



# PROTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

4ª EDICIÓN, 2024

## 31

### Principales urgencias psiquiátricas en Urgencias de Pediatría

Paula Armero Pedreira<sup>1</sup>, Francisca Yagüe Torcal<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Puerta del Hierro, Majadahonda (Madrid).*

<sup>2</sup>*Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.*

*Miembros del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEUP.*

*Enero, 2025*



# Principales urgencias psiquiátricas en Urgencias de Pediatría

*Paula Armero Pedreira<sup>1</sup>, Francisca Yagüe Torcal<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Puerta del Hierro, Majadahonda (Madrid).*

*<sup>2</sup>Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.*

*Miembros del Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEUP.*

## Resumen

En las últimas décadas se ha constatado el aumento de casos de Salud Mental en la población infanto-juvenil, agravándose aún más desde el inicio de la pandemia SARS-CoV-2. Es preocupante el aumento de casos de ideación o intentos suicidas y autolesiones, siendo el suicidio en el año 2020 la segunda causa de muerte en la población comprendida entre los 15 y 19 años.

Los pediatras, desde atención primaria a las urgencias pediátricas, son frecuentemente el punto de partida de la atención sanitaria de los pacientes. Un aspecto esencial es el conocimiento de la sintomatología y patología que pueden presentar, como profesionales implicados en la prevención y detección precoz es fundamental la formación y la capacitación en salud mental.

Desde la atención en urgencias destacamos en el protocolo la conducta suicida, los trastornos de la conducta alimentaria y la agitación psicomotriz-agresividad por la necesidad de atención, valoración y tratamiento médico que pueden requerir estos pacientes además de la coordinación y evaluación por parte del servicio de psiquiatría.

**Palabras clave:** salud mental, conducta suicida, trastornos de la conducta alimentaria, agitación.

## Abstract

In recent decades, there has been an increase in Mental Health cases in the child and adolescent population, which has worsened even more since the start of the SARS-CoV-2 pandemic. The increase in cases of suicidal ideation or attempts and self-harm is worrying, in fact in 2020 suicide was the second cause of death in the population between 15 and 19 years of age.

Pediatricians in different areas of the health system, from primary care to pediatric emergencies, are often the starting point for patient care. An essential aspect is knowledge of the symptoms and pathology they may present, and as professionals involved in prevention and early detection, education and training in mental health is essential.

From the emergency care we highlight in the protocol suicidal behavior, eating disorders and psychomotor agitation-aggression due to the need for care, assessment and medical treatment that these patients may require in addition to coordination and assessment by psychiatry service

**Key words:** mental Health, suicidal behavior, eating disorders, psychomotor agitation-aggression.

## INTENTO AUTOLÍTICO

### Introducción

El suicidio se considera el acto por el cual un individuo causaría de forma intencionada su propia muerte<sup>(1)</sup>.

Un intento de suicidio/intento autolítico, es todo aquel acto o la preparación de éste que conllevaría a la propia muerte del individuo pero que no resulta letal porque el acto ha sido abortado o no le causó la muerte.

Una lesión no suicida es toda aquella conducta autolesiva que se lleva a cabo sin intencionalidad suicida, pero que podría poner en peligro la vida. Suelen ser poco letales, llevarse a cabo en momentos de elevada tensión emocional, generan gran malestar en el individuo y su entorno e indican que hay un patrón patológico que requiere de un abordaje y tratamiento por el riesgo de depresión y autolisis de estos pacientes. El pico de inicio se halla entre los 12 y 14 años y entre el 15-20% de la población adolescente admite haber realizado estos gestos en alguna ocasión. Para su diagnóstico nos pueden ayudar los criterios de autolesiones sin finalidad suicida propuestos en DSM-5<sup>(2)</sup>.

Los intentos suicidas han subido un 128% en el periodo post Covid, probablemente por la crisis sociosanitaria tras la pandemia, que ha supuesto una ampliación de los riesgos psicosociales (aislamiento, maltrato intrafamiliar, hacinamiento, abuso de las tecnologías, barreras asistenciales a la salud mental y pobreza)<sup>(3)</sup>.

La violencia contra el menor de edad (60,9%) y la salud mental (27,4%) son los problemas más destacados de los asociados a la conducta suicida. Entre todas las violencias, las más frecuentes son: acoso, cyberbullying y otras dificultades en el ámbito escolar (21,4%), maltrato físico (14,7%), maltrato psicológico (10,4%), agresión sexual (7,2%) y violencia de género (3%).

En salud mental, destacan tres problemas asociados a la conducta suicida: autolesiones (13,7%), problemas psicológicos (8,7%) -tristeza, depresión, ansiedad y trastornos de la alimentación- y problemas de conducta (4,4%). El mal uso de la tecnología (las redes sociales, videojuegos, etc.) está implicada en el 45,7% de los casos con ideación o intento de suicidio.

### Epidemiología

El suicidio consumado es más frecuente en varones (5,5:1) y el intento autolítico en las mujeres (3-4:1). Según el INE, en el año 2021 en España se produjeron 22 suicidios en menores de 15 años, y 316 entre 15-29 años.

