



PSIQUIATRÍA Y PSICOSOCIAL

Coordinadora: *Marta Sánchez Batanero*

PSIQUIATRÍA Y PSICOSOCIAL.....	1
2301 – CRISIS DE ANSIEDAD.....	2
2302 – MALTRATO INFANTIL.....	6
2303 – PACIENTE AGITADO.....	12
2304 – PSICOFÁRMACOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.....	18
2305 – PSICOSIS AGUDA.....	24
2306 – RIESGO AUTOLÍTICO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.....	28
2307 – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA), ATENCIÓN EN URGENCIAS.....	34
2308 – TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	39
2309 – TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.....	45

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-39484-5

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

2301 – CRISIS DE ANSIEDAD

Vázquez Reyes, Antonio
Garrido Torres, Nathalia
Suárez Soto, José Ignacio

DEFINICIÓN

Se considera que existe un trastorno, cuando existe miedo a una amenaza real o imaginaria y ansiedad excesiva a un acontecimiento futuro, que puede estar asociado a manifestaciones conductuales. El ataque de pánico se define por la presencia de elevada ansiedad que se produce de forma súbita y se acompaña de síntomas autonómicos, torácicos y abdominales y/o relacionados con el estado mental.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblores, sequedad de boca.
- Síntomas relacionados con tórax y abdomen: disnea, sensación de ahogo, dolor precordial, náuseas, malestar abdominal.
- Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad, desvanecimiento, sensaciones de desrealización y/o despersonalización, sensación de muerte inminente, miedo a volverse loco, a perder el conocimiento o el control

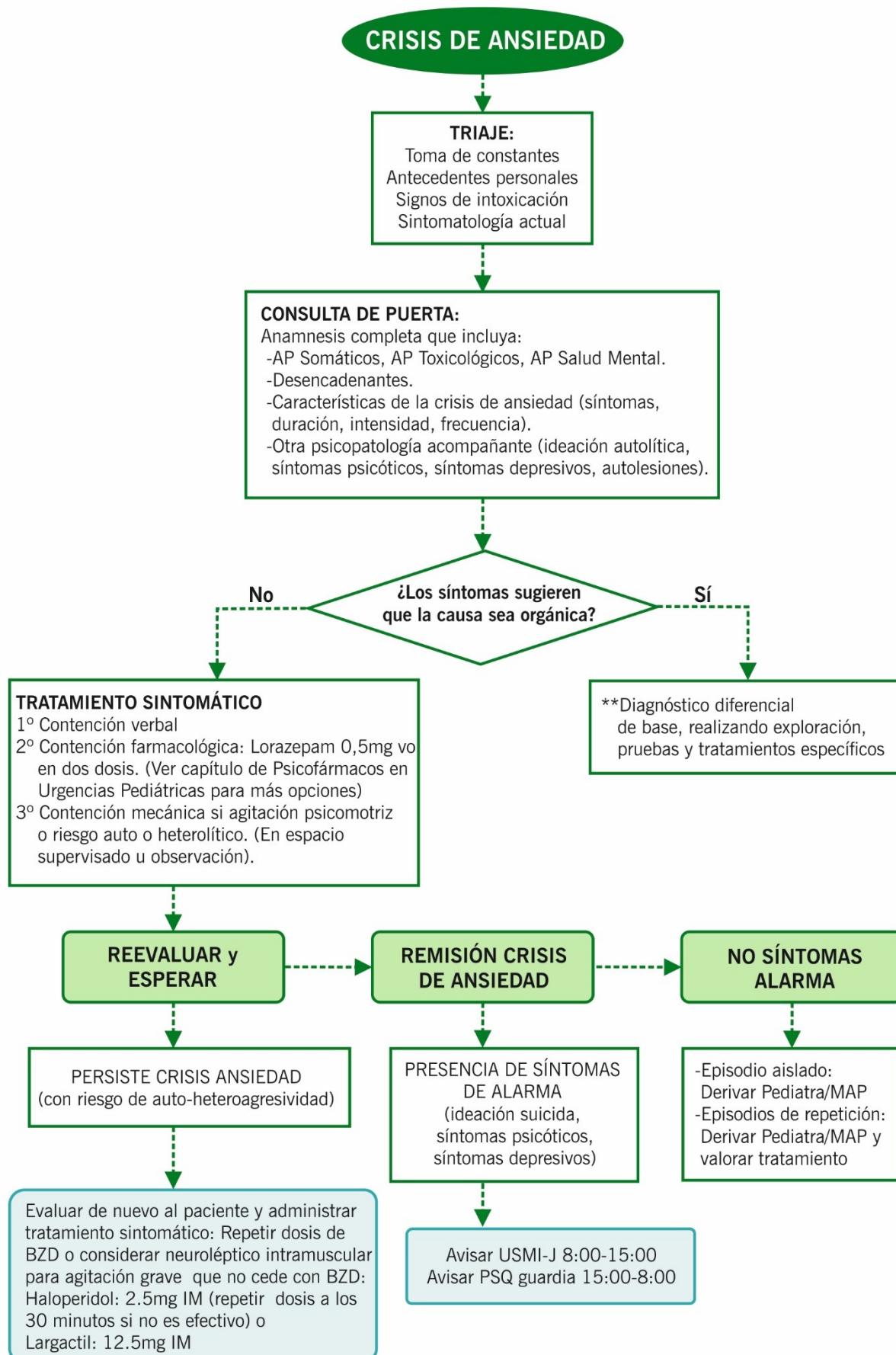
DIAGNÓSTICO

- Crisis de ansiedad: Episodio de ansiedad de comienzo brusco y escasa duración, acompañado de síntomas como palpitaciones, sudoración, falta de aire, miedo a morir, volverse loco o perder el control.
- Pruebas diagnósticas:
 1. Entrevista clínica
 2. Diagnóstico diferencial** de base, realizando exploración, pruebas y tratamientos específicos.

** Diagnóstico diferencial:

- Enfermedades cardiovasculares (prolapso de la válvula mitral, taquicardia supraventricular paroxística)
- Feocromocitoma
- Hipo e hipertiroidismo
- Enfermedad de Cushing
- Enfermedad de Wilson
- Epilepsia
- Hipoglucemia
- Vértigo o enfermedad vestibular
- Corea de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Asma
- Fármacos (bloqueantes de los canales del calcio, broncodilatadores, estimulantes alfa-adrenérgicos, esteroides, teofilina)
- Sustancias abuso (alcohol, opiáceos, cocaína, cafeína, anfetaminas, etc.)

ALGORITMO DE MANEJO





TRATAMIENTO DOMICILIARIO

1. Contención Verbal: realizar escucha activa, dar muestras verbales de empatía, facilitar con preguntas abiertas la posible expresión de factores desencadenantes, intentar encontrar alternativas, sugerir cambios.
2. Elección de tratamiento farmacológico a corto plazo:
 - Valorar la necesidad de tratamiento farmacológico domiciliario ya que la mayoría de crisis de ansiedad no requieren tratamiento farmacológico domiciliario.
 - Las BDZ más utilizadas en niños y adolescentes son las de **vida media larga**, para evitar el efecto rebote una vez terminado su efecto, y el riesgo de dependencia. Estas son: clorazepato dipotásico (Tranxilium®, Dorken®), Clonazepam (Rivotril®), Diacepam (Valium®), Lorazepam (Orfidal®, Idalprem®) (Ver tabla de dosis en capítulo Psicofármacos en Urgencias Pediátricas).
 - Si se elige usar BZD, se debe hacer preferiblemente en mayores de 9 años.
 - No se deben usar por un período mayor a 4 semanas.
3. Tratamiento a medio y largo plazo: psicoterapia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA Y DE INGRESO

Alta	Seguimiento por Pediatra/MAP si crisis de ansiedad sin comorbilidad psicopatológica asociada o presencia de comorbilidad orgánica.
Ingreso	Derivar a Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J) si crisis de ansiedad acompañada de síntomas de alarma: ideación suicida grave, síntomas psicóticos y síntomas depresivos graves.
Derivación a consultas externas	Derivar a Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de referencia si presenta psicopatología asociada a crisis de ansiedad



BIBLIOGRAFÍA

1. Vega Piñero M, Jiménez Treviño L. Trastornos de ansiedad. In: Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier. 2ª Edición; 2010. p 393-408.
2. Ayora Rodríguez M, Nuñez Morales N, MiñanoMerenes M, Rico del Viejo, Ana Belén. Urgencias derivadas de los trastornos de ansiedad. In: Manual de urgencias en psiquiatría. SEDUP. 1ªEdición; 2018. p 117-128.
3. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
4. Stahl, S.M., Stahl, S.M., & Stahl, S.M. (21018). Prescriber's guide, children and adolescents: Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press.
5. Taylo, D., Banes, T. R. E., & Young, A. H. (2019). The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry (13th edition). Wiley

2302 – MALTRATO INFANTIL

*Martínez Prieto, Francisco
Anchóriz Esquitino, Macarena
López Andrades, Ana*

DEFINICIÓN

Se trata de cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y social (De Paul, 1988).

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO

MALTRATO PSICOLÓGICO (MPSC):

Acción que produce daño mental o emocional en el niño desde la pérdida de afecto o estimulación hasta insultos o desacreditaciones que afectan a la dignidad, perjudicar la salud y alteran el bienestar general del niño.

ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA (NGC):

Desatención o abandono por parte de los cuidadores, de las necesidades básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección, educación, salud).

MALTRATO FÍSICO (MTF):

Toda acción no accidental que provoquen daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en grave riesgo de padecerlo.

ABUSO SEXUAL (ASI):

Las acciones de contenido sexual realizadas en la persona de un menor de edad con asimetría de poder (edad, madurez, jerarquía...) bajo coacción, agresión o engaño (seducción) y con la condición de ocultarlo (ver capítulo de Abuso sexual infantil).

OTROS TIPOS DE MALTRATO:

Maltrato prenatal, enfermedad generada por el cuidador, violencia contra la mujer en la pareja, mutilación genital femenina, explotación infantil, acoso entre pares, violencia de género entre adolescentes, ciberacoso, maltrato institucional, grooming, sexting, trata de menores, otros.

ANAMNESIS

INDICADORES EN EL NIÑO:

Retraso psicomotor, falta de higiene, cansancio no habitual, abandono, falta de nutrición, trastornos de comportamiento como reacción exagerada ante cualquier contacto, actitud parálitica (se deja hacer todo sin protestar) o serio, vigilante, muy obediente a las indicaciones de los padres, fracaso escolar no justificado.

ACTITUD DE LOS PADRES:

Falta de vacunaciones, poca vigilancia, frecuentes cambios de médicos u hospital, preocupación inadecuada por lesiones graves, falta de atención o una historia clínica contradictoria, no coincidente con los hallazgos o con varias versiones.



HISTORIA CLÍNICA DE LA AGRESIÓN:

Preguntando el dónde, cuándo, cómo, quien estaba delante y qué han hecho tras lo ocurrido.

Si etapa verbal, se pedirá a los cuidadores permiso para **entrevistarlos por separado** al menor y si varios cuidadores, también por separado. Anotar si se niegan a ello. Siempre en presencia de un testigo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Búsqueda de **lesiones centinelas** que es una lesión reseñada en la historia clínica del menor, sospechosa de MTI, explicada por un desarrollo del menor o explicaciones inverosímiles de los cuidadores, así como **lesiones inequívocas de maltrato**.

PIEL Y MUCOSAS

Lesiones accidentales, son más frecuentes en el plano frontal del cuerpo.

- **Equimosis:** Redondas, alargadas, cuadrangulares y digitadas. En áreas infrecuentes: Nalgas, genitales, laterales del cuerpo, abdomen, espalda. En diferentes estadios evolutivos.
- **Mordeduras:** Aspecto ovoideo. Frecuente hematoma central. Separación mayor de 3 cm entre huellas de caninos.
- **Alopecia Traumática:** Por debajo hemorragia o hematoma.
- Eccemas y eritemas del pañal mal cuidados, cicatrices múltiples y signos de falta cuidado.

