



## **URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

### **1. ¿Cuáles son las causas que pueden potenciar una crisis psiquiátrica en los niños?**

Los efectos adversos en el funcionamiento y bienestar psicosocial dependientes de la familia, escuela y comunidad. Las urgencias psiquiátricas usualmente representan alguna perturbación o patología en uno diversos elementos en este ecosistema delicadamente balanceado.

### **2. ¿Cuál es el objetivo de los principales puntos en la evaluación psiquiátrica infantil de urgencias?**

- Obtener que cada informante describa las razones referentes
- Desarrollar una alianza de trabajo, si es posible, con el pacientes y las otras partes involucradas alrededor del asesoramiento y disposición planeados
- Obtener un desarrollo enfocado en la historia de las dificultades actuales de los niños funcionamiento previo

### **3. ¿Cuáles son las 2 preguntas dirigidas en el Hospital General ante una urgencia Psiquiátrica Infantil?**

- a) ¿es el niño peligroso para él mismo o para los demás?
- b) ¿el niño o niña necesita hospitalización o puede ser regresado a casa?

### **4. ¿Cuál es la diferencia entre una urgencia médica de otro tipo y una urgencia psiquiátrica?**

La severidad, la peligrosidad o la urgencia de los síntomas requiere la implementación rápida de la toma de decisiones y el tratamiento. Aún más, la evaluación de emergencia debe avanzar bajo las circunstancias de presión y de tiempo, con la ausencia de personal de apoyo entrenado, con la poca familiaridad con el paciente y la familia de un paciente psiquiátrico, además de con la invalidez de los informantes y con la pérdida de tiempo, así como con las alternativas apropiadas a disposición. Otra contrariedad es la hora a la que estos eventos suelen ocurrir (tarde en la noche o los fines de semana), cuando los informantes importantes (profesores o trabajadores sociales) suelen no estar disponibles.

### **5. ¿Con respecto a los informantes ¿qué consideraciones hay que tener en cuenta?**



La evaluación completa debe tener en cuenta no sólo la información directa del niño, sino la entrevista con múltiples informantes entre los que se encuentren todos los adultos con los que el niño llegue al servicio de urgencias, parientes, no parientes. Y si el niño proviene de un centro de acogida o reclusorio también se debe entrevistar a la gente que lo rodea. La información del niño puede diferir de la del niño en cuanto a la información de los sentimientos del niño y su conducta. Existen casos en los que se detectan casos de enfermedad paterna, actividad ilegal de abuso de sustancias, violencia doméstica o abuso sexual, que permanecen en las familias como secreto y en los que la evaluación puede ser extremadamente difícil ya que los acontecimientos que rodean la crisis nunca se pueden esclarecer completamente.

En cuanto al ambiente

#### **6. Explique la importancia del examen de salud mental en la evaluación de emergencia**

- Los clínicos deben estar atentos ante la evidencia de psicosis, delirium o procesos orgánicos, intoxicación, disociación o ansiedad extrema o depresión. Las alertas a tener en cuenta son:
- Desorientación, confusión y fluctuación de niveles de conciencia
- Incoherencia de pensamiento o lenguaje
- Evidencia o alucinaciones o ilusiones
- Problemas de memoria
- Arrastrar las palabras, ataxia o apraxia

La evaluación de seguridad adicional requiere atención específica en lo siguiente:

- La presencia de ideación suicida u homicida
- Amenazas agresivas o ideación de éstas
- Impulsividad
- Propensión a la regresión o agitación durante la entrevista
- Juicio empobrecido, introspección e inteligencia limitadas
- Labilidad del humor

#### **7. ¿Cuáles son las consideraciones especiales que hay que tener con pacientes no cooperadores o agresivos?**

La oposición o los arrebatos en la escuela o el hogar son precipitantes frecuentes en las urgencias psiquiátricas. También es frecuente que aún en la sala de urgencias los niños y adolescentes continúan agitados, beligerantes e impulsivos, gritando improperios, gritos que incluso llegan a disgustar y enervar a los clínicos, al personal de urgencias e incluso a las familias y niños que se encuentran en la sala de Urgencias.