La elección del método más frecuente es el ahorcamiento o estrangulación, seguido de la precipitación desde lugares elevados y en tercer lugar en varones serían las armas de fuego y en mujeres la sobreingesta de medicamentos.

Los factores de riesgo suicida son los que se deben explorar ante un menor con intento autolítico. Muy importantes a la hora de valorar la gravedad del intento (Tabla 1).

Se expone como el perfil más común de los menores que presentan una conducta suicida el de una mujer adolescente de entre 13 y 17 años, de familia migrante, con antecedentes de fuga, que se autolesiona y ha sido víctima de abuso sexual. Así mismo padecer alguna discapacidad o formar parte del colectivo LGTBIQ aumenta el riesgo ya que están más expuestos a discriminaciones y exclusiones.

### Manejo

#### Primero<sup>(5)</sup>:

1. En un lugar seguro para el personal y que el paciente no tenga posibilidad de repetir un intento autolítico en nuestro servicio.
2. Intentaremos establecer una comunicación efectiva. Para ello precisamos un vínculo emocional con el paciente y solo en algunas ocasiones, por agitación importante y angustia será preciso la contención química o mecánica.
3. La entrevista es muy compleja y precisará de escucha activa y empatía como herramientas fundamentales.

#### Segundo. Evaluación física y pruebas complementarias

1. Toma de constantes (FC, TA y Tª).
2. Nivel de conciencia (consciente, somnoliento, estuporoso, coma).
3. Orientación (espacial, temporal y personal).
4. Clínica sugestiva de intoxicación (estado de excitación o depresión).

TABLA 1. Factores de riesgo suicida<sup>(4)</sup>

Intento autolítico previo	Baja adherencia terapéutica
Varón	Acontecimientos vitales estresantes (muerte de un familiar, ruptura sentimental, acoso escolar, etc.)
Mayor de 15 años	Tener acceso a métodos de elevada letalidad (armas de fuego, etc.).
Pobres salud física con afectación funcional	Motivo estresor claro (acoso escolar, dificultades de aprendizaje, dificultades con el grupo de iguales, revelar la orientación sexual en caso de homosexualidad, etc)
Historia familiar de suicidio	Exposición previa al suicidio (en familiares, amigos, medios de comunicación, etc)
Haber sido dado de alta reciente de hospitalización en psiquiatría	Disfunción familiar (familias desestructuradas, testigos de maltrato, etc)
Diagnóstico de patología psiquiátrica previa (depresión, psicosis, trastornos de conducta, etc)	Bajo nivel socioeconómico y cultural
Comorbilidades psiquiátricas (consumo de tóxicos, etc)	Cambios frecuentes de residencia
Rasgos disfuncionales de personalidad (impulsividad) o sentimientos de desesperanza e inutilidad	Falta de una red de apoyo
Orientación sexual no heterosexual	
Historia de abuso físico o sexual	

5. Signos físicos de intentos autolíticos previos (cortes, hematomas, quemaduras, etc.).
6. Señales indirectas de abuso de tóxicos (sangrados nasales frecuentes, puerta de entrada de drogas vía parenteral, etc.).
7. Signos de abuso sexual (hematomas, traumatismo o sangrado genital, anal, etc.).
8. Signos de enfermedad orgánica (disfunción tiroidea, etc.).

#### Pruebas complementarias:

1. Tóxicos: Drogas de abuso en orina y se recomienda por su frecuencia niveles de acetaminofeno/paracetamol en sangre. Así como niveles de otros medicamentos si existen indicios de ingesta de éstos.
2. Prueba de embarazo, en mujeres que ya tengan la menarquia.
3. Analítica general con hemograma, bioquímica básica, gasometría y coagulación.  
Tras la valoración de las lesiones orgánicas y proceder a su tratamiento se debe realizar el enfoque a la conducta suicida.

#### Tercero. Evaluación psiquiátrica:

Debería ser valorado por un especialista en psiquiatría infanto-juvenil, un psiquiatra general o por un pediatra en último caso. Se debe lograr una buena relación con el paciente y la familia para que la información sea fiable. Hay que poder deter-

minar el riesgo de consumir el suicidio o nuevo intento. Nunca infravalorar un gesto autolítico y para ello debemos identificar todos aquellos factores predisponentes y precipitantes que puedan ser modificados (Tabla 1).

El médico responsable debe iniciar la evaluación psiquiátrica y es necesario preguntar siempre por el intento autolítico; esto no va a aumentar el riesgo de ideación autolítica. Es necesario obtener toda la información que nos puedan aportar los familiares o acompañantes.

Al ser menor de edad la confidencialidad se mantendrá hasta el momento en el que objetivemos peligro en su propia seguridad, si es así se deberá comentar con su progenitor/tutor.

