo la premisa de que actúa como un antagonista competitivo de estos alcoholes tóxicos. Los significativos efectos secundarios de depresión respiratoria y del sistema nervioso central causados por el etanol hacen que este tratamiento esté obsoleto a la luz de la amplia disponibilidad del fomepizol.

Cocaína

La cocaína es un simpaticomimético que conduce a elevada temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria. Los pacientes que han ingerido cocaína se agitan, tienen una actividad motora incrementada y están en riesgo de rhabdomiólisis. La morbilidad a largo plazo asociada al consumo de cocaína no proviene sólo de su alta tasa de dependencia, también de las graves complicaciones asociadas con su uso como cardíacas y del sistema nervioso central. Estas complicaciones incluyen infarto de miocardio, infarto cerebral y hemorragia cerebral. El tratamiento es de apoyo y dirigido a cualquier complicación. Las benzodiazepinas se usan normalmente para tratar la agitación. En función de necesidad se emplearán medidas complementarias para controlar la hipertermia o complicaciones cardíacas.

Fenciclidina (polvo de ángel)

La fenciclidina se puede tomar vía oral, vía intravenosa o vía intranasal y

a menudo se mezcla con otras sustancias incluyendo marihuana. La fenciclidina tiene propiedades simpaticomiméticas y disociativas. Se deberá aportar medidas de soporte. Puede ser necesaria la contención física en pacientes gravemente agitados. La extrema labilidad emocional y los problemas conductuales pueden ser tratados con benzodiazepinas o un antipsicótico atípico como olanzapina.

Opiáceos

Una sobredosis de opiáceos es fácilmente reconocida por pupilas puntiformes, depresión respiratoria y alteración del estado mental. La naloxona, un antídoto eficaz, restaura rápidamente el funcionamiento normal. Las medidas de soporte incluyendo el manejo de la depresión respiratoria deben ser previstas.

Éxtasis

El éxtasis es un estimulante y alucinógeno. No existe un antídoto específico disponible para tratar la sobredosis de éxtasis. El tratamiento está dirigido a restablecer la hidratación, proporcionar una benzodiazepina para la agitación y tratar las complicaciones específicas como hipertensión, hipertermia y rabdomiolisis.

Ketamina

La ketamina es una droga recreativa utilizada por sus propiedades disociativas. Los usuarios muestran generalmente taquicardia, hipertensión, nistagmo y estado mental alterado. En sobredosis, los usuarios de ketamina pueden desarrollar hipertermia, convulsiones y depresión respiratoria. El tratamiento es de soporte con uso ocasional de benzodiazepinas en función de necesidad.

Ácido gamma-hidroxibutírico (GHB)

El GHB es ansiolítico y sedativo. Los pacientes que han tomado una sobredosis de GHB pueden presentar depresión respiratoria y del sistema nervioso central y se manejarán de acuerdo a esto.

Síndrome serotoninérgico

El síndrome serotoninérgico es una complicación no infrecuente de los medicamentos antidepresivos, particularmente cuando se toman en combinación con otros fármacos o remedios alternativos sin prescripción médica. Las manifestaciones del síndrome serotoninérgico abarcan un amplio espectro de gravedad. Los casos leves pueden ser fácilmente pasados por alto con síntomas de diarrea, inquietud y ansiedad y estos pueden solaparse fácilmente con diagnósticos subyacentes del paciente. Sin embargo, el no reconocimiento de estos síntomas iniciales junto con un inadecuado aumento de la dosis del antidepresivo (por ejemplo, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) puede dar lugar a un cuadro clínico grave.

- La triada de síntomas descritos con el síndrome serotoninérgico incluye: cambios en el estado mental, hiperactividad autonómica y anormalidades neuromusculares.
- La hiperactividad autonómica incluye:
 - Taquicardia
 - Hipertensión
 - Hipertermia

- Midriasis
- Diaforesis
- Ruidos intestinales hiperactivos
- Escalofríos

Al principio, estos pacientes pueden presentar temblores. Otros signos neuromusculares, a menudo más pronunciados en las extremidades inferiores, incluyen hipertonía muscular y mioclonías. También se han descrito espasmos oculares con el síndrome serotoninérgico. Los afectados por este síndrome se muestran agitados y con presión al habla.

