

# Guía práctica para el manejo de la agitación psicomotora en pediatría.

Clinical Guide for the management of psychomotor agitation in pediatrics.

**Miren Carredano C.<sup>1</sup>, Marcela Abufhele M.<sup>2</sup>**

**Resumen.** La agitación psicomotora es un estado de hiperactividad impulsiva aguda en grados variables, que requiere intervención. Sus manifestaciones abarcan un amplio espectro desde mínima inquietud hasta perturbaciones intensas con grandes movimientos no propósitos o violentos. Datos recientes muestran que aproximadamente 10-20% de los niños, niñas y adolescentes (NNA) presenta una patología de la esfera psiquiátrica y/o abuso de sustancias y, en consecuencia, han aumentado las consultas por estos motivos en servicios de urgencia pediátrica. Hasta 1 de cada 15 NNA requiere contención de algún tipo. Las causas de agitación son múltiples y se deben investigar en cada paciente. El objetivo de este trabajo es concientizar al equipo de salud sobre el problema y contribuir a la estandarización del manejo clínico en pediatría. Se describen intervenciones no farmacológicas, contención farmacológica y física, con sus respectivas indicaciones.

**Palabras clave:** Agitación psicomotora, pediatría, contención mecánica, contención farmacológica.

**Abstract.** Psychomotor agitation is a state of acute impulsive hyperactivity with varying degrees of magnitude that requires intervention. Its manifestations cover a broad spectrum from minimal unrest to intense disturbances with large non-purposeful or violent movements. Recent data show that approximately 10-20% of children and adolescents have a psychiatric disease and/or substance abuse disorder and, consequently, consultations for these reasons have increased in pediatric emergency services. Up to 1 in 15 children require some form of restraint. Causes of agitation are multiple and must be investigated in each patient. The objectives of this review are to improve awareness of the issue to health work-teams and aims at the standardization of its medical management in pediatrics. Non-pharmacological interventions, chemical and physical restraint methods are described, with their respective indications.

**Keywords:** psychomotor agitation, pediatrics, mechanical restraint, chemical restraint.

1. Pediatra. Hospital Padre Hurtado y Clínica Alemana de Santiago

2. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia. Clínica Alemana de Santiago. Docente programa formación de especialistas USACH.

Correspondencia: Miren Carredano Cabané. Esperanza 2150, San Ramón. Santiago, Chile miren.carredano@gmail.com

## Revisión de Temas

### INTRODUCCION

La agitación psicomotora se describe como un estado de hiperactividad impulsiva aguda en grados variables, que va acompañada de perturbación de los afectos (ansiedad, miedo, rabia, euforia, etc.) y que requiere de algún tipo de intervención externa. Sus manifestaciones pueden ir desde un síndrome con mínima inquietud hasta estados de intensa agitación con grandes movimientos no coordinados, sin finalidad y/o violentos (1).

Las definiciones se enfocan en adultos y no hay consensos para la población pediátrica, por lo que a modo general podría definirse como un “estado de conducta hiperactiva descontrolada que puede llevar a daño del propio paciente u otras personas”(1).

Los datos más recientes muestran que aproximadamente el 10-20% de los niños y adolescentes tiene una patología psiquiátrica y/o abuso de sustancias, y las consultas relacionadas a salud mental en el servicio de urgencias infantil van en aumento (2). Durante la evaluación psiquiátrica 1 de cada 15 niños requiere contención de algún tipo (3).

De forma práctica, se pueden dividir las posibles etiologías en cinco grandes grupos: tóxica, neurológica, infecciosa, metabólica y trastornos psicológicos/psiquiátricos que afectan la funcionalidad del paciente. No es el foco de este documento describir ampliamente las posibles causas, pero a continuación se mencionan algunas dignas de ser destacadas [4].