Se realizará una breve historia clínica<sup>(6)</sup> donde constarán:

1. Motivo de consulta.
2. Antecedentes de interés tanto somáticos como de salud mental.
3. Psico-tratamiento y hábitos tóxicos.
4. Psico-biografía donde figure brevemente, el núcleo familiar, escolar, su círculo de amigos y sus hobbies.
5. Entrevista: se expondrá las condiciones en las que se realiza la misma, (con quién acude, quién la deriva, etc.) y un breve resumen de lo que comunica el paciente y sus familiares.
6. Exploración psicopatológica: aquí se explicará cómo se encuentra el paciente, se valorará la

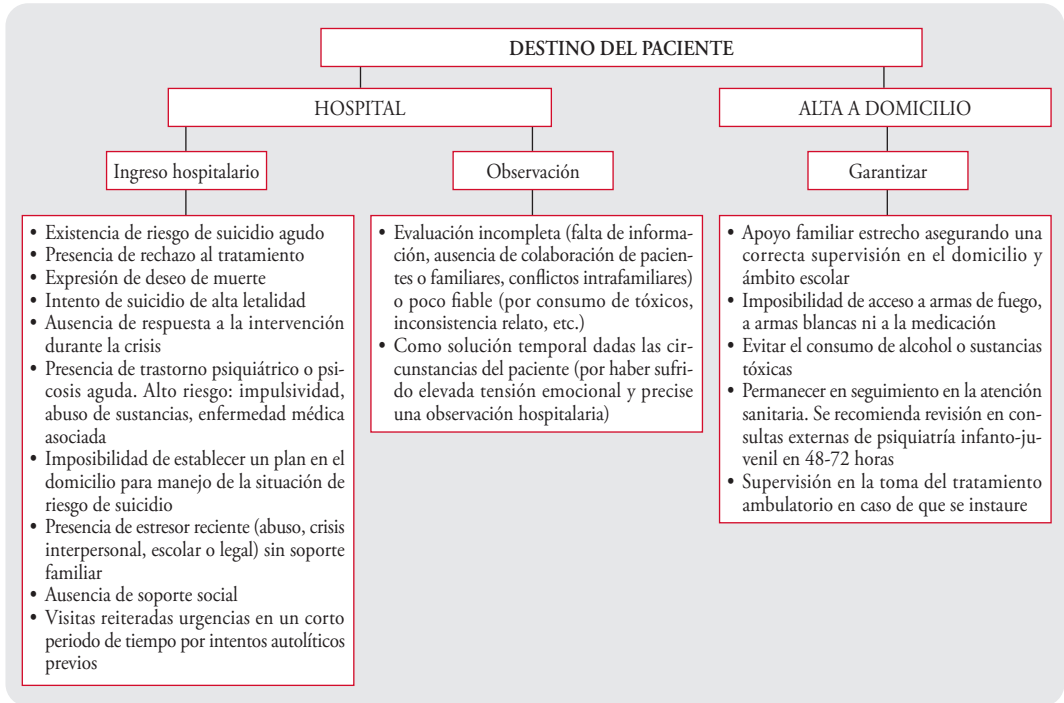


Figura 1. Destino del paciente una vez estabilizado.

orientación temporal, personal y espacial. Así como se valora el juicio de la realidad, la presencia o ausencia de delirios, o alucinaciones. Y la afectividad e ideas suicidas que presenta en este momento y en su historia previa.

Además, en los pacientes que acuden por conducta suicida siempre debemos valorar:

1. El acto: intencionalidad o letalidad. La complejidad de la planificación, la peligrosidad, cómo accedió y las posibilidades que existían de ser descubierto por su entorno
2. Los desencadenantes: considerar los posibles factores de riesgo (factores estresantes previos como acoso escolar, ruptura sentimental, muerte de un familiar o suicidio cercano, maltrato o testigo de maltrato, ansiedad por rendimiento escolar, frustraciones, peleas). Valorar la personalidad del paciente: (intentos previos, conductas peligrosas previas, impulsividad.). Valorar la psicopatología presente: sobre todo el estado de ánimo triste, irritable u hostil; la presencia de alucinaciones (posible trastorno psicótico), de delirios de persecución, valorar si tiene planes

de futuro y, el consumo de tóxicos. Constatar el entorno social y familiar con el que cuenta, si son fuente de apoyo o factor de riesgo.

3. Valorar actitud posterior al acto y posibles apoyos. Sobre todo, valorar la respuesta emocional tras el intento, la crítica del episodio o ausencia de ésta, la presencia o ausencia de motivación para iniciar un tratamiento y seguimiento y la presencia de supervisión familiar o de algún responsable.
4. Se podrían utilizar herramientas complementarias como la Escala de Desesperanza de Beck (Fig. 1).

## TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

### Introducción

Los TCA son considerados patologías psiquiátricas, pero es fundamental el conocimiento de estas entidades por parte de los pediatras tanto por la edad de presentación (más frecuente en la adolescencia) como por las importantes repercusiones multiorgánicas que presentan.

TABLA 2. Clasificación de los TCA7 según los manuales DSM-IV y DSM-V

Clasificación DSM IV	Clasificación DSM V
Anorexia nerviosa (F50.0)	Anorexia Nerviosa (F50.0)
Bulimia nerviosa (F50.2)	Bulimia Nerviosa (F50.2)
TCA no especificado (F50.9)	Trastorno por atracón (F50.8)
	TCANE (Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado) (F50.9)
	PICA (F50.8)
	Trastorno por Rumiación (F98.21)
	Trastorno por evitación / Restricción de alimentos (F50.8)

**ANOREXIA NERVIOSA**

- A. Restricción del consumo energético relativo a los requerimientos que conlleva a un peso corporal marcadamente bajo. Un peso marcadamente bajo es definido como un peso que es inferior al mínimo normal o, para niños y adolescentes, inferior a lo que mínimamente se espera para su edad y estatura.
- B. Miedo intenso a ganar peso a convertirse en obeso o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o persistente negación del peligro que comporta el bajo peso corporal actual
- D. Se elimina el criterio de amenorrea

**BULIMIA NERVIOSA**

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (ej. dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias
  2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (ej. no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un período de tres meses.
- D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y silueta corporales.

