



MINISTERIO SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DIRECCION GENERAL

0. E. 1.



Nº 134 DG/HHV-2012

## Resolución Directoral

Santa Ana, 30 de Junio de 2012.

Visto el Exp. 12MP-5483-00, sobre la "Guía de Práctica Clínica de Atención de Emergencia Psiquiátrica en Niños y Adolescentes del Hospital Hermilio Valdizán", del Hospital "Hermilio Valdizán";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 422-2005/MINSA, se aprobó la Norma Técnica No. 027-MINSA/DISP-V.01 Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica de aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud;

Que, las Guías de Práctica Clínica constituyen una herramienta eficaz para estandarizar los actos y procedimientos médicos facilitando la toma de decisiones y la elección de una intervención basada en la mejor evidencia científica;

Que, la finalidad del uso de las Guías Prácticas Clínicas es actuar de manera estandarizada de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que respondan a las prioridades sanitarias, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recursos en las instituciones del sector salud;

Que, con Memorandum Nº 150-DSMNA-HHV-2012, de fecha 04 de Junio de 2012, la Jefe del Departamento de Salud Mental del Niño y del Adolescente remite la Guía de Práctica Clínica de Atención de Emergencia Psiquiátrica en Niños y Adolescentes a fin de que se emita la resolución correspondiente;

De conformidad a lo dispuesto a la Ley Nº 26842 Ley General de Salud, Ley Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud, Decreto Supremo Nro. 014-2002-SA-Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Resolución Ministerial Nro. 468-2001-SA/DM, Sistema de Gestión de Calidad en Salud;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. Nº 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente y Oficina de Gestión de la Calidad;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.-** Aprobar la "Guía de Práctica Clínica de Atención de Emergencia Psiquiátrica en Niños y Adolescentes del Hospital Hermilio Valdizán".

**Artículo Segundo.-** La Dirección General Adjunta es la responsable de la difusión e implementación de la mencionada Guía en los órganos de atención intermedia y final.

**Artículo Tercero.-** Autorícese a la Oficina de Informática publicar la Guía que se anexa con la presente Resolución en su página web del Hospital Hermilio Valdizán.



Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
Dr. RAFAEL NAVARRA  
Director General  
C.M.P. 4598 - REG. ESP. 1000



HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y  
ADOLESCENTES



GUIA PRACTICA CLINICA DE ATENCIÓN  
EMERGENCIA PSIQUIATRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Febrero 2012

## **1. DEFINICION**

El término urgencia procede de urgir (urgere) que significa “instar o precisar una cosa a su rápida ejecución o remedio”. Como urgencia psiquiátrica infantil y adolescente se entiende el proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente y la familia consideren difícil el control de la situación.

La atención hospitalaria responde a un nivel de alta complejidad. El paciente accede al servicio derivado desde su familia, su área básica de salud, conducido por la policía o los servicios de urgencias de otro centro hospitalario.

Es aquí donde el servicio de emergencia desempeña un importante papel en la atención, por ser el lugar donde el paciente entra en contacto con el hospital buscando una solución inmediata a su problema, independientemente de la gravedad.

## **2. EPIDEMIOLOGIA**

Las principales patologías atendidas en las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes son: trastornos de conducta, ideación suicida o gestos autolíticos y otros (evitación escolar, síntomas psicósomáticos, psicosis crisis de ansiedad); son más frecuentes en las mujeres.

En los últimos años la demanda de urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes ha aumentado, siendo muchas veces la atención la puerta de entrada a los servicios de salud mental.

## **3. ENTREVISTA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

Thomas y King, refieren que la evaluación en urgencias debe realizarse de la forma más rápida posible, siendo los objetivos de la atención psiquiátrica del niño y adolescente:

- Obtener de cada informante el motivo de consulta.
- Evaluar en un sitio seguro para el niño, tanto emocional como físicamente.
- Recalcar al paciente nuestra disposición de ayuda y nuestra obligación de guardar secreto profesional de lo que nos diga, con excepción de aquello que consideremos ponga directamente en riesgo su vida o la de otra persona.
- Hasta los *6 años de edad* la exploración se basa en la observación del niño en el juego, información de los padres y preguntas indirectas. Por encima de esa edad se realiza la entrevista personal al paciente, con preguntas más directas.
- Obtener una historia del desarrollo del niño, orientado sobre todo al motivo de consulta.
- Considerar a los padres como elemento de control y tranquilizador o a en ocasiones provocador en el paciente.