Dentro de las causas de origen tóxico,

se encuentran el uso de drogas recreativas, ingestión o sobredosis accidental de fármacos (que pueden estar disponibles en el domicilio), ingestión de drogas o compuestos con fines suicidas, o exposición a tóxicos ambientales.

Las causas neurológicas se enfocan principalmente en lesiones estructurales. En estos pacientes suele haber antecedente de trauma o signos de focalidad. Algunos ejemplos son: traumatismo encefalocraneano (TEC), hemorragias subaracnoideas o subdurales, y tumores.

Las causas infecciosas suelen producirse por extensión de infecciones al sistema nervioso central (SNC; a partir de una otitis media o sinusitis), patología infecciosa específicamente del SNC (meningitis o encefalitis), y también en relación con procesos sistémicos (sepsis, o hipoxia asociada a neumonía).

Las causas metabólicas son múltiples, pero en la población pediátrica es importante destacar hipoglicemias (asociadas a consumo de alcohol u otras drogas legales e ilegales), y alteraciones hidroelectrolíticas.

Finalmente, los trastornos del ámbito de salud mental que pueden presentar agitación son múltiples, como pueden ser esquizofrenia y otras psicosis, trastorno del espectro autista, trastornos de conducta, trastornos ansiosos y trastornos del ánimo, por mencionar algunos.

Los objetivos de este trabajo son concientizar al equipo de salud respecto a la agitación psicomotora en pediatría y sus posibles causas, y apuntar a la

estandarización de las conductas terapéuticas para el manejo de agitación psicomotora en pacientes pediátricos.

### Enfrentamiento escalonado

El pilar principal del manejo del paciente agitado es la contención, que puede ser de distintos tipos, y cuyo objetivo es limitar la libertad de movimientos e hiperactividad física del paciente (5).

Los principios en los que se debe basar la elección del método de contención son: optimizar la seguridad del paciente y del personal, ayudar al paciente a manejar sus emociones y mantener o retomar el control de ellas, usar el método menos restrictivo posible y más adecuado a su edad, y minimizar acciones de coerción, que pueden exacerbar el estado de agitación [6].

El primer paso para el manejo de la agitación psicomotora es la CONTENCIÓN VERBAL. Se describen a continuación las estrategias recogidas en Chun et al. [6] y algunas recomendaciones atinentes a ellas.

1. Respetar el espacio personal: El ambiente puede hacer que un paciente se sienta amenazado o vulnerable.

*Recomendaciones:*

- Mantener al menos una distancia de 2 brazos con el paciente.
- Permitir que haya una vía de salida expedita de la habitación tanto para el paciente como para el personal de salud.

2. Minimizar el comportamiento provocador: La postura y el comportamiento del personal de salud a car-

go pueden hacer sentir al paciente que está siendo amenazado o se encuentra en una posición vulnerable.

*Recomendaciones:*

- Mantener la calma y cuidar las expresiones faciales que pudiesen transmitir esa idea.
- Mantener nuestras manos a la vista, ya que tener las manos detrás de la espalda podría hacer pensar a un paciente que se esconde algún arma, o tenerlas apretadas a los lados o cruzadas sobre el pecho, puede transmitir un estado confrontacional.
- No se debiese enfrentar al paciente directamente, sino con cierto ángulo, y evitar todas las posturas o movimientos que puedan parecer agresivas.

3. Establecer contacto verbal: Es posible que, en el momento de enfrentar a un paciente agitado, se pierda parcialmente el control de la situación, y múltiples miembros del equipo de salud intenten retomarlos, transmitiendo distintos mensajes al paciente, confundiéndolo y, posiblemente, agitándolo aún más.

*Recomendaciones:*

- Un miembro del equipo debe ser el designado para interactuar con el paciente.
- El interlocutor siempre debe presentarse, y presentar al resto del equipo.
- Es importante orientar al paciente sobre el lugar en que se encuentra y qué se espera de él o ella, y asegurarle que nuestra primera intención es prestarle ayuda.
- No subestimar la capacidad del paciente de comprender la situación. Así puede ser informado y

## Revisión de Temas

considerar su punto de vista en cuando al manejo que se realizará (como parte del equipo, dándole importancia a sus preocupaciones y ayudándolo expresar sus emociones de forma más controlada).