Figura 2.

Son trastornos multifactoriales, su origen se encuentra en factores psicológicos, fisiológicos y sociales, sobre una base de vulnerabilidad genética/biológica. Están descritos en cualquier raza, etnia y estatus socioeconómico, constatándose un aumento considerable de casos en las últimas décadas. En la Tabla 2 se presenta la clasificación de los TCA.

En la Figura 2, se describen los criterios incluidos en el DSM-V para anorexia y bulimia nerviosas.

Además de los criterios expuestos en la Figura 2, el DSM-V codifica los también dos subtipos de anorexia nerviosa:

- Tipo restrictivo (F50.01): durante los últimos 3 meses, el paciente no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómitos autoinducidos o el uso de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se logra principal-

mente a través de dieta, ayuno, ejercicio excesivo o todos estos métodos.

- Tipo de atracones y purgas (F50.02): durante los últimos 3 meses el paciente ha presentado episodios de atracones o acciones purgativas (vómitos autoinducidos, empleo de laxantes, diuréticos o enemas). Un atracón se caracteriza por la ingesta de alimentos en un periodo corto de tiempo (p. ej., 2h) en cantidad superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias, junto con sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.

Los síntomas frecuentemente se presentan como un continuo entre la anorexia nerviosa y la bulimia, como negación de la enfermedad, temor a engordar, insatisfacción corporal, tendencia a la cronificación, etc.

Se establece, además, el grado de desnutrición en función del índice de masa corporal (IMC):

- Leve IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>.
- Moderada IMC entre 16 y 16,99 kg/m<sup>2</sup>.
- Severa IMC entre 15 y 15,99 kg/m<sup>2</sup>.
- Extrema IMC  $< 15$  kg/m<sup>2</sup>.

También se puede emplear la guía MARSIPAN y el IMC Z-score utilizando las tablas de la OMS, pero en Urgencias lo más sencillo y práctico es calcular antropométricamente el IMC.

Con frecuencia presentan trastornos mentales comórbidos que influirán en el pronóstico y la evolución. Cuanto más precoz sea el inicio del abordaje mejor será el pronóstico, estando descrito una recuperación total de hasta el 45% de los casos con determinados tratamientos. Un 25% se convertirá en un problema crónico.

## Epidemiología

Los trastornos de conducta alimentaria pueden afectar por igual a ambos sexos, pero en la actualidad la frecuencia sigue siendo mayor en el sexo femenino con una relación 1:10 hombre:mujer. Además, son la tercera causa de enfermedad crónica en la adolescencia, tras asma y obesidad.

Previamente a la pandemia, los datos sobre prevalencia en anorexia nerviosa eran entre el 0,5 y el 2%, y en bulimia entorno al 0,9%-3%. Siendo la edad de inicio entre los 13 y 18 años, y 16-17 años respectivamente. Es importante señalar que la mortalidad en los pacientes con anorexia asciende hasta el 5-6%, principalmente por las complicaciones físicas de la enfermedad, mientras que en la bulimia se relacionan con más frecuencia las conductas suicidas<sup>(8)</sup>.

Como se ha descrito previamente son trastornos multifactoriales, donde hay que destacar los aspectos socioculturales, habiéndose incrementado el número de casos a raíz de la pandemia. Se ha constatado el aumento de ingresos, así como de su duración, y un peor estado nutricional al ingreso, con índices de masa corporal (IMC) más bajo<sup>(9)</sup>.

## Complicaciones médicas<sup>(10)</sup>

A continuación, se describen las posibles complicaciones médicas que pueden presentar los pacientes, se hace referencia principalmente a la entidad de anorexia nerviosa a consecuencia de la desnutrición y la cronicidad del cuadro.

1. Cardiovasculares:
  - Alteración del sistema autónomo con disfunción sistólica que conlleva bradicardia e hipotensión
  - Alteraciones en el ECG (arritmias auriculares y ventriculares y anomalías QT)
  - Prolapso válvula mitral
  - Derrame pericárdico
2. Gastrointestinales:
  - Malnutrición: Vaciamiento gástrico enlentecido, estreñimiento, elevación de transaminasas, dislipemia. Dilatación aguda gástrica (descrito en casos de atracones alimenticios)
  - Vómitos: esofagitis, enfermedad por reflujo gastroesofágico, hematemesis.
3. Electrolíticas:
  - Hipopotasemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia
  - Vómitos: Alcalosis metabólica hipoclorémica
  - Si emplean laxantes puede conllevar acidosis metabólica hiperclorémica
  - Alteraciones asociadas al inicio de pautas dietéticas conocidas como síndrome de realimentación
4. Renales:
  - Insuficiencia renal por deshidratación, disminución del filtrado glomerular, incremento de urea y creatinina plasmáticas
  - Poliuria si alteración en capacidad de concentración renal.
5. Endocrinológicas:
  - Hipogonadismo hipogonadotrofo de origen hipotalámico.
  - Niveles disminuidos de hormona luteinizante (LH) y de hormona foliculoestimulante (FSH), estradiol y testosterona. Amenorrea.
  - Hipotiroidismo (Síndrome eutiroideo enfermo).
  - Alteración en secreción de hormona de crecimiento (GH) y reducción en los niveles séricos de IGF-I con afectación en talla adulta.
  - Disminución de masa ósea, incremento riesgo de fracturas.
  - Descenso de leptina
6. Hematológicas:
  - Anemia, leucopenia (neutropenia relativa y linfocitosis), trombocitopenia.

