

Guías rápidas para la atención del paciente de salud mental en el servicio de urgencias

Ante el incremento de las consultas por motivo de salud mental en urgencias pediátricas y la falta de profesionales especializados en dicho ámbito, se valoró, con el Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEUP, la elaboración de unas tarjetas con un guion para realizar una primera anamnesis específica y pautas de manejo básicas según los motivos de consulta más frecuentes, con la finalidad de mejorar la atención del usuario, así como facilitar al profesional estrategias para su abordaje.

Estas guías han sido estructuradas en tres apartados, uno con una anamnesis general del paciente de salud mental que recoge antecedentes relevantes, tratamiento farmacológico y vinculación a la red de salud mental; un segundo apartado con una valoración específica según el motivo de consulta y un último con recomendaciones de manejo a tener en cuenta.

Recomendamos que previamente al iniciar la valoración, se pregunte al paciente si quiere hacer la visita a solas o con presencia de los familiares o acompañantes, siempre y cuando el estado psicopatológico del paciente lo permita. En el caso de realizar a solas la valoración, posteriormente, se recomienda hacer también la recogida de datos con los acompañantes a fin de obtener el máximo de información posible.

Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

1. Nombre e identificación correcta del paciente.
2. ¿Alergias/intolerancias?
3. ¿Motivo de consulta?
4. ¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?
5. ¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?
6. ¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?
7. ¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?
8. ¿Consumo de tóxicos?

Entrevista específica:

9. Datos antropométricos (peso, talla e IMC).
10. Constantes vitales (TA, FC, T^a y glicemia).
11. Fecha de última menstruación y regularidad del ciclo.
12. ¿Dieta pautada? ¿suplementos?
13. Tiempo de evolución de la sintomatología.
14. Conductas purgativas (vómitos, laxantes, diuréticos, etc.) y su frecuencia.
15. Frecuencia de ejercicio físico.
16. Presencia de atracones, frecuencia y cantidades aproximadas.
17. Registrar ingestas de las 24h-48h anteriores:
 - Preguntar por las 5 ingestas (desayuno, comida, merienda, cena, resopón/media mañana).
 - Cantidades y calidad de los platos (plato postre, plato normal, ½ plato, 5 galletas, etc.).
 - Preguntar si productos light/desnatados.
 - Preguntar si tiene alimentos prohibidos (por él/ella misma, ej. no bollería, o no patatas, etc.).

RECOMENDACIONES

- **Pesar con ropa interior y de espaldas a la báscula.**
- **Valorar la necesidad de realizar pruebas complementarias (analítica, EKG, etc.).**
- **Pautas de manejo a cuidadores principales:**
 - Las ingestas deben estar supervisadas por un adulto responsable. Evitar conductas no apropiadas con la manipulación de alimentos o ejercicio compensatorio tras la ingesta.
 - No excluir alimentos ni tipos de elaboraciones a excepción de alergias o intolerancias.
 - Tras ingestas no deben acudir al baño inmediatamente (1 hora tras ingestas principales y 30' tras las no principales), si es necesario se debe realizar supervisión durante su uso por parte de los cuidadores principales.
 - Evitar conversaciones y discusiones relacionadas con la comida, aspecto físico o estado de salud.
 - Es recomendable no tener báscula en casa ni realizar ningún peso en domicilio o farmacia, los controles se realizarán por parte del equipo asistencial.
 - Se debe limitar la actividad física a no ser que por indicación médica pueda realizar ejercicio, así como valorar indicar realizar reposo tras las ingestas.

Ansiedad

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

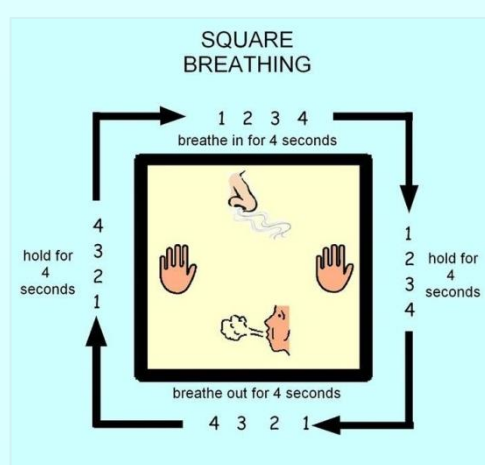
1. **Nombre e identificación correcta del paciente.**
2. **¿Alergias/intolerancias?**
3. **¿Motivo de consulta?**
4. **¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?**
5. **¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?**
6. **¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?**
7. **¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?**
8. **¿Consumo de tóxicos?**