Los clínicos deben aproximarse ante el paciente violento y tratar de calmarlo cautelosamente con reforzamiento a la vez de reforzar también la capacidad de mantener el control de la conducta.

## 8. Explique la importancia de establecer el diagnóstico diferencial:

La valoración de la agresividad del paciente agitado inicia con la evaluación de las causas probables. La conducta agresiva puede ocurrir en el contexto de un amplio espectro de condiciones psiquiátricas. Por esto mismo es importante hacer el diagnóstico diferencial para elegir en poco tiempo las medidas terapéuticas correctas.

- La causa de la conducta negativa, agresiva y violencia infantil es multifactorial. Esto evoluciona de acuerdo al temperamento infantil, relacionado con el medio ambiente, los factores fisiológicos y neurobiológicos.
- El pobre control de los impulsos es un factor de riesgo importante de arrebatos agresivos. La impulsividad es un síntoma de graves desórdenes mentales de niños y adolescentes, también lo son el déficit de la atención, la hipomanía y el desorden de conducta.
- Los niños con retraso mental, autismo u otras discapacidades pueden tener limitaciones notables en cuanto a su destreza social y por lo tanto pueden reaccionar al estrés y frustraciones con conducta agresiva.
- Los niños educados en una estructura pobre, caótica o violenta que son constantemente traumatizados pueden exhibir una conducta poco adaptativa o agresiva en respuesta al estrés o la confrontación
- En adolescentes el uso de sustancias es un precipitante de conducta disruptiva, agresiva, irritabilidad, conducta desinhibida y exposición a conductas potencialmente amenazantes. Los estados psicóticos subyacentes, especialmente los caracterizados por manía, paranoia o alucinaciones auditivas son también asociadas con las conductas agresivas de estos adolescentes.
- Es también importante tener en cuenta las condiciones orgánicas que producen condiciones que pueden provocar conductas irritables, agresivas o desorganizadas. Los estados metabólicos tóxicos, post ingestiones medicamentosas, encefalopatías o enfermedades médicas pueden producir delirium con conducta desorganizada y agresiva.
- Finalmente la sobre estimulación caótica y el confinamiento en si a la sala de urgencias pueden exacerbar la irritabilidad y los impulsos agresivos para muchos pacientes y familiares

## 9. ¿Cuáles son los aspectos específicos de la evaluación que hay que tener en cuenta en una urgencia psiquiátrica?

1. El grado de premeditación y planeación vs impulsividad
2. Egosintónico o Disintónico
3. Coherencia con la conducta pasada del paciente (incluyendo la timidez crónica)
4. Extraordinario o incontrolada cólera y uso de drogas
5. La validez de percibir la autodefensa
6. Evidencia de exageración de problemas o conciencia
7. Conducta extraña o peculiar y de contenido del pensamiento
8. Riesgo de auto-daño durante el episodio de violencia



9. El alcance de los niños para recordar detalles del episodio(incluyendo sus acciones y consecuencias), aceptar responsabilidades o el expresar remordimientos

