

Urgencias psiquiátricas en el adolescente. Abordaje

Dra. Viviana Duarte
viv6du@hotmail.com



DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

“Generalmente se percibe a los adolescentes como un grupo etario saludable, sin embargo, 20% de ellos, en cualquier año dado de la adolescencia (de 10 a 19 años) presenta un trastorno mental, más frecuentemente depresión o ansiedad. El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en este grupo etario.”



- ✓ La depresión y los trastornos de ansiedad constituyen respectivamente la primera y la quinta causa de enfermedad y discapacidad , en el grupo etario de 10 a 19 años, mientras que el suicidio constituye la tercera causa de muerte, solo después de los accidentes de tránsito y el VIH



**¿Que estrategia
recomienda la OMS para
hacer frente a esta
problemática?**



- ✓ Entre las direcciones estratégicas propuestas por la OMS emanadas de la Declaración de Caracas (1990) y los Principios de Brasilia (2005) se encuentra la integración de la salud mental a los servicios generales de salud, a través de la apertura y/o fortalecimiento de unidades psiquiátricas en hospitales generales.

¿Y por qué en hospitales generales?





En la edad pediátrica las enfermedades físicas y mentales frecuentemente coexisten. Las quejas somáticas son presentaciones comunes de los problemas de salud mental en niños y adolescentes.



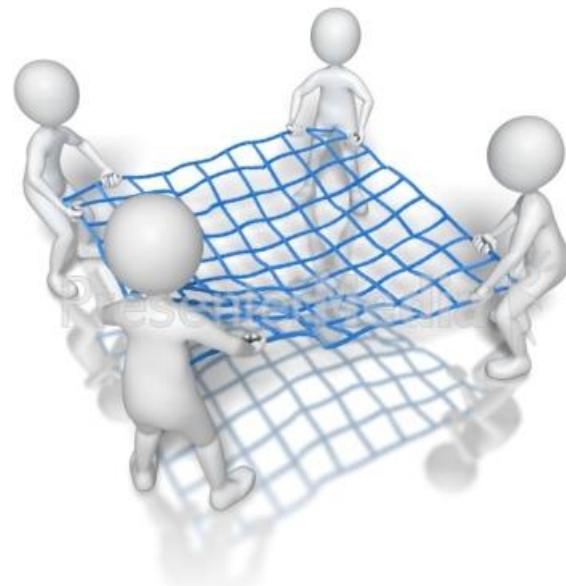
En torno al 30% de los pacientes que acuden al pediatra con quejas somáticas padecen trastornos emocionales. De ellos, sólo la mitad son identificados por el pediatra y menos de la mitad son derivados a un servicio específico.



Los niños y adolescentes con enfermedades médicas crónicas presentan mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales y conductuales.

El papel de los servicios de Urgencias Pediátricas

- ✓ Los recursos comunitarios para la atención a la salud mental resultan escasos y existe dificultad para acceder a los mismos. En consecuencia los servicios de urgencia de pediatría frecuentemente representan las “redes de seguridad” para los niños y adolescentes que requieren manejo atención psiquiátrica o psicológica, y que no pudieron acceder a servicios de salud mental de manera oportuna.



URGENCIA PSIQUIÁTRICA

- ✓ Alteración en los pensamientos, emociones o comportamientos para las cuales una inmediata intervención terapéutica es necesaria.
- ✓ Situaciones clínicas en las que existe una amenaza directa o inmediata a la salud mental del adolescente, ya sea con o sin lesiones físicas, o en las cuales el adolescente presenta síntomas tan perturbadores o disruptivos que requieren una atención de emergencia.

LOS OBJETIVOS DE LA ACTUACIÓN DEL PEDIATRA

Tratar la sintomatología aguda

Detectar riesgo de auto o heteroagresividad

Determinar necesidad de hospitalización

ABORDAJE

PRIMERA PRIORIDAD:

- “ Primum non nocere”: sobre todo no dañar – siempre garantizar la seguridad de todos.

