

INTRODUCCIÓN

Aunque las urgencias psiquiátricas verdaderas son poco usuales, un número significativo de niños consultan en los servicios de urgencias pediátricos por presentar síntomas o signos atribuibles a patología de la esfera psicológica. El servicio de urgencias es el lugar donde se inicia la valoración de muchos de estos trastornos y el pediatra de urgencias debe tener habilidades en el diagnóstico de problemas psiquiátricos, conocimientos de cómo intervenir en las crisis y tener planificadas las decisiones de derivación, alta u hospitalización de estos pacientes. Estas situaciones generan en el pediatra de urgencia gran preocupación por diferentes motivos:

- Desafío diagnóstico, descartar patología orgánica.
- En ocasiones gran aparatosidad de los síntomas, que empuja a tomar decisiones rápidas.
- Angustia familiar que complica la actitud ante el paciente.
- Situaciones que exigen una dedicación de tiempo importante que interfiere con el resto del trabajo de la unidad.

La mayor parte de estos cuadros son fácilmente identificables y de escasa relevancia, pero no hay que olvidar que es preciso reconocer los síntomas de algunas enfermedades, como la depresión, que son potencialmente letales. Existe una urgencia psiquiátrica verdadera (UP) cuando se presenta una situación en la cual los pacientes se han vuelto peligrosos para sí mismos o para otros, o en la que los problemas han llegado a un punto en el que los pacientes, o bien los sistemas de apoyo (es decir, la familia, la escuela), se encuentran abrumados y buscan servicios adicionales. Casi 2/3 partes de la verdaderas UP son secunda-

rias a intentos de autolisis, depresión grave y conducta dañina para otros. Otras UP incluyen manía, psicosis y abuso de drogas. Al tratar una UP verdadera, se debe verificar la seguridad del enfermo y del personal que lo atiende, por lo que muchas veces será necesaria la inmovilización física y/o farmacológica del paciente. También será preciso inicialmente descartar enfermedades orgánicas que amenazan la vida y que se pueden presentar como una UP, como TCE, hipoglucemia, etc.

Valoración inicial

Un niño con una UP se puede presentar agitado y agresivo o apático y desconectado con los demás, o pasar de un estado a otro en un instante. El niño agitado se muestra típicamente ansioso, enfadado y sin respuesta al ofrecimiento de ayuda y puede lanzar amenazas a la familia o al personal que lo atiende. Algunos pueden mostrarse desorientados y con pérdida de contacto con la realidad y los más pequeños pueden estar fuera de control, corriendo por la sala de exploración o presentando fuertes rabietas, llorando o intentando golpear a los padres y personal sanitario. Por estos motivos, el pediatra de urgencias debe ser muy consciente de sus propias respuestas ante el niño agitado; los sentimientos de enfado y frustración en el médico pueden ser contraproducentes y un reflejo de la cantidad de estrés que el niño está soportando. En ocasiones el niño se ha mostrado agitado y agresivo en casa y sin embargo cuando llega a urgencias está aparentemente tranquilo. Por otro lado el niño que se aísla, está inapropiadamente quieto y no intenta desarrollar relación alguna con el médico que lo examina y en ocasiones tampoco con la familia.

La evaluación del paciente psiquiátrico pediátrico se basa fundamentalmente en la historia y exploración física. En muchas ocasiones se deberá recabar información de los padres, cuidadores, profesores y del propio paciente. Debe entrevistarse a los niños separados de sus padres, especialmente si se sospecha abuso de drogas y en el caso de adolescentes. La valoración inicial del paciente con una UP debe recoger:

- Datos del paciente (edad, sexo, ocupación...).
- Motivo de consulta principal.
- Historia de la enfermedad actual (cómo se presentó el problema, tiempo de evolución, factores desencadenantes, episodios previos, tratamientos anteriores y actuales).
- Antecedentes psiquiátricos.
- Antecedentes médicos.
- Medicamentos (neurolépticos, tranquilizantes, corticoides, antiepilépticos, antidepressivos).
- Problemas neurológicos (retraso mental, autismo, etc.) .
- Circunstancias sociales (ambiente familiar, escuela, maltrato o negligencia, uso de alcohol y drogas, ambiente social).
- Antecedentes psiquiátricos familiares.
- Examen mental:
 - Apariencia general y conducta.
 - Nivel de conciencia.
 - Estado de ánimo.
 - Afecto.
 - Análisis del pensamiento (alucinaciones, delirio, suicida, homicida, paranoia) .
 - Memoria, concentración, control de impulsos, juicio, percepción.
- Pruebas diagnósticas (bioquímica, toxicología, TAC, EEG, PL).

Tratamiento inicial

El tratamiento inicial, independientemente de la causa que haya provocado la UP, es tratar las conductas fuera de control. Se debe ubicar al niño en un área tranquila, lo más aislada posible y en la aproximación al paciente se deben utilizar expresiones de apoyo y entendimiento de lo que le sucede, evitando palabras o gestos de ira o frustración que pueden exacerbar el cuadro. Si con el apoyo psicológico no se consigue que el paciente recupere algo de autocontrol y resul-

ta peligroso, habrá que utilizar técnicas de inmovilización física (correas, sábanas), siguiendo los siguientes pasos:

- Se necesita un mínimo de cuatro personas.
- Mantener las manos lejos de la boca del niño para evitar ser mordidos.
- Explicar al paciente lo que va a suceder si éste no parece entender.
- Hay que revisar con frecuencia la comodidad y seguridad del paciente inmovilizado.
- A medida que el paciente se tranquiliza se va retirando cada vez una zona inmovilizada.

Muchas veces, con la inmovilización física y el apoyo psicológico, el paciente puede sentir que recupera algo de control y calmarse; si no es así será preciso utilizar fármacos, una vez descartado un cuadro orgánico que contraindique la sedación o la depresión respiratoria. El fármaco más utilizado es el haloperidol, (0,5 a 3 mg oral o i.m.). Una vez garantizada la seguridad del paciente, se continuará con el procedimiento diagnóstico y terapéutico, si es posible con la participación del psiquiatra. Son indicaciones de hospitalización:

- Intento de suicidio.
- Conducta homicida.
- Incapacidad de la familia para cuidar al niño.
- Maltrato físico o abuso sexual.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Estabilización o ajuste de la medicación.

CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una gran variedad de problemas médicos y psiquiátricos pueden provocar que un niño presente agitación o aislamiento del medio (Tabla I).

Para un mejor entendimiento de las posibilidades diagnósticas de un niño que se presenta en urgencias con un posible problema psiquiátrico, trataremos los siguientes apartados:

- Urgencias Psiquiátricas verdaderas.
- Otros problemas de la esfera psiquiátrica.
- Enfermedades orgánicas que pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos.
- Enfermedades psiquiátricas que se manifiestan con síntomas de enfermedad orgánica.
- Efectos de los fármacos psicotrópicos.

TABLA I. Diagnóstico diferencial de los cuadros de agitación y aislamiento del medio en el niño

1. Psicosis, provocada por:
 - Enfermedad médica
 - Ingestión o abuso de una sustancia tóxica
 - Problemas de desarrollo tipo autismo
 - Esquizofrenia del tipo adulto
 - Enfermedad maniaco depresiva
2. Depresión
3. Trastornos de la conducta
4. Reacciones de ajuste de la infancia y adolescencia
5. Síndrome de déficit de atención
6. Enfermedad médica en ausencia de psicosis (ej. tirotoxicosis, epilepsia del lóbulo temporal)
7. Trastorno sensorial: ceguera y sordera
8. Problema severo de comunicación como la afasia

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

VERDADERAS

Psicosis

Un niño psicótico puede acudir a urgencias agitado o todo lo contrario, preocupado y aislado del medio. El término psicosis se refiere a un estado mental en el cuál acontecen importantes trastornos del pensamiento, relación y percepción de la realidad. El niño psicótico no se expresa bien, tiene dificultades para responder preguntas y se puede mostrar extremadamente suspicaz y hostil. La psicosis puede derivar de

una causa física o psiquiátrica. Las causas psiquiátricas de psicosis en niños incluyen el autismo, la esquizofrenia y el trastorno maniaco depresivo. Las causas físicas u orgánicas son trastornos médicos y una intoxicación con una sustancia exógena. El pediatra de urgencias debe ser capaz de determinar la causa de la psicosis ya que esto predetermina el tipo de tratamiento. En la Tabla II se muestran las diferentes características de la psicosis de origen orgánico de la de causa psiquiátrica.