- En ciertos casos existe hipoplasia de la médula ósea.
- Déficit de vitamina B 12, ferropenia.
- Evaluación psiquiátrica: es fundamental para tener una valoración completa del paciente y tomar la decisión en conjunto sobre el alta o el ingreso.

### Manejo<sup>(11)</sup>

- Historia clínica:
  - Anamnesis completa: detallar tiempo de evolución, peso previo (máximo y mínimo), pérdida de peso en últimos meses 3-6 meses.
  - Utilización de laxantes, diuréticos, purgas, dietas y/o ejercicio para perder peso.
  - Antecedentes de obesidad, o variaciones en curva de peso/talla.
  - Recogida de datos sobre ingesta de alimentos y líquidos.
  - Historia de ingesta: describir cantidad y calidad de alimentación durante un día en concreto.
  - Síntomas/conductas referidas (síncope/mareo, amenorrea, alteración digestiva/piel, actitud restrictiva/atracones/vómitos)
  - Importante incluir también historia psicosocial: antecedentes de ingresos o seguimiento en unidades psiquiátricas, intento o ideación suicida, autolesiones, acoso escolar, abuso sexual...
- Exploración física:
  - Completa, incluyendo peso, talla y cálculo de IMC. El peso se tomará con el/la paciente de espaldas a la báscula.
  - Toma de constantes: T<sup>a</sup>, TA y FC en decúbito y de pie.
  - Valorar estado de masas musculares, grasa subcutánea, alteración en piel/uñas/pelo/cavidad bucal, edemas. Detallar si existen autolesiones.
- Pruebas complementarias:
  - Analítica: la analítica básica consistirá en hemograma, bioquímica (si es posible incluir fósforo, magnesio en las peticiones de iones) y gasometría. En un estudio completo se incluirá perfil férrico, perfil lipídico, vitaminas, perfil tiroideo, velocidad de sedimentación, hormonas sexuales, enzimas pancreáticas, no siendo habitual realizarse en urgencias.
  - ECG.
  - Tóxicos en orina/sangre: según el estado del paciente se valorará la necesidad de ampliar este estudio.

### Destino del paciente

- Ingreso hospitalario:
  - Criterios de ingreso
    - IMC <14 kg/m<sup>2</sup>y/o IMC<75-80% del ideal para edad y talla.
    - Pérdida de peso progresiva y rápida con imposibilidad de manejo ambulatorio.
    - Bradicardia ≤45 lpm (despierto).
    - TAS ≤85 mmHg.
    - Aumento ortostático de la FC (>20 lpm) o disminución ortostática de la TA (>20 mmHg).
    - Hipotermia (<35°C).
    - Alteración del ritmo cardíaco (QTc > 0,499 s, cualquier ritmo no sinusal).
    - Deshidratación moderada-grave.
    - Complicaciones graves de la malnutrición: síncope, convulsiones, fallo cardíaco, fallo hepático, pancreatitis, hipoglucemia, etc.
    - Alteraciones electrolíticas: hipopotasemia (K<3mEq/L), hiponatremia (Na<130mEq/L), hipofosfatemia de cualquier grado.
  - Edemas.
  - Síndrome de realimentación.
  - Psicopatología que requiera ingreso: por depresión, conductas autolesivas, riesgo suicida.
  - Situación conflictiva familiar que no garantice un manejo ambulatorio.
  - Negativa a continuar con el programa ambulatorio de recuperación, con visitas, actividad física y alimentación indicada.
- Traslado a Cuidados Intensivos
  - Pacientes de alto riesgo (porcentaje IMC <70% respecto al ideal, pérdida de peso >1kg/semana durante 2 semanas, pérdida >5% en 1 mes o 15% en 3 meses, FC <40lpm, síncope recurrentes, hipotensión ortostática marcada, T<sup>a</sup><35°C, deshidratación severa, QTc > 460 ms en niñas o >400 ms en niños con taqui/bradiarritmia, alteraciones ECG por alteraciones electrolíticas, ingesta previa al ingreso < 600kcal/día, ejercicio intenso > 2h al día, edemas).



- Deshidratación grave.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Arritmias potencialmente letales.
- Alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas graves, que no respondan a las medidas habituales: hipopotasemia < 3 mEq/L, hiponatremia < 130 mEq/L, hipofosfatemia < 2 mg/dl.
- Hipoglucemia.
- Pacientes con síndrome de realimentación que precise monitorización y/o soporte.
- Otras situaciones clínicas de gravedad que a criterio del médico tratante requieran monitorización y/o soporte.

## AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

### Introducción

Se define la agitación psicomotriz como una condición, que no un trastorno, que se caracteriza por la actividad motora excesiva en respuesta a una tensión interna. Puede acompañarse de un estado afectivo de ansiedad, cólera, pánico, euforia, inquietud e irritabilidad y una conducta impulsiva, con conductas inapropiadas sin finalidad coherente. En ocasiones se asocia a comportamientos violentos o destructivos que supongan un riesgo para el propio paciente y su entorno.

En España la agitación psicomotriz se estima que supone hasta un 60% del total de las urgencias psiquiátricas de pediatría. El objetivo en urgencias es disminuir la sintomatología aguda, con medidas para disminuir la agitación o para tratar la etiología desencadenante.

### Etiología<sup>(12)</sup>

**Psiquiátrica:** en el contexto de un intento autolítico, psicosis, trastorno del espectro autista (TEA), retraso mental, trastornos de personalidad o de la conducta, bipolar, estrés postraumático, crisis de angustia o de histeria. Puede deberse a antecedente de maltrato infantil o abuso sexual, así como a situaciones puntuales: estrés postraumático.

**Toxicológica:** cannabis, alcohol, drogas de abuso (anfetaminas, cocaína, fenilciclina, PCP (polvo de ángel) y LSD (dietilamida de ácido lisérgico), corticoides, ansiolíticos, antipsicóticos, opiáceos, anticolinérgicos... Puede ocurrir tanto por intoxicación como por abstinencia.

**Orgánicas:** hipoglucemia, hipoxia, traumatismo craneoencefálico (TCE), accidente cerebrovascular (ACV), convulsión activa o postcrisis, tumor cerebral, hipo e hipertermia, infección (encefalitis, meningitis) deshidratación, enfermedades autoinmunes (Lupus), trastornos endocrinos (tiroiditis) metabopatías. Por dolor, maltrato y abuso sexual, principalmente en la edad preverbal, autismo y retraso mental. Clínicamente las orgánicas se van a caracterizar por<sup>(13)</sup>:

- Inicio brusco.
- Antecedente de traumatismo craneoencefálico reciente o signos físicos compatibles.
- Constantes vitales o las pruebas complementarias solicitadas alteradas.
- Focalidad neurológica o alucinaciones visuales, olfatorias o táctiles.
- Empeoramiento nocturno o fluctuación de los síntomas (confusión, discurso incoherente, desorientación témporo-espacial, pérdida del ritmo de sueño-vigilia).
- Movimientos repetitivos carentes de finalidad.

### Evaluación del paciente

- Puede ser un proceso complicado por falta de cooperación del propio paciente. Habrá que obtener toda la información de otras personas como familiares o acompañantes y preguntar sobre:
  - Antecedentes: patológicos, médicos y posible consumo de tóxicos; psiquiátricos; episodios de agitación anteriores.
  - Medicación: medicación habitual y dosis (en caso de que el paciente la precisase); medicación prehospitalaria del episodio; medicación utilizada en otros episodios similares; métodos de contención empleados.
  - Evento actual: contexto del episodio y posibles precipitantes (averiguar posibilidad de maltrato infantil y abuso sexual); características (duración, inicio, hetero/autoagresividad, intención lítica...); posibilidad de ingesta de tóxico; ideación suicida y homicida; sensación ante el episodio por parte del paciente y crítica del episodio.
- Evaluación médica:
  - Valoración inicial mediante el Triángulo de Evaluación Pediátrica y evaluación primaria (ABCDE).

- Exploración por aparatos dirigida a descartar organicidad: exploración neurológica completa y búsqueda de signos de TCE; memoria a corto y largo plazo; razonamiento y coherencia del discurso.
- Constantes: FR, FC, TA.
- Pruebas complementarias<sup>(13)</sup>:
  - Hemograma, glucemia y cetonemia. Gasometría (capilar o venosa).
  - Bioquímica sanguínea con iones, función renal y hepática y coagulación.
  - Tóxicos en sangre y orina. Valorar test sumisión química. Hay que recordar que muchos de ellos no se detectan en las pruebas de rutina y tener en cuenta la posible presencia de fármacos de consumo del propio paciente.
  - Niveles de fármacos en sangre.
  - Si todo lo anterior es negativo y el paciente presenta deterioro progresivo habrá que solicitar una prueba de neuroimagen (tomografía computarizada cerebral) así como ante la sospecha de TCE. Se valorará punción lumbar.
  - ECG se debe tener en cuenta si el paciente presenta palpitaciones u otra clínica cardiológica.

### Manejo

- Lo primordial es asegurar el entorno y garantizar la seguridad tanto del personal sanitario como del paciente.
- Es fundamental detectar aquellos casos donde exista una causa orgánica desencadenante y tratarla.
- Realizar una adecuada contención verbal que puede evitar el uso de fármacos u otras medidas más agresivas para el paciente.
- Es importante recoger en la anamnesis si ha habido episodios previos, cómo se han resuelto y cómo han evolucionado para actuar de la forma más correcta en este nuevo episodio.
- En caso de que sea necesario realizar contención farmacológica, es importante saber qué vía se debe utilizar y qué fármaco es el más indicado según la anamnesis, los antecedentes y las contraindicaciones.