□SEGUNDA PRIORIDAD:

➤ Descartar etiología médica

- Historia clínica detallada
- Determinación de gravedad
- **Estabilización del paciente si es necesario**
- Exámen físico incluyendo métodos auxiliares de diagnóstico
- Exámen psíquico
- Determinar diagnósticos diferenciales

□TERCERA PRIORIDAD

- Tratamiento y manejo apropiado

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Secundario a
una Enf médica
o al consumo

Reacción aguda al
Stress

Trastorno
Psiquiátrico
primario



TRASTORNOS DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE



Herramientas para el manejo agudo



**Presentación
Clínica**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Independientemente del diagnóstico estos trastornos pueden presentarse a través de cualquiera de los siguientes problemas clínicos



- Conducta suicida: autolesiones, envenenamiento,sobredosis
- Agresión y Violencia.
- Hiperventilación
- Ansiedad aguda y pánico
- Comportamiento anormal o desorganizado
- Alteración del estado de conciencia
- Rechazo alimentario y pérdida de peso grave
- Dolor agudo (Quejas somáticas sin causa orgánica)
- Lesiones físicas no accidentales y negligencia en los cuidados

INTENTO SUICIDA

Factores de riesgo

- ✓ Perdida parental antes de los 12 años
- ✓ Historia de maltrato
- ✓ Inicio prepuberal de las conducta suicida
- ✓ Ser portador de trastorno mental (depresión 52%)
- ✓ Consumo de sustancias
- ✓ Stress psicosocial agudo

MANEJO

- ✓ Hospitalización en Sala General.
- ✓ Hospitalización psiquiátrica: Alto riesgo suicida, evidencia de psicosis o depresión, persistencia de ideación suicida, intentos de suicidio previos, disfuncionalidad familiar.
- ✓ Vigilancia cercana contra intentos suicidas debe mantenerse hasta unos días después del intento actual.
- ✓ Medicación: Para contener la agitación y las conductas autoagresivas.
- ✓ Derivación a Psiquiatría para el tratamiento del Trastorno psiquiátrico de base.

AGRESIVIDAD O VIOLENCIA

1. Protección
2. Desarmar al paciente
3. Puertas abiertas
4. No quedar solo con el paciente
5. Contención física
6. Demostrar autoridad
7. Demostrar interés y empatía

1. No mantener armas u objetos peligrosos cerca.
2. No dar la espalda
3. No utilizar corbatas o collares
4. No mantener a familiares o amigos con actitud provocadora cerca del paciente
5. No confrontarlo
6. No sentarse cerca

AGRESIVIDAD-MANEJO

- ✓ Contención verbal
- ✓ Contención física de ser necesaria
- ✓ Medicación por vía oral, o parenteral (si el paciente no colabora) en forma de Haloperidol o Midazolam IM o IM es efectiva para una contención rápida.
- ✓ La hospitalización puede ser necesaria para estabilizar la crisis aguda

ANSIEDAD AGUDA Y PÁNICO

- ✓ Descartar la presencia de enfermedad médica subyacente.
- ✓ Ubicación en un área tranquila, confortable, no amenazante ,brindar seguridad, y establecer los desencadenantes psicosociales del cuadro
- ✓ Respiración lenta y profunda
- ✓ Para un alivio rápido se pueden administrar ansiolíticos como el alprazolam y el clonazepam.

CONDUCTA ANORMAL O DESORGANIZADA

- ✓ Determinar el nivel de conciencia
- ✓ Evaluación neurológica para descartar organicidad.
- ✓ Descartar intoxicación o abstinencia a sustancias.
- ✓ Modificaciones ambientales.
- ✓ Medicación: en caso de que sea necesario contrarrestar síntomas depresivos, ansiosos o psicóticos
- ✓ Hospitalización: Si el paciente presenta una conducta anormal en forma continua o recurrente.

FARMACOS RECOMENDADOS PARA TRANQUILIZACIÓN RÁPIDA

- ✓ Levomepromazina : 12,5 a 75 mg/día. IM
- ✓ Haloperidol: 0,5- 8 mg/día en prebúberes 1-16 mg/día en adolescentes
- ✓ Risperidona: 0,25-6/ mg /día VO
- ✓ Quetiapina: 25-600 mg/día

RESUMIENDO:

- ✓ Las Salas de Urgencias Pediátricas cumplen un importante rol en la provisión de servicios de salud mental y representan la puerta de entrada de estos pacientes al sistema de salud.
- ✓ La hospitalización psiquiátrica puede ser necesaria para contener las crisis.
- ✓ Un adecuado manejo de las urgencias psiquiátricas en los servicios de Pediatría General sienta las pautas para el posterior tratamiento a largo plazo de las patologías de base y la recuperación funcional del adolescente.

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

