

XXVII REUNIÓN DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

CUIDÁNDONOS | CUIDÁNDOLOS

ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Anamnesis en el paciente con patología psiquiátrica

Adrián Ranera Málaga

Hospital Universitari Parc Taulí

Sabadell. Barcelona.



Iván Presno López

Hospital Materno Infantil Teresa Herrera

A Coruña.



NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS



Objetivos

Introducción

Anamnesis

Paciente agitado

Paciente suicida

Conclusiones

XXVII REUNIÓN



QUÉ PRETENDEMOS EN ESTE ENCUENTRO

FOMENTAR

RESPONSABILIZAR

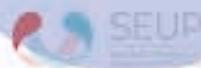
CONCIENCIAR

DESESTIGMATIZAR

SENSIBILIZAR

ENSEÑAR

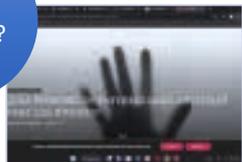
XXVII REUNIÓN



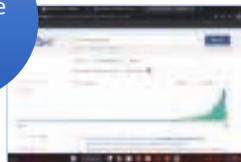
¿De dónde venimos?



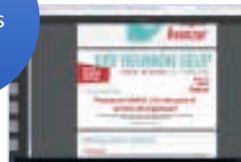
¿Cómo estamos?



¿A dónde vamos?



¿Qué sabemos hacer?



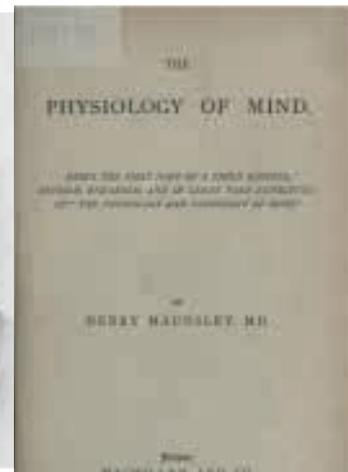
¿Qué tenemos que hacer?



¿De dónde venimos?

“¿Qué pronto puede un niño puede volverse loco? Obviamente no antes de que tenga una mente que pueda malograrse, y entonces sólo en proporción a la cantidad y calidad de mente que tenga”

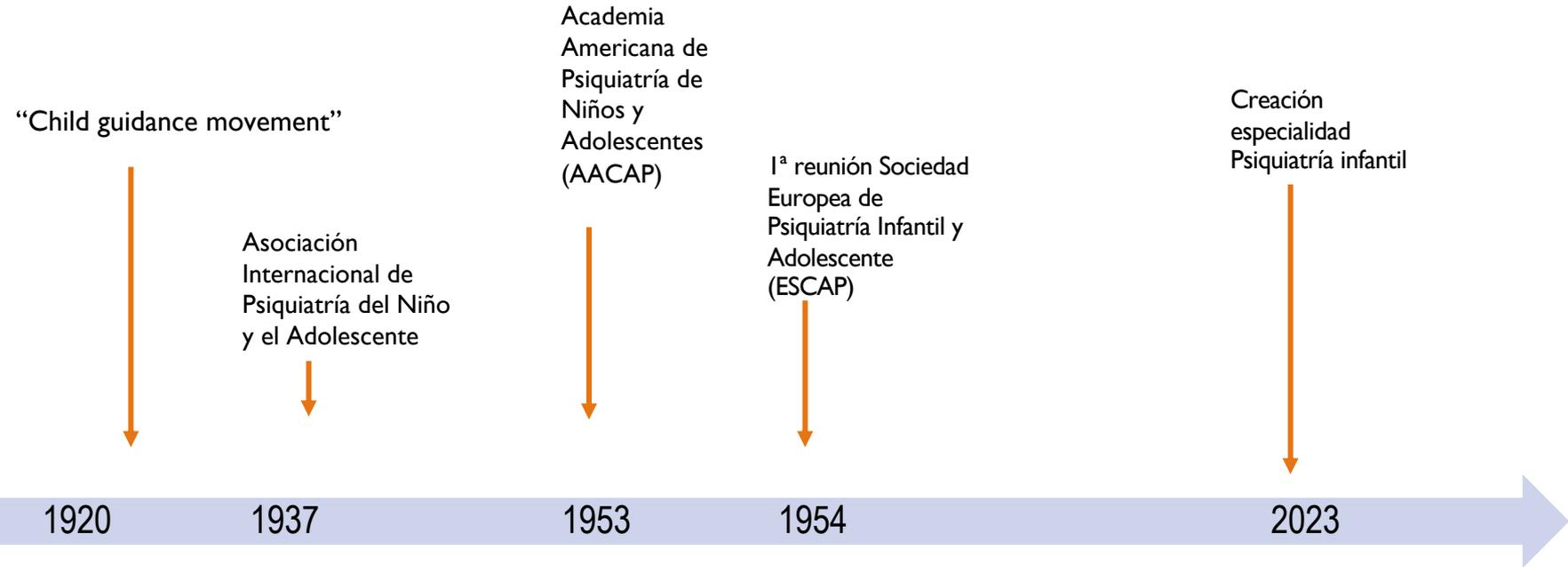
Henry Maudsley. *La Patología de la Mente*. 1895.