LESIONES CRANEALES

1ª causa de muerte. Búsqueda de fracturas de cráneo: Múltiples, bilaterales, cruzan las suturas. Se asocian a hematomas subdurales, convulsiones, trastornos de la consciencia.

SÍNDROME DEL NIÑO ZARANDEADO

Forma específica de MTF. Lactante zarandeado de manera violenta y brusca. Aceleración/desaceleración axial y rotacional del cráneo. Genera una apnea que conlleva un daño hipóxico generalizado. Cursa con convulsiones, meningismo, coma, muerte. Incluirlo en el diagnóstico diferencial de las convulsiones en los lactantes.

LESIONES ABDOMINALES

2ª causa de muerte. ++ en menores de 2 años. Por impacto intenso y directo, más afectadas las vísceras huecas. Por presión intensa, lesiones en las vísceras duras. Ingesta forzada de cuerpos extraños.

LESIONES ÓSEAS

Averiguar mecanismo de lesión, y transcribirlo al informe médico. Siempre sospechar MTI, en menores de 2 años: lesiones centinelas. Suelen ser múltiples, y estar en distinto periodo evolutivo. Alta especificidad: arcos costales posteriores o laterales, huesos largos, fracturas en espiral u oblicuas y lesión de la esquina metafisaria.

LESIONES OCULARES

Hematomas en antifaz. Hemorragias conjuntivales. Hemorragia retiniana (suelen aparecer entre el primer día hasta el 3º, duran entre 3 y 4 semanas y se mantiene hasta 72 h, tras la muerte de la víctima). Precisa del Oftalmólogo.

LESIONES ORALES

Eritema o petequias en paladar. Laceraciones en mucosa oral/labial. Quemaduras en mucosa. Rotura frenillo lingual. Dientes: Caries múltiples, decoloraciones, fracturas, desplazamientos laterales, luxaciones, sobre todo en incisivos superiores.

GENITALES

En niños aportan poca información.

Niñas: Integridad del himen, presencia de escotaduras o irregularidades, lesiones en la horquilla inferior, hematomas, heridas o rascaduras (ver capítulo de Abuso sexual infantil).

ANO

Tanto en niños como en niñas. Búsqueda una imagen radial, con pliegues iguales y tono normal. Aspecto distorsionado del ano, de pliegues engrosados o desaparecidos, de fisuras profundas y de dilataciones varicosas (en niños pequeños) en ausencia de otras patologías debe hacernos sospechar (ver capítulo de Abuso sexual infantil).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

FOTOGRAFIAR O TOMAR VIDEO DE LAS LESIONES

Siguiendo el protocolo de la Unidad para asegurar la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

ANÁLISIS DE SANGRE

Fórmula, recuento, Coagulación, Perfil hepático y amilasa, lipasa (lesiones intrabdominales). Calcio, fosforo o fosfatasa alcalina (lesiones óseas).

ANÁLISIS DE ORINA

Tira reactiva, sistemático y tóxicos. Hematuria: sospechar trauma renal.

FONDO DE OJO

Por oftalmólogo en primeras 24-72 h en toda sospecha en menores de 2 años.

RADIOGRAFÍAS SIMPLES DIRIGIDAS

Si menor de 24 meses con alta sospecha, realizar la serie ósea (múltiples proyecciones de cráneo, huesos largos, pies, manos, pelvis y columna). Gammagrafía utilidad en serie ósea.

TAC CRANEAL

Si síntomas neurológicos o asintomáticos con lesiones de alto riesgo.

TAC ABDOMINAL

Sintomáticos o elevación de transaminasas, amilasa, urea y creatinina.

TRATAMIENTO

- Información a los padres o tutores.
- Tratamiento específico de la lesión (Cirugía, Traumatología, Ginecología o Pediatría Interna, según proceda).
- Informe Clínico (se debe hacer constar nombre de forense y otros profesionales que asisten).
- Realización de Parte Judicial ante la sospecha o evidencia de maltrato.
- Hoja de Consulta a UTS (hacer constar datos de filiación y dirección de los padres y/o persona acompañante).
- Hoja de Notificación de posibles situaciones de riesgo y desamparo de la infancia y la adolescencia (SIMIA).
- Comunicación a Pediatra de A. Primaria

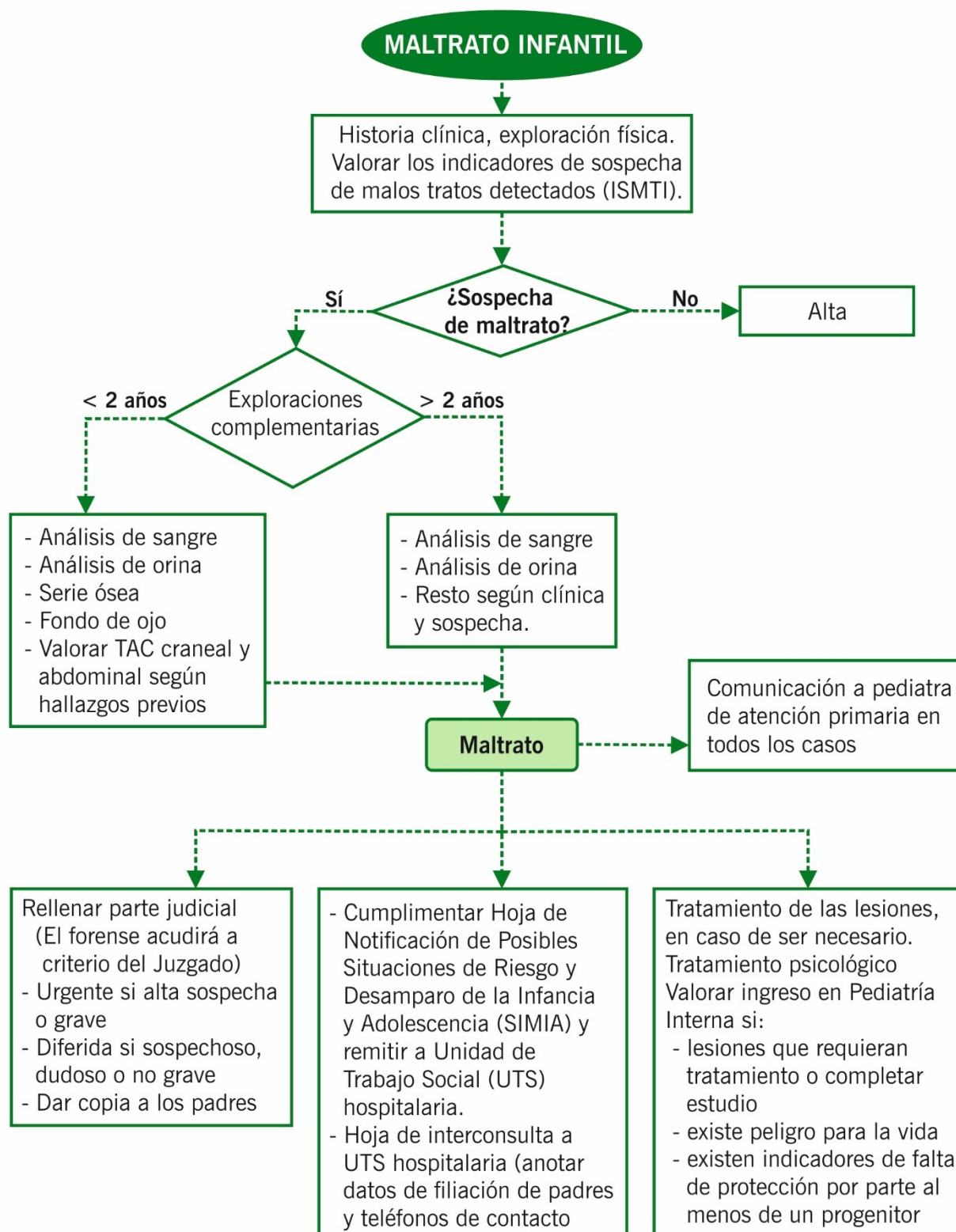


CRITERIOS INGRESO

- Aquellos pacientes con lesiones importantes
- Cuando exista peligro para su vida
- Cuando existan indicadores de falta de protección al menos por parte de uno de los progenitores

Esto se realizará con el consentimiento verbal de los padres y haciéndolo constar en la historia clínica. Si no lo otorgasen se pondrá en conocimiento de Fiscalía de Protección de Menores o en su defecto del Juzgado de Guardia.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO





BIBLIOGRAFÍA

1. Pou Fernández J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. p. 167-172
2. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. 14º curso de actualización pediátrica de la AEPAP. Madrid; Febrero 2017.
3. Loberis Tuñón A. Niño maltratado. En: Benito J. Urgencias pediátricas. Guía de Actuación. 2ª edición. Madrid: Panamericana; 2019. p. 855-861
4. González Bertolín I, Martín Sánchez J. Sospecha de maltrato. En: Guerrero-Fdez J. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª edición. Madrid: Panamericana; 2018. p. 307-312.
5. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Recurso electrónico]. Gil Arrones J. et al. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla. 2014
6. Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). Procedimiento de Actuación. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Infancia y Familias. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Sevilla. 2019

2303 – PACIENTE AGITADO

*Lozano García, Adela
Domínguez Cejudo, Ana
Mazuelos Fernández, María*

DEFINICIÓN

La agitación psicomotriz consiste en una hiperactividad motora y cognitiva, que surge en respuesta a una tensión interna y que se traduce en: inquietud psicomotriz, irritabilidad, mayor reacción ante estímulos y conductas inapropiadas, pudiendo incluir actividades destructivas y violentas. Puede acompañarse de alteraciones afectivas, del pensamiento y, en ocasiones, del estado de conciencia, típicamente fluctuantes.

La agitación puede deberse a causas orgánicas, intoxicación o abstinencia de sustancias o causas psiquiátricas. Es fundamental, ante un paciente agitado, descartar que sufra un problema orgánico no psiquiátrico, que pueda suponer un riesgo vital para el paciente, por lo que la primera evaluación debe ser realizada por el pediatra

CUADROS DE ORIGEN ORGÁNICO	CUADROS DE ORIGEN PSIQUIÁTRICO	CLÍNICA
<ul style="list-style-type: none"> - Encefalitis víricas - Epilepsia (lóbulo temporal) - Tumores cerebrales - Enfermedades vasculares cerebrales - Enfermedades sistémicas: LES, tiroiditis... - Enfermedades degenerativas del SNC - Errores innatos del metabolismo - Migraña 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de sustancias - Trastornos de conducta disocial - Cuadros psicóticos - Trastornos de la personalidad - Trastorno bipolar - Retraso mental y trastorno generalizado - Trastornos de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento actividad motora, deambulación constante, respuesta exagerada a diferentes estímulos, actividad verbal inapropiada - Hiperactividad vegetativa (sudoración, taquicardia, midriasis) - Irritabilidad, miedo, ansiedad y otros trastornos emocionales. Insomnio - Auto/heteroagresión - Posible alteración de funciones psíquicas (alucinaciones, delirios, alteración de conciencia, del juicio y/o de la memoria)