- Tener en cuenta la capacidad intelectual; funcionamiento social, escolar y dinámica familiar.
- Recoger antecedentes vitales traumáticos, consumo de tóxicos, conductas desadaptativas.
- *Evitar contenciones mecánicas en niños*, salvo en casos de extrema agitación psicomotriz donde puede ser prioritaria para garantizar su seguridad.
- Valorar el grado de probable riesgo para la seguridad del paciente o la de otros.
- Colaborar eficazmente con otros médicos y proveedores de atención implicados en el caso tanto dentro como fuera del entorno hospitalario.
- Realizar un diagnóstico diferencial que incluya los posibles factores precipitantes de la crisis actual.

#### **4. CRITERIOS DE INGRESO AL SERVICIO DE EMERGENCIA**

La decisión de acudir a la emergencia proviene mayormente del adulto, quien lo tare, se deberá recabar la información de diversas fuentes, a veces contradictoria que tendrá que reconciliar o rechazar. Si es llevado por otra persona ajena a la familia, preguntarle antes que abandone el recinto para conocer los detalles; así como los detalles sobre los posibles contactos y cuidadores del niño.

A veces los síntomas del paciente dependen del ambiente en que se desarrolla el paciente. Los padres tienden a reconocer las dificultades conductuales de sus hijos, pero minimizan y no hablan de sus propias dificultades (separación, malos tratos etc.) que pueden estar determinando la aparición de la crisis. Además el niño tiende a mostrarse retraído, defensivo, avergonzado o temeroso del castigo, lo que puede divagar o minimizar el problema, o tratar de ocultar algún problema familiar.

La evaluación de riesgos potenciales es una tarea importante y difícil. Lo crucial es determinar si el paciente está preparado para regresar a su medio y a su vida normal; está decisión dependerá del riesgo al que estaría expuesto el paciente para él mismo y los demás.

La intoxicación medicamentosa con fines suicidas, episodios psicóticos y agitación persistente; donde el ambiente familiar del paciente, su capacidad de protección y contención así como el resultado de intentos ambulatorios previos son datos útiles para decidir la posible necesidad de un ingreso hospitalario. La impulsividad, el escaso insight del paciente, conductas de riesgo (promiscuidad, abuso de sustancias, peleas, conductas temerarias) o la autoagresividad, aún sin claro intento suicida, son datos a tener en cuenta.

Muchos niños pueden ser agresivos en un ambiente y no en otros, por lo que la evaluación del comportamiento en la emergencia es de escaso valor. Una actitud agresiva o hostil durante la crisis no determina la necesidad de hospitalización si el ambiente donde se desarrollo se puede modificar.

Se consideran criterios para que un paciente sea ingresado a la emergencia:

Primer episodio psicótico
Descompensación psicótica aguda.
Trastorno afectivo con riesgo autolítico.
Episodio maníaco.
Trastorno afectivo moderado-grave.
Tentativa de autolisis en trastornos afectivos o en trastornos psicóticos, o tentativas autolíticas de moderada alta-letalidad o con poco soporte familiar.
Trastorno obsesivo compulsivo moderado-grave.
Trastorno de conducta alimentaria en casos de: <ul style="list-style-type: none"><li>- IMC &lt; 16,5</li><li>- Alteración analítica asociada</li><li>- Bradicardia</li><li>- Negativa a la ingesta de sólidos y líquidos</li></ul>
Descompensación de enfermedad somática.
Patología dual con consumos de tóxicos.
Descompensación de pacientes del trastorno del espectro autista.
Patología psiquiátrica aguda en pacientes con retraso mental
Trastornos de conducta con patología psiquiátrica asociada.