Existen numerosos problemas médicos que pueden manifestarse con un cuadro de psicosis (Tabla III). Muchos de estos problemas pueden estar ya diagnosticados y tratados y ser la psicosis una nueva manifestación de la enfermedad o un síntoma de su descompensación, por este motivo es básico interrogar sobre los antecedentes médicos del niño. En otras ocasiones la enfermedad es aguda, como el Síndrome de Reye o una lesión cerebral, pudiendo evolucionar rápidamente a la inconsciencia y la muerte si no son diagnosticadas.

Muchos fármacos y drogas de abuso pueden provocar cuadros de psicosis que se manifiestan con agitación o aislamiento (Tabla IV). En el momento de obtener la historia una pista importante es el inicio brusco de trastornos del pensamiento acompañado de alucinaciones visuales. También una historia de abuso de drogas o de posibilidad de acceso a sustancias tóxicas pueden ayudar en el diagnóstico. Algunos tóxicos como el alcohol, sedantes, antidepresivos, anticolinérgicos y metales pesados pueden provocar, si la ingesta y absorción han sido importantes, la muerte y por eso son precisos un diagnóstico y tratamiento tempranos.

TABLA II. Características diferenciales de la psicosis de origen orgánico o psiquiátrico

Característica a evaluar	Psicosis orgánica	Psicosis psiquiátrica
Inicio	Agudo	Gradual
Signos autonómicos patológicos	Pueden estar presentes	Ausentes
Signos vitales	Pueden ser anormales	Normales
Orientación	Alterada	Intacta
Memoria reciente	Alterada	Intacta
Habilidad intelectual	Puede estar alterada	Intacta
Alucinaciones	Visuales	Auditivas

TABLA III. Enfermedades y lesiones que pueden provocar psicosis

- 1. Lesiones del SNC**
 - Tumor
 - Absceso cerebral
 - Hemorragia cerebral
 - Meningitis o encefalitis
 - Epilepsia del lóbulo temporal
 - Trauma craneal
- 2. Hipoxia cerebral**
 - Insuficiencia pulmonar
 - Anemia grave
 - Fallo cardíaco
 - Intoxicación monóxido de carbono
- 3. Problemas endocrino-metabólicos**
 - Alteración de los electrolitos
 - Hipoglucemia
 - Hipocalcemia
 - Enfermedad tiroidea
 - Enfermedad adrenal
 - Uremia
 - Fallo hepático
 - Diabetes mellitus
 - Porfiria
 - Síndrome de Reye
- 4. Enfermedades sistémicas**
 - Lupus E.D.
 - Poliarteritis nodosa
- 5. Infecciones**
 - Malaria
 - Fiebre tifoidea
 - Endocarditis bacteriana subaguda
 - VIH e infecciones

Ante un niño con un cuadro psicótico es imperativo evaluar la posibilidad de conducta suicida u homicida por parte del paciente, además de su condición física y habilidad de mantener sus cuidados personales. Estos niños precisan una evaluación neurológica y psiquiátrica completa y su hospitalización. En los casos de agitación puede utilizarse un agente antipsicótico como el haloperidol, evitando el uso de benzodiacepinas que podrían exacerbar el cuadro.