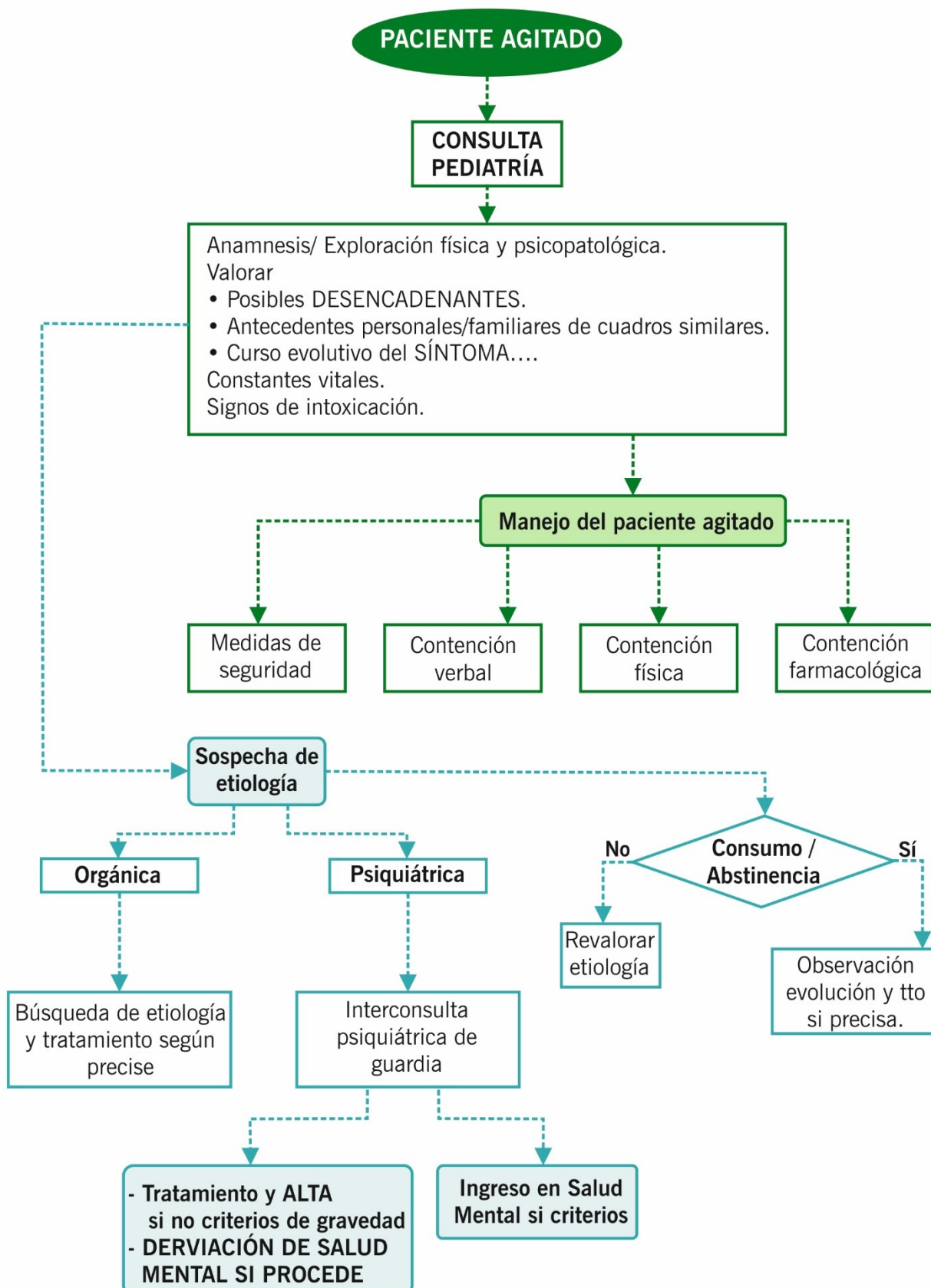
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	AGITACIÓN ORGÁNICA	AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA
CONCIENCIA	Alterada, nivel de conciencia fluctuante.	Sin fluctuaciones.
CURSO DE LOS SÍNTOMAS	Inicio brusco. Con fluctuaciones.	Inicio normalmente gradual. No fluctuaciones en la intensidad del cuadro
ESTADO COGNITIVO	Desorientación temporo-espacial Confusión mental. Amnesia del episodio.	No desorientación temporo-espacial. No amnesia del episodio
LENGUAJE	Discurso incoherente	Tono elevado, verborrea, en casos graves lenguaje disgregado o fuga de ideas.
HUMOR	Lábil y fluctuante.	Disforia / euforia
SENSOPERCEPCIÓN Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO	Alucinaciones visuales o auditivas. Delirios de contenido paranoide, de perjuicio, delirio ocupacional.	Alucinaciones auditivas (raramente visuales) e ideación delirante, ya sea de perjuicio (esquizofrenia o trastornos delirantes) o megalomaníacos (episodio maniaco)
SUEÑO	Pérdida del ritmo sueño / vigilia.	No pérdida del ritmo sueño / vigilia.
COMPORTAMIENTO	Conductas repetitivas carentes de finalidad.	Agresividad y hostilidad.

Agitación por intoxicación: debe haber presencia clara y en dosis suficientemente elevadas de consumo de la sustancia, y los síntomas o signos han de ser compatibles con el efecto de ésta.

Abstinencia: debe haber evidencia de reciente suspensión o disminución del consumo siendo la clínica compatible con el cuadro clínico de abstinencia a la sustancia consumida.

ALGORITMO





MANEJO DEL PACIENTE AGITADO

MEDIDAS AMBIENTALES	CONTENCIÓN VERBAL	CONTENCIÓN FÍSICA	CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA
Lugar adecuado y seguro.	Identificarse.	Necesaria si peligro propio o ajeno.	Si la agitación genera riesgos para sí o para otros se puede administrar sin consentimiento del paciente o de sus tutores.
Ausencia de objetos peligrosos.	Calmar.	Explicar motivo y procedimiento.	Fármacos de elección:
Acceso a la salida.	Informar del proceso.	Reevaluar cada dos horas y supervisar cada media hora (conciencia, postura, seguridad, elementos de contención, frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, higiene e hidratación).	- Neurolépticos y Benzodiazepinas.
Alejamiento del paciente de la causa de la crisis.	Abordar aspectos distintos a la violencia.		Considerar riesgo de depresión respiratoria, bradicardia e hipotensión.
Presencia de acompañantes SI o NO.	Aclarar sentimientos.		Si colabora usar vía oral, en otro caso usar vía intramuscular.
Presencia personal de seguridad	Acercarle a la realidad objetiva.	*	

***Material necesario:** cama acondicionada para la sujeción y elementos estandarizados de anclaje de los cuatro miembros y cintura

***Equipo humano:** al menos un facultativo responsable de la indicación, un profesional de enfermería, 4 ó 5 auxiliares, uno para cada extremidad y un quinto para sujetar la cabeza durante la maniobra de sujeción.

MENORES DE 12 AÑOS	MAYORES DE 12 AÑOS
ANTIPSICÓTICOS	ANTIPSICÓTICOS:
- Haloperidol 0,1mg/Kg	- Haloperidol 2-4mg
- Levomepromazina 1mg/kg	- Levomepromazina 25-50mg
- Risperidona 0,5mg	- Risperidona 1mg
	- Olanzapina 5-10 mg
BENZODIAZEPINAS	BENZODIAZEPINAS
- Midazolam 0,05-0,15 mg/Kg	- Midazolam 2 - 4 mg
- Lorazepam 0,5-1mg (Via oral)	- Lorazepam 0,5-1mg (Via oral)



CRITERIOS DE ALTA, INGRESO Y DERIVACIÓN CONSULTAS EXTERNAS

CRITERIOS DE ALTA	CRITERIOS DE INGRESO	CRITERIOS DERIVACION CONSULTAS EXTERNAS
<ul style="list-style-type: none">- Resolución cuadro de agitación.- Adecuada contención del entorno.- Si causa por tóxicos valorar derivación a red de drogodependencias.	<ul style="list-style-type: none">- Persistencia de la clínica aguda.- Si CAUSA ORGÁNICA ingreso en el Servicio correspondiente. <p>INGRESO EN PSIQUIATRÍA:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausencia de organicidad.- Psicopatología activa.- Riesgo autolítico.- Falta de contención entorno familiar.	<ul style="list-style-type: none">- Resolución del episodio agudo.- Necesidad de filiación diagnóstica.- Necesidad de control y/o seguimiento especializado.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchez, P. , Valentin, O. Urgencias en psiquiatría infantil. *Pediatría Integral*. 2014 :XVIII(5) : 312-319
2. Goena, J. , Arrieta, M. El paciente agitado. En *Guías de actuación en urgencias..*Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; 2018. p. 263-269
3. Greif, V., Treibel, M. Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes. *Medicina Infantil*. 2017; XXIV (2):208-213
4. M.T Jimenez, J. Aragón, A. Nuño, J.Loño, G. Ochando. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría* 2005;63(6):526-36
5. Stahl S M. *Psicofarmacología esencial de Stahl*. Guía del prescriptor. 5.^a edición. Madrid: Aula Médica; 2016

2304 – PSICOFÁRMACOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

*Martín Gil, Victoria
Dominguez Cejudo, Ana
Garrido Torres, Nathalia*

BENZODIACEPINAS

Las benzodiacepinas no están aprobadas por la AEM para su uso en niños. Sin embargo, se usan con frecuencia *off-label*¹, con indicación principal de control sintomático rápido de agitación / síntomas de ansiedad. Suelen usarse benzodiacepinas de vida media/larga y puede ser necesaria la prescripción 2-3 veces al día (la actividad biológica suele ser menor que la vida media).

Recomendaciones en el uso de BZD en niños y adolescentes:

1. Evitar la prescripción en menores de 9 años.
2. Dosis menores que las utilizadas en adultos (ver tabla 2). No se aconseja el uso de más de una benzodiacepina al mismo tiempo.
3. Se aconseja no prescribir durante períodos >4 semanas. Retirada lenta y progresiva (25% semanal), especialmente si dosis elevadas o duración prolongada, para evitar síndrome de discontinuación.
4. Evitar prescripción a demanda en adolescentes: riesgo de uso inadecuado/dependencia. Especial precaución en tratamientos de larga duración o si hay antecedentes de abuso de sustancias.
5. Los niños pequeños son más propensos a los efectos paradójicos: excitación y agitación, desinhibición conductual. Especial precaución si trastornos cognitivos, disminución del nivel de conciencia, TEA y TDAH graves.
6. No es conveniente su uso en caso de insuficiencia respiratoria severa, insuficiencia hepática severa, glaucoma de ángulo estrecho, ataxia y porfiria.
7. Pueden interactuar con otros depresores del SNC (alcohol, cannabis).

¹ *Off-label* Fuera de ficha técnica **no significa que esté prohibido**. Son fármacos que están autorizados para un tratamiento concreto y se emplean para otras patologías diferentes. El uso “off Label” se puede dar cuando se modifica la indicación, la población o la pauta posológica. Este uso está avalado solamente por pruebas empíricas y no por estudios clínicos.



EFFECTOS ADVERSOS DE LAS BENZODIACEPINAS Y CONTRAINDICACIONES

EFFECTOS ADVERSOS FRECUENTES	CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
Somnolencia, agitación psicomotriz, irritabilidad, cefalea y náuseas, déficits cognitivos leves (amnesia anterógrada), hipotensión, mareo.	Glaucoma ángulo estrecho. Alergia a benzodiazepinas.	Dificultad respiratoria o enfermedad pulmonar descompensada. Insuficiencia renal, hepática o cardíaca.

Tabla 1. Efectos adversos de las benzodiazepinas y contraindicaciones

BENZODIACEPINAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES Y DOSIS EQUIVALENTES

BZD	VIDA MEDIA	INDICACIONES ESPECÍFICAS	DOSIS
Clorazepato dipotásico	Larga (>40h)	<ul style="list-style-type: none"> - Suele ser el de elección. - Presentación en sobres 2,5mg. - También presentación IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,25 mg/kg/d. - 2,5 mg/d. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 10 mg/d.
Clonazepam	Larga (>24h)	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de pánico, manía. - La menos sedativa. - Disponible presentación en gotas y IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 mg en 2 dosis. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 2-4 mg/d ó 0,02-0,1 mg/kg/d.
Diazepam	Larga (20-100 h)	<ul style="list-style-type: none"> - De elección junto a clorazepato. - Terrores nocturnos, espasmos musculares. - Disponible via IM. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 2,5-5 mg/d. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 10-30 mg/d.
Lorazepam	Intermedia (10-20h)	<ul style="list-style-type: none"> - Niños > 6 años. - Considerar si insomnio o necesidad de sedación, o afectación hepática. 	Inicio: <ul style="list-style-type: none"> - 0,5 mg en 2 dosis. Recomendada: <ul style="list-style-type: none"> - 2-4 mg/d. - 0,02-0,1 mg/kg/d.
Alprazolam	Corta (6-20h)	No se recomienda su uso en menores de 18 años.	

