

## Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes

### Psychiatric Emergencies in Children and Adolescents

Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo<sup>1\*</sup> <http://orcid.org/0000-0002-5222-3092>

Carmen Zujaila Rodríguez del Rosario<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-9194-2973>

Alina Leyva Castells<sup>1</sup> <http://orcid.org/0000-0001-5023-0718>

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, Servicio de Psiquiatría Infantil. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [gladysc@infomed.sld.cu](mailto:gladysc@infomed.sld.cu)

#### RESUMEN

**Introducción:** Las urgencias psiquiátricas en la edad pediátrica constituyen un problema de salud pública.

**Objetivo:** Describir las urgencias psiquiátricas y la conducta seguida, en el momento de su evaluación, en pacientes atendidos en consulta de urgencia.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, en 340 pacientes examinados en el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, de enero a abril de 2019. Se utilizó un instrumento validado en estudios anteriores y se realizó entrevista a pacientes y familiares. El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el SPSS 21 y estadígrafos descriptivos. Para la comparación de frecuencias observadas y esperadas de una variable se empleó la prueba binomial, y la *Ji*-cuadrada, con una probabilidad de 0,5 %.

**Resultados:** El 53,8 % de los pacientes declararon entre 15 y 19 años; 50,3 % varones. El 61,2 % presentaban antecedentes patológicos psiquiátricos y 40,3 % procedía de medios familiares problemáticos. Entre los principales motivos de consulta destacaron la conducta suicida y el



consumo de sustancias psicoactivas. El 25 % de los pacientes requirió hospitalización, el resto se derivó a la atención ambulatoria. En más de 60 % se utilizaron psicofármacos.

**Conclusiones:** Predominaron en el estudio los adolescentes, masculinos, con antecedentes patológicos personales de enfermedad psiquiátrica, procedentes de medios familiares conflictivos, con diagnóstico de trastornos del comportamiento, conducta suicida, trastornos afectivos, psicosis y trastornos adictivos; entre estos últimos, se diagnosticó la patología dual. Solo la cuarta parte requirió hospitalización y en la mayoría se usaron psicofármacos.

**Palabras clave:** urgencia psiquiátrica; psiquiatría infantil; trastornos psiquiátricos; salud mental de niños, niñas y adolescentes.

## ABSTRACT

**Introduction:** Psychiatric emergencies in pediatric age constitute a public health problem.

**Objective:** To describe the psychiatric emergencies and the behavior followed, at the time of their evaluation, in patients attended in an emergency consultation.

**Methods:** Observational, descriptive and cross-sectional study in 340 patients examined at "Juan Manuel Márquez" Pediatric Hospital, from January to April 2019. An instrument validated in previous studies was used and interviews were conducted with patients and relatives. Data processing and analysis was performed with SPSS 21 and descriptive statistics were used. For the comparison of observed and expected frequencies of a variable, the binomial test and the Chi-square, with a probability of 0.5% were used.

**Results:** 53.8% of patients were between 15 and 19 years old, and 50.3 % were male. 61.2 % had a psychiatric pathological history and 40.3% came from problematic family environments. Among the main reasons for consultation were suicidal behaviour and the consumption of psychoactive substances. 25% of patients required hospitalization, the rest were referred to outpatient care. Psychotropic drugs were used in more than 60%.

**Conclusions:** In the study predominated adolescents, males, with a personal pathological history of psychiatric illness, from conflictive family environments, diagnosed with behavioral disorders, suicidal behavior, affective disorders, psychosis and addictive disorders; among the latter, dual



pathology was diagnosed. Only a quarter required hospitalization and most used psychotropic drugs.

**Keywords:** psychiatric emergency; child psychiatry; psychiatric disorders; mental health of children and adolescents.

Recibido: 28/06/2022

Aceptado: 28/12/2022.

## Introducción

Se considera urgencia psiquiátrica infantil, al proceso que genera suficiente tensión emocional para que el niño, el adolescente o su familia, consideren difícil el control de la situación, y por ello, necesitan asistencia especializada para atenuar la sintomatología aguda.<sup>(1)</sup>

La prevalencia de las urgencias psiquiátricas se encuentra en ascenso.<sup>(1,2,3,4)</sup> El propósito del psiquiatra infantil consiste en tomar la decisión terapéutica adecuada, detectar el riesgo de auto- o heteroagresividad, y la conveniencia o no de un ingreso psiquiátrico.<sup>(1)</sup>

Los motivos de consulta se alistaron en la categoría de múltiples. Existe un grupo de trastornos psiquiátricos que pueden necesitar atención en urgencia, entre los que se encuentran: trastornos del comportamiento, trastornos de ansiedad, como la crisis de angustia, la agitación psicomotriz, y síntomas de alguna perturbación, como, por ejemplo, la esquizofrenia, entre otros. Todas ellas como exacerbación de un cuadro ya diagnosticado o como debut.