4. Ser conciso/a: Un paciente agitado tiene disminuida su capacidad de procesar información verbal.

*Recomendaciones:*

- Se debe usar lenguaje simple, en frases cortas, repitiéndolo y reforzándolo durante la intervención.
- Dar tiempo al paciente para que procese y pueda responder a lo que se le dice.

5. Identificar los objetivos y expectativas del paciente: Demostrar interés en lo que quiere o espera el paciente es importante.

*Recomendaciones:*

- Usar estrategias para ayudar a establecer bases y cierta relación de confianza con el paciente, un pilar fundamental en un paciente agitado, y especialmente en aquellos afectados por patología psiquiátrica que van a necesitar tratamientos más prolongados.
- Usar frases como: “me gustaría saber qué crees o esperas que va a pasar”, “¿qué te ayuda en momento de intranquilidad como este?” o “incluso si no hay posibilidades de hacerlo, me gustaría saberlo para ver qué podemos hacer”

6. Escuchar activamente: Es muy difícil ayudar a un paciente si no sabemos lo que le molesta o lo que desea.

*Recomendaciones:*

- Demostrarle al paciente que lo que

dice ha sido escuchado, entendido y valorado.

- Una estrategia simple es resumir lo que ha contado (“entonces, de lo que me cuentas entiendo que...”)

7. Demostrar que están de acuerdo o que están “de acuerdo en estar en desacuerdo”: Un punto muy importante, especialmente con adolescentes porque suelen ser provocadores, es no caer en la escalada de desacuerdos, porque esto no ayuda a crear un ambiente de empatía con la situación del paciente, y además de esta forma se minimizan las discusiones.

*Recomendaciones:*

- Usar frases como: “entiendo que lo que estas pasando/experimentando es difícil”, “lo que estás pasando también le molestaría a otras personas”. En caso de estar en desacuerdo, esto debe ser planteado cuidadosamente, usando frases como “podemos tener distintas miradas de esta situación”.

Nota: Se suele caer en el “yo sé por lo que estás pasando” o “me ha pasado lo mismo que a ti”, porque, incluso si es verdad, el paciente puede interpretarlo como condescendencia o una franca mentira para “convencerlo” de hacer lo que uno quiere que haga.

8. Aclarar límites y expectativas: Se deben establecer de manera respetuosa, repitiendo que la intención es ayudarlo, pero aclarando que la seguridad tanto del paciente como del equipo son muy importantes. Además, se debe explicar al paciente lo que puede suceder si no logra retomar el control de sus emociones (y tener la precaución de no plan-

terarlo de forma amenazante)

*Recomendaciones:*

- Usar oraciones como “la seguridad es lo primero; sé que puede ser difícil tranquilizarse en tu situación, pero por el bien de todos, quizás tengamos que ofrecerte algún medicamento para poder trabajar juntos” (versus “si no te controlas, te vamos a tener que poner medicamentos”).

- Establecer los límites de forma clara, pero NO negociar. En vez de “si te sientas, te voy a entender mejor”, es preferible decir “es mejor que nos sentemos, así puedo entender mejor tu problema”.

9. Ofrecer opciones y demostrar optimismo: Hay que ser optimista pero realista en cuanto la situación y recursos con los que contamos.

*Recomendaciones:*

- Plantear opciones con frases como “en vez de violencia o agitación, ¿qué otra cosa podrías hacer para calmarte? ¿Podría (alguna opción) ayudarte?”

- Gestos de simpatía o amabilidad pueden ser útiles, como ofrecer comida o acceso a un teléfono, aunque debemos tener cuidado en no caer en la negociación, y preferir frases como “Entiendo qué es lo que quieres, ¿cómo podemos lograr eso juntos?”