Tabla 2. Benzodiazepinas en niños y adolescentes y dosis equivalentes

ANTIPSICÓTICOS

1. Primera generación o típicos. Mayor riesgo de efectos extrapiramidales. En general, uso relegado para control de la agitación (ver tabla 4).
2. Segunda generación o atípicos: Menos efectos extrapiramidales, pero mayor riesgo de sedación e hipotensión, efectos cardiometabólicos y aumento de peso.

Recomendaciones para el uso de antipsicóticos en urgencias en niños y adolescentes:

- Los niños presentan con mayor frecuencia reacciones adversas y paradójicas. Más riesgo de sedación, efectos adversos extrapiramidales y endocrinometabólicos.
- Se prefiere el uso de antipsicóticos de segunda generación por su mejor tolerabilidad. Iniciar tratamiento a la dosis mínima efectiva, con ajuste progresivo y vigilancia de aparición de efectos adversos.
- En menores de 6 años, reservar su uso para psicopatología gravemente disruptiva con mala respuesta a contención verbal y benzodiacepinas: agitación, autolesiones, ansiedad grave. Iniciar a dosis mínima y escalada lenta.
- Retirada progresiva. La retirada brusca puede ocasionar empeoramiento súbito de los síntomas (menos frecuente con aripiprazol).
- Hay disponible para la mayoría de ellos presentación en comprimidos, bucodispersable y en solución, esta última puede facilitar su administración en niños más pequeños.

EFFECTOS ADVERSOS COMPARTIDOS

EXTRAPIRAMIDALES	HIPERPROLACTINEMIA	SD. NEUROLÉPTICO MALIGNO
Los más frecuentes. Riesgo menor con atípicos. Especial atención a aparición de distonías, parkinsonismo/acatisia, de forma aguda al inicio del tratamiento.	Disminución de libido, amenorrea y ginecomastia/galactorrea. Si > 200 ng/dl, disminución de dosis o retirada del fármaco de forma urgente.	Raro, pero mortalidad 20%. Hipertermia, rigidez extrema generalizada, alteración nivel de conciencia, inestabilidad autonómica, hiper/ hipoextensión, taquicardia, diaforesis, CPK elevada.
Prolongación QT	Aumento de peso y síndrome metabólico	
Poco frecuente, y menos aún en adolescentes, pero puede provocar arritmias ventriculares.	Más con olanzapina y clozapina, menos con risperidona, quetiapina o aripiprazol (este menor riesgo).	Mayor riesgo en chicos jóvenes cuando se usan dosis altas al inicio del tratamiento.

Tabla 3. Efectos adversos compartidos

ANTIPSIKÓTICOS USADOS EN URGENCIAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

ANTIPSIKÓTICO	EFFECTOS ADVERSOS	USO EN URGENCIAS	DOSIS
Risperidona Atípico	1. Cefalea, mareo, hipotensión, sedación. 2. Extrapiramidales (dosis dependiente): Distonías agudas a partir de 0,5mg. 3. Aumento peso.	El mejor estudiado en niños y adolescentes. Trastornos conducta/agresividad, síntomas psicóticos	Inicio: 0,25 - 0,5 mg/d. Se recomienda dividir en 2 tomas. Máxima: - Agresividad/irritabilidad TEA: max 3mg/d - Psicosis: max 6mg/d
Aripiprazol Atípico Agonista parcial D2.	Acatisia Síndrome activación	Opción adecuada si riesgo de aumento de peso. No altera el perfil metabólico ni eleva prolactina.	Inicio: 2 mg/d Máxima: 10-30 mg/d - Agresividad/irritabilidad TEA: 5-15mg/d. - Esquizofrenia y manía: 10-30mg según peso. Aumentar dosis gradualmente para evitar sd. activación/acatisia.
Olanzapina Atípico	Aumento de peso y apetito y alteración perfil lipídico (tras 3 semanas de uso)	No recomendado como primera elección, por riesgo de aumento de peso y alteraciones metabólicas	Inicio: 2,5 mg /día en niños, 5mg en adolescentes. Máximo: 20mg/d
Haloperidol 1ª generación Alta potencia	Extrapiramidales Anticolinérgicos: Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, sedación	Control agudo de la agitación (IM). Relegado a segunda línea para el resto de indicaciones.	T. conducta: 0,75 – 2,5mg/d vo Psicosis: Hasta 10 mg/d vo. Agitación: - Menores 12a: 2,5mg IM. Repetir c/30min si precisa. - Mayores 12: 5mg IM
Clorpromazina 1ª generación Baja potencia	Anticolinérgicos: Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, sedación. Extrapiramidales	Actualmente desuso, salvo para control agudo de agitación (más sedante que haloperidol).	0.55 mg/kg / 4–6h, hasta 50-100mg día o 200mg/d en niños mayores. Agitación: - Niños: 12,5 mg IM - Adolescentes: 25mg IM, repetir tras 1h y después c/4-6h.

Tabla 4. Antipsicóticos usados en urgencias en niños y adolescentes



USO DE ANTIPSICÓTICOS EN SITUACIONES ESPECIALES

- Irritabilidad/agresividad en Trastornos del Espectro Autista: De elección, risperidona o aripiprazol.
- Alteraciones de conducta en discapacidad intelectual: De elección, suele utilizarse risperidona, uso a corto plazo hasta 6 semanas, a partir de los 5 años.

Precaución en la dosificación, por peor tolerancia y riesgo de efectos secundarios y paradójicos.

ANTIDEPRESIVOS

Se desaconseja su prescripción en urgencias, ya que requiere seguimiento y vigilancia estrecha en fases iniciales. En caso de pacientes que ya estén realizando **tratamiento con antidepresivos**, prestar atención a aparición de signos de alarma (valorar suspensión):

1. Aparición o exacerbación de ideas de suicidio, agitación, agresividad, insomnio, irritabilidad.
2. Indicios de viraje maníforme: Inquietud psicomotriz, euforia, verborrea...

OTROS FÁRMACOS

- Melatonina: Tratamiento del insomnio en niños (Fuera de ficha técnica), primera elección farmacológica tras aplicación de medidas conductuales y de higiene del sueño. Iniciar a 1-3mg en lactantes y preescolares. 2,5-5mg en niños mayores. Adolescentes 1-5mg. 30-60min antes de ir a dormir.
- Antihistaminicos: Fenilhidramina o hidroxicina (Fuera de ficha técnica). Pueden utilizarse por sus efectos sedantes e hipnóticos. Interaccionan con otros depresores del SNC (benzodiacepinas).
- Estabilizadores del ánimo: Por regla general, no se prescriben en urgencias. En caso de trastornos de conducta graves que no responden a antipsicóticos en monoterapia, podría considerarse añadir ácido valproico 10-30mg/día.
- Estimulantes: Por regla general, no se prescriben fármacos estimulantes en urgencias.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Stahl, S. M., Stahl, S. M., & Stahl, S. M. (2018). Prescriber's guide, children and adolescents: Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press.
2. 2.- Taylor, D., Barnes, T. R. E., & Young, A. H. (2019). The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry (13th edition). Wiley.
3. 3.- Sánchez Mascaraque P., Hervías Higuera P. Psicofarmacología en niños y adolescentes. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 121-129. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._121-130_psicofarmacologia.pdf [Consultado el 17 de febrero de 2021].
4. 4.- Rodríguez Hernández, P. J. (s. f.). Experto en psiquiatría infantil y del adolescente. Módulo 2, capítulo 3: Trastornos del comportamiento. Editorial Médica Panamericana.
5. 5.- Soutullo, C. (s. f.). Experto en psiquiatría infantil y del adolescente. Módulo 3, capítulo 2: Diagnóstico y manejo de los trastornos del humor en niños y adolescentes (depresión, TB y psicosis). Editorial Médica Panamericana.
6. 6.- Alda, J. A., & Huguet, A. (s. f.). Experto en psiquiatría infantil y del adolescente. Módulo 4, capítulo 2: Urgencias. Editorial Médica Panamericana.
7. 7.- Soutullo Esperón, C. (2018). Guía esencial de psicofarmacología del niño y del adolescente.
8. Pin Arboledas, G., Soto Insuga, V., Jurado Luque, M. J., Fernandez Gomariz, C., Hidalgo Vicario, I., Lluch Rosello, A., Rodríguez Hernández, P. J., & Madrid, J. A. (2017). Insomnio en niños y adolescentes. Documento de consenso. Anales de Pediatría, 86(3), 165.e1-165.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.06.005>

2305 – PSICOSIS AGUDA

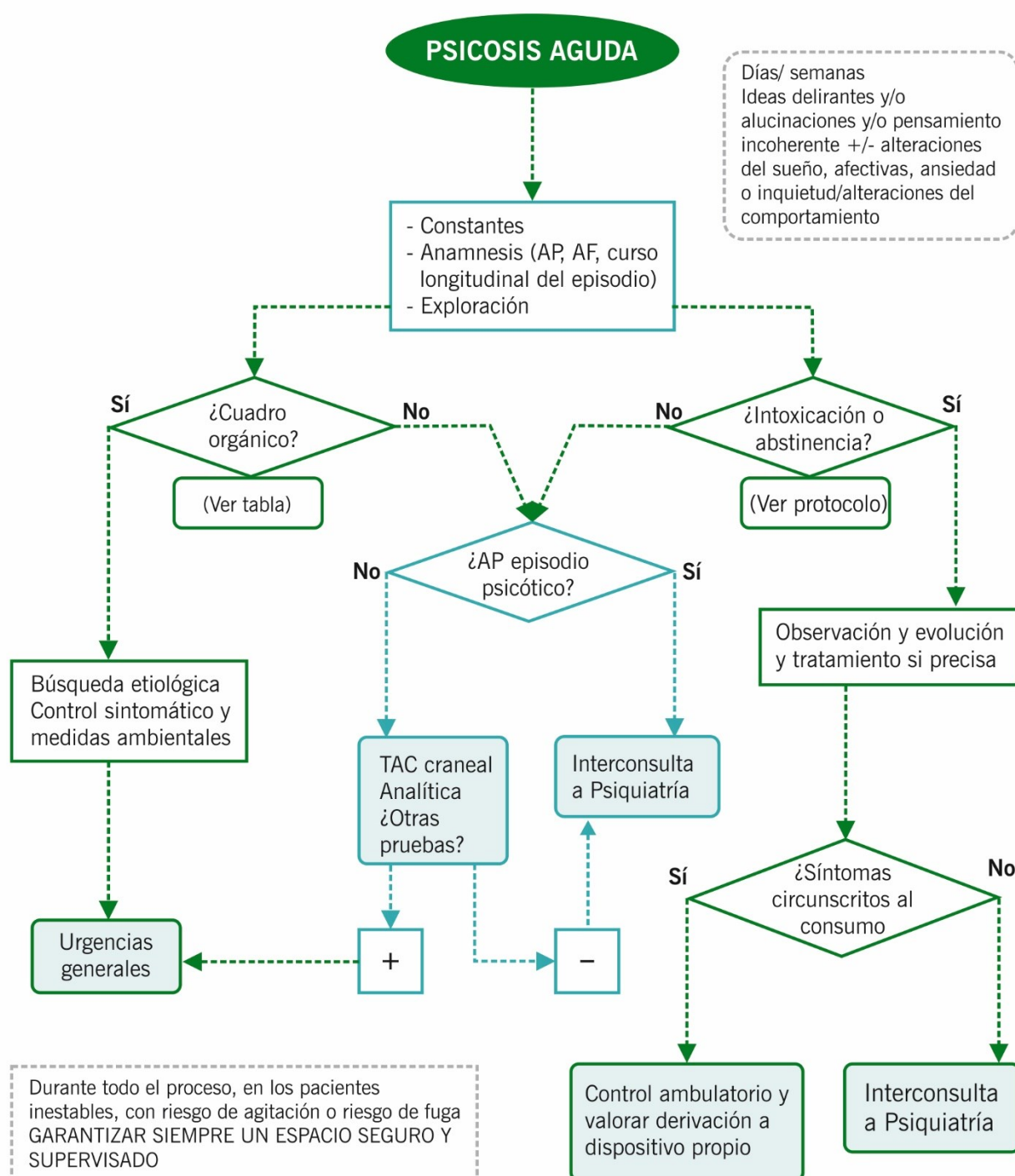
Clemente Medina, Angélica
Rodríguez Menéndez, Gonzalo
España Ríos, Isabel

DEFINICIÓN

La psicosis aguda es una experiencia psicopatológica subjetiva y dimensional, influenciada por los esquemas cognitivos y socioculturales del individuo, que refleja una naturaleza sindrómica de componentes afectivos, cognitivos, del estilo del pensamiento, de pérdida de las fronteras del yo o de un grave deterioro de la evaluación de la realidad.