El tratamiento de estos pacientes depende de la gravedad. Los pacientes en el extremo más leve del espectro pueden ser manejados de forma conservadora con benzodiazepinas (por ejemplo, diazepam). Debe evitarse la contención mecánica: un incremento en la actividad muscular exacerbará la hipertermia y rabdomiolisis. Un niño o un joven con una hipertermia significativa (> 41.1 C) requiere ser inmovilizado, intubado y ventilado. La elección de la sustancia para inducir la parálisis está limitada a algún fármaco no despolarizante (vecuronio) empleado para evitar actividad muscular y elevación adicional de la temperatura. Es importantísimo que sea evitada la succinilcolina en este contexto ya que existe riesgo de rabdomiolisis, hiperpotasemia y arritmia cardíaca posterior.

Para controlar el síndrome se pueden emplear antagonistas de la serotonina como ciproheptadina. También se pueden utilizar otros fármacos con significativa actividad antagonista 5-HT_{2A}, como olanzapina, para controlar los síntomas graves. El fármaco causante debe ser interrumpido (Boyer, 2011).

Síntomas extrapiramidales agudos

Los síntomas extrapiramidales agudos son una amplia gama de trastornos del movimiento que se producen cuando un paciente está tomando un bloqueador de receptores de dopamina. Estos trastornos del movimiento se asocian con antieméticos, bloqueadores de canales de calcio (metoclopramida), antagonistas de canales de calcio (flunarizina) y antipsicóticos. Los antipsicóticos atípicos, en contraste con los más antiguos de esta familia de fármacos, tienen una menor, aunque aún existente, tasa de síntomas extrapiramidales (Dayalu Y Chou, 2008). Los síntomas extrapiramidales se pueden dividir en síndromes agudos o tardíos. Los síndromes agudos se componen de:

- Distonías agudas
- Pseudoparkinsonismo
- Acatisia

Las *distonías* son debidas al desequilibrio del balance dopaminérgico-colinérgico. Aproximadamente la mitad de las distonías agudas se producen dentro de las primeras cuarenta y ocho horas de uso de la medicación (van Harten et al, 1999). Los pacientes que experimentan una reacción distónica aguda mostrarán típicamente torsiones, movimientos repetitivos o posturas anormales. Esta actividad muscular es intensamente dolorosa para el paciente. Las distonías más comunes afectan a la cara, al cuello y a la garganta y se manifiestan con síndromes clínicos como crisis oculogiras, opistótonos, trismus y tortícolis.

La administración inmediata de benztropina 1-2 mg o difenhidramina 25-50 mg, vía intramuscular o intravenosa, se traducirá en una rápida restauración del estado basal del paciente. El tratamiento puede repetirse a intervalos de 30 minutos. El médico prescriptor deberá reevaluar la elección de antipsicótico o medicación anticolinérgica concomitante.

La reacción distónica más grave es el *espasmo laríngeo*. Esta urgente amenaza para la vida se produce cuando hay un espasmo completo de los músculos de las cuerdas vocales que conduce al cierre completo de la glotis. Inicialmente, el paciente presenta estridores pero esto progresará a una obstrucción completa de la vía aérea si no se identifica y trata tempranamente. Es una complicación extremadamente rara de los antipsicóticos pero puede ser identificada en un paciente asustado incapaz de respirar. El manejo inicial del laringoespasmo se centra en proporcionar ventilación con presión positiva para vencer la obstrucción. Se debe administrar al paciente de inmediato un anticolinérgico (benztropina 0.5-2 mg IM/IV o difenhidramina 25-50 mg IM/IV). Si la saturación de oxígeno sigue disminuyendo, la administración de un relajante muscular debe facilitar la ventilación de presión positiva (Miller et al, 2009). La succinilcolina a dosis de 4-5 mg IM es el relajante de elección en una situación urgente cuando no está disponible inmediatamente una vía intravenosa. Es importante señalar que el paciente que ha experimentado una reacción distónica aguda requerirá anticolinérgicos orales durante un mínimo de cuatro semanas tras el alta.