P. Marmuse, Paris



¿DE DÓNDE VENIMOS?



ANTES DEL AÑO 1900...

No fue publicado ningún artículo que hiciera referencia a los niños en los primeros 45 años de la American Journal of Insanity (1844 – 1889), precursora de la American Journal of Psychiatry.

¿CÓMO ESTAMOS? ¿A DÓNDE VAMOS?



health mental children



Buscar

[Avanzado](#) [Crear alerta](#) [Crear RSS](#)

[Guía del usuario](#)

Ahorrar

Correo electrónico

Enviar a

Ordenado por: [Mejor coincidencia](#) [opciones de pantalla](#)

RESULTADOS POR AÑO

99,357 resultados

« < Página 1 de 9,936 > »



1890

2023



Los pediatras alertan

Infosalus / investigación

Las visitas a urgencias por problemas de salud mental de los adolescentes aumentaron en todo el mundo durante la pandemia.

Salud mental de los niños

El 30% de los niños y adolescentes tiene o ha tenido ideas suicidas

El caso de las gemelas de Sallent activa las alarmas sobre la salud mental en nuestro país, con los menores más vulnerables.



"La salud mental de nuestros niños y adolescentes"
SALUD MENTAL

Gestión de las consultas de salud mental de los adolescentes duplican desde el inicio de la pandemia

Solo hay 19 camas para hospitalización de adolescentes con riesgo de suicidio gracias a la colaboración de los servicios de salud mental de los hospitales.

• Las Palmas de Gran Canaria: Hospitalario Insular de salud mental en menores, con un aumento significativo de casos.

LA TRIBUNA

El silencio atronador sobre la salud mental de los niños

Los suicidios son el final trágico para algunos niños y adolescentes a los que el sistema ha fallado. Pero no debemos quedarnos ahí.

crisis de salud mental de los niños y adolescentes

último

1. ¿Crees que estás lo suficientemente formado como para dar una asistencia de calidad en estos casos?

a. Si

b. No

¿QUÉ SABEMOS HACER?

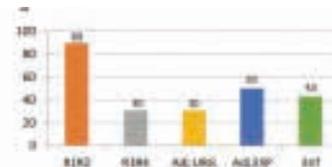
- Cuestionario anónimo de 32 preguntas con "Google Survey"
- Enviada electrónicamente al personal sanitario de nuestro servicio de urgencias
- 62 encuestas → tasa de respuestas del 74%
- **5 grupos:**



Autopercepción del manejo
Relación con el equipo de psiquiatría
Opinión sobre el paciente psiquiátrico
Conocimientos



Reconocen **NO** sentirse cómodos



Causas

- Inexperiencia
- Falta de tiempo
- Falta de formación

Tests de Conocimiento (aciertos)



El 50% manifiesta **NO** conocer bien el uso de psicofármacos



Debería ser el **psiquiatra** quien los valorara de entrada (70%)
Debería haber un **psiquiatra infantil** de guardia (30%)



El 30% consideró **falta de espacio** para ubicar a estos pacientes



INTRODUCCIÓN

urgencia: urgir (*urgere*): «instar o precisar una cosa a su pronta ejecución o remedio».

Urgencia psiquiátrica: perturbación en el pensamiento, percepciones, emociones o conducta que, por su gravedad, necesita una intervención terapéutica inmediata.

En el ámbito infantojuvenil: proceso que genera suficiente tensión emocional para que el **niño**, el **adolescente** o la **familia** consideren difícil el control de la situación.

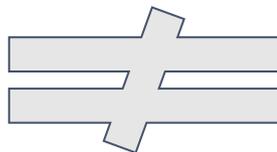
INTRODUCCIÓN

Nivel de mayor complejidad de la atención sanitaria. Se requiere una sensibilización especial.

Perspectiva NO exclusivamente biológica.

!!!Ámbito social y emocional!!!

NIÑ@



ADULT@

NIÑ@

ADULT@

XXVII REUNIÓN



2. Del total de pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas en España, ¿qué porcentaje suponen los problemas relacionados con la Salud Mental durante los últimos años?

- a. Menos de 1%**
- b. 1-5%**
- c. 5-10%**
- d. 10-15%**

INTRODUCCIÓN

Alta prevalencia.