CLÍNICA	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	PRUEBA DIAGNÓSTICA
<ul style="list-style-type: none"> - Ideas delirantes (sobre todo de persecución y perjuicio). - Alucinaciones (auditivas más habituales aunque más frecuentes las visuales que en adultos). - Desorganización pensamiento- discurso (íntimamente relacionados). - Alteraciones comportamentales (auto o heteroagresividad, comportamiento desorganizado o inhibición psicomotriz/catatonía). - Alteración del ciclo biológico (sueño y alimentación). - Síntomas negativos (embotamiento afectivo, pobreza del lenguaje y del contenido del pensamiento, apatía o retracción social). - Disfunción socio académica. - Ideación suicida. 	<p>*Psicosis en relación a cuadros orgánicos (LOES cerebrales, epilepsia del lóbulo temporal, crisis parciales complejas, encefalopatías, enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson, PAI, alteraciones tiroideas, déficit vit B12, meningitis, Lupus Eritematoso Diseminado, fármacos: anticolinérgicos, antiparkinsonianos, corticoides o tóxicos: metales pesados, LSD, anfetaminas encefalitis, ..., entre otras).</p> <p>*Patología psiquiátrica (esquizofrenia, psicosis no esquizofrénica o trastornos afectivos).</p> <p>*Frontera del desarrollo normal (alucinaciones en cuadros somáticos, presencia de “amigos imaginarios”, figuras fantasma, alteraciones en el desarrollo (comunicación) concepto “infantil” de realidad o la aparición de conductas regresivas en el seno de trastornos ansiosos o ante la exposición a traumas graves).</p>	<p>Sin antecedentes de patología psiquiátrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analítica. - TAC craneal. - Valorar test de tóxicos. <p>Si clínica sospechosa valorar pruebas adicionales (EEG; punción lumbar, etc).</p> <p>El diagnóstico de patología psiquiátrica es por exclusión.</p>

ALGORITMO



NOTA: En la población infanto-juvenil; a veces los síntomas serán menos específicos (cambios de comportamiento sin desencadenante, fracaso escolar o aislamiento social). Asimismo, los adolescentes sí suelen reconocer la extrañeza de los pensamientos y presentar angustia o confusión, pero con frecuencia esto no está presente en los niños más pequeños.



CRITERIOS DERIVACIÓN A CONSULTA

- Disminución angustia psicótica tras administración de tratamiento farmacológico y entrevista de contención.
- Psicopatología que permite realizar el seguimiento de forma ambulatoria.
- Buena contención familiar que puede asegurar adecuado seguimiento ambulatorio.
- No existen graves alteraciones conductuales.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Grave psicopatología que no se controla con tratamiento ambulatorio (persistencia de importante angustia psicótica que no cede con tratamiento farmacológico ni entrevista de contención).
- Dificultad familiar para la adecuada contención de la alteración conductual del niño@.
- Alteraciones conductuales con riesgo para su integridad o la de terceros.
- Realizar un adecuado diagnóstico que se prevee difícil de conseguir ambulatoriamente.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas. Manual de Urgencias en Psiquiatría. 1ª edición. SEDUP. 2018.
2. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Panamericana; 2010.
3. Kaplan, H.I., Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 10ª edición. Wolters Kluwer: Lippincott-Williams & Wilkins; 2009
4. APA. DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 2001
5. Hafner H et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: faces and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Apr, 2004; 254(2): 117-128

2306 – RIESGO AUTOLÍTICO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

*España Ríos, Isabel
García Sánchez, Cándido Manuel
Clemente Medina, Angélica*

INTRODUCCIÓN

La OMS alerta sobre la tendencia creciente de las tasas de suicidio, sobre todo en la población adolescente (10 a 19 años), donde se ha convertido en la tercera causa de muerte, después de los accidentes de tráfico y el SIDA.

En España, según el Instituto Nacional de Estadística, unas 3000 personas se suicidan al año. Para el grupo de población de 15 a 24 años el suicidio es la segunda causa de muerte después de los accidentes de tráfico, independientemente del género.

DEFINICIÓN Y CLÍNICA

DEFINICIÓN

Ideación autolítica: Cogniciones que pueden variar desde pensamientos de no querer seguir viviendo o deseos de no despertarse hasta una planificación autolítica estructurada.

Gesto parasuicida: Conducta potencialmente autolesiva en la que, de forma implícita o explícita, el individuo no ha tenido una finalidad autolítica.

Intento autolítico: Acto por medio del cual un individuo de forma deliberada se inflige daño a sí mismo con intención de acabar con su vida.

Autolesiones/Cutting: Conducta por la cual el individuo se inflige daño (por medio de cortes, arañazos, golpes u otros medios) sin intención de quitarse la vida.

EVALUACIÓN

- Anamnesis al paciente y al familiar que lo acompañe.
- Valoración orgánica:
 - o Toma de constantes.
 - o Exploración física y petición de pruebas complementarias que se consideren oportunas.

- IC a Salud Mental:

Para la correcta **evaluación psicopatológica** y del riesgo autolítico es fundamental la valoración de los **factores de riesgo** (tabla 1) y los **factores protectores del menor** (tabla 2), así como contemplar el contexto evolutivo de los menores, es decir, qué **conciencia sobre la muerte** (tabla 3) tiene el menor.

Cutting:

- Este tipo de autolesión es muy frecuente en la actualidad entre adolescentes; la mayoría de éstos no han desarrollado recursos psíquicos suficientes para hacer frente al conflicto o la angustia.
- Es un modo de funcionamiento muy primario; las acciones son descargas de una tensión que no puede ser cualificada, es decir, que escapa de la simbolización.
- Supone un FRACASO EN LA MENTALIZACIÓN (la capacidad de transformar en contenidos mentales accesibles al pensamiento y al lenguaje).
- Ante la imposibilidad de tolerar los propios afectos, en especial la tristeza, el dolor físico es utilizado para aliviar o anestesiar el sufrimiento psíquico, mucho más insoportable; que en el adolescente en muchas ocasiones puede ser vivido como amenaza a la integridad del propio yo (angustia de características psicóticas). También permite delimitar y localizar el sufrimiento vivido como desintegrador.
- En ocasiones se asocia con cuadros depresivos o rasgos límites de la personalidad.



FACTORES RIESGO

INDIVIDUAL	FAMILIAR	CONTEXTUAL	FACTORES ESTRÉS MESES PREVIOS
<ul style="list-style-type: none"> - Rasgos carácter (baja tolerancia frustración, impulsividad, perfeccionismo, rigidez, etc.). - Sexo masculino. - Intento suicidio previo. - Trastorno mental: Trastorno del ánimo, trastorno de personalidad y/o abuso de tóxicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bloqueos en el tránsito ciclo vital familiar. - Conflicto entre los progenitores. - Trast. mental y/o abuso tóxicos de algún progenitor. - Inversión roles (hijos cuidadores de padres). - Familias rígidas con alto nivel de expectativas en los hijos. - Desvinculación prematura de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mal ajuste en contexto escolar. - Bajo rendimiento. - Exposición a suicidios cercanos o redes sociales. - Red social pobre, deficitaria o conflictiva. - Maltrato físico, emocional o sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas (muertes, rupturas sentimentales o con amigos, etc.). - Conflictos interpersonales con iguales (más frecuente en adolescentes). - Conflictos familiares (más frecuente en preadolescentes o 1ª adolescencia). - Dificultades entorno escolar.

Tabla 1. Factores de riesgo

FACTORES PROTECTORES

<ul style="list-style-type: none"> - Cohesión familiar y/o iguales. - Habilidades de resolución de problemas y afrontamiento. - Recursos personales. - Valores positivos espirituales y/o creencias religiosas. - Sistemas de apoyo (social, aficiones, experiencia escolar positiva)
--

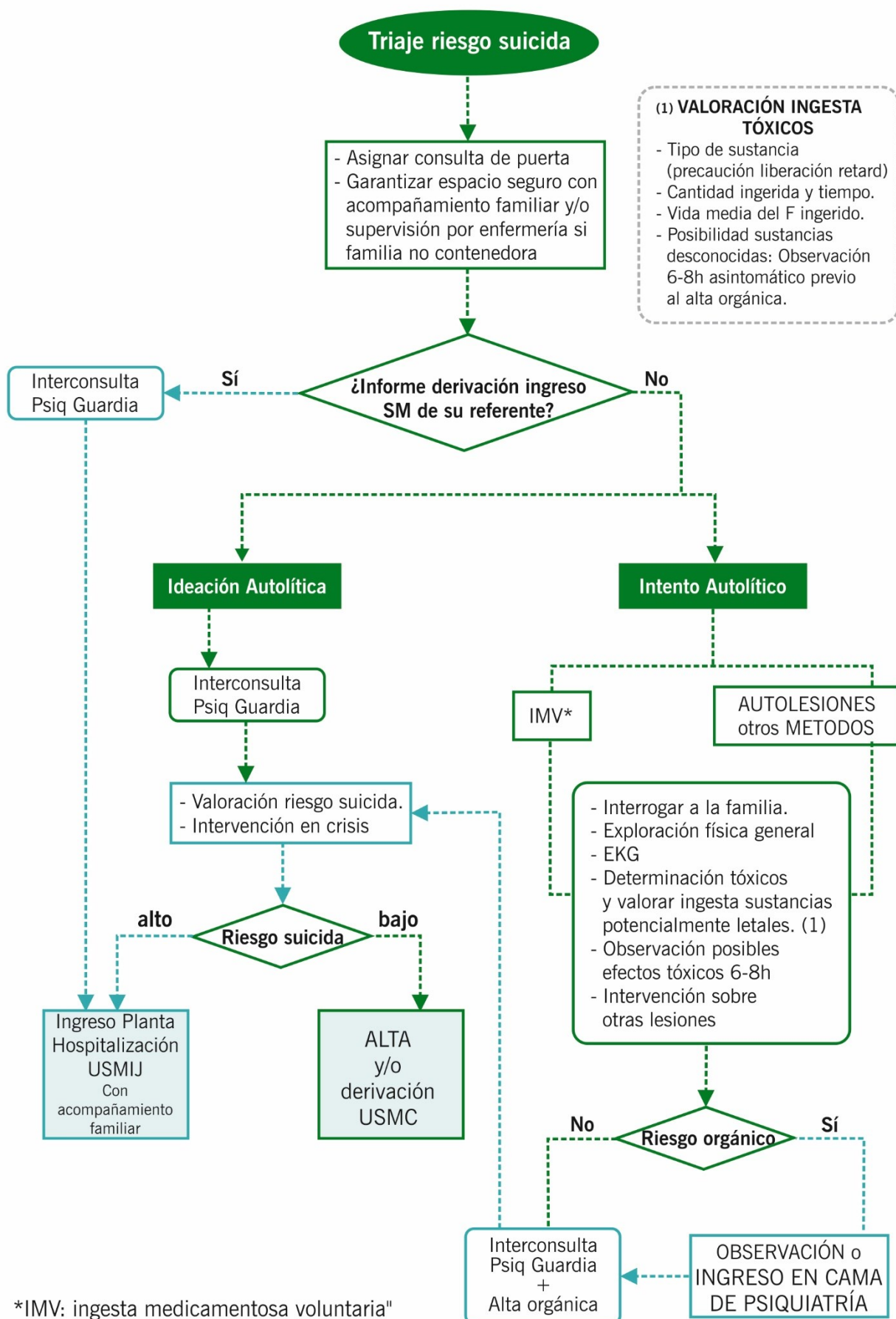
Tabla 2. Factores protectores

**CONCEPTO DE MUERTE Y ETAPA EVOLUTIVA**

2-6 a	La muerte se percibe como contrario a lo real Vida y muerte son reversibles entre sí de forma temporal. Son negadas sus consecuencias
6-9 a	Transición de lo temporal y reversible a lo definitivo e irreversible. La muerte se traduce en representaciones concretas (cementerio, cadáver) pero con explicaciones mágicas (está en el cielo, dormido, etc)
10-12 a	Angustia existencial al acceder a la simbolización de la muerte, temor a la pérdida del otro y a la propia muerte. Ya hay reacciones similares a los adultos ante la pérdida. Algunos autores consideran que el suicidio consumado antes de los 12 años no aparece por considerar que la inmadurez cognitiva es un factor de protección.
Adolescencia	Aceptan la muerte como algo inevitable y definitivo aunque lejano. Adolescencia conlleva continuos cambios que suponen pérdidas y reacciones de duelo normales a los que pueden añadirse otros duelos (separación padres, relaciones afectivas, etc) La falta de soporte de los progenitores para calmar las ansiedades de esta etapa tan inestable provoca sentimientos ligados a la autodestrucción. Son frecuentes la ideación suicida de tipo existencial sin que exista intencionalidad autolítica si no se asocian a otros factores de riesgo o patología mental.