La presentación del *pseudoparkinsonismo* incluye al menos una de los siguientes síntomas: bradicinesia, rigidez, temblor o inestabilidad postural. El temblor está presente en reposo y desaparece con el movimiento. La rigidez se define como el aumento de resistencia provocada al mover una extremidad, el cuello o el tronco a través de movimientos pasivos; la llamada rigidez en “rueda dentada” puede ser provocada, por lo general, en las extremidades superiores, con resistencia al movimiento repetitivo tal y como si se moviera una palanca en rueda dentada. Las características más frecuentes de la bradicinesia asociada con el uso de antipsicóticos son falta de expresión facial y dificultad para la coordinación fina. La inestabilidad postural puede ser detectada por el deterioro de los reflejos normales de enderezamiento en un cambio postural. El pseudoparkinsonismo es una reacción intermedia que puede ocurrir a los pocos meses de tratamiento. Los síntomas mejorarán gradualmente cuando se suspendan los antipsicóticos pero pueden tardar semanas o incluso meses (Dayalu y Chou, 2008). Además de la eliminación del antagonista de dopamina causante, la rigidez en rueda dentada puede aliviarse administrando anticolinérgicos vía oral.

La *acatisia* puede ser reconocida clínicamente por excitación, incapacidad para permanecer sentado y movimientos motores repetitivos. Estos pacientes refieren sensación de inquietud interna y ansiedad. El riesgo de acatisia es del 20 al 40% con antipsicóticos típicos y está descrito en menor frecuencia con los atípicos. El manejo de la acatisia puede ser complejo. Los primeros pasos deben ser reducir el antipsicótico o cambiar de medicación. También puede considerarse emplear betabloqueantes, anticolinérgicos o antihistamínicos.

Intoxicación por litio

A pesar de estar siendo usado desde hace más de 60 años, el mecanismo de acción del litio sigue siendo estando poco definido. Los efectos significativos

a largo plazo incluyen aumento de peso, trastornos tiroideos, insuficiencia renal, diabetes insípida y deterioro cognitivo (Waring et al, 2006). El espectro de efectos tóxicos depende del contexto clínico:

- Toxicidad aguda en un individuo que nunca ha tomado litio
- Toxicidad aguda en uso crónico
- Toxicidad crónica (esto ocurre frecuentemente como resultado de una baja supervisión y no será tratado en este capítulo).

La toxicidad aguda en uso crónico es una preocupación particular en tanto que la vida media del litio se prolonga significativamente en pacientes con tratamiento crónico con litio en comparación con los que nunca han tomado esta medicación (vida media de 51 horas frente a 13 horas, respectivamente). Los pacientes que han tomado una dosis supra-terapéutica de litio durante el tratamiento crónico corren un alto riesgo de efectos tóxicos.

Los síntomas neurológicos y cardíacos dominan el cuadro clínico de la intoxicación por litio. Los pacientes intoxicados presentan habla farfullante, falta de coordinación y conductas inusuales. Cuando los niveles de litio son más altos, los síntomas pueden progresar hasta el coma, convulsiones e incluso muerte. En función de cómo se haya manejado la intoxicación pueden existir lesiones neurológicas permanentes. Los problemas cardíacos derivados del litio incluyen bloqueo auriculoventricular, arritmias y cambios no específicos del segmento ST-T.