TABLA IV. Sustancias que pueden provocar un cuadro de psicosis

- Alcohol
- Barbitúricos
- Fenotiacinas
- Anfetaminas
- Alucinógenos (LSD, mescalina...)
- Marihuana
- Fenciclidina
- Compuestos anticolinérgicos
- Metales pesados
- Cocaína
- Corticoides
- Reserpina
- Opioides

Haloperidol

- Niños 3-12 años: 0,05-0,15 mg/kg/día (2 dosis, vía oral) (1 gota= 0,1 mg).
- Niños > 12 años: 1-15 mg/día (2 dosis, vía oral).
- Si hay gran agitación: 1-5 mg/dosis cada 1-8 horas i.m. o i.v. lento (1 ampolla= 5 mg) .

Depresión

También los niños que son llevados a urgencias por presentar un estado de agitación o aislamiento, pueden estar gravemente deprimidos. Estos pacientes suelen estar orientados, tener un pensamiento coherente y diferenciar la realidad de la fantasía. El niño con depresión puede tener una historia previa de una temporada con disminución del rendimiento escolar, separación de las actividades habituales con los demás y tristeza extrema. En muchas ocasiones se puede identificar un desencadenante, con frecuencia la separación de los padres o la muerte de algún familiar muy cercano. Si se identifica un cuadro de depresión como causa de la conducta alterada del niño, el pediatra de urgencias debe investigar la presencia de ideas de suicidio.

OTROS PROBLEMAS DE LA ESFERA PSQUIÁTRICA

Otros problemas psiquiátricos como los trastornos de la conducta con grave alteración del comportamiento, las reacciones de ajuste con interrupción de

TABLA V. Diferencias entre delirio y psicosis

Delirio	Psicosis
Déficit de atención y concentración	Bien orientados y sin problemas de concentración, atención o memoria
Curso intermitente	Sin períodos de lucidez
Alteraciones cambiantes de la percepción, sobre todo alucinaciones visuales	Alucinaciones muy sistemizadas y complejas
EEG puede estar alterado	EEG normal

los mecanismos compensatorios normales (ej. estrés postraumático) y los trastornos por déficit de atención pueden condicionar que el niño sea llevado a urgencias con un cuadro de agitación o retraimiento. La primera misión del pediatra de urgencias será explorar la presencia de ideas o intentos de suicidio u homicidio y posteriormente decidir las alternativas de tratamiento o referencia del paciente.

Otros trastornos psiquiátricos que pueden presentarse como una urgencia verdadera son las alteraciones del apetito, anorexia nerviosa y bulimia, que pueden consultar con trastornos metabólicos importantes que generan alteraciones hemodinámicas y arritmias cardíacas. En estos casos, es preciso un estudio completo de laboratorio (hemograma, electrolitos, glucosa, calcio, magnesio, albúmina y función renal) y el rápido tratamiento de los desequilibrios encontrados. También es precisa en estos casos la hospitalización de los pacientes.

ENFERMEDADES ORGÁNICAS QUE PUEDEN MANIFESTARSE CON SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS

Cuando el pediatra se enfrenta con un niño que presenta un comportamiento anormal o un cambio en el carácter, debe establecer si el origen de estos síntomas es psiquiátrico u orgánico. Diferenciar entre un delirio de origen orgánico y un cuadro psicótico en la edad pediátrica es, en ocasiones, muy difícil. Es preciso conocer las diferencias entre ambos (Tabla V). El delirio es a menudo infra-diagnosticado en los niños, sobre todo en los casos leves, asociando los cambios de comportamiento a simulación o trastornos psicopatológicos.

Una vez que se ha establecido la sospecha diagnóstica de delirio, es preciso buscar su etiología. Las causas más frecuentes de este cuadro son:

- La ingesta de drogas de abuso.
- Neurofármacos: anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antidepressivos tricíclicos, barbitúricos y benzodiazepinas.
- Otros fármacos: trimetropim-sulfametoxazol, metoclopramida, levodopa, ciprofloxacino, tobramicina, loperamida, ganciclovir, ketamina, interferón alfa, etc.
- Enfermedades orgánicas: encefalitis, síndrome de Guillain-Barré, lupus, tumor SNC, enfermedad de Wilson, síndrome de Tourette, panencefalitis esclerosante subaguda, deficiencias vitamínicas (complejo B).