Entrevista específica:

9. **Descartar posible organicidad de síntomas como disnea, palpitations, dolor torácico, taquicardia, etc.**
10. **En caso de altos niveles de ansiedad que imposibilitan la entrevista ofrecer técnicas de relajación, objetos anti estrés (hielo, pelota de espuma), reducir estímulos y valorar la administración de algún fármaco ansiolítico.**
11. **Ante remisión de crisis de ansiedad aguda, realizar entrevista y establecer plan de intervención ante aparición de nuevo episodio de ansiedad:**
 - Posibles desencadenantes de la crisis. Cronología y evolución.
 - Identificación de signos y síntomas previos a la crisis (pensamientos intrusivos, sudoración, inquietud, etc.). Localización, intensidad y frecuencia de estos.
 - Explorar si hay presencia de conducta autolesiva no suicida.
 - Identificar y dotar de estrategias de regulación emocional intrínsecas.

RECOMENDACIONES

- **Reducir estímulos en el box y ofrecer un entorno seguro y de calma en la medida de lo posible.**
- **Si precisa medicación la vía de elección de administración será la VO y la alternativa IM.**
- **Técnicas de relajación:**
 - Sentarse o estirarse con la cabeza y la espalda recta, cerrar los ojos y colocar una mano sobre el abdomen. Inspirar por la nariz durante tres segundos y espirar por la nariz o por la boca durante tres segundos. Realizar una pausa breve antes de volver a inspirar. Observar y centrarse como la mano se mueve cada vez que entra el aire en la barriga.
 - Ante un síndrome de hiperventilación con parestesias en las manos y en la boca, mareo debido a la hipercapnia y alcalosis respiratoria, será conveniente que respire en una bolsa de papel.
 - Relajación muscular progresiva de Jacobson.
 - Square breathing.
 - Técnica de la tortuga.



Tentativa e ideación autolítica

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

1. Nombre e identificación correcta del paciente.
2. ¿Alergias/intolerancias?
3. ¿Motivo de consulta?
4. ¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?
5. ¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?
6. ¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?
7. ¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?
8. ¿Consumo de tóxicos?

Entrevista específica:

9. Retirar objetos susceptibles a ser usados con finalidad autolítica del box.
10. Valorar presencia de autolesiones y realizar cura si requiere. Preguntar por motivo de la conducta autolesiva (ansiolítica, auto punitiva, ideación tanática). Hay que tener en cuenta que, presentar conducta autolesiva no implica siempre la presencia de ideas de muerte.
11. Preguntar por ideas de muerte, así como si dispone de un plan estructurado para cometer una tentativa autolítica.
12. Realizar escucha activa y no juzgar o minimizar los gestos autolíticos.
13. Preguntar por posibles desencadenantes y precipitantes del gesto o ideación autolítica (conflictos, bajo estado de ánimo, frustraciones, etc.).
14. En caso de tentativa autolítica valorar la gravedad y letalidad del acto, así como el nivel de rescatabilidad.
15. Realizar entrevista con acompañantes y cuidadores principales del paciente para valorar si dispone de un entorno seguro.

RECOMENDACIONES

- Ofrecer un entorno de confianza, valorar realizar entrevista individual con el paciente.
- Establecer con el paciente plan de seguridad en caso de alta a domicilio:
 - Signos de alarma que indiquen que puede establecerse una crisis.
 - Estrategias internas para afrontarla (actividades de distracción, relajación, etc.).
 - Alternativas a la autolesión (crioterapia, objetos de regulación sensoriales, objetos estimulantes, etc.).
 - Personas y entorno al que puede recurrir para facilitar distracción.
 - Personas a las que llamar para poder solicitar ayuda.
 - Profesionales y servicios con los que contactar.
- Recomendación de seguridad para cuidadores principales:
 - Guardar todos los fármacos bajo llave.
 - Retirar, en la medida de lo posible, los objetos cortantes.
 - Acompañamiento y supervisión estrecha.