El carbón activado absorbe en poca medida el litio y es poco probable que sea beneficioso en el contexto de una sobredosis aguda. La hemodiálisis y la hemodiafiltración continua son altamente eficaces para reducir las concentraciones séricas de litio. La disponibilidad y la experiencia local determinarán el método utilizado para tratar la toxicidad aguda en un individuo que nunca ha tomado litio y en la intoxicación aguda dentro del uso crónico (Waring et al, 2006).

Lesión traumática cerebral

Los niños con problemas de salud mental pueden estar expuestos a un mayor riesgo de lesiones traumáticas cerebrales que el resto de la población. Conductas de riesgo como consumo de drogas y conductas autolesivas puede poner a estos niños y jóvenes en situaciones que podrían resultar en una lesión cerebral traumática. Los niños que han tenido una lesión en la cabeza pueden experimentar dolor de cabeza, convulsiones, pérdida de conciencia, vómitos, amnesia o confusión.

Los niños con una lesión en la cabeza han de ser valorados por un médico con experiencia. Los niños o jóvenes inestables a nivel médico, con signos vitales anormales, con una puntuación inferior a 15 en la escala de coma de Glasgow o con una obvia focalidad neurológica requieren una estabilización médica inmediata. Un gran estudio multicéntrico canadiense determinó que el 4,1% de los niños/jóvenes que presentan una lesión en la cabeza tienen una hemorragia intracraneal y sólo el 0,6% requieren intervención neuroquirúrgica (Osmond et al, 2010). Osmond et al (2010) desarrollaron una tabla para la toma de decisiones a la hora de realizar una tomografía axial computarizada (TAC) en niños con lesiones en la cabeza.

La presencia de uno de estos factores deberían hacer que el médico solicite una TAC de forma rápida en el contexto de lesión en la cabeza:

- Puntuación en la escala de coma de Glasgow <15 a las dos horas

tras la lesión

- Sospecha de fractura de cráneo abierta o deprimida
- Antecedentes de empeoramiento de dolor de cabeza
- Irritabilidad durante la valoración
- Cualquier signo de fractura de la base del cráneo
- Gran hematoma blando en el cuero cabelludo
- Mecanismo peligroso de lesión

Los niños que no cumplen los criterios para realizar una TAC deben ser observados durante seis horas y ser dados de alta con un adulto responsable. Los cuidadores deben ser instruidos de cara a buscar atención médica si el nivel de conciencia del niño se deteriora, tiene episodios de vómitos repetitivos, dolor de cabeza o nuevos síntomas de focalidad neurológica tras el alta. Aproximadamente el 20 % de los pacientes con un hematoma epidural tendrán un intervalo de lucidez y un posterior deterioro dentro de las siguientes 24 horas. Esto pone de relieve la importancia de unas buenas instrucciones al alta.

Delirium

El delirium se puede presentar a cualquier edad y es más común en la población pediátrica. El delirium consiste en una situación de reducción del estado de conciencia y cambios cognitivos durante un periodo desde horas hasta días que fluctúa a lo largo del tiempo.

Hay una lista de amplias categorías asociadas con estados de delirium en niños que se enumeran en la Tabla J.1.2.

La presentación clínica de un paciente pediátrico con delirium es muy similar a la del adulto. Los síntomas comunes incluyen:

- Irritabilidad y agitación
- Alteración del ciclo de sueño-vigilia
- Labilidad emocional

Tabla J.1.2 Causas comunes de delirium en niños y adolescentes

Médicas

- Fiebre
- Estatus epiléptico no convulsivo
- Migraña confusional de la infancia
- Lupus eritematoso sistémico cerebral
- Estadios finales de SIDA/VIH

Causadas por medicación

- Anticolinérgicos
- Antipsicóticos
- Retirada de benzodiazepinas
- Abuso de drogas

Sin embargo, los matices que se pueden observar en la población pediátrica incluyen regresiones de los hitos del desarrollo, reducción del contacto ocular y desconsuelo pese de la presencia del cuidador habitual (Hatherill y Flisher, 2010). La presencia de los padres y de objetos familiares puede mejorar la resolución del estado de delirium. El manejo médico del delirium en población pediátrica es controvertido. La medicación a considerar incluye: haloperidol 0,15-0,25 mg/dosis vía intravenosa y risperidona 0,1-0,2 mg/kg vía oral. El uso de benzodiazepinas puede tener un efecto desinhibitorio en el paciente y posiblemente podría exacerbar el delirium.

CONFIDENCIALIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

La confidencialidad es un componente clave en la relación médico-paciente. Es importante que los niños, jóvenes y sus padres aprecien y entiendan cuándo la información del paciente se mantendrá confidencial y cuándo debe ser revelada a otros como servicios de protección infantil. Los límites de la confidencialidad deben ser claramente establecidos al inicio de la evaluación. Aunque puede haber variabilidad en la legislación o en la práctica entre los diferentes países y de acuerdo a la edad del paciente, la confidencialidad debe mantenerse a menos que la información obtenida sea que el niño o joven está en riesgo de dañarse a sí mismo (riesgo de suicidio) o a otros (riesgo de homicidio) o si alguien los está perjudicando (maltrato infantil). Estas situaciones permiten la ruptura de la confidencialidad para perseguir una apropiada evaluación y seguimiento.

Los jóvenes que presentan problemas de salud mental puede estar preocupados acerca de cuánta información será compartida con sus padres. Delinear los límites de la confidencialidad debería reducir estas preocupaciones. Si un niño o joven entiende la importancia de mantener la confidencialidad (con las salvedades expuestas arriba) pueden estar más propensos a abrirse y hablar con más franqueza sobre sus síntomas y preocupaciones.

En general, los médicos pueden recibir información ilimitada de los padres y otras fuentes no clínicas (personal de la escuela, policía, cuidadores) con respecto al niño o joven sin requerir su consentimiento pero no deben compartir esta información con los padres y las fuentes no clínicas sin el consentimiento del paciente (con las excepciones mencionadas), aunque esto puede variar entre países.

La legislación de privacidad varía según los países y a menudo incluso dentro del mismo país. Algunas jurisdicciones permitirán al médico compartir información clínica sobre un paciente con otros profesionales de sanidad considerándose que está dentro del "círculo de atención" sin necesidad de consentimiento escrito del paciente. También hay variaciones respecto a la edad en la que los pacientes pueden dar su consentimiento para la divulgación de la información médica - 16 en muchos países. Es crucial que los médicos estén al día respecto a la legislación de privacidad local (véase el capítulo A.1).

RESUMEN

La evaluación clínica de las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes requieren una evaluación concisa, sistemática y rápida de la enfermedad psiquiátrica aguda, de problemas agudos de salud mental y de complicaciones médicas agudas