### Contención verbal:

- No dejarlo en la sala de espera y controlar el acceso de personas donde se encuentre (sobre

todo aquellas que hayan podido desencadenar la crisis). Identificarse ante el paciente y el acompañante. Un solo profesional que se dirija al paciente.

- Establecer límites empleando un lenguaje directo, simple, con tono suave, firme, comprensible y en entorno tranquilo.
- No bloquear las puertas y dejarlas abiertas. Situarse entre el paciente y la puerta.
- Mantenerse conectado con el paciente, escuchar de forma activa, actitud empática. Abstenerse de criticar. No interrumpir.
- Hay que explicar que tu labor es garantizar su seguridad.
- No tomarse su enfado o agresividad como algo personal. No ponerse a la defensiva
- Intentar conocer su objetivo y las intenciones que tiene.
- Evitar acceso a objetos que se puedan romper, minimizar y adecuar el mobiliario.
- Reducir estímulos ambientales (evitar ruidos bruscos y hay que separarlos de otros pacientes).
- Si mejoría, ofrecer algo de comer o beber. Dar la oportunidad de que elija y conseguir que coopere.

Si a pesar de esto no se consigue y existe riesgo de violencia inminente por un aumento de la tensión muscular del paciente, expresión amenazante, hiperactividad con deambulación o movimientos continuos, golpes repetidos a muebles u objetos; si refieren reciente o habitual de tóxicos o psicofármacos o bien si ya ha presentado conductas beligerantes previas, habrá que activar el plan de contención farmacológico/mecánico<sup>(14)</sup>.

### Contención farmacológica:

La mayoría de los pacientes agitados se benefician de la sedación farmacológica. Las dos cuestiones son la elección de la medicación y la vía de administración. Previamente explicar al paciente y a los tutores/progenitores los beneficios y riesgos de la medicación.

- Vía de administración: de elección la vía oral ante un paciente que colabore. Si no se consigue, se utilizará la vía intramuscular (o intravenosa si se tiene acceso vascular).
- Elección del fármaco:
  - En caso de antecedente psiquiátrico:

TABLA 3. Fármacos y dosis en caso de agitación

Fármaco	Vía	Dosis	Dosis máxima	Comentarios
MIDAZOLAM	VO	0,5-0,75 mg/kg	20 mg	No dar junto a olanzapina por riesgo de depresión respiratoria.
	IN	0,3 mg/kg	10 mg (5 mg por cada fosa nasal)	
	IM/IV	0,1-0,2 mg/kg	10 mg	
DIAZEPAM	IM/IV	0,1-0,3 mg/kg	5 mg < 5 años 10 mg > 5 años	
CLORACEPATO	VO	0,1-0,2 mg/kg/dosis	10-30 mg/día	Riesgo de depresión respiratoria.
HALOPERIDOL	VO	0,01-0,03 mg/kg/día	0,15 mg/kg/día	Monitorizar hipotensión Monitorizar ECG, puede alargar QT, sobre todo IV
	IM	1-3 mg/dosis cada 4-8 h (2,5 mg en niños y 5 mg en adolescentes en dosis única)		
RISPERIDONA	VO	0,25-1 mg (0,01-0,04 mg/kg/día)	0,06 mg/kg/dosis 3 mg/día	Monitorizar hipotensión. Monitorizar ECG, puede alargar QT
OLANZAPINA	VO	< 40 kg: 2,5-5 mg > 40 kg: 5-10 mg	10-20 mg/día	Riesgo de depresión respiratoria, separar administración de BZD 1 hora
CLORPROMACINA	VO	> 6m: 0,55 – 1 mg/kg > 5 años: 10-15 mg/6h	500mg/día 1 g/día	Puede alargarQT, hipotensión

- Administrar nueva dosis de medicación de base: antipsicóticos o BZD.
- O bien administrar medicación que haya funcionado en episodios anteriores.
- Agitación de causa orgánica (sobre todo delirium): haloperidol .
- En caso de no tener antecedente psiquiátrico, realizar orientación diagnóstica según anamnesis y exploración física para elegir el fármaco más adecuado y la elección debe hacerse según el trastorno subyacente (Tabla 3 y 4).
- Posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico
  - Depresión respiratoria:
    - Se puede deber a BZD, olanzapina y haloperidol o una combinación de éstos.
    - Precisar tratamiento de soporte (ventilación no invasiva con bolsa autoinflable).
    - Antídoto a BZD de vida media-larga: flumazenilo 10 µg/kg (máx. 200 µg/dosis), se puede repetir cada minuto hasta 5 dosis.
  - Reacciones extrapiramidales:
    - Principalmente con antipsicóticos como haloperidol u olanzapina.
    - Pueden incluir distonía, disquinesia, crisis oculo-giras y acatisia.
    - Antídoto biperideno (dosis: < 1 año: 1 mg, 1-6 años: 2 mg, 6-10 años: 3 mg, Se puede repetir a los 30 min(dosismax:5 mg).
  - Síndrome neuroléptico maligno:
    - Es una complicación poco frecuente pero grave de los antipsicóticos.
    - Signos clínicos: hipertermia, rigidez muscular, disfunción autonómica y alteración del nivel de consciencia.
  - Reacciones paradójicas:
    - Puede aparecer con el uso de benzodiacepinas un aumento de la agitación y de la ansiedad. Es más frecuente en pacientes con retraso del desarrollo o antecedentes de comportamiento agresivo.
- Cuidados post-contención farmacológica
  - Se deberá mantener al paciente en observación y tener en cuenta signos de:

TABLA 4. Uso de psicofármacos según sospecha clínica.