Agitación psicomotriz

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

1. **Nombre e identificación correcta del paciente.**
2. **¿Alergias/intolerancias?**
3. **¿Motivo de consulta?**
4. **¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?**
 - ¿Antecedente de agitaciones previas y tratamiento de rescate específico?
5. **¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?**
6. **¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?**
7. **¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?**
8. **¿Consumo de tóxicos?**

En caso de no ser posible obtener información directamente del paciente, consultar con acompañantes para poder determinar la etiología de la agitación. El paciente debe evaluarse mediante el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) y la secuencia ABCDE. Si el paciente presenta inestabilidad en algún lado del TEP, se deben tomar las constantes (incluyendo la glucemia) y estabilizarlo.

Entrevista específica:

9. Medidas de seguridad:

- Evitar atender en sala de espera o pasillo, ofreciendo un espacio con reducción de estímulos.
- Retirar objetos peligrosos o susceptibles a ser lanzados.
- Posicionarse cerca de una salida para la seguridad del personal sanitario.
- Mantener distancia de seguridad.
- En caso de ser necesario, solicitar ayuda a más personal para mantener un entorno seguro, así como al equipo de seguridad como medida disuasoria.
- Valorar si la presencia de familiares puede ser beneficiosa o empeorar el cuadro de agitación.

10. Contención verbal:

- Presentarse como personal sanitario y dar información al paciente de los procedimientos, evitando amenazas y promesas falsas. Determinar un único profesional como interlocutor con el paciente.
- Mantener actitud de calma y control de la situación, evitar mostrar miedo.
- Evitar tono de voz elevado, enfrentarse al paciente, mirada fija y desafiante, así como, emitir juicios de valor.
- Realizar escucha activa.
- Formular preguntas cortas y comunicarle qué conductas se aceptarán y cuáles no. Ante solicitudes razonables del paciente, concederlas.
- Estar atentos a signos inminentes de violencia como aumento del tono de voz, tensión muscular, gestos amenazantes, deambulación errática, elevada inquietud motriz, etc.

11. Contención farmacológica:

En general:

- Pauta farmacológica habitual: si paciente colaborador → **Olanzapina oral**, en caso contrario → **Haloperidol intramuscular**, es el neuroleptico de elección (mejor tolerancia y menos efectos secundarios extrapiramidales). Para mayor sedación se puede asociar **Clonazepam** 1 mg IM.
- **Benzodiacepinas (BZD)**: si componente ansioso importante o agitación de origen comicial, toxicológico o síndromes de abstinencia.
- Evitar asociar la **Olanzapina** con **BZD**.

12. Inmovilización terapéutica (IT): Realizar en caso de que las medidas anteriores hayan fracasado y que presente autoagresividad, heteroagresividad o riesgo de interrupción grave del proceso terapéutico.

- Organizar el equipo (con un mínimo de 5 profesionales, determinar una persona que será quien lidere el proceso y el interlocutor con el paciente).
- En la medida de lo posible retirar a familiares del box.
- Informar al paciente y dar oportunidad a colaborar en el procedimiento.
- En caso de no colaboración, aplicar inmovilización física y proceder a la IT (asegurar ser profesionales suficientes para evitar riesgos).
- Proceder a colocar las inmovilizaciones en decúbito supino, primero la abdominal y posteriormente las extremidades. En caso de solo inmovilizar dos extremidades estas serán pierna y brazo contralaterales.
- Dejar la cabeza aproximadamente a 30-45° para evitar broncoaspiración.
- Administrar medicación si precisa y no ha aceptado previamente.
- Valorar, junto a médico responsable, si el paciente debe permanecer solo en el box para reducción de estímulos o bien se beneficiaría de acompañamiento.
- Acudir cada 15-30' para revalorar estado del paciente e iniciar retirada progresiva si ha remitido la agitación. La IT debe ser lo más breve posible.
- Si se encuentra tranquilo y colaborador, realizar toma de TA y FC, así como asegurar correcta hidratación del paciente.

RECOMENDACIONES

- La **vía de elección** de administración de medicación será inicialmente la **oral**, **en caso de rechazo** y que no disponga de acceso venoso **priorizar la IM**.
- En caso de disponer en su medicación de base una pauta farmacológica **de rescate** priorizar la elección de este fármaco.
- Informar a los responsables del menor previo al procedimiento de la IT para obtener **consentimiento verbal**. Este puede obviarse en caso de existir un riesgo para la salud pública o un riesgo inmediato grave de la integridad física o psíquica del paciente.
- Durante la IT se recomienda realizar el proceso en silencio, comunicándose solo con el paciente el interlocutor designado.
- En caso de disponer de protocolo de IT, activarlo si se considera necesario.
- **A nivel legal** solo pueden establecer contacto físico con el paciente el personal sanitario, los profesionales de seguridad actuarán a modo disuasorio.
- **Registrar** en historia clínica del paciente la **indicación** y el **motivo** de la IT.
- En pacientes con TEA, evitar en la medida de lo posible la IT.