10. Debriefing: Si es necesario alguna intervención involuntaria, el debriefing ayuda a restablecer la relación del equipo con el paciente y poder planificar mejor una posible intervención en el futuro.

*Recomendaciones:*

- Explicar porqué una intervención

era necesaria.

- Preguntarle al paciente su perspectiva

- Revisar qué otras opciones hay para el futuro de la relación médico-paciente, y no tener que realizar estas acciones contra su voluntad.

En general, ayuda bastante “descender” al nivel del paciente, para que la comunicación no sea tan asimétrica, pero manteniendo la firmeza en lo que queremos lograr como equipo con el paciente.

Muchas veces podemos encontrarnos con pacientes que requieren estadias prolongadas y que tienden a desafiar el sistema, como pasearse por la unidad, aunque se les ha dicho que no lo hagan, o no cooperar con el equipo de enfermería (que suele estar más tiempo en contacto con el paciente). Si el paciente lo permite (no es violento, y no lo hacemos de forma amenazante), a veces ayuda sentarnos al mismo nivel (en la cama, o en una silla cercana) y plantearle lo que está pasando, para considerar su punto de vista (que esté aburrido, por ejemplo). El objetivo de esto es llegar a acuerdos, sin usar amenazas. Frases como “De verdad que no quiero tener que darte medicamentos para tranquilizarte, entiendo que estés aburrido, pero para poder trabajar con el resto de los pacientes necesito que me ayudes, ¿crees que puedes hacer eso?” pueden ser útiles con algunos pacientes.

La CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA, que en muchos casos es vista como la primera intervención a realizar, en realidad debe considerarse como una segunda opción para el manejo del pa-

**TABLA 1. Fármacos para el manejo de la agitación psicomotora en pediatría**

Fármaco	Vía de administración	Dosis	Comienzo del efecto
<b>BENZODIAZEPINAS</b>			
Lorazepam	VO/IM/EV/ SL	0,05-0,1mg/kg/dosis (máx. 2mg)	5-10min IM/EV 20-30min VO
Midazolam	VO/IM	VO: 0,25-0,5mg/kg/dosis. Máx. 20mg IM: 0,1-0,15mg/kg/dosis. Máx. 10mg	15-20min VO/IM 3-5min EV
<b>ANTIPSIÓTICOS</b>			
Risperidona	VO/ODT	VO: 0,25-2mg ODT: 0,25-2mg	1-2 horas
Olanzapina	VO/IM/ODT/ SL (Zydis)	VO: 2,5-5mg ODT: 2,5-5mg	15-30min IM
Haloperidol	VO/IM	VO: 0,5-5mg IM: 0,05-0,15mg/kg (máx. 5mg/dosis)	20-30min IM 45-60min VO
Clorpromazina	VO/IM	VO/IM: 0,55mg/kg/dosis	30-60min

VO: vía oral. IM: intramuscular. EV: endovenoso. ODT: tableta orodispersable.

ciente agitado [6]. Los principales fármacos utilizados en esta etapa son las benzodiazepinas y los antipsicóticos (Tabla 1)[7].

En el paciente con condiciones médicas o intoxicaciones, se debe considerar primero el uso de benzodiazepinas por encima de antipsicóticos, mientras que, en el paciente con patología psiquiátrica conocida, es mejor opción considerar los antipsicóticos primero. Se debe tener presente la posibilidad de que se presente una reacción paradójica al administrar benzodiazepinas, especialmente en niños muy pequeños o con alteraciones del neurodesarrollo [6,7].

En los pacientes en los que no esté clara la causa, sea cual sea el que se considere primero, si se necesita una segunda administración, la sugerencia es cambiar de familia de fármacos [6,7].

Se propone el siguiente algoritmo de manejo [7]: (Ver página siguiente).