Hay que conocer cómo proceder ante un intento de suicidio por las implicaciones que conlleva sobre la vida del paciente, la familia y la sociedad misma. El consumo de sustancias tóxicas, de manera aislada, o en un cuadro de patología dual (consumo de drogas acompañando a un trastorno psiquiátrico), también resultó motivo frecuente de consulta.<sup>(3)</sup>

La prevalencia de las urgencias psiquiátricas mostró una distribución diferenciada por sexos.<sup>(5,6)</sup> Los trastornos de la conducta y el uso de sustancias reveló una asociación significativa entre varones,<sup>(5,6,7)</sup> mientras que las acciones autolesivas y los trastornos en el comportamiento alimentario resultaron más frecuentes en las mujeres.<sup>(6,8,9)</sup>



El trastorno depresivo, mayor en prepúberes, mantuvo una prevalencia aproximada de 2 %, sin diferencias entre los sexos; sin embargo, en adolescentes la prevalencia, de 4 a 8 %, fue más frecuente en mujeres (2:1).<sup>(10)</sup>

En la población pediátrica, el suicidio se presentó de forma prevalente con la edad, y alcanzó un pico entre los 19 y los 23 años. En Cuba, las lesiones autoinfligidas, intencionalmente, ocuparon la tercera causa de muerte para el grupo de 10-19 años,<sup>(9)</sup> y aunque la tendencia de la mortalidad por esta causa condujo hacia su disminución,<sup>(11,12)</sup> el intento suicida en adolescentes aumentó.

Son pocas las investigaciones que describen las características de las urgencias psiquiátricas infantiles, y menos aún las realizadas en Cuba. En la literatura nacional, hasta el momento de realización de esta investigación, solo se encuentran tres trabajos publicados.<sup>(11,12,13)</sup>

En la actualidad, se desconoce el comportamiento de esta problemática, en la que hay, al parecer, un cambio relativo en la frecuencia de consultas, motivos de consultas, y diagnósticos presuntivos, durante su evaluación en urgencias.

El Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez” es el único, en La Habana, que cuenta con servicio de psiquiatría pediátrica con hospitalización total, y de atención a las urgencias psiquiátricas, las 24 horas del día, para niños y adolescentes de toda la capital, de las provincias cercanas Mayabeque y Artemisa, y del Municipio Especial Isla de la Juventud. Se hace necesario, por estas razones, actualizar la información sobre este problema de salud, para conocerlo mejor, y abordarlo con mayor eficacia.

El objetivo de este trabajo fue describir los eventos psiquiátricos y la conducta seguida, en el momento de su evaluación, en los pacientes atendidos en consulta de urgencia.

## Métodos

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, de los pacientes valorados como urgencias psiquiátricas, en el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, entre enero y abril de 2019.

Del universo de 43 633 pacientes atendidos en el cuerpo de guardia del mencionado hospital, se seleccionaron aquellos que se valoraron como urgencias psiquiátricas (único criterio de inclusión), por lo que la población (N) quedó constituida por 346 pacientes, menores de 19 años, y de ambos



sexos. Seis pacientes o sus tutores, no dieron su consentimiento para participar en la investigación, por lo que la muestra se redujo a 340.

En la realización del estudio, participaron todos los médicos psiquiatras (residentes y especialistas de psiquiatría infantil) del Servicio de Psiquiatría del Hospital “Juan Manuel Márquez” y de otros servicios de psiquiatría infantil de la ciudad, todos cubrieron la atención a la urgencia médica psiquiátrica, las 24 horas del día, todos los días.