La causa más frecuente, en nuestro medio, es la ingesta de alcohol y neurofármacos.

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS QUE SE MANIFIESTAN CON SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD ORGÁNICA

Dentro de este apartado podemos distinguir tres situaciones fundamentales:

Trastornos con manifestaciones somáticas

Incluyen varios trastornos que cursan con gran preocupación por el aspecto físico, síntomas físicos o enfermedad, en presencia de una buena salud y ausencia de hallazgos físicos patológicos. Se presentan con igual frecuencia en ambos sexos, salvo los trastornos de conversión que son casi exclusivos de las niñas. Estos trastornos incluyen:

- *Somatizaciones.* Gran fijación en sus síntomas sin preocupación por la posibilidad de enfermedad subyacente. Las quejas más frecuentes son la cefalea, astenia, dolor muscular y dolor abdominal.
- *Trastornos de conversión.* Se quejan de síntomas agudos, muchas veces neurológicos, que no tienen explicación fisiopatológica o son incongruentes. Las quejas más frecuentes son: vómitos, diarrea, retención urinaria, síncope, globo hístico, parálisis de una extremidad, movimientos involuntarios, tics, blefaroespasmos, tortícolis, caídas, debilidad, afonía, anestesia, ceguera, visión en túnel, sordera, etc.
- *Ateraciones de la percepción del dolor.* Dolor intenso que interrumpe sus actividades sin objetivar causa que lo produzca. A menudo representa un síntoma de depresión o ansiedad. En ocasiones la familia es sobreprotectora e hipocondríaca. En ocasiones es una manifestación de una situación de abuso. El diagnóstico se establece:
 - Por la ausencia de hallazgos físicos de enfermedad.
 - Fluctuación de los síntomas con evolución paralela en el nivel de sus actividades.
 - Existencia de un acontecimiento estresante desencadenante.
 - Varias visitas al hospital por síntomas vagos y pobremente descritos.
 - Labilidad emocional.

Hipocondría

Gran preocupación por una terrible enfermedad sin fijación en sus síntomas.

- *Percepción alterada del cuerpo.* Defecto imaginario en su apariencia física. Aunque existen pocos estudios en niños, los síndromes que cursan con molestias físicas recurrentes, que requieren visitas repetidas en urgencias, no son raros. El tratamiento de estos niños sin problemas orgánicos es difícil. Supone cierto alivio tener una conversación larga y relajada con el niño, dejando que nos transmita sus miedos y preocupaciones. Es importante intentar tranquilizar a la familia y al paciente, incidiendo en la ausencia de hallazgos patológicos en las exploraciones reali-

zadas. En muchas ocasiones mantener al niño unas horas en observación hospitalaria evita la práctica de estudios innecesarios y consigue la reversión de los síntomas. En definitiva, la clave en la actitud ante estos pacientes incluye:

- Asegurarnos que el paciente no tiene una enfermedad orgánica.
- Evitar intervenciones médicas innecesarias.
- Contactar lo antes posible con psiquiatría.
- Tener en mente la posibilidad de una situación de abuso.
- *Enfermedad simulada.* Se caracteriza por la presencia de síntomas físicos y psicológicos provocados o fingidos intencionadamente con el fin de adoptar el papel de enfermo crónico. En general se busca una ganancia específica. Es una situación difícil de diagnosticar y de incidencia desconocida en la infancia. Es algo más común en la adolescencia; en ocasiones, en relación con el consumo de drogas. Pueden simular amnesia, retraso mental, secuelas postraumáticas, etc.

Munchausen por poderes

El cuidador simula o produce enfermedades en el niño con el propósito de incrementar el contacto con los servicios médicos. Es la forma de abuso en niños que conlleva tasas más altas de morbilidad y mortalidad, siendo un trastorno raro y difícil de diagnosticar. Es más frecuente en los niños menores de 5 años y los hermanos están sometidos al mismo riesgo. Las manifestaciones más frecuentes de este trastorno son: convulsiones, apnea, cianosis, vómitos, diarrea y hematuria. El diagnóstico se establece basándose en lo siguiente:

- Los padres insisten en que su hijo tiene un problema orgánico a pesar de todos los estudios negativos.
- Curso clínico atípico, con hallazgos inconsistentes y datos de laboratorio extraños.
- El cuidador tiene una relación previa, hostil o amistosa, con el hospital (consultas por dolencias aparentemente ficticias en urgencias).
- El cuidador pasa mucho tiempo acompañando al niño en el hospital pero, sin embargo, muestra poca preocupación por la presunta gravedad de la enfermedad.