10-22% han padecido, padecen

Mayor plasticidad, cambios (

Tabla 1. Porcentaje de niños incluidos en la Encuesta Nacional de Salud 2006 que tienen enfermedades crónicas o de larga evolución diagnosticadas por un médico, por grupos de edad y tipo de enfermedades.

	Alergia crónica	Asma	Trastornos mentales	Epilepsia	Diabetes	Tumores malignos
0-4 años	5,43%	4,08%	0,67%	0,53%	0,05%	0,12%
5-9 años	11,96%	7,39%	2,33%	0,91%	0,13%	0,10%
10-15 años	16,34%	7,99%	2,28%	1,07%	0,47%	0,26%
TOTAL	10,57%	5,26%	1,79%	0,41%	0,20%	0,10%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.

¡¡¡Detección precoz!!!

Diagnóstico y tratamiento tempranos

Mejorar pronóstico, disminuir comorbilidad y evitar cronificación

XXVII REUNIÓN



INTRODUCCIÓN

PEDIATRA ESENCIAL

- Desarrollo psicomotor del niño.
- Trato con el niño y la familia.
- Factores biosociales implicados.
- Atención 24/7.

Pero debe conocer....

- Indicadores de riesgo y signos de alarma
- Técnicas de evaluación y fácil utilización
- “Tener tiempo”

Y tener
interés.....

INTRODUCCIÓN

Trastornos de conducta.

Conductas autolíticas e intentos de suicidio.

Crisis de ansiedad.

Intoxicaciones voluntarias.

1-5 % VISITAS

Los servicios de urgencias proporcionan un acceso rápido a la evaluación psiquiátrica y tratamiento a corto plazo.

3. En el hospital en el que trabajas, ¿quién suele atender a este tipo de pacientes?
- a. Psiquiatría directamente.
 - b. Valoración conjunta entre Pediatría y Psiquiatría.
 - c. Pediatría exclusivamente.

4. En el hospital en el que trabajas, ¿existe una Unidad de Psiquiatría Infantil específica para poder comentar este tipo de pacientes?
- a. No.
 - b. Si, durante las mañanas únicamente.
 - c. Si, tanto por las mañanas como durante las guardias.

**LA ANAMNESIS EN SÍ YA
DEBE DE SER
TERAPÉUTICA**

XXVII REUNIÓN



- Abordar la situación de una manera **racional, respetuosa, empática** y con **aceptación**.
- Establecer una buena **alianza terapéutica** es el primer paso hacia un abordaje eficaz.
 - Motivo de consulta
 - Antecedentes personales médicos y psiquiátricos
 - Antecedentes familiares
 - Historia de la enfermedad actual





Sandra, 14 años.

Filiación: Reside con sus padres y hermana melliza. Estudia 3º de la ESO.

Antecedentes personales médicos: Crisis convulsiva febril en la infancia. Seguimiento en Consultas Externas de Neuropediatría por cefalea.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento en Psiquiatría Infantil y Psicología del Hospital con diagnósticos de: **Episodio depresivo**. Disforia de Género. **Rasgos de personalidad disfuncional**. Varias atenciones urgentes por **ideación autolítica** en los últimos meses.

Tratamiento actual: Fluoxetina, Aripiprazol, Rivotril, Olanzapina.

Enfermedad actual: Niña de 14 años que es traída por su madre al Servicio de Urgencias por empeoramiento progresivo de patología de base en los últimos meses.

Refiere la madre llanto profuso constante, a pesar de tratamiento farmacológico. Absentismo escolar. En las últimas semanas refiere comportamientos inadecuados y comentarios inoportunos, la mayoría de ellos de contenido sexual. Hace dos días, sin desencadenante aparente, intentó ingesta de múltiples comprimidos de olanzapina, pero la madre la detuvo. Además, refiere María que en los últimos días escucha voces que le mandan hacer cosas malas. También en una ocasión vio unos enanitos que parecía que le atacaban. Adecuada adhesión farmacológica.

5. Señale cuál de las siguientes características te haría sospechar más en patología orgánica en un paciente que acude al Servicio de Urgencias con sintomatología psiquiátrica:

- a. Historia previa de trastorno mental.**
- b. Comienzo insidioso del cuadro.**
- c. Alteraciones perceptivas auditivas.**
- d. Alteraciones perceptivas visuales.**

5. Señale cuál de las siguientes características te haría sospechar más en patología orgánica en un paciente que acude al Servicio de Urgencias con sintomatología psiquiátrica:

- a. **Historia previa de trastorno mental.**
- b. **Comienzo insidioso del cuadro.**
- c. **Alteraciones perceptivas auditivas.**
- d. **Alteraciones perceptivas visuales.**

Importante descartar la existencia de un problema orgánico que justifiquen los síntomas



Características **sugerentes de organicidad:**

Enfermedad médica intercurrente

Comienzo brusco de los síntomas.