| Fármaco | Dosis | Inicio acción | Efectos secundarios |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NEUROLÉPTICOS TÍPICOS | | | |
| Haloperidol | VO: 0,01-0,03 mg/kg/día, cada 8-12h (máx. 2,5mg-5mg/día) | 30-60 min. | QTc largo, hipotensión, extrapiramidalismo |
| | IM: 1-3 mg/dosis cada 4-8 h Usualmente: 2,5 mg (<12 años) y 5 mg (> 12 años) | 15-30 min. | |
| Clorpromazina | VO: >6meses: 0,55mg/kg cuatro veces al día Adolescente o >45,5kg: 10-50 mg (2 a 6 veces por día), ajustando en forma gradual la dosis según necesidades y tolerancia. Máx. 1g/día | 30-45 min. | QTc largo, hipotensión, extrapiramidalismo, disminución del umbral convulsivo |
| | IM o IV >6meses: 0,55 mg/kg cada 6 a 8 horas (máx. 40mg si < 5años, 75mg entre 5-12 años) Adolescente o >45,5kg: 25-50 mg repetidos en una hora, si es necesario, y cada 3 a 12 horas a partir de entonces, según necesidades o tolerancia. Máx.1g/día | 20-30 min. | |
| Levomepromazina | VO: 0,2-1mg/kg/dosis | 1-3 h | Síntomas extrapiramidales, anticolinérgicos |
| | IM: <30kg: 12,5mg; >30kg:25mg | 30-90 min. | |
| NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS | | | |
| Olanzapina | VO: 2,5-10 mg o 0,1mg/kg Usualmente: <40kg: 2,5-5mg; >40kg: 5-10 mg | 20-30 min. | Bradycardia, cefalea, interacción BZP (no administrar si <1h de administración de cualquier BZP) |
| | IM: ¼ o ½ de la dosis VO | 15-30 min. | |
| Risperidona | VO: 0,25-1mg o 0,005-0,01 mg/kg/dosis <50kg: dosis inicial 0,25mg/día. Dosis óptima 0,5mg/día. Rango de dosis 0,25-0,75mg/día. ≥50kg: dosis inicial 0,5mg/día. Dosis óptima 1mg/día (rango de dosis: 0,5-1mg/día). | 30 min. | QTc largo, extrapiramidalismo |
| BENZODIACEPINAS | | | |
| Midazolam | VO: 0,5-0,75 mg/kg/dosis (máx.20mg) | 30 min. | Depresión respiratoria, reacción paradójica |
| | IM o IV: 0,1-0,2 mg/kg/dosis (máx.10mg) | 5-15 min. | |
| | IN: 0,2-0,5 mg/kg/dosis (máx.10mg) | 10-20 min. | |
| Clonazepam | VO: <10 años o <30kg: 0,01-0,03mg/kg/dosis; 10-16 años o >30kg: 0,5-2mg/dosis | 20-60 min. | Depresión respiratoria, reacción paradójica |
| Diazepam | VO: 0,1-0,2mg/kg/dosis (máx. 10mg) | 20 min. | Depresión respiratoria, reacción paradójica. IM: absorción errática |
| | IV: 0,1-0,3mg/kg (máx. 10mg) | 5-10 min. | |
| Lorazepam | VO: 0,05-0,1 mg/kg/dosis (máx. 2mg) | 20-30 min. | Depresión respiratoria, reacción paradójica |
| VO: vía oral; IM: intramuscular; IN: intranasal; IV: intravenoso; BZP: benzodiazepina | | | |

Trastorno del espectro autista (TEA)

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

1. Nombre e identificación correcta del paciente.
2. ¿Alergias/intolerancias?
3. ¿Motivo de consulta?
4. ¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?
5. ¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?
6. ¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?
7. ¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?
8. ¿Consumo de tóxicos?

Entrevista específica:

9. Valorar/preguntar cómo se comunica (oral, pictogramas, etc.), si usa agenda visual (escrita/pictogramas) y/o tira de comunicación.
10. Preguntar por intereses restringidos y trastornos de integración sensorial, puede ayudar a gestionar el tiempo de espera en urgencias.
11. Preguntar por estrategias de regulación habituales que resultan efectivas.