## 5. EXPLORACION PSICOPATOLOGICA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

DIMENSION A EVALUAR	PARTICULARIDADES DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
Aspecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar anomalías físicas.</li> <li>• Signos de abuso o descuido.</li> </ul>
Sensorio y nivel cognitivo	Desorientación, confusión, alteraciones o fluctuaciones del nivel de conciencia, apariencia, comportamiento, cooperación, contacto ocular.
Capacidad de juicio e introspección	Insight del motivo de la atención por emergencia.
Conducta	Conductas anómalas observadas o referidas por los padres.
Habla y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar aptitudes según etapas de neurodesarrollo previstas.</li> <li>• Niño &lt; 5 años, puede no tener sentido fuera del entorno familiar.</li> </ul>
Pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fantasía o pensamiento mágico normal en niños preescolares (amigos invisibles).</li> <li>• Pensamiento concreto y lógico en niños 7-12 años. Presencia de alucinación o ideación delirante, significado dudoso (solo si hay alteración conductual o estructuración)</li> <li>• Alteraciones en pensamiento formal del adolescente: indican psicopatología.</li> <li>• Síntomas obsesivo-compulsivos (por ejemplo, rituales de comprobación), pueden ser normales. Valorar intensidad y grado de afectación.</li> </ul>
Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 10 años: dificultades para expresar sentimientos depresivos.</li> <li>• Adolescentes: generalmente ánimo más bajo que el percibido por padres</li> <li>• Alteraciones del ánimo pueden manifestarse como irritabilidad.</li> </ul>
Funcionamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiar ( genograma, relaciones entre los miembros y dinámica familiar), circunstancias añadidas al entorno familiar.</li> <li>• Social (interacción, relaciones que mantiene).</li> <li>• Escolar (rendimiento académico, relación con profesores y compañeros, descartar "bullying").</li> </ul>
Integridad física y del paciente	Valorada por: <ul style="list-style-type: none"> <li>. Impulsividad</li> <li>. Presencia de ideación suicida</li> <li>. Ideación o amenazas de heteroagresividad.</li> <li>. Antecedentes de agresividad.</li> <li>. Tendencia a agresividad, irritabilidad o agitación durante la entrevista.</li> </ul>
Exploración neurológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprescindible exploración neurológica rutinaria (fuerza, sensibilidad, ROT y cutáneos, pares craneales, coordinación, marcha, equilibrio...).</li> <li>• Recoger historia convulsiones, retraso neurodesarrollo, disartria, perímetro cefálico.</li> </ul>

## **6. MANEJO DE LA AGITACION PSICOMOTRIZ**

Es el mayor reto que se presenta en la emergencia, puede venir acompañado por los padres, con la policía, proceder del colegio, la calle o un centro de menores; puede acudir de noche o un fin de semana, sin que el padre o los cuidadores estén notificados de ello. Lo más común es que acuda en contra de su voluntad, se niegue a colaborar y adopte una actitud impulsiva, amenazante y descontrolada; donde el personal adopte las medidas pertinentes y ante todo conservar la calma.

La crisis de agitación puede ser esporádica y responder a una situación concreta altamente estresante para el niño o adolescente, o puede ser un modo habitual de respuesta ante la frustración. Puede tener un carácter amenazante para el paciente, para los que le rodean o para ambos.

La crisis de agitación puede deberse a múltiples razones y en casi todos los casos concurren más de un factor. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes que pueden desencadenar la crisis pueden ser:

- a. Trastornos cuyo síntoma común es la impulsividad: trastorno oposicionista, trastorno de conducta, déficit de atención con hiperactividad, trastorno bipolar, intentos suicidas y características temperamentales exarcebadas por condiciones ambientales anómalas.
- b. Consumo y dependencia de drogas
- c. Trastornos psicóticos con síntomas activos que lo llevan a comportarse de modo agresivo.
- d. Trastorno generalizado del desarrollo, retraso mental y déficits cognoscitivos que pueden favorecer reacciones agresivas.
- e. Medio familiar caótico y desorganizado, con violencia, privación y maltrato del paciente.
- f. Abuso sexual y estrés postraumático que dan lugar a reacciones de violencia ante situaciones de estrés.
- g. Metabopatías, infecciones, encefalopatías, ingestiones medicamentosas y eventos adversos de los fármacos, que dan lugar a cuadros de delirium con desorganización de la conducta y agresividad.
- h. Enfermedades neurológicas que pueden manifestarse con irritabilidad y agresividad.

El diagnóstico se basa en: la información que aporta la familia y los acompañantes del paciente, la historia médica, la historia psiquiátrica, la exploración física y psicopatológica y las pruebas complementarias.

Ante un caso de agitación psicomotriz descartar organicidad. La alteración del nivel de conciencia y la fiebre hace sospechar un cuadro orgánico de fondo.

## **6.1. Pautas de intervención y tratamiento**

La evaluación y el tratamiento debe hacerse en un medio seguro para el paciente incluso pueden aumentar la agitación, por lo que está indicado las medidas ambientales, contención física, contención verbal y sedación farmacológica.

### **Medidas ambientales:**

- Separar al paciente de la causa que le genere la agresividad.
- Decidir si los acompañantes favorecen la contención o agresividad.
- Realizar la entrevista en lugar tranquilo.
- El paciente y examinador deben estar colocados de tal forma que ambos tengan acceso a la puerta.
- Respetar la privacidad del paciente pero sin correr riesgos.