No historia previa de trastorno mental

Alteraciones perceptivas no auditivas

Alteraciones de la conciencia

Síntomas neurológicos

Trastornos del movimiento, marcha o lenguaje.

Exploración física
+
Pruebas
complementarias
oportunas



XXVII REUNIÓN



ASPECTOS A VALORAR

- Apariencia.
- Actitud y grado de **colaboración**.
- Nivel de **conciencia**.
- Lenguaje verbal y no verbal
- Nivel cognitivo (intelectual).
- Alteraciones del **pensamiento**.

- Alteraciones de la **percepción**.
- Criterio de realidad y capacidad de juicio.
- Control de impulsos.
- Signos de auto/heteroagresividad.
- Psicomotricidad.
- Ritmos biológicos: apetito, sueño, sexualidad.



Sandra, 14 años.

Filiación: Reside con sus padres y hermana melliza. Estudia 3º de la ESO.

Antecedentes personales médicos: Crisis convulsiva febril en la infancia. Seguimiento en Consultas Externas de Neuropediatría por cefalea.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento en Psiquiatría Infantil y Psicología del Hospital con diagnósticos de: **Episodio depresivo**. Disforia de Género. **Rasgos de personalidad disfuncional**. Varias atenciones urgentes por **ideación autolítica** en los últimos meses.

Tratamiento actual: Fluoxetina, Aripiprazol, Rivotril, Olanzapina.

Enfermedad actual: Niña de 14 años que es traída por su madre al Servicio de Urgencias por empeoramiento progresivo de patología de base en los últimos meses. Refiere la madre llanto profuso constante, a pesar de tratamiento farmacológico. Absentismo escolar. En las últimas semanas refiere comportamientos inadecuados y comentarios inoportunos, la mayoría de ellos de contenido sexual. Hace dos días, sin desencadenante aparente, intentó ingesta de múltiples comprimidos de olanzapina, pero la madre la detuvo. Además, refiere María que en los últimos días escucha voces que le mandan hacer cosas malas. También en una ocasión vio unos enanitos que parecía que le atacaban. Adecuada adhesión farmacológica.

A solas con Sandra, se muestra **consciente y orientada**. No datos de sedación. **Escasa colaboración**. **Lenguaje coherente, parco**. Mirada constante al suelo, **sin establecer contacto visual**.

Insiste en que no recuerda el motivo por el que quería ingerir los comprimidos de olanzapina. Refiere que en ocasiones **escucha voces** que le dan a la cabeza ideas "absurdas", por ejemplo cortarse para ver cómo de afilado está, pero la mayoría de las veces sabe que **esas ideas no tienen sentido**.

Niega problemas en casa.

Discurso informativo. **Indiferencia afectiva** por lo ocurrido. **Baja tolerancia a la frustración**. **Conductas hipersexualizadas**. Inadecuación en las relaciones interpersonales. Niega ideación autolítica. **No síntomas psicóticos**.

Duerme bien. Disminución de apetito en los últimos meses.

Se observan lesiones lineales en antebrazos, en fase de cicatrización. Se muestra **tranquila** y comfortable.

6. Señale la afirmación que considere **incorrecta**.

- a. La entrevista con el niño debemos realizarla a solas, siempre que sea posible.
- b. Los límites de la confidencialidad deben ser claramente establecidos al inicio de la evaluación.
- c. El abuso de sustancias, la actividad sexual y los embarazos son siempre una justificación para romper la confidencialidad, ya que se trata de pacientes menores de edad.
- d. Debemos intentar en la medida de lo posible, minimizar las valoraciones en una misma visita.

6. Señale la afirmación que considere **incorrecta**.

- a. La entrevista con el niño debemos realizarla a solas, siempre que sea posible.
- b. Los límites de la confidencialidad deben ser claramente establecidos al inicio de la evaluación.
- c. **El abuso de sustancias, la actividad sexual y los embarazos son siempre una justificación para romper la confidencialidad, ya que se trata de pacientes menores de edad.**
- d. Debemos intentar en la medida de lo posible, minimizar las valoraciones en una misma visita.

ENTREVISTA PARENTAL



- Entrevistar a pacientes y cuidadores, **tanto juntos como por separado**, para obtener la mayor información posible.
- La información de los cuidadores tiene **utilidad clínica significativa** ya que los pacientes suelen minimizar la gravedad de sus síntomas o la intencionalidad de sus actos.
- Los padres suelen referir más las conductas externalizadas (inquietud, impulsividad, oposicionismo, agresividad) y los pacientes más los sentimientos y síntomas depresivos o de ansiedad
- La **fiabilidad** de la información de los niños sobre síntomas específicos **aumenta con la edad**. Los niños con edades inferiores a los 10 años tienden a ser informadores menos fiables que sus padres.