Tabla 3. Concepto de muerte y etapa evolutiva

ALGORITMO VALORACIÓN RIESGO SUICIDA H. INFANTIL HU Virgen Rocío





CRITERIOS DE ALTA E INGRESO SALUD MENTAL

CRITERIOS DE INGRESO

- Descompensación de trastorno mental.
- Presencia de varios factores de riesgo y pocos de protección, con apoyo familiar escaso (grave conflictiva familiar y/o supervisión y control inadecuados).
- Persistencia de la ideación o intencionalidad autolítica sin posibilidad de contención ambulatoria.
- Menores con riesgo autolítico y desprotección familiar grave.

CRITERIOS DE ALTA Y DERIVACIÓN

1. COMPROMISO de los padres de la SUPERVISIÓN y ACOMPAÑAMIENTO del menor en su domicilio.
2. En caso de necesitar tratamiento psicofarmacológico se recomienda prescribir un ansiolítico (p.e. Tranxilium 2,5mg), ya que no se debe introducir un antidepresivo en urgencias, sino dentro de la planificación terapéutica ambulatoria.
3. En caso de que se trate de un intento autolítico y sea posible la contención ambulatoria o que exista psicopatología **DERIVAR a USMC** de forma PREFERENTE.
4. Si se detecta situación familiar de riesgo y síntomas del menor reactivos a este problema, **DERIVACIÓN A SERVICIOS SOCIALES DE ZONA.**

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Belcaguy, Mabel. Adolescentes que se autolesionan. En: ¿Tramitación de la angustia? Fallas en la mentalización en la adolescencia actual. 2008 Buenos Aires, pp 11-21.
2. Carballo Belloso JJ. Conducta suicida, prevención, evaluación y tratamiento, Cap 28. En: Soutullo C. y Mardomigo MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y Adolescente. Edit. Panamericana 2010.
3. Cortés Alfaro Alba. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Mar [citado 2016 Ago 29] ; 30 (1): 132-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100013&lng=es.
4. España Ríos, I. Valoración y actuación ante la conducta suicida en población infanto-juvenil. Cap 21. En: Manual de Urgencias en Psiquiatría. Ed. SEDUP 2018, pp 283-290
5. García Bernal, C; Gutiérrez Rodríguez, R; Vilches Guerra, A. Conductas e ideas suicidas. Manual Clínico de Urgencias HUVirgen del Rocio Sevilla 2021
6. Micucci, J. Depresión y suicidio, cap 5. En: El adolescente en la terapia familiar. Buenos Aires 2014.
7. Moron P. El suicidio en niños y adolescentes. En: Lebovici S. et al, editores. Tratado Psiquiatría del Niño y Adolescente. Vol 7; Edit. Biblioteca Nueva; 1995, pp 234-238.
8. Mosquera, L. Conducta suicida en la infancia una revisión crítica. Rev de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol 3 nº1-Ene 2016 - pp 9-18.

2307 – TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA), ATENCIÓN EN URGENCIAS

Sánchez Batanero, Marta
González Romero, Milagrosa
Rubio García, Ana

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son alteraciones del Neurodesarrollo que afectan al modo en que se comunican y relacionan las personas, así como a su percepción del mundo. Además, presentan conductas repetitivas e intereses intensos y restringidos.

En muchos casos la ausencia o alteración cualitativa de la comunicación dificulta poder comunicar a los profesionales sanitarios lo que le ocurre, por lo que no podemos conocer con exactitud el tiempo que lleva experimentando molestias, ni la gravedad, intensidad u origen del malestar.

Se dispone de paneles de comunicación en Servicios de Urgencias (Anexo 1).

DIFICULTADES ASOCIADAS AL TEA

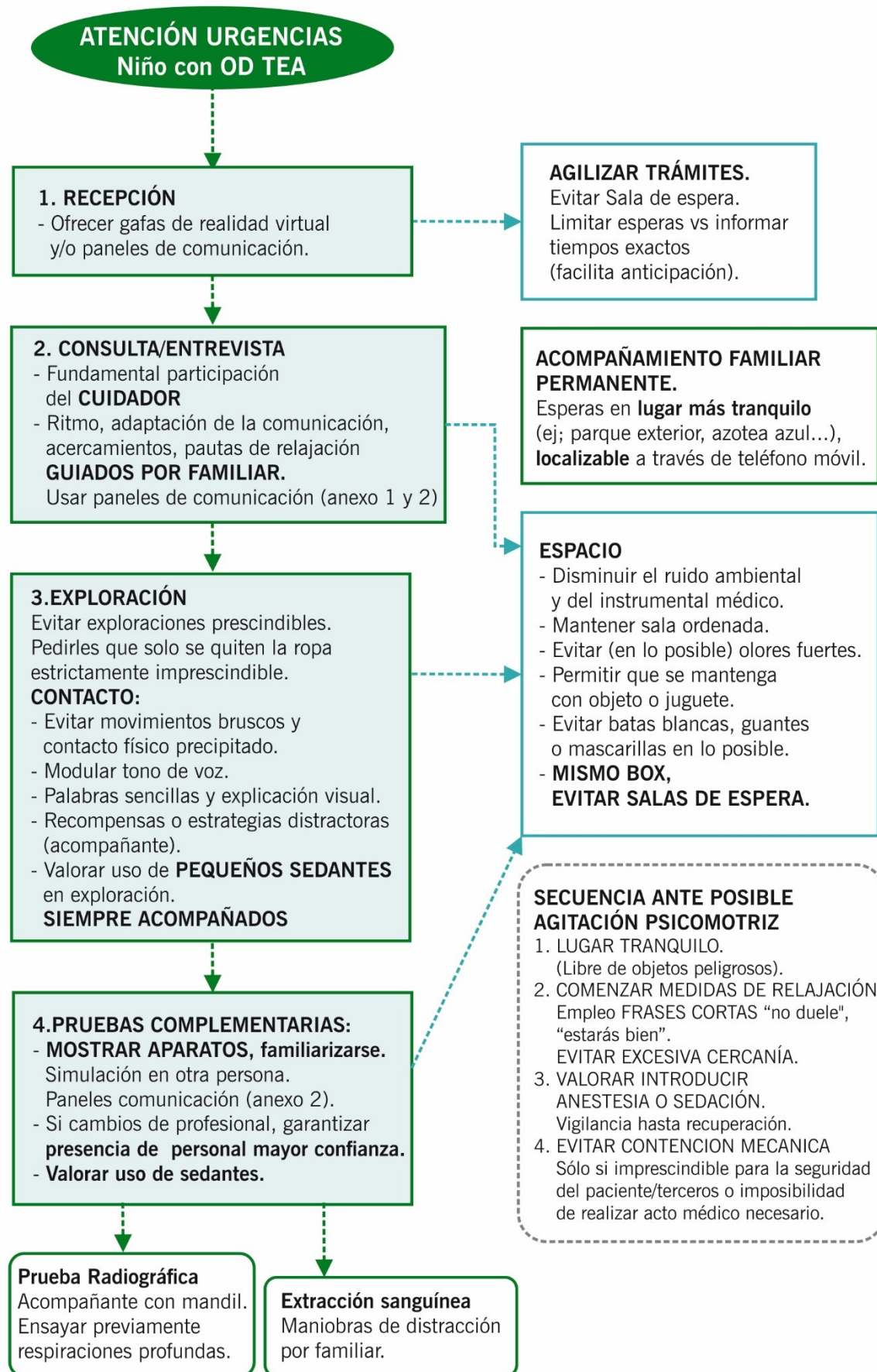
- Para **entender las reglas y demandas** cuando el contexto y los estímulos son **novedosos**.
- Poca o nula tolerancia a las **situaciones de espera** (no entiende conceptos abstractos)
- Dificultad para comprender la **intervención médica** y las implicaciones para su Salud
- Dificultad para comprender la necesidad de mantener **hábitos de vida saludables**.
- Son frecuentes los **niveles alterados de la percepción de dolor o malestar**:
 - o Tolerancia a niveles nocivos de daño o dolor.
 - o Percepción de dolor no comunicada de forma adecuada.

DIFICULTADES SECUNDARIAS

- Suelen ser **pacientes medicados** (más **riesgo de interacción** farmacológica).
- Mayor probabilidad de **efectos paradójicos de fármacos**.
- Presencia de **trastornos asociados**:
 - o Discapacidad intelectual (en torno 70%).
 - o Neurológicos (epilepsia, fragilidad X, esclerosis tuberosa, Prader-Willi, ...).
 - o Psiquiátricos (problemas en la alimentación, trastornos del sueño...)
 - o Alteraciones sensoriales.

DIFICULTADES ASOCIADAS AL SERVICIO DE URGENCIA

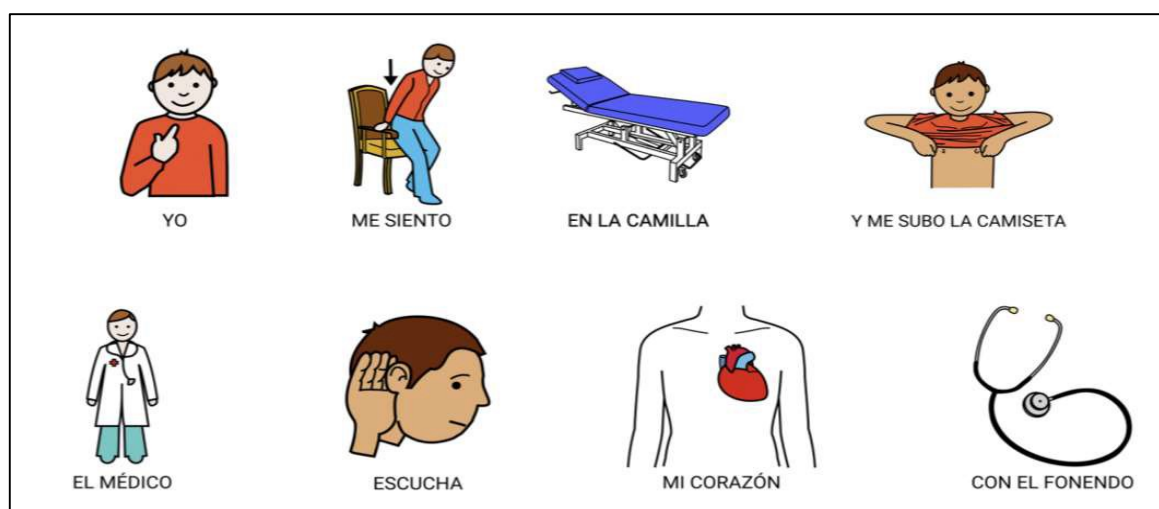
- **Personal variable** a lo largo del proceso asistencial.
- Utilización de **aparatos desconocidos y novedosos**.
- Entorno poco predecible con **grandes cambios de sala**.
- **Entorno “poco amigable”** (batas, guantes, sobrestimulación sensorial, personas desconocidas en las salas, movimientos rápidos...)
- **Tiempos de espera y espacios variables**.
- Zona de observación en la que el paciente puede permanecer hasta 48 horas.
- Sobresaturación de demandas en el servicio y **necesidad de atención rápida**.
- Ausencia de profesionales de referencia. Poca habitualidad en las características específicas en el trato de estos pacientes.
- **Rigidez en los protocolos**, procedimientos, materiales y procesos médicos.



