29

Urgencias psiquiátricas

Javier Benito Fernández

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. 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 secundarias a intentos de autólisis, 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

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, antidepresivos).
- 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 animo.
  - — 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 resulta 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 (figura 1)

Desde el punto de vista práctico, podemos distinguir cuatro situaciones:

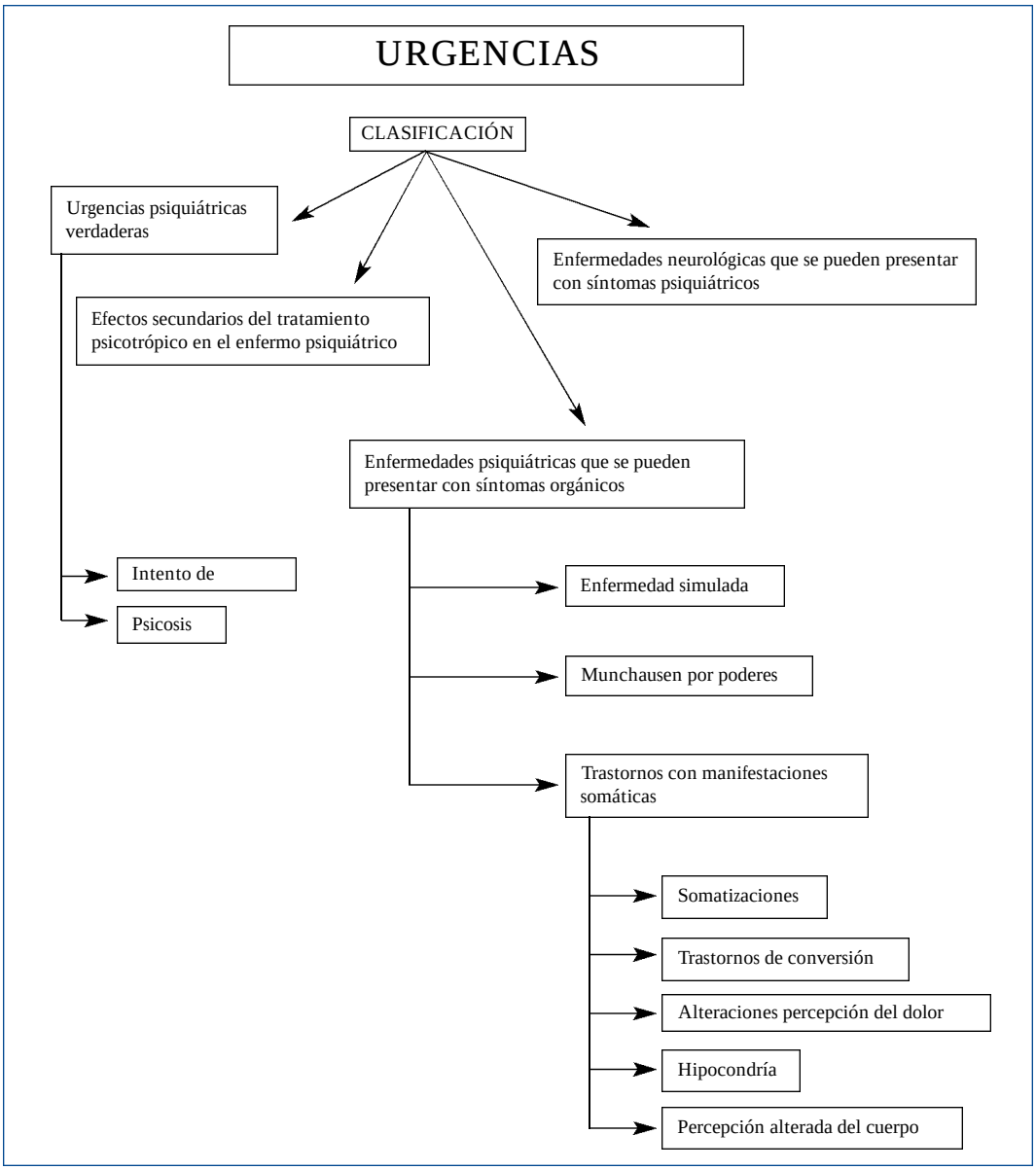

Figura 1. Clasificación de las urgencias psiquiátricas.