Clínica	Actitud	Tratamiento
Delirium	Buscar etiología Control del dolor Evitar BZD y anticolinérgicos	VO: Risperidona IM: Olanzapina
Intoxicación o síndrome de abstinencia	Averiguar sustancia	Midazolam (BZD)
TEA y trastornos del desarrollo	Contención verbal Comunicación visual Evitar dolor, hambre Preguntar qué le calma habitualmente Evitar fármacos IM y BZD	Primera opción: dosis extra de la medicación de base  VO: Risperidona u Olanzapina
Trastorno psiquiátrico conocido <b>Agitación no psicótica</b>	Averiguar motivos de la agitación	Primera opción: dosis extra de la medicación de base VO: Risperidona u Olanzapina  Leve: evitar fármacos Moderada: Midazolam (BZD)/ Olanzapina Severa: Haloperidol + Midazolam (BZD)/Olanzapina <b>No combinar: OLANZAPINA IM + BDZ</b>

- Obstrucción de vía aérea.
- Depresión respiratoria
- Hipotensión
- Reacciones extrapiramidales
- Realizar vigilancia continua, siendo en estos pacientes necesaria la monitorización que incluya registro de ECG, saturación y frecuencia cardíaca.

### Contención física

- Se llevará a cabo como última opción cuando las anteriores fracasen o no estén indicadas.
- Se deberá realizar por personal entrenado y si es posible, evitar que participe el médico responsable del paciente. Informar al paciente y los familiares de la técnica y los motivos.
- Se recogerá en la historia clínica quién la indica y el motivo. Deberá mantenerse el menor tiempo posible.
- Se realizará en decúbito supino y, generalmente, con cinturón abdominal e inmovilizando 1, 2, 3 o 4 extremidades, por tobillos y muñecas. En caso de inmovilizar 2 extremidades, serán pierna y brazo contralaterales. En caso de riesgo de aspiración, realizarla en decúbito lateral.

- Asegurar la hidratación del paciente y la vigilancia periódica o monitorización continua.

### ¿Quién debe realizar la contención física/mecánica?

Por razones legales, sólo podrán establecer contacto físico con el menor aquellas personas consideradas como personal sanitario (celadores, equipo de auxiliares, enfermería y médicos), no pudiendo establecer contacto físico otro personal del hospital por ser menores de edad (equipos de seguridad). En caso de ser necesaria la contención, habrá que activar el protocolo de contención farmacológico/mecánico existente en el servicio.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pastor Jordá C, Espín Jaime JC. Capítulo 10 Conducta suicida. Urgencias de Psiquiatría y salud Mental en niños y adolescentes. Editorial aulamédica formación en salud;2021. Pag: 79-86.
2. Criterios diagnósticos propuestos para ASN por la Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, página 803.
3. <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-men>

- tal-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022
4. Rodríguez Hernández P, Leandro Sánchez Pavesi A, Lago García B. Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. *Pediatr integral* 2019 XXIII(2): 91-97
  5. <https://www.analesdepediatría.org/es-pacientes-psiquiaticos-el-servicio-urgencias-articulo-S1695403306701217> Vazquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado
  6. <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-children-and-adolescents-evaluation-and-management>
  7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Text Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014.
  8. Muñoz Calvo MT, Argente J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019;1:295-306
  9. Paricio del Castillo R, Mallol Castaño L, Díaz de Neira M, Palanca Maresca I. Trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia en época COVID: ¿una nueva pandemia? *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil* 2021;38(4):9-17.
  10. Jiménez García R, Escribano Ceruelo E. Detección precoz e intervención del pediatra en los trastornos de la conducta alimentaria. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización en Pediatría 2022. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2022.p. 123-133.
  11. Protocolo Hospital Puerta de Hierro Protocolo: Evaluación médica y tratamiento nutricional de los pacientes ingresados con trastorno de la conducta alimentaria en la unidad de hospitalización psiquiátrica de adolescentes.
  12. Benito J, Mintegi S, Ares M, Azkunaga B, Fernández A, García S et al Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 2 nd ed. Editorial Panamericana; 2020
  13. López González A, Algarrada Vico L, Lull Carmona J. Agitación Psicomotriz. Pag 809-813. Urgencias en pediatría ed. Luaces Cubells C. 4ª ed. Ergon 2022
  14. González Martínez E, Espín Jaime JC. Agitación psicomotriz. Urgencias de Psiquiatría y Salud Mental en niños y adolescentes. pág. 89-99. Ed Aulamédica 2021.