que puedan surgir en los pacientes de salud mental. La evaluación y el tratamiento de las urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes en el servicio de urgencias requieren un abordaje en equipo formado idealmente por un psiquiatra infantil, un trabajador de crisis o trabajador social, personal de enfermería y un servicio de urgencias médicas. Una vez que las complicaciones médicas sean tratadas, el objetivo principal de una evaluación psiquiátrica urgente en el servicio de urgencias es determinar el riesgo para la seguridad de la paciente. Si existe un riesgo inminente de daño a sí mismo o a otras personas debido a la enfermedad psiquiátrica o a problemas agudos de salud mental, será necesaria un ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica; a veces esto se hace en contra de la voluntad del paciente y su familia para garantizar la seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Aichorn W, Santeler S, Stelzig-Schöler R et al (2008) [Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents]. *Neuropsychiatrie*, 22:180-188.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baren JM, Mace SE, Hendry PL et al (2008) Children's mental health emergencies-part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatric Emergency Care*, 24:485-498.
- Birmaher B, Brent D, Bernet W et al (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46:1503-1526.
- Bogenschutz MP, Quinn DK (2001) Acronyms for substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:474-475.
- Boyer EW (2005) The serotonin syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 352:1112-1120.
- Braden NJ, Jackson JE, Watson PD (1986). Tricyclic antidepressant overdose. *Pediatric Clinics of North America*, 33:287-97
- Brent DA, Perper JA, Allman CJ et al (1991). The presence and accessibility of firearms in the homes of adolescent suicides: a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 266:2989-2995.
- Brent DA, Perper JA, Mortiz G et al (1993) Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:521-529.
- Bronstein, Alvin C, Cantilena LR et al (2010). Annual report of the American Association of Poison Control Centers' national poison data system (NPDS): 27th annual report. *Clinical Toxicology*, 48: 979-1178.
- Carandang C, Kratochvil C, Scahill L, Martin A (2010). Running a pediatric psychopharmacology clinic: practical aspects. In: Martin A, Scahill L, Kratochvil C (eds) *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Carandang CG, Martin A (2009) Clinical assessment of children and adolescents with depression. In: Rey JM and Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 23-40.
- Centers for Disease Control and Prevention (2010). *Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*.
- Dallam S (1997). The identification and management of self-mutilating patients in primary care. *The Nurse Practitioner*, 5:151-165.
- Dart RC, Erdman AR, Olson KR et al (2006). Acetaminophen poisoning: an evidence-based consensus guideline for out-of-hospital management. *Clinical Toxicology*, 44:1-18.
- Dayalu P, Chou KL (2008) Antipsychotic-induced extrapyramidal symptoms and their management. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 9:1451-1462.
- Eaton DK, Kann L, Kinchen S (2010). *Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2009*. Surveillance Summaries, Morbidity and Mortality Weekly Report MMWR 59 (SS-5):1-142.
- Eyer F, Stenzel J, Schuster T et al (2009). Risk assessment of severe tricyclic antidepressant overdose. *Human & Experimental Toxicology*, 28:511-519.
- Garvey KA, Penn JV, Campbell AL et al (2009). Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37:363-370.
- Ghaemi SN (2003). *Mood Disorders: A Practical Guide*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gould MS, Greenberg T, Velting DM et al (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42: 386-405.
- Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M et al (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *Journal of the American*

- Medical Association*, 293:1635-1643.
- Granero Perez R, Ezpeleta Ascaso L, Domenech Massons JM et al (1998). Characteristics of the subject and interview influencing the test-retest reliability of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:963-972.
- Hatherill S, Flisher AJ (2010). Delirium in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 68:337-344.
- Khouzam HR (2001) A simple mnemonic for the diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. *Western Journal of Medicine*, 174:424.
- Kowatch RA, Fristad M, Birmaher B et al (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:213-235.
- Milburn NG, Rotheram-Borus MJ, Rice E et al (2006). Cross-national variations in behavioral profiles among homeless youth. *American Journal of Community Psychology*, 37:63-76. Miller RD et al (eds) (2009). *Miller's Anesthesia*, 7th Edition. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone.
- Newton AS, Ali S, Johnson DW et al (2009). A 4 year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11:447-454.
- Olson KR (2007). *Salicylates. Poisoning & Drug Overdose* (5th ed). McGraw-Hill Medical, pp333-335.
- Osmond MH, Klassen TP, Wells GA et al (2010). CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *Canadian Medical Association Journal*, 182:341-348.
- Perry HE, Shannon MW (1998). Efficacy of oral versus intravenous N-acetylcysteine in acetaminophen overdose: results of an open-label, clinical trial. *The Journal of Pediatrics*, 132:149-52.
- Rao U, Chen L (2009). Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:45-62.
- Shaffer D, Pfeffer CR (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40:24S-51S.
- van Harten PN, Hoek HW, Kahn RS (1999). Acute dystonia induced by drug treatment. *British Medical Journal*, 319:623-626.
- Waring WS (2006). Management of lithium toxicity. *Toxicology Review*, 25:221-230.
- Wasserman D, Cheng Q, Jiang G (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4:114-120.
- Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A et al (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disorders*, 11:225-255.
-