- El niño suele ser la **única fuente de información** de algunos acontecimientos.
- Intentaremos establecer una **comunicación efectiva** con el paciente.
 - Estableciendo un **vínculo emocional**.
 - Manteniendo una **relación de confianza**.
 - **Respetando** sus emociones, ideas y decisiones, siempre que no supongan un riesgo.
 - Estableciendo unos **límites de confidencialidad** que debemos respetar hasta el momento que objetivemos peligro en su propia seguridad.

Antón, 13 años.

Filiación: Padres separados. Vive con la madre y la pareja de la madre. Estudia 2º ESO.

Antecedentes personales: Obesidad. Dislipemia.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento estrecho en Psiquiatría Infantil por trastorno de emociones y de conducta en contexto de inmadurez emocional marcada. Sospecha de TEA. Disfunción severa del núcleo primario de apoyo. Múltiples asistencias a urgencias por episodios de agitación, el último hace 2 semanas.

Tratamiento psicofarmacológico actual: Ácido valproico, risperdal, olanzapina y bromacepam.

Tóxicos: 6-7 cigarrillos/día.

Enfermedad actual:

Niño de 13 años que es traído por el 061 por episodio de agitación en domicilio en el día de hoy. Refiere la madre que en el día de hoy Antón la amenazó con un cuchillo.

Antón refiere que "hoy mi madre me obligó a ir al colegio y aún no había acabado la partida de la consola, por lo que me enfadé mucho y perdí los nervios". Además, refiere que estos días estaba más irascible porque se enfadó con unos compañeros del colegio.

Adecuada adhesión farmacológica. Último episodio de agitación hace 2 semanas.



7. Durante la anamnesis del paciente psiquiátrico con riesgo de agitación, se recomienda que el Box de Urgencias disponga de todas las siguientes medidas de seguridad, **excepto:**

- a. Apertura de puertas hacia fuera**
- b. Depósito de medicamentos bajo llave.**
- c. Camilla con ruedas.**
- d. Al menos dos puertas.**

7. Durante la anamnesis del paciente psiquiátrico con riesgo de agitación, se recomienda que el Box de Urgencias disponga de todas las siguientes medidas de seguridad, **excepto**:

- a. Apertura de puertas hacia fuera
- b. Depósito de medicamentos bajo llave.
- c. **Camilla con ruedas.**
- d. Al menos dos puertas.

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PACIENTE AGITADO

Maximizar la seguridad del paciente y del profesional.

Siempre que sea posible, **contención verbal**.

¿Dónde?

Zona tranquila con pocas distracciones.

Botón de alarma.

Al menos dos puertas.

Medicamentos bajo llave.

Camilla anclada.

Espacio sin objetos potencialmente peligrosos.



8. Durante la fase de contención verbal en un paciente con agitación psicomotriz, debemos realizar todo lo siguiente excepto:

- a. Facilitar que el paciente se exprese.**
- b. No bloquear las puertas y dejarlas siempre abiertas.**
- c. Mantener la entrevista desde una distancia próxima al paciente.**
- d. Evitar mantener el contacto visual de manera prolongada.**

8. Durante la fase de contención verbal en un paciente con agitación psicomotriz, debemos realizar todo lo siguiente excepto:

- a. **Facilitar que el paciente se exprese.**
- b. **No bloquear las puertas y dejarlas siempre abiertas.**
- c. **Mantener la entrevista desde una distancia próxima al paciente.**
- d. **Evitar mantener el contacto visual de manera prolongada.**

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL PACIENTE AGITADO

- **Contención física** → calmar, relajar, escuchar y facilitar que el paciente se exprese.
- **¿Cómo?**
 - Hablar de manera **sosegada**, amable y segura, manteniendo **contacto visual**, sin ser éste prolongado.
 - Mostrar **interés** por el problema (expresiones de ayuda o entendimiento).
 - Mantener una distancia de seguridad con el paciente.
 - Dejarse prejuicios a un lado, evitando situarse por encima del paciente.
 - Establecer **límites** firmes **de conducta**.

Antón, 13 años.

Filiación: Padres separados. Vive con la madre y la pareja de la madre. Estudia 2º ESO.

Antecedentes personales: Obesidad. Dislipemia.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento estrecho en Psiquiatría Infantil por trastorno de emociones y de conducta en contexto de inmadurez emocional marcada. Sospecha de TEA. Disfunción severa del núcleo primario de apoyo. Múltiples asistencias a urgencias por episodios de agitación, el último hace 2 semanas.