Cada una de estas variables tiene implicaciones diagnósticas y de disposición

## 10. ¿Cuál es el manejo de la Urgencia Psiquiátrica?

- Manejo Inicial: en la aproximación a la evaluación del paciente potencialmente violento, lo primordial es preservar la seguridad del paciente, la seguridad de otros incluyendo la de los clínicos y la de los otros. El paciente debe ser investigado de conducta tanto médica como psiquiátricamente. El clínico debe ser siempre educado y respetar al paciente, mantener la atmósfera de calma y evitar irritar y contrarrestar respuestas que puedan crear situaciones hostiles. El clínico nunca debe de aislarse solo con el paciente, ya que puede llegar a necesitar asistencia. Siempre debe de haber una puerta cercana para que en un momento dado se pueda salir sin obstrucción. También es importante tener un ambiente de confort y no atentar y provocar sentimientos de enojo que puedan potenciar la violencia y la necesidad de buscar ayuda.
- En la escena: la entrevista y el área de espera podría estar también libre de objetos puntiagudos, cordones o cualquier objeto riesgoso, al igual que equipo médico mal ubicado en el cuarto de emergencia. La entrevista debe ser en un lugar privado, con poca estimulación, vigilado, y con fácil acceso al personal médico, con alarmas fácilmente identificables por si ocurriera una situación de violencia y tuvieran que ser utilizadas por familiares o personal.
- Comportamiento: Los protocolos del manejo de pacientes pediátricos agresivos incluye algoritmos para la progresión de intervenciones desde las más mínimas restricciones e invasiones. La claridad en la comunicación y marcar firmemente los límites es esencial para hacer desintensificar las situaciones violencia. El personal de urgencias puede apoyar y comunicar firmemente al paciente y a los familiares lo que no es tolerable en el servicio de urgencias y al mismo tiempo ofrecerle pequeñas alternativas aceptables. Cuando la agitación es por causas orgánicas y se acompaña de confusión y desorganización, es necesario poner particular atención para tratar de mantener al paciente cuidadosamente monitoreado y orientado. Es muy útil el recordarle al personal y a la familia del paciente lo que a éste le está ocurriendo. Prevenir con sedación si es necesario.

## 11. ¿Cuales son las pautas terapéuticas farmacológicas?

Hay ocasiones en que es necesario medicar al paciente. No hay ningún tratamiento específico de para la conducta violenta “per se”. De igual modo la “sedación no específica” es usada frecuentemente en el manejo de la agitación aguda de los pacientes, cualquiera que sea la causa. La elección del fármaco se hace normalmente entre un neuroléptico o una



benzodiazepina. El haloperidol y el lorazepam son los agentes más comúnmente usados para las urgencias pediátricas psiquiátricas.

## 12. ¿Cuáles son las características del Lorazepam, Haloperidol y Droperidol en su uso en urgencias pediátricas?

- El lorazepam es un sedante hipnótico no específico, de rápida absorción después de la administración oral o intramuscular. Tiene una vida media relativamente corta (10 a 20 horas) y produce metabolitos no activos. Además de la sedación y las propiedades ansiolíticas tiene la ventaja de ser reversible con los antagonistas de las benzodiazepinas como el flumazenil. El rango en la dosificación pediátrica es de 1 a 2 mg vía oral o intramuscular cada hora hasta que la sedación se consigue.
- El haloperidol (Haldol) es un neuroléptico butirofenónico de alta potencia que ha demostrado más eficacia que el lorazepam en el control de la conducta violenta en pacientes psiquiátricos adultos. Se puede tomar en dosis de 2 a 5 mg intramusculares o vía oral. La dosis puede ser repetida en una hora si es necesario lograr la sedación. Cuando se compara con neurolépticos de alta potencia, el haloperidol causa menos hipotensión y menor descenso en los ataques y tiene menores efectos anticolinérgicos. A pesar de estas ventajas muchos clínicos prefieren agentes sedantes de baja potencia como la clorpromacina tomada a dosis de 0.25 a 0.50 mg vía oral o intramuscular, que puede repetirse en una hora, hasta lograr la sedación.
- El droperidol es otro neuroléptico de la clase de la butirofenona, muy utilizado en los Estados Unidos especialmente en adultos para sedar en situaciones de agitación aguda. Tiene una potencia antidopaminérgica, con efectos similares al haloperidol y con propiedades setativas similares a la clorpromacina. Se administra en dosis de 1 a 2 mg intravenosos o intramusculares y puede repetirse en una hora si es necesario llegar a la sedación.

## 13. ¿Cuál es el uso de los antihistamínicos en una urgencia psiquiátrica pediátrica?

La difenhidramina (Benadril) es un antihistamínico utilizado en casos de agitación no psicótica para la sedación en pacientes pediátricos psiquiátricos. Es de rápida disposición y de fácil administración oral o intramuscular. Se requiere cuidado ya que puede causar, desinhibición en la conducta o agitación en algunos niños (particularmente en aquéllos con daño cerebral o retraso mental) y por esa razón incremento en el descontrol de la conducta.

## 14. ¿Qué parámetros se utilizan a la hora de elegir un fármaco en una urgencia psiquiátrica pediátrica?

Se debe recordar que para la elección de un fármaco tranquilizante para un niño o adolescente es necesario tomar en consideración circunstancias como la posible interacción con drogas o sus interacciones.