RECOMENDACIONES

- Debido a sus dificultades de expresión, deberemos asegurarnos de que la sintomatología que presenta no es motivada por una **causa orgánica**.
- Se recomienda utilizar su **método habitual de comunicación** (pictogramas, agenda, etc.) para anticipar pruebas exploratorias.
 - Utilizar **pictogramas de contenido sanitario** como elementos de soporte para una correcta valoración holística y de ayuda para anticipar al paciente los instrumentos y tratamientos médicos que usaremos. Consultar la página <https://arasaac.org/> (Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación).
- Asegurar una correcta recogida de datos con los padres teniendo en cuenta información de otras instituciones implicadas (educativas y sociales).
 - Realizar la exploración psicopatológica del niño mediante la observación y el juego.
- **Evitar inmovilización terapéutica** en la medida de lo posible, priorizar otras medidas de reducción de estímulos sensoriales.
 - Teniendo en cuenta las características y estímulos externos que pudieran influir en la visita, asegurar un espacio adecuado para la entrevista. Sin ruido externo y con poco efecto distractor. Disminuir las luces si el paciente es sensible a luz. Considerar la poca o nula tolerancia a las situaciones de espera en el momento de su triaje y visita.
- Si disponen de **objetos** personales que ayudan a la **autorregulación**, **no retirarlos** y permitir que en todo momento esté con ellos.
- Tener en cuenta limitaciones propias del niño con autismo al medio exterior, tales como:
 - Hiposensibilidad al dolor (el cual pueda pasar desapercibido), episodios de ansiedad o conductas desafiantes (frente a los cambios de contexto, entorno, personas de referencia, etc.). Conviene tener en cuenta la frecuente ansiedad y fobias que ellos podrían presentar.

Alteraciones sensoperceptivas

Ítems a recoger y aspectos a tener en cuenta, una vez comprobada la estabilidad del paciente:

1. Nombre e identificación correcta del paciente.
2. ¿Alergias/intolerancias?
3. ¿Motivo de consulta?
4. ¿Antecedentes médico-quirúrgicos y/o de salud mental, diagnósticos filiados?
5. ¿Antecedentes familiares de trastornos de salud mental?
6. ¿Seguimiento en algún dispositivo de salud mental (de carácter público/privado)?
7. ¿Tratamiento farmacológico? ¿Buena adherencia? ¿Cambios recientes en el tratamiento?
8. ¿Consumo de tóxicos?

Entrevista específica:

9. Valorar la conducta del paciente:
 - Nivel de colaboración
 - Inquietud versus sosiego/calma
 - Ánimo expansivo (hiperactividad, risas inmotivadas) versus temor, hipervigilancia, desconfianza, aislamiento social, etc.
10. Valorar el discurso del paciente:
 - Coherente y estructurado
 - Presión del habla o latencia de respuesta
 - Disgregado o tangencial
 - Ideas delirantes y/o de sobrevaloración
11. Preguntar por alteración del patrón del sueño y/o alimentario.
12. Indagar el posible consumo de sustancias de abuso o fármacos y valorar la necesidad de recoger muestra de tóxicos en orina, siendo conscientes de las limitaciones de estos estudios en los laboratorios de urgencias y la frecuente necesidad de comprobar los resultados a través de técnicas específicas .
13. Preguntar por características de las alteraciones sensoperceptivas (visuales, auditivas, táctiles), en qué momentos aparecen y su contenido.
 - ✓ En caso de alteraciones sensoperceptivas auditivas preguntar si son intrapsíquicas (voces interiores).
14. Interrogar a los cuidadores principales por el inicio de la sintomatología y si identifican clara ruptura biográfica, así como contrastar los datos obtenidos con el paciente.

RECOMENDACIONES

- Ofrecer un entorno de confianza y minimizar estímulos en la medida de lo posible.
- Contemplar el riesgo de agitación del paciente en caso de inquietud, desconfianza...
- En caso de discurso delirante:
 - No discutir acerca las ideas delirantes, refutarlas o sugerir que se equivoca en su creencia.
 - Evita confrontarlo a menos que sea necesario para prevenir daños o conductas disruptivas.
- Realizar indicaciones y peticiones claras, simples y directas. No elevar el tono de voz.
- Mantener distancia de seguridad y evitar dar la espalda o mirarlo fijamente a los ojos.