Tratamiento psicofarmacológico actual: Ácido valproico, risperdal, olanzapina y bromacepam.

Tóxicos: 6-7 cigarrillos/día.

Enfermedad actual:

Niño de 13 años que es traído por el 061 por episodio de agitación en domicilio en el día de hoy. Refiere la madre que en el día de hoy Antón la amenazó con un cuchillo. Antón refiere que "hoy mi madre me obligó a ir al colegio y aún no había acabado la partida de la consola, por lo que me enfadé mucho y perdí los nervios". Además, refiere que estos días estaba más irascible porque se enfadó con unos compañeros del colegio. Adecuada adhesión farmacológica. Último episodio de agitación hace 2 semanas.

Antón se encuentra **consciente, orientado**, colaborador y **abordable**. Aspecto infantilizado. Obesidad. Contacto **distónico**. **Inquietud** durante la entrevista. **Discurso simplista**, espontáneo, pueril, aunque globalmente **coherente**. Sin alteraciones **sensoperceptivas** ni otro tipo de clínica de la esfera psicótica. No se evidencian datos de patología afectiva mayor. **Descontrol conductual** de difícil manejo domiciliario, con **heteroagresividad hacia terceros** y amenazas autolíticas habituales en episodios de agitación, refiere amnesia parcial de estos episodios posteriormente.

Niega ideas de muerte ni ideación autolítica en el momento actual. **Desgobierno en horarios**. Situación de claudicación familiar.



RIESGO SUICIDA

XXVII REUNIÓN





Marta, 14 años.

Filiación: Vive con su madre y una hermana de 16 años. Padre fallecido hace 5 años, tras IAM. Estudia 3ºESO

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Vacunación correcta para la edad. Celiaquía.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento por Psiquiatría Infantil y por psicología en ámbito privado con diagnóstico de: "Trastorno de conducta grave con rasgos de personalidad disfuncionales. Problemática importante en el grupo primario de apoyo en una situación familiar de vulnerabilidad y riesgo". Tres ingresos en Planta de Hospitalización tras sobreingesta medicamentosa voluntaria.

Tratamiento actual: Aripiprazol, sertralina, topiramato, clorazepato

Enfermedad actual:

Niña de 14 años, que es traída al Servicio de Urgencias por el 061 por sobreingesta medicamentosa voluntaria (6 comprimidos de Ibuprofeno 400 mg y 3 comprimidos de clorazepato).

Marta refiere que tras sentir intenso malestar que no identifica con ningún estresor, encuentra unas pastillas de su madre encima de la mesa de la cocina y de manera impulsiva realiza la ingesta.

Marta refiere que se quería morir y "desaparecer para siempre", por eso tomó las pastillas. Se nota más ansiosa de lo habitual en las últimas semanas.

Adecuada adhesión farmacológica.

9. Durante la entrevista de un paciente con tentativa autolítica, deberíamos:

- a. Tratar de disuadir al paciente de su acto.**
- b. Intentar mostrar reacciones negativas para que el paciente sea consciente de la gravedad de lo sucedido.**
- c. No infravalorar el gesto autolítico.**
- d. Avisar directamente a Psiquiatría Infantil para no duplicar las entrevistas.**

9. Durante la entrevista de un paciente con tentativa autolítica, deberíamos:

- a. Tratar de disuadir al paciente de su acto.
- b. Intentar mostrar reacciones negativas para que el paciente sea consciente de la gravedad de lo sucedido.
- c. **No infravalorar el gesto autolítico.**
- d. Avisar directamente a Psiquiatría Infantil para no duplicar las entrevistas.

RIESGO SUICIDA



Evaluación del riesgo autolítico:

Factores de riesgo del individuo (diagnóstico trastorno mental, historia de intentos previos, etc).

Gravedad de intentos previos, si existen.

Grado de elaboración de la idea (plan detallado, conocimientos del paciente sobre efectividad, previsión de ser descubierto, etc).

Centrar la entrevista en el riesgo suicida → **No quitar importancia al intento.**

Identificar factores predisponentes y precipitantes.

Eventos precipitantes:

Eventos vitales estresantes (pérdidas interpersonales, conflictos..)

Diagnóstico reciente de enfermedad mental o física

Alta reciente de una hospitalización

Exposición a un suicidio reciente.

Posibilidades de intoxicación aguda

Acceso a medios letales.

Factores protectores:

Objetivos de futuro

Miedo al suicidio

Presencia de red social y familiar

Responsabilidad familia/amigos/animales/otros que la persona no abandonaría

Buen vínculo con alguien del servicio/centro o terapeuta

Muy espiritual o religioso

- 10. Respecto a la anamnesis del paciente con intento suicida, señale cuál es la **incorrecta**.**
- a. Los intentos suicidas en la población pediátrica han aumentado más del 100% en el periodo postCOVID.
 - b. En algunas ocasiones preguntar por el intento autolítico va a aumentar el riesgo de ideación autolítica.
 - c. El suicidio consumado es más frecuente en varones.
 - d. El paciente con riesgo autolítico siempre debería ser valorado por Psiquiatría.