En un proceso psicótico, delirio o agitación causado por abuso de sustancias, se puede indicar un neuroléptico. Si se usa un neuroléptico, el médico podría también considerar la administración profiláctica de la difenhidramina (Benadryl) de .25 a .50 mg por dosis o bengtropina (Cogentin) de 1 a 2 mg para prevenir la distonía. También se debe tener un monitoreo de los signos vitales y el nivel de conciencia, así como también estar alerta de las reacciones ditónicas (tortícolis, etc)

Si la indicación de neurolépticos es menos clara, se elige un agente sedante que dependa más del balance riesgo-beneficio dentro del perfil de neurolépticos vs benzodiazepinas, en los pacientes de historia previa de tratamiento similar y de acuerdo a las preferencias de los médicos, instituciones y prácticas intrahospitalarias.

La vía de administración depende de la disposición de las fórmulas de los agentes sedativos. En general la vía intramuscular tiene una acción más rápida que la vía oral. Sin embargo no hay que olvidar que la vía intramuscular resulta invasiva y por lo tanto el paciente puede no cooperar.

#### **15. ¿Qué elemento debe contener el protocolo a seguir en una urgencia psiquiátrica pediátrica?**

- I) Las indicaciones por orden y aplicación de restricciones.
- II) Aclaración del personal y rol de cada uno. Tener en cuenta cuantas personas se requieren para la seguridad del hospital y para cada tarea específica (limpiar el cuarto, detener un miembro, etc)
- III) Guía del monitoreo del niño. El personal podría asignar un monitor al niño permanentemente y asesorarse de los cambios, como por ejemplo en los patrones de respiración, descenso circulatorio o cambios de la temperatura corporal)
- IV) Guía de la evaluación, reconsideraciones y eliminación de restricciones.

#### **16. ¿En qué casos se requiere hospitalización médica o psiquiátrica?**

Los niños con una seria ingestión medicamentosa o con intento suicida, delirio activo o intoxicación aguda o psicosis florida. Del mismo modo un niño con agitación o agresividad extrema a pesar de la evaluación e intervenciones en la sala de urgencias también requiere un lugar seguro. En otros casos, la evaluación del riesgo y sus implicaciones son más complejas.

Entre los factores relativos para una intervención intensiva están el deterioro en el curso con crisis recurrentes, pobre control de los impulsos, introspección, conducta sexual riesgosa, conducción peligrosa, promiscuidad o conducta peligrosa, promiscuidad, pepeas físicas y uso de sustancias.



### **17. ¿Cuáles son las consideraciones legales?**

Las clínicas de salud mental en los Estados Unidos podrían estar reguladas para la aplicación de urgencias psiquiátricas y el tratamiento de menores, así como aquéllos reportes de abuso médico o sexual. Existen Estados como Conneticut en el cual si un médico determina que un niño requiere la hospitalización inmediata para la evaluación y tratamiento de un desorden mental, el niño puede ser hospitalizado en urgencias.

### **18. ¿Cuáles son las directrices a seguir después de un internamiento?**

Cuando los niños y adolescentes son dados de alta del servicio de urgencias a su casa deben tener todas las recomendaciones como paciente externo, un plan terapéutico (especificando el tiempo de terapia y terapeuta). Obviamente la recuperación será mejor si la familia y el paciente regresan a la clínica continuamente. Se debe de tener en cuenta la posibilidad de los intentos suicidas y siempre tener un equipo de trabajo que incluya un teléfono de llamadas de urgencias, personal clínico calificado, trabajadores sociales, es decir todo un personal de soporte para futuras o probables complicaciones con pacientes externos.

### **19. ¿Cuál es la futura dirección en este tema?**

Integrar modelos de cuidados que incluyan servicios que den ayuda en casa, a los niños y familiares de pacientes psiquiátricos, así como facilitarles el desarrollo de un gran espectro de servicios para pacientes externos que incluya como ya se mencionó el servicio a familiares y pacientes, pero también la hospitalización parcial o total y los programas de tratamiento diario y la movilización de equipos de crisis.