TABLA VI. Efectos de los fármacos psicotrópicos

Fármaco	Efecto secundario
Antipsicóticos convencionales (fenotiacinas, butirofenonas)	Sedación, hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos (boca seca, visión borrosa, retención urinaria, estreñimiento), toxicidad cardíaca, convulsiones, extrapiramidalismo.
Antidepresivos tricíclicos	Sedación, hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos, toxicidad cardíaca, convulsiones.
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (Prozac®)	Agitación, hiperactividad neuromuscular, insomnio, pérdida de peso, cefalea, náuseas y diarrea.
Inhibidores de la MAO	Hipotensión postural, agitación, insomnio.
Litio	Náuseas, vómitos, diarrea, poliuria, síndrome nefrótico, toxicidad cardíaca, hipercalcemia, etc.
Carbamacepina	Neurológicos (sedación, ataxia, disartria, diplopía, confusión, etc.), trastornos de la conducción cardíaca, hepatitis, discrasias sanguíneas, dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson.
Valproato	Náuseas, vómitos, diarrea, trombopenia, elevación de transaminasas, sedación, ataxia, hepatitis, eritema multiforme, pancreatitis.
Estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina)	Anorexia, insomnio, cefalea, mareo, irritabilidad, depresión, hepatotoxicidad.

- Si la separación forzosa (ingreso en UCIP) del niño y el cuidador conlleva un rápido alivio de los síntomas.

Ante la sospecha de Munchausen por poderes el paciente debe ser hospitalizado. La filmación por vídeo puede ayudar en el diagnóstico de esta situación. Este diagnóstico, salvo casos flagrantes, no debe ser realizado en urgencias ya que exige un grado alto de certeza y, en general, un tiempo prudencial para

estar seguros de que los síntomas presentados son atribuibles a esta entidad.

EFFECTOS DE LOS FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS

Es preciso conocer los efectos secundarios de los fármacos psicotrópicos porque pueden ser potencialmente graves y motivo de consulta en urgencias (Tabla VI).