ANEXO 1: PANELES DE COMUNICACIÓN IDENTIFICACIÓN DE DOLOR



ANEXO 2: PANELES DE COMUNICACIÓN PRUEBAS DIAGNOSTICAS





Nota: En admisión de urgencias dispondrán de gafas de realidad virtual y todos los paneles de comunicación existentes.

- Identificación dolor hombre/mujer
- Extracción sanguínea
- Auscultar
- Realizar encefalograma
- Realizar PCR
- Realizar radiografía
- Pesar, medir
- Toma de tensión
- Toma de temperatura
- Recogida de orina
- Técnica relajación



BIBLIOGRAFÍA

1. Merino Martínez M. Guía de actuación en urgencias para personas con autismo. Burgos: Federación Autismo Castilla y León; 2009.
2. Confederación Autismo España. Bienestar emocional en el Trastorno del espectro del autismo. España; 2019.
3. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo para mejorar la accesibilidad de las personas con Trastorno Espectro Autista (TEA) al Sistema Sanitario de Andalucía. Sevilla; 2018.
4. Federación Autismo Castilla y León. La accesibilidad de las personas con TEA al sistema sanitario. Burgos; 2006.
5. Pérez-Godoy Díaz E, Del Barco de la Haza IM, González Romero M, Ponce Hernández JA, Moreno-Guerín Paredes. Adaptar la atención y prevenir la iatrogenia. En: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. Sufrimientos, realidades y cuidados. España; 2020. P 978-84.
6. Autor pictogramas: Sergio Paolo. Origen: ARASAAC (<http://www.arasaac.org>) Licencia: CC(BY-NC-SA)Propiedad Gobierno Aragón .España.
7. Inés M^a del Barco de la Haza, Jesús Díaz Abollado, M^a Jesús Mula Domínguez Protocolo de actuación cuando acude un niño con autismo a urgencias del Hospital Virgen Macarena Unidad de Gestión Clínica de Pediatría.

2308 – TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Salazar Quero, José Carlos
López Narbona, Marta
Herrera Suarez, M^a Carmen

DEFINICIÓN

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de desórdenes mentales definidos por una alteración persistente de la conducta relacionada con el hecho de alimentarse que conlleva repercusiones a nivel nutricional y físico.
- La demanda en Servicios de Urgencia suele darse por las complicaciones orgánicas derivadas de las conductas asociadas al trastorno como la restricción alimentaria, desnutrición proteico-calórica y la rapidez en la pérdida de peso (una pérdida mayor del 20% en los últimos 6 meses o su equivalente en un periodo más corto), así como por las graves alteraciones psicopatológicas y las generadas en el entorno familiar
- **Menores de 14 años:** El DSM 5 ha incorporado el “Trastorno de Evitación/Restricción de la ingesta de alimentos” que sustituye al Trastorno de la Conducta Alimentaria en la infancia. El síntoma fundamental es el desinterés en la ingesta independientemente de la gravedad de las complicaciones asociadas a la desnutrición ocurriendo principalmente en la etapa prepuberal en la cual se ve comprometido el crecimiento y el desarrollo de las características sexuales requiriendo intervenciones directamente orientadas a la reposición nutricional.
- **Mayores de 14 años:** “Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa” donde los aspectos relacionados con la autoestima, el perfeccionismo, la imagen corporal, el miedo a la ganancia ponderal, los conflictos con iguales, las alteraciones familiares son más evidentes.

MANEJO DESDE URGENCIAS DE UN TCA/TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Evaluación a dos niveles:

1. Complicaciones orgánicas asociadas de intervención desde Urgencias donde la evaluación urgente va dirigida fundamentalmente al tratamiento de síntomas agudos y a la toma de decisión sobre el recurso más adecuado para el paciente (hospitalario o ambulatorio) así como la celeridad para recibir este tratamiento en función de la gravedad y la intervención urgente.
2. Las propias alteraciones conductuales, emocionales, cognitivas, relacionales o socio-académicas directamente relacionadas con la posible psicopatología del trastorno que forma parte de la atención ambulatoria y/o interconsulta hospitalaria durante el ingreso hospitalario.

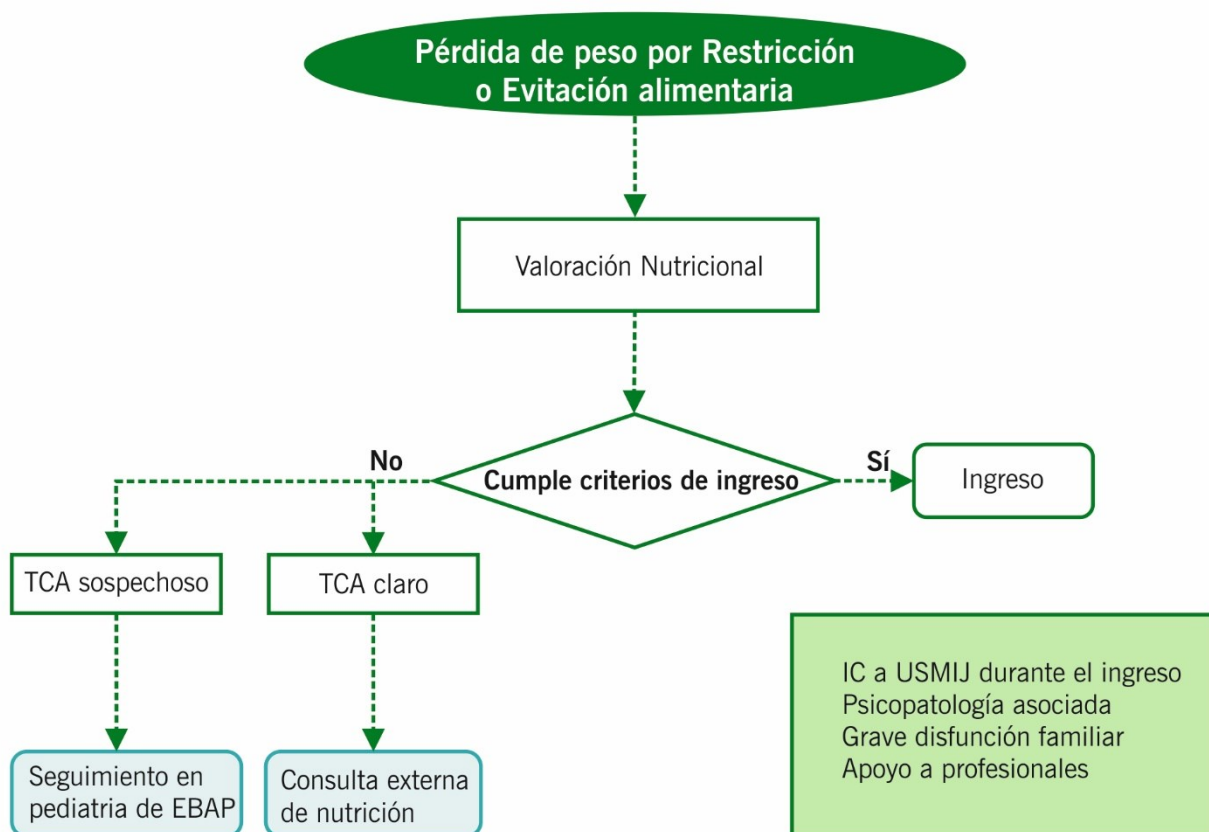
CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

CLÍNICA

- Pérdida de peso
- Interés desmesurado por la comida/ejercicio
- Vómitos, amenorrea
- Ansiedad/Depresión/Irritabilidad
- Estreñimiento
- Astenia
- Palpitaciones, síncope
- Frialidad acra, lanugo, erosiones dentales
- Hipertrofia glándulas salivares, signo Russell

PRUEBAS FÍSICAS COMPLEMENTARIAS

- Peso/Talla
- Hemograma
- BQ con Na, K, Ca, Mg, P, GPT, GOT, albúmina
- Constantes: TA, FC
- ECG
- Test de embarazo
- Registro dietético de 24 horas



CRITERIOS DE ALTA DESDE URGENCIAS Y DERIVACIÓN A CONSULTAS EXTERNAS

DESTINO: CONSULTAS EXTERNAS

CRITERIO	RECOMENDACIONES A LA FAMILIA
<p>Paciente con sospecha de TCA con alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso <5 % en el mes previo ó <10% en los 3 meses previos. - Ingesta reducida 50-75% de sus requerimientos los últimos 5 días. - IMC p3-10. 	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente no participará en la compra de alimentos, ni los manipulará, ni los cocinará. - El paciente no presenciara la preparación de las comidas; solo permanecerá en la cocina a las horas de las comidas si se realizasen allí. - La alimentación se organizará en cinco ingestas a lo largo del día. Se beberá agua y líquidos con moderación a lo largo del día. - Las comidas las realizará siempre sentado a la mesa y acompañado; nunca solo y no realizará otras actividades (leer, ver la televisión, trabajo doméstico, etc.). - No abandonará la mesa hasta el final de la comida. - Salvo acuerdos especiales, al paciente no se le preparará un menú especial; deberá comer el mismo menú que los demás miembros de la familia. - La comida siempre le será servida, pactando previamente en la consulta la cantidad. - El paciente procurará consumir toda la comida presentada (sin negociar las raciones). - Seguirá el orden adecuado de los platos (primero, segundo y postre). - Se deberá comer con corrección, haciendo un uso adecuado de los cubiertos. No triturará, desmenuzará ni desmigajará la comida. - Se procurará que la duración de las comidas no sea nunca menor de 20 minutos ni mayor de 1 hora. - Durante la comida, se evitarán los temas que versen sobre la comida o sobre su enfermedad. - Tampoco es el momento adecuado para todo tipo de reproches. - Los comensales que comparten la mesa con el paciente procurarán no estar pendientes de él y de su ingesta. - Se intentará que sean momentos relajados para todos. No se forzará al paciente a comer. - Se procurará respetar el tiempo de reposo tras las comidas. - Se evitará que el paciente vaya al baño hasta que pase una hora desde la última ingesta. - Cuando salga a comer fuera de casa procurará elegir los mismos alimentos que elijan sus familiares o amigos. - Pactar los tiempos de reposo en el día. - Pactar su capacidad para realizar su actividad habitual (escolar o laboral). - Concretar la actividad física o deporte a realizar, marcando el tiempo adecuado. En los casos de afectación moderada, es recomendable que ésta sea mínima. - Y para finalizar, recordarle que estas instrucciones son transitorias y que a lo largo del programa de tratamiento aprenderá a comer de forma saludable y adecuada.