- 10. Respecto a la anamnesis del paciente con intento suicida, señale cuál es la incorrecta.**
- a. Los intentos suicidas en la población pediátrica han aumentado más del 100% en el periodo postCOVID.
 - b. **En algunas ocasiones preguntar por el intento autolítico va a aumentar el riesgo de ideación autolítica.**
 - c. El suicidio consumado es más frecuente en varones.
 - d. El paciente con riesgo autolítico siempre debería ser valorado por Psiquiatría.



¡Preguntar abiertamente salva vidas!

XXVII REUNIÓN



Evaluación directa



Preguntar directamente por ideación suicida

Activa (pensamientos sobre cómo cometer un acto suicida)

Pasiva (pensamientos sobre tener deseo de morir)

Evaluar **comunicación**

directa: *quiero morir*

Indirecta: *no llegaré a los 18*

Preguntar si tiene algún plan, preparación...

Preguntar si ha hecho alguna tentativa/autolesiones en el pasado

Evaluación indirecta



¿El paciente habla de ser una carga para otra persona?

¿Sentimientos de desesperanza o pesimismo actual?

¿Anhedonia?

¿Inquietud, agitación, ansiedad?

¿Presencia de alucinaciones?

¿No poder concentrarse o tomar decisiones?

¿Dormir mucho o muy poco?

¿Aumento del consumo de drogas?

¿Preocupación anticipada por pérdidas futuras o estresor vital importante?

¿Precaución de no ser descubierto?

Marta, 14 años.

Filiación: Vive con su madre y una hermana de 16 años. Padre fallecido hace 5 años, tras IAM. Estudia 3ºESO.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Vacunación correcta para la edad. Celiaquía.

Antecedentes psiquiátricos: Seguimiento por Psiquiatría Infantil y por psicología en ámbito privado con diagnóstico de: "Trastorno de conducta grave con rasgos de personalidad disfuncionales. Problemática importante en el grupo primario de apoyo en una situación familiar de vulnerabilidad y riesgo". Tres ingresos en Planta de Hospitalización tras sobreingesta medicamentosa voluntaria.

Tratamiento actual: Aripiprazol, sertralina, topiramato, clorazepato

Enfermedad actual:

Niña de 14 años, que es traída al Servicio de Urgencias por el 061 por sobreingesta medicamentosa voluntaria (6 comprimidos de Ibuprofeno 400 mg y 3 comprimidos de clorazepato).

Marta refiere que tras sentir intenso malestar que no identifica con ningún estresor, encuentra unas pastillas de su madre encima de la mesa de la cocina y de manera impulsiva realiza la ingesta.

Sara refiere que se quería morir y "desaparecer para siempre", por eso tomó las pastillas. Se nota más ansiosa de lo habitual en las últimas semanas.

Adecuada adhesión farmacológica.

Consciente. Orientada en las tres esferas. Contacto visual. Sin alteraciones en la forma ni el contenido del pensamiento. Discurso fluido y coherente. Pobre en contenido. No alteraciones sensorio-perceptivas.

No se evidencia patología afectiva mayor. Sin clínica ansiosa en el momento de la exploración. Describe fluctuaciones anímicas dependientes de factores externos y en contexto de capacidad de manejo de frustraciones limitada. En este momento niega ideas de muerte y niega ideación autolítica estructurada, haciendo crítica de la sobreingesta y verbalizando planes de futuro a corto plazo, así como sentimiento de contención emocional por parte de su familia.

Sin clínica psicótica. Duerme y come bien.



XXVII REUNIÓN



11 . En la anamnesis del paciente con intento autolítico, señale la respuesta **falsa:**

- a. **A diferencia de los adultos, en los niños no existe una relación clara entre la letalidad médica del intento y la intencionalidad.**
- b. **Aunque no existen algoritmos que pueden guiar la actitud terapéutica, disponemos de una serie de escalas de valoración suicida, como la escala de desesperanza de Beck.**
- c. **Debemos preguntar activamente por los aspectos detallados de la planificación suicida (métodos, planificación, lugar, deseo de ser encontrado o no, grado de impulsividad del acto, etc).**
- d. **En términos generales, los padres o tutores son mejor informantes de lo sucedido que los pacientes.**

11 . En la anamnesis del paciente con intento autolítico, señale la respuesta **falsa:**