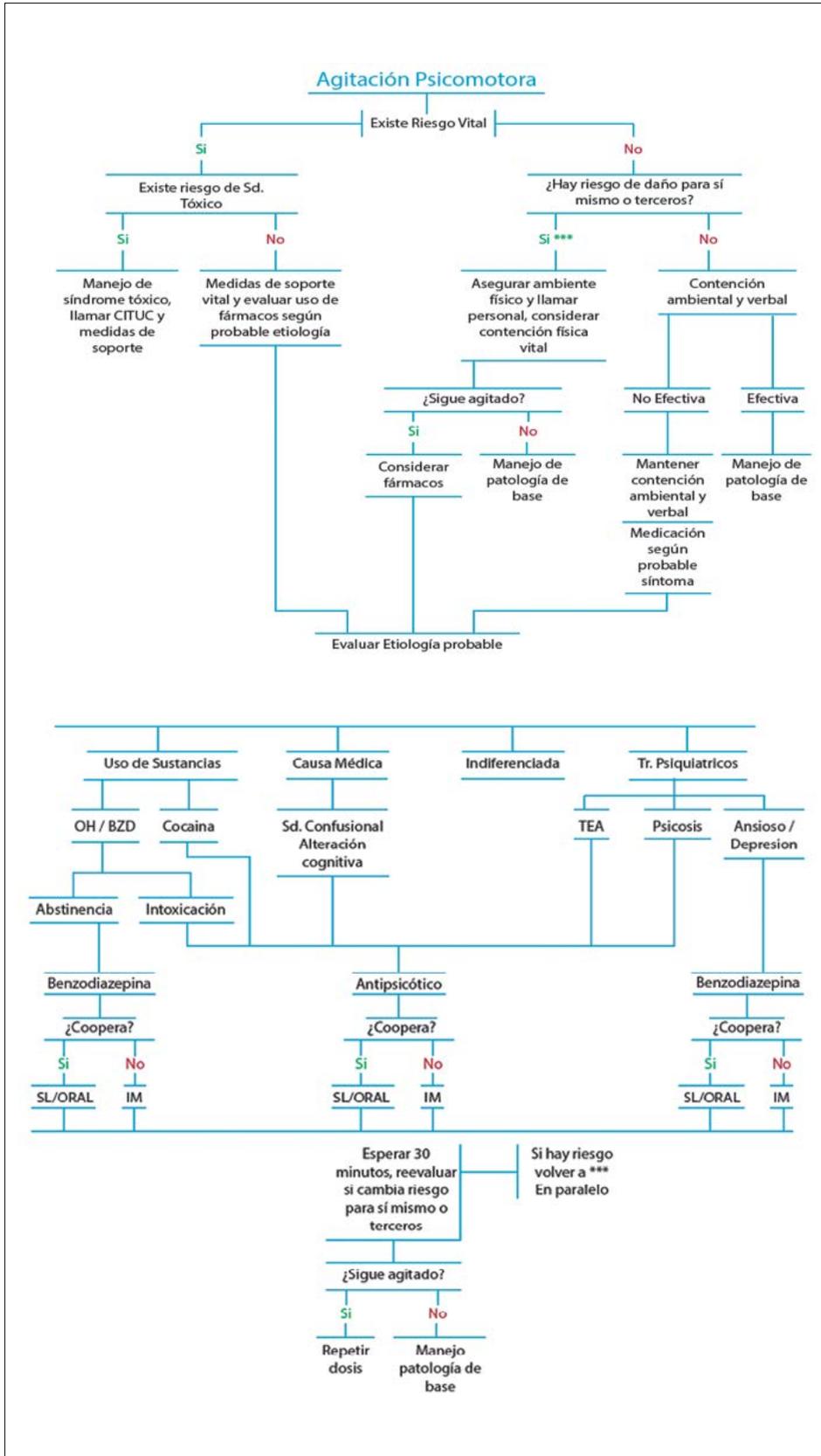
La última opción del manejo del paciente agitado debería ser la **CONTENCIÓN FÍSICA**. Dentro de los puntos más importantes es contar con un equipo entrenado para realizar este tipo de intervención. Idealmente, de-

ben ser 5, uno para cada extremidad más uno para la cabeza [6].