1. Urgencias psiquiátricas verdaderas.
2. Efectos secundarios del tratamiento psicotrópico en el enfermo psiquiátrico.
3. Enfermedades neurológicas que se pueden presentar con síntomas psiquiátricos.
4. Enfermedades psiquiátricas que se pueden presentar con síntomas orgánicos.

Urgencias psiquiátricas verdaderas

Aunque son globalmente poco frecuentes, es preciso reconocerlas, dada su gravedad. Las dos urgencias psiquiátricas prototipo, en la edad pediátrica, son el intento de suicidio y la psicosis.

Intento de suicidio. Es raro antes de los 10 años de edad, aumentando progresivamente su frecuencia hasta la adolescencia. Los niños menores de 14 años que intentan suicidarse es poco probable que hayan sido diagnosticados previamente de una enfermedad psiquiátrica y generalmente el intento es secundario a algún acontecimiento en su vida al que temen enfrentarse. El método utilizado es variable: ingesta de fármacos, salto al vacío, ahorcamiento, armas de fuego, etc. Estos pacientes deben ser hospitalizados y vigilados estrechamente.

Psicosis. En los niños, la psicosis puede reflejar la presencia de esquizofrenia, manía, autismo, además de algunas enfermedades neurológicas e ingesta de tóxicos. Los síntomas guía son la presencia de alucinaciones y, en ocasiones, la agitación. 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.

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).

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, electrólitos, 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 I).

El **delirio** es a menudo infradiagnosticado 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, antidepresivos tricíclicos, barbitúricos y benzodiacepinas.

— Otros fármacos: trimetropim-sulfametoxazol, metoclopramida, levodopa, ciproflo-

TABLA I. Diagnóstico diferencial 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 sistematizadas y complejas
EEG puede estar alterado	EEG normal

xacino, tobramicina, loperamida, ganciclovir, ketamina, interferón alfa, etc.

— Enfermedades orgánicas: encefalitis, sínd. Guillain-Barré, lupus, tumor SNC, enf. Wilson, sínd. 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

Incluye 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 histérico, parálisis de una extremidad, movimientos involuntarios, tics, blefarospasmo, tortícolis, caídas, debilidad, afonía, anestesia, ceguera, visión en túnel, sordera, etc.

Alteraciones 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 realizadas. 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:

1. Asegurarnos que el paciente no tiene una enfermedad orgánica.
2. Evitar intervenciones médicas innecesarias.
3. Contactar lo antes posible con psiquiatría.
4. 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.

— 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 filma-

ción 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.

Efectos de los fármacos psicotrópicos

Es preciso conocer los efectos secundarios de los fármacos psicotropos porque pueden ser potencialmente graves y motivo de consulta en urgencias (tabla II).

TABLA II. Efectos secundarios de neurofármacos

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, Sínd. Stevens-Jhonson
Valproato	Náuseas, vómitos, diarrea, trombopenia, elevación de transaminasas, sedación, ataxia, hepatitis, eritema multiforme, pancreatitis
Estimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina)	Anorexia, insomnio, cefalea, mareo, irritabilidad, depresión, hepatotoxicidad

Bibliografía

1. Boutros NN. A review of indications for routine EEG in clinical psychiatry. Hosp Community Psychiatry 1992; 43: 716-719.
2. Hollister LE, Csernansky JG. Antipsychotic medications. En: Clinical pharmacology of psychotherapeutic drugs, 3ª ed. New York: Churchill Livingstone, 1990, págs. 97-125.
3. Lipowski ZJ. Update on delirium. Pychiatr clin North Am 1992; 15: 335-346.
4. Russel AT. The clinical presentation of childhood-onset schizophrenia. Schizophren Bull 1994; 20: 631-646.
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. Munchaunsen by proxy syndrome: A modern pediatric challenge. J Pediatr 1994; 125: S 110-S 115.
8. Schwarz E, Wright T. Urgencias psiquiátricas. En: Medicina de Urgencias Pediátricas. Strange GR, Ahrens WR, Lelyveld S, Schafermeyer RW. México, McGraw-Hill Interamericana, 1996, 718-733.

NOTAS