Para la recogida de la información se utilizó una planilla de recolección de datos acompañada de su instructivo (anexos 1 y 2). Este instrumento se utilizó en investigaciones anteriores con buenos resultados, por lo cual se consideró que es consistente para los fines que fue creado. Para evaluar la pertinencia de la urgencia se utilizaron los criterios de profesores y especialistas en psiquiatría (5,14,1516)

Las variables que se tomaron en cuenta:

- Edad en años cumplidos.
- Sexo.
- Tipo de enseñanza.
- Provincia de procedencia.
- Motivo de consulta.
- Presencia de antecedentes patológicos personales y familiares de trastornos psiquiátricos.
- Diagnósticos presuntivos de los pacientes que consultaron como urgencias según CIE-10 (un paciente puede tener más de un diagnóstico).
- Conducta seguida por el médico ante la urgencia.
- Uso o no de psicofármacos en el momento de su evaluación en cuerpo de guardia.
- Ambiente sociofamiliar problemático. A los efectos de este trabajo, el concepto de esta variable, se refiere a aquellas familias en las cuales los problemas de comportamiento, de uno o más de sus integrantes, repercuten negativamente en la vida de los pacientes, y se constituyen en eventos potencialmente psicopatogénicos.

Para el procesamiento y análisis de la información, se elaboró una matriz de datos en Microsoft Excel 2016. Los datos se procesaron con el software para análisis estadístico SPSS, versión 21. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación de frecuencias observadas y esperadas de una variable, se empleó la prueba binomial y la *Ji*-cuadrada según número de categorías con una probabilidad de 0,5 %.

El estudio contó con la aprobación del comité de ética para la investigación y del consejo científico (CC) del mencionado hospital.

## Resultados

Las urgencias psiquiátricas infantiles representaron 0,8 % del total de las atendidas en el hospital, en el periodo de realización de la investigación, y 2,8 % de las urgencias propiamente pediátricas. El 53,8 % de los pacientes se encontraban entre 15 y 18 años, 60,3 % cursaba la enseñanza secundaria y media, y no hubo diferencias significativas entre sexos (tabla 1).

**Tabla 1** - Pacientes según variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas		No. (%)	Significación
Edad (años)	-10	55 (16,2)	0,000*
	10-14	102 (30)	
	15-19	183 (53,8)	
Sexo	Masculino	151 (50,3)	0,957
	Femenino	169 (49,7)	
Tipo de enseñanza	Circulo infantil	8 (2,4)	0,000*
	Primaria	52 (15,3)	
	Secundaria	84 (24,7)	
	Preuniversitario/TM	121 (35,6)	
	Universitaria	4 (1,2)	
	EFI	6 (1,8)	
	Desvinculados	19 (5,6)	
	Educación especial	45 (13,5)	
Provincia de procedencia	La Habana	276 (81,2)	0,000*
	Otras	64 (18,8)	

Leyenda: N = 340; TM: técnico medio; EFI: escuela de formación integral.

\*Prueba de *Ji*-cuadrada.

En la mayoría de los pacientes existió el antecedente de trastornos psiquiátricos (61,2 %), no así en sus familiares, aunque en este medio sociofamiliar se producían situaciones conflictivas en el 40,3 % de las familias estudiadas (tabla 2).

**Tabla 2** - Pacientes según presencia de antecedentes psiquiátricos personales, familiares y ambiente sociofamiliar

Variable		No. (%)	Significación
APP	Sí presenta	208 (61,2)	0,000*
	No presenta	132 (31,8)	
APF	Sí presenta	137 (40,3)	0,000*
	No presenta	203 (59,7)	
Ambiente familiar problemático	Sí presenta	137 (40,3)	0,000*
	No presenta	203 (59,7)	

*Legenda:* N = 340; \*Prueba binomial.

La conducta suicida resultó el motivo más frecuente de consulta, 26,5 % del total, y apareció también el consumo de sustancias psicoactivas en 26 (7,6 %) pacientes. Este último no fue el motivo más frecuente, pero llamó la atención (tabla 3).

**Tabla 3** - Pacientes según motivos de consulta de urgencia

Motivo de consulta*	No. (%)
Conducta suicida	90 (26,5)
Agresividad	66 (19,4)
Ansiedad	43 (12,6)
Tristeza	29 (8,5)
Agitación	28 (8,2)
Consumo de sustancias psicoactivas	26 (7,6)
Otros	58 (17,5)

*Legenda:* \*puede ser más de uno.

En los pacientes evaluados por el psiquiatra de asistencia en el cuerpo de guardia, predominaron, como diagnósticos presuntivos, los trastornos del