- a. **A diferencia de los adultos, en los niños no existe una relación clara entre la letalidad médica del intento y la intencionalidad.**
- b. **Aunque no existen algoritmos que pueden guiar la actitud terapéutica, disponemos de una serie de escalas de valoración suicida, como la escala de desesperanza de Beck.**
- c. **Debemos preguntar activamente por los aspectos detallados de la planificación suicida (métodos, planificación, lugar, deseo de ser encontrado o no, grado de impulsividad del acto, etc).**
- d. **En términos generales, los padres o tutores son mejor informantes de lo sucedido que los pacientes.**

Habla del suicidio de manera abierta y natural

Presenta la conducta suicida como una **respuesta a un problema**

Sostén la postura de que el suicidio es una solución no adaptativa y/o inefectiva

Ofrece opciones regresando una y otra vez a **razones para vivir**

Sé más activo cuando el riesgo suicida sea alto

Sé **sincero** en tus comentarios

Evita posturas omnipotentes o aceptar la responsabilidad por la conducta suicida del paciente

Implica a familiares o amigos

Clarifica, valida y refuerza las respuestas no suicidas a los problemas



Soy una paciente de 14 años que utilizo frecuentemente el servicio de urgencias, porque sufro de ansiedad.

Por parte del equipo de pediatras no me he sentido cómoda ni satisfecha.

Normalmente soy atendida después de estar un rato en espera. siento que me tratan como si tuviera 5 años, a demás de no sentirme escuchada. Me da la sensación de que no me ponen atención, o no te que necesito en los momentos que hablo sobre mi salud mental, es decir, le gustan importancia e inferioridad como me siento.

Si que reconozco que me tratan muy bien y siempre tratan de tener todo a la hora de responderme, a la vez que si hay otros profesionales (pediatras) con los que si me he sentido muy cómoda y bien atendida y que si me ponían atención.

Como "queja" puedo decir que no todas las veces que he ido me he sentido escuchada / comprendida por ellos.

También, es porque van adaptados y no siempre podemos obtener toda la atención que necesitamos en el momento y es totalmente comprensible, pero para los que venimos en ese momento con un ataque de ansiedad se nos hace muy difícil comprender eso y lo sentimos como un rechazo o ignorados.

Me he sentido poco atendida y poco apoyada en momentos que se me han hecho muy difícil de lidiar por los pediatras de urgencias, he sentido que no intentaban entender la situación y se limitaban a responderme.

¿COMO ME HE SENTIDO
BLEMA DE SALUD ME
No recuerdo con de
ni por el estado
de personal que en
si recuerda el se
mi situación no
atendime correctam
en llamada "bad"
más recuerdo fue
riesgo y según lo
ra sin embargo; cu
mañe y a mi d
luego de nacerme a
decirle a mi ma
no ingresaría en
se todo tipo de
Más tarde prepar
Sant Agust, Toni
no lo hacían más
agotada.

POR UN PRO-

las. No se
n ansiedad
mente. Pero
para ellos
ava para
conhabita
y la que
vidas corria
med. a to. Pe
apical a mi
arias horas,
tura para
alida "bien";
al quitando
justificación.
o vivimos en
id porque
e triste,

Hola,
Per a qui no em d
TDAH i Epilepsia
pediàtriques no és
Encara que també
descompensada,
de fer amb gent a
Totes aquestes ra
a les persones.

Buen
estoy
y n
No m
verme
Mis
estoy
enfere
demu
gusta.
entien
cosas

9 de mayo 2023

Joy Ángel Manuel y tengo 12 años. No me gusta estar aquí porque me aburre. Mis padres me traen muchas veces porque me porta mal y los grito pero venir aquí es una pérdida de tiempo porque siempre me dicen lo mismo. No me controlan y solo hacen caso a mi madre.

Me gustaría irme porque llevo muchas horas y aún estoy esperando al psiquiatra.

a i tinc TEA,
urgències
petit.
nir epilèpsia
o no s'hauria
orar l'atenció

TAKE HOME MESSAGES

- **Fomentar y concienciar** sobre la Salud Mental Infantil.
- La anamnesis en sí misma ya debe ser terapéutica.
- Establecer una correcta alianza terapéutica es el primer paso hacia un abordaje y tratamiento eficaces.
- No infravalorar el intento autolítico. Preguntar abiertamente.
- **Necesidad de una formación reglada para proporcionar una asistencia de mayor calidad.**

Muchas gracias



XXVII REUNIÓN DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA

CUIDÁNDONOS | CUIDÁNDOLOS

ENCUENTROS CON EL EXPERTO

Anamnesis en el paciente con patología psiquiátrica

Adrián Ranera Málaga

Hospital Universitari Parc Taulí

Sabadell. Barcelona.



Iván Presno López

Hospital Materno Infantil Teresa Herrera

A Coruña.