Los principios generales son:

- Mantener al paciente en posición supina, con la cabeza elevada y permitir la movilidad del cuello. En algunos casos se ha usado la posición prona, pero aumenta significativamente el riesgo de sofocación, por lo que debería evitarse lo más posible, y si no queda otra opción, usarla por tiempos muy limitados.
- No cubrir la cara o cabeza del paciente, porque también aumenta el riesgo de sofocación, y además no lo ayuda a mantenerse orientado.
- Minimizar el uso de chalecos o fajas, que luego van a ser más difíciles de remover y no tienen mayor beneficio que contenciones limitadas a las extremidades
- Tener barandas con protecciones para evitar que el paciente se golpee voluntaria o involuntariamente contra ellas.

Si se sospecha de agitación por drogas estimulantes, es preferible usar contención farmacológica vs física, porque hay mayor riesgo de rhabdomiolisis (posibles alteraciones electrolíticas y arritmias) [6].



## Revisión de Temas

	Edad		
	<9 años	9-17 años	>18 años
Evaluación presencial del médico para indicar contención física	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones	Dentro de la primera hora de instalación de contenciones
Renovación de la indicación por personal calificado	Cada 1 hora	Cada 2 horas	Cada 4 horas
Evaluación presencial del médico para renovar indicación de contención física	Cada 4 horas	Cada 4 horas	Cada 8 horas
Evaluación cada 15 minutos (todas las edades)	Control de signos vitales Signos de lesiones por las contenciones Nutrición e hidratación Circulación en las 4 extremidades y rango de movimiento Higiene (diuresis, deposiciones) Estado físico y psicológico Idoneidad para el retiro de contenciones		

**Tabla 2.** Recomendaciones de la *Joint Commission* para la indicación y monitorización del paciente contenido físicamente.

La indicación de instalación de contenciones y la monitorización posterior del paciente varía según su edad (Tabla 2) [6].

El retiro de las contenciones parte por informar al paciente del procedimiento a realizar. Se debe, además, explicar las conductas que pueden provocar la re-instalación de las contenciones (idealmente de forma no amenazante).

Se debe contar con el mismo número de personal que estaba presente al instalarlas, y se deben retirar una a una, evaluando la respuesta del paciente al retiro de cada una de ellas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sonnier L, Barzman D. Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients. *Paediatr Drugs*. 1 de febrero de 2011;13(1):1-10.
2. Carubia B, Becker A, Levine BH. Child Psychiatric Emergencies: Updates on Trends, Clinical Care, and Practice Challenges. *Curr Psychiatry Rep*. abril de 2016;18(4):41.
3. Sheridan DC, Spiro DM, Fu R, Johnson KP, Sheridan JS, Oue AA, et al. Mental Health Utilization in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. agosto de 2015;31(8):555-9.
4. Marzullo LR. Pharmacologic management of the agitated child. *Pediatr Emerg Care*. abril de 2014;30(4):269-75; quiz 276-8.
5. Adimando AJ, Poncin YB, Baum CR. Pharmacological management of the agitated pediatric patient. *Pediatr Emerg Care*. noviembre de 2010;26(11):856-60; quiz 861-3.
6. Chun TH, Mace SE, Katz ER, American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, and American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee. Evaluation and Management

- of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. *Pediatrics*. septiembre de 2016;138(3).
7. Abufhele M, Paccot C, Geell V, Zuñiga P, Vergara C, Espoz P. Algoritmo de Agitación Psicomotora en Pediatría. Programa de Formación en Psiquiatría Infantil y Adolescencia. Universidad de Santiago de Chile (USACH); 2019.