### **Medidas de contención verbal:**

- Iniciar la entrevista con temas diferentes a la violencia.
- El paciente hable de sus emociones y la situación que desencadenó la violencia.
- Actitud empática.
- Inducirle sentimientos de tranquilidad “luego de hablarlo te sentirás más tranquilo”, sólo se hará si el paciente no muestra actitud desconfiada al psiquiatra.
- Ayudarlo a separar la realidad objetiva del concepto subjetivo distorsionado de la realidad.

### **Medidas de contención física:**

Debe realizarse tras otras intervenciones menos traumáticas, no obstante hay situaciones en que está es la primera actuación indicada.

Una vez realizada la contención el médico debe evaluar al paciente en 2 horas, y decidir si se mantiene o no la contención.

### **Medidas Farmacológicas:**

La mayoría de los pacientes se benefician con la administración de un medicamento tranquilizante. En pacientes psicóticos se administrará antipsicóticos, mientras si la agitación no es psicótica el fármaco de la elección son las benzodiazepinas.

En función de la intensidad de los síntomas, del grado de cooperación del paciente y de la necesidad de una sedación rápida o no, se utilizará la vía oral o parenteral, fundamentalmente la intramuscular ya que la vía endovenosa es un poco inviable en este tipo de pacientes.

### Pauta de contención farmacológica en agitación aguda

Oral: inquietud o agitación moderada  Benzodiazepina de vida media larga no sedante y antipsicótico típico de absorción rápida. En caso de ataque de pánico: benzodiazepina de vida media corta sublingual.
Parenteral: si rechaza tratamiento o si hay agitación aguda o grave  Benzodiazepina intramuscular o antipsicótico atípico típico no sedante IM.  Posibilidad de combinar benzodiazepinas y antipsicóticos.
Control de presión arterial cada 15 a 30 minutos.

### Pautas para la administración de los antipsicóticos de urgencia

Fármaco	Dosis para niños	Dosis para adolescentes
Haloperidol	2,5 mg IM	5mg IM
Clorpromacina	12,5 mg IM	25 mg IM
Risperidona	1 mg oral	2 mg oral
Olanzapina	2,5 mg oral	5 mg oral

Se debe controlar la presión arterial y la frecuencia cardiaca cada 15 minutos. Si no existe respuesta, la dosis se puede repetir al cabo de 30 minutos.

## **7. MANEJO DEL INTENTO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES**

El intento de suicidio en niños mayores de 7 años, porque en niños más pequeños el intento se confunde con un accidente. La causa más frecuente de intento de suicidio en la adolescencia, es el consumo de medicamentos o sustancias venenosas con la intención de quitarse la vida, intento que en la mayoría de los casos, deja pocas secuelas físicas. Con menos frecuencia se observan intentos de suicidio por heridas en las muñecas o en el cuerpo y, últimamente, suicidios por ahorcamiento.

El intento de suicidio es frecuente en niños o adolescentes deprimidos crónicamente, en quienes la ansiedad aumenta intensamente, como una vivencia aguda e intolerable que los conduce a la decisión suicida.

No hay que diferenciar entre gestos, amenazas y verdaderos intentos porque en todos los casos es preciso actuar de igual manera. Es imperioso considerar todo intento de suicidio en forma seria y responsable y estudiar los factores asociados o desencadenantes de esta conducta para mejorar la condición física del paciente y tratar el cuadro clínico subyacente.

### **7.1. Recomendaciones para la atención aguda:**

Forjar la alianza terapéutica con el niño y sus padres. Establecer una comunicación abierta y sincera, evitar la coerción. La alianza terapéutica conseguida en el primer contacto fomenta la adherencia terapéutica en el futuro y es importante ya que muchos pacientes abandonan el tratamiento.

Valorar la presencia de factores que sugieren la necesidad de hospitalización:

- Complicación médica grave.
- Elevado riesgo por persistencia del deseo de morir e intención suicida.
- Rechazo a cualquier ayuda.
- Antecedente de intento suicida con método muy letal o infrecuente.
- Presencia de síntomas psicóticos, que sugiere pobre capacidad de insight.
- Comportamiento impulsivo.
- Agitación psicomotriz.
- Ausencia de apoyo familiar.

Si existen dudas sobre la necesidad de hospitalización se recomienda la prudencia.

Si el niño no cumple los criterios de hospitalización, antes de darle de alta el clínico debe:

- Informar al niño y su familia sobre los factores precipitantes, la clínica y el tratamiento del comportamiento suicida.
- Mantener al niño alejado de objetos potencialmente letales.
- Insistir la necesidad de suspender alcohol y otras sustancias desinhibidoras que favorecen el comportamiento suicida.
- Designar un adulto responsable para supervisar al niño.
- Ofrecer un contrato de seguridad o un acuerdo en que el niño o adolescente se compromete a no provocarse daño y acudir a sus padres, médico o un adulto ante un nuevo impulso suicida.