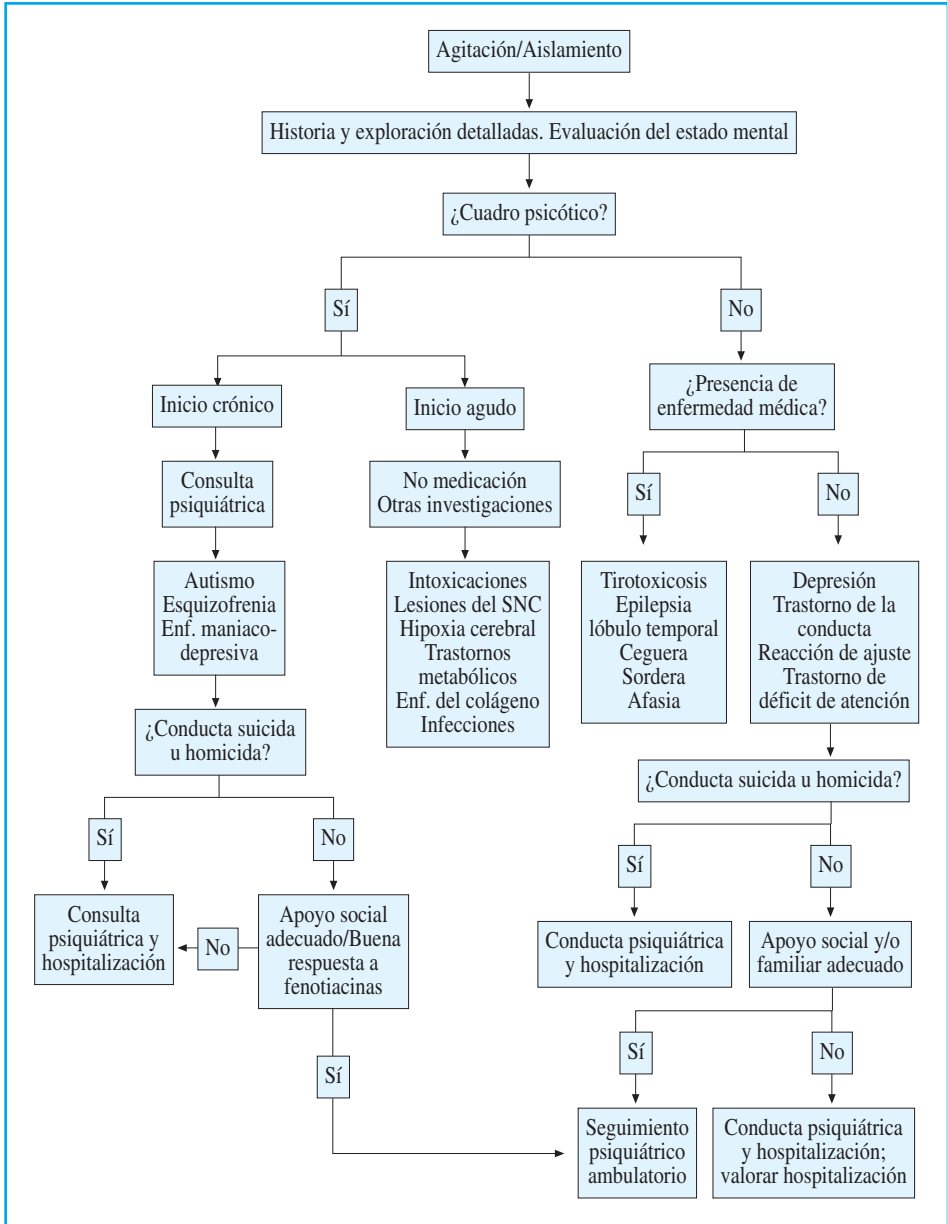


FIGURA 1. Esquema de actuación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boutros NN. A review of indications for routine EEG in clinical psychiatry. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 716-9.
2. Hollister LE, Csernansky JG. Antipsychotic medications. En: *Clinical pharmacology of psychotherapeutic drugs*. New York: Churchill Livingstone; 1990. p. 97-125.
3. Lipowski ZJ. Update on delirium. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15: 335-46.
4. Russel AT. The clinical presentation of childhood onset schizophrenia. *Schizophren Bull* 1994; 20: 631-46.
5. Sater N, Constantino JN. Pediatric emergencies in children with psychiatric conditions. *Pediatr Emerg Care* 1998; 14: 42-50.
6. Schecker N. Childhood conversion reactions in the emergency department. Part II. General and specific features. *Pediatr Emerg Care* 1990; 6: 46-51.
7. Schreier HA, Libow JA. Munchausen by proxy syndrome: A modern pediatric challenge. *J Pediatr* 1994; 125: S 110-5.
8. Schwarz E, Wright T. Urgencias psiquiátricas. En: Strange GR, Ahrens WR, Lelyveld S, Schafermeyer RW, editores. *Medicina de Urgencias Pediátricas*. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 718-33.
9. Sargent J, Gordon RH. Disturbed child. In: Fleisher G, Ludwig S, Henretig F, editores. *Textbook of pediatric emergency medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 209-16.
10. Salado C, Montiano J. Trastornos de la esfera psiquiátrica en urgencias de Pediatría. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, editores. *Tratado de Urgencias en Pediatría*. Madrid: Ergon; 2005. p. 817-25.
11. Trastornos de la esfera psiquiátrica. En: Benito J, Mintegi S, Sánchez J, editores. *Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas*. Madrid: Ergon; 2006.