¹El cálculo de la TMB (tasa metabólica basal) y el GET (gasto energético total) se puede hacer a través de la página <https://www.seghnp.org/nutricional>

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

DESTINO: INGRESO HOSPITALARIO

CRITERIO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso a pesar de tratamiento >5% en el mes previo o >10% en los 3 meses previos. - Ingesta mínima (<400-600 kcal o <50% de la ingesta requerida) durante >5 días. - Riesgo de suicidio o de autolesiones graves. - Comorbilidad psiquiátrica asociada o problemática social grave. - <70% del peso esperado según Índice de Waterlow por peso o IMC <p3. - FC <50 lpm de día o <45 lpm de noche. - TAS <90 mmHg. - Cambios ortostáticos de la FC (>20 lpm) o de la TA (>10 mmHg). - Temperatura axilar <35.5 °C. - Arritmia o prolongación del QTc. - Síncope. - Alteraciones electrolíticas: <ul style="list-style-type: none"> o P<1,5 mg/dl. o K<2,5 mg/dl. o Mg<1 mg/dl. o Na <125 mg/dl ó >150 mg/dl. - Vómitos incontrolables. - Complicaciones agudas: pancreatitis, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática (aumento importante de las transaminasas), etc. - Pancitopenia: leucocitos < 1500/mm³; neutrófilos < 1000/mm³; plaquetas < 50000/mm³. 	<p>1.- Abordaje nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suplemento de Tiamina 150-300 mg dosis única. - Pérdida de peso <15%: aportes calóricos ajustados a TMB1. - Pérdida de peso >15% o alt. iónicas (↓K, P, Mg) o mínima ingesta: aportes calóricos ajustados al 50% GET1. <p>2.- Abordaje Hidroelectrolítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aporte de líquidos para lograr balance neutro - Corregir alteraciones iónicas.



CRITERIOS DE INTERCONSULTA Y/O DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

DESTINO	ITINERARIO	CRITERIOS CLÍNICOS
SALUD MENTAL	DESDE URGENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Aparición o grave reactivación de psicopatología del ánimo o ansiedad. - Conductas compulsivas con rituales invalidantes. - Situaciones de total descontrol en su conducta alimentaria o de las conductas compensatorias. - Negativa absoluta a colaborar. - Situación familiar insostenible.
INTERCONSULTA	DESDE HOSPITALIZACIÓN DE PEDIATRÍA	<p>Solicitar Interconsulta de USMIJ durante el ingreso hospitalario en pediatría si:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se valora grave disfunción familiar. - Mala evolución física del caso a pesar del tratamiento iniciado. - Valoración de apoyo desde salud mental del menor y/o de la familia por demanda se ésta o del FEA Referente del Aso.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez-Candela C, Palma Milla S, Miján-de-la-Torre A, Rodríguez Ortega P, Matía Martín P, Loria Kohen V, et al. [Consensus document about the nutritional evaluation and management of eating disorders: anorexia nervosa]. *Nutr Hosp.* 2018;35(Spec No1):11-48.
2. García-Volpe C, Murray Huertano M. Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. In: SEGHN, editor. *Tratamiento en Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátricas*: Ergon; 2020. p. 827-42.
3. Alvarez A. síndrome de realimentación. In: Segarra O, Redecillas S, S C, editors. *Guía Nutrición pediátrica hospitalaria*: Ergon.; 2016. p. 142-5.
4. Eating disorders: recognition and treatment 2020 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>]
5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)* American Psychiatry Association (APA) 5th Edition Washington DC
6. J. Castro Fornidllles, J. Toro Trallero. “Trastornos de la conducta alimentaria” Em: “ Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente” Coordinadores : C. Soutullo Esperon y MJ Mardomingo Sanz. Ed. Panamericana. 2010 (cap 11)



2309 – TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Rodríguez Gangoso, Aurora
Rubio García, Ana
Sánchez Batanero, Marta

INTRODUCCIÓN

Los niños tienen una especial vulnerabilidad para somatizar, debido a su **inmadurez cognitiva** y **escasas habilidades verbales** para expresar sus emociones.

EPIDEMIOLOGÍA

- **EDAD.** Dolor abdominal recurrente en primera infancia. Posteriormente cefalea y a medida que avanza la edad, neurológicos, insomnio y fatiga.
- **SEXO.** Solo diferencias en adolescencia, más frecuente en mujeres, casi el doble.
- **COMORBILIDAD.** Se asocian a síntomas de **ansiedad y depresión** (30-50% niños con síntomas funcionales), así como a **deterioro funcional y absentismo escolar**.

FACTORES DE RIESGO

- **BIOLÓGICOS.** Genética e interacción ambiental.
- **EXPERIENCIAS NEGATIVAS EN LA INFANCIA** (abuso, negligencia, malos tratos). Temperamento, rasgos de personalidad y estilo de afrontamiento.
- **ENFERMEDAD ORGÁNICA** previa.
- **FACTORES SOCIOFAMILIARES** (conflictos, rupturas, ausencias parentales...).

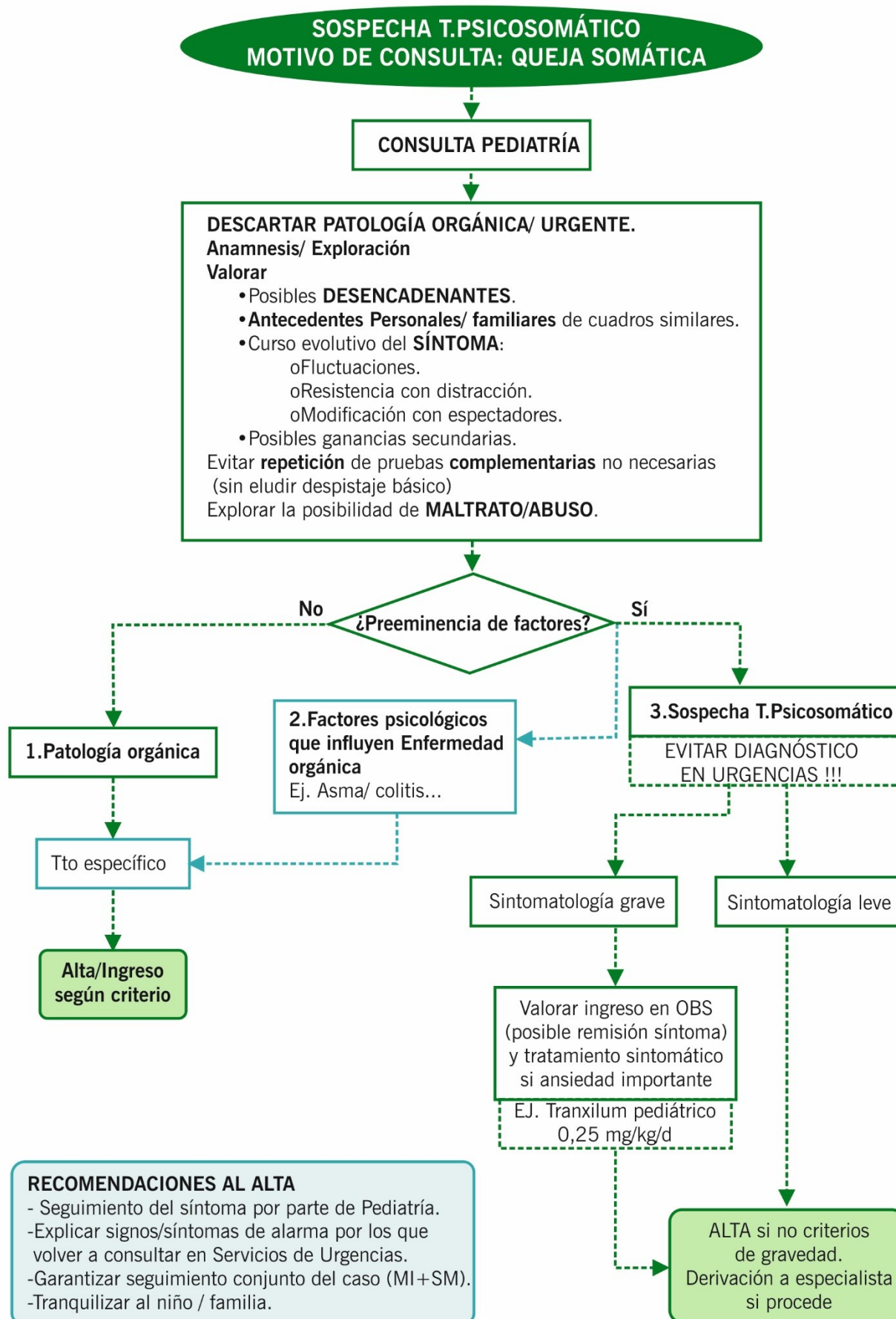


DEFINICIÓN	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Trastornos en los que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad orgánica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.	<p>En los niños son más frecuentes las quejas MONOSINTOMÁTICAS (incrementan en número con adolescencia).</p> <ul style="list-style-type: none"> - CEFALEAS/ DOLOR ABDOMINAL. Más incidencia en infancia y adolescencia. - Fatiga/ Cansancio. - Mareos. - Pérdida de conciencia. - Anestesia. - Dolores musculares. - Parestesias o pérdida de fuerza. - Náuseas/vómitos. - Dismenorrea. - Dolor de espalda/cuello. - Pseudocrisis epilépticas. - Palpitaciones. - Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consiste en constatar existencia de alteraciones psicológicas y/o sociales que contribuyan a su origen y/o mantenimiento, así como factores ORGÁNICOS que puedan contribuir. - NO es diagnóstico por EXCLUSIÓN, debe de basarse en la evidencia de hallazgos psicopatológicos que lo justifiquen. La inexistencia de datos adecuados en la exploración física o analítica no es evidencia suficiente para recurrir a una explicación psicológica. - Valorar por experiencia clínica cuando deben FINALIZAR PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (evitando iatrogenia y cronificación de problema). <p>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS. CIE 10. (Ver Anexo 1*)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se emplean los mismos criterios diagnósticos que en adultos. - Mayoría de niños NO cumplen todos los criterios. <p>CLASIFICACIÓN. CIE-10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por somatización. - Trastorno somatomorfo indiferenciado. - Trastorno hipocondríaco (incluye T.Dismórfico corporal). - Disfunción vegetativa somatomorfa (corazón y cardiovascular, tracto digestivo bajo/alto, respiratorio, urogenital, otros). - Trastorno por dolor somatomorfo. - Trastorno somatomorfo sin especificar. - Trastorno disociativo/ Trastorno por conversión (clasificación separada). <p><i>**El que se observa con mayor frecuencia en niños y adolescentes es el trastorno de dolor somatomorfo persistente.</i></p>

Anexo 1. Criterios diagnósticos CIE-10. Trastornos somatomorfos.

- Síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática que han persistido al menos 2 años.
- La negativa persistente a aceptar las explicaciones o garantías reiteradas de médicos diferentes de que no existe una explicación somática para los síntomas.
- Cierto grado de deterioro del comportamiento social y familiar, atribuible a la naturaleza de los síntomas y al comportamiento consecuente.

ALGORITMO





CRITERIOS DERIVACIÓN ESPECIALISTA

- **COMORBILIDAD SALUD MENTAL** (Ansiedad, depresión, trastorno de conducta, TDAH...).
- **ABSENTISMO ESCOLAR.**
- **GRAVEDAD DEL PROCESO.** Discapacidad por síntoma físico no justificada (Ej: parálisis motora, disfagia con pérdida de peso...).
- **DINÁMICA FAMILIAR DISFUNCIONAL.**
- Sospecha **TRASTORNO FACTICIO** (propio o inducido).
- **NO MEJORÍA** o mala evolución tras abordaje por Atención Primaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Mascaraque P, Valentín González Aduna O. Urgencias en Psiquiatría infantil. *Pediatr Integral*. 2014; 5:312-19.
2. Mohapatra S, Deo S. J, Satapathy, A, Rath, N. Somatoform disorders in children and adolescents. *Ger. J. Psychiatry*. 2014; 17(1): 19-24.
3. Rubio B, Gastaminza X, Alonso M. Paidopsiquiatría psicosomática. Las Rozas, Madrid: Selene; 2014.
4. Sánchez Mascaraque P, Guerrero Alzola F. Actualización del trastorno psicosomático en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2017; 21(1): 32-38.
5. CIE-10. Trastornos somatomorfos.
6. Asociación española de psiquiatría del niño y el adolescente. Protocolos clínicos. Las Rozas, Madrid: Siglo; 2010.