## **7.2. Tratamiento a corto plazo:**

El tratamiento del comportamiento suicida consiste en psicofármacos y/o psicoterapia.

El tratamiento farmacológico indicado en niños o adolescentes con conducta suicida en trastorno depresivo o trastorno de ansiedad, son los Inhibidores de la Recaptación de serotonina, en trastorno bipolar se consideran los estabilizadores del humor, antipsicóticos (preferentemente atípicos) en el caso de psicosis o trastorno de comportamiento y benzodiacepinas en presencia de agitación psicomotriz o insomnio.

## **8. URGENCIAS POR EFECTOS SECUNDARIOS DE FARMACOS**

Los pacientes acuden por los efectos secundarios de los medicamentos prescritos. Se centrarán en Acatisia y distonía aguda.

### **8.1. Acatisia:**

Sensación subjetiva de la necesidad de moverse, que se acompaña de inquietud psicomotriz, deambulación, ansiedad y disforia crecientes, donde el sueño puede estar alterado.

Los casos leves pueden diagnosticarse como ansiedad y los casos graves pueden confundirse con agitación psicótica, lo que conlleva a un aumento de la dosis del antipsicótico y empeoraría el cuadro.

Una vez diagnosticado, es preciso reducir la dosis al mínimo del nivel efectivo. La primera elección sería: *biperideno* 2-8 mg/día. El tratamiento más eficaz es un bloqueador beta-adrenérgico (*propranolol*: 10-30 mg tres veces al día).

Las benzodiacepinas como: *clonacepam* 0,5 mg de dos a tres veces al día; *loracepam* 1 mg tres veces al día o 30 mg/día de *diazepam*. Excepcionalmente puede utilizarse *teofilina* 300-600 mg/día.

### **8.2. Distonía aguda**

Contracciones tónicas que pueden afectar a diferentes grupos musculares como cuello, boca, lengua, musculatura axial o extremidades. También pueden producirse crisis oculogiras y opistótonos.

Habitualmente se inicia durante los primeros días de tratamiento, puede fluctuar espontáneamente y desaparecer en un ambiente tranquilo lo que provoca en el clínico la falsa impresión que el movimiento es por ansiedad.

La profilaxis con anticolinérgicos o fármacos asociados previene el desarrollo de la distonía.

El tratamiento a usar sería: *biperideno* 5 mg/IM y *diazepam* 10 mg/EV puede ser efectivo.

## 9. URGENCIAS EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

Se tiene una baja frecuencia de urgencias psiquiátricas en < 6 años.

Los factores relacionados con la demanda de la consulta en este grupo etario que destacan sería:

- Mayor frecuencia de antecedentes de prematuridad.
- Elevado número de adopciones y dificultades adaptativas.
- Escolaridad precoz.
- Inmigración.
- Separaciones parentales traumáticas con conflictos de custodia.
- Menor apoyo familiar.

Las preocupaciones que llevan a los padres a solicitar una consulta psiquiátrica tienen que ver con: la problemática emocional, conductual, de alteración del desarrollo, de las relaciones y del rendimiento escolar. Aunque muchas veces el niño manifiesta con su conducta la problemática familiar o parental.

Los trastornos psiquiátricos que se diagnostican con más frecuencia en este grupo de edad son:

- Trastornos adaptativos: desde la excitación, irritabilidad, inhibición, problemas del sueño y la alimentación o alteraciones en los hitos del desarrollo.
- Trastornos de conducta; actitudes negativista- desafiantes, heteroagresividad y rabietas.
- Trastornos del humor: la depresión puede manifestarse con síntomas conductuales, somatización, tristeza o inhibición.
- Trastornos de ansiedad: a partir de los 3 años se manifiestan con somatizaciones y elementos fóbicos.
- Hiperactividad y déficit de atención.
- Trastornos generalizados del desarrollo, retraso mental, que muchas veces acuden cuando están descompensados.

## 10. BIBLIOGRAFIA

Alda Diez José Angel , Sabel Gabaldón Fraile.  
Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Editorial Masson 2006.

Kaplan HI, Sadock BJ.  
Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. Buenos Aires: Ed. Inter.-Médica; 1997.

Soutullo Esperón César, Mardomingo María Jesús  
Manual de Psiquiatría del niño y adolescente. Editorial Panamericana 2010

Vásquez R.  
Urgencias en psiquiatría infantil. Cuadernos de Psiquiatría de Enlace, No. 27, septiembre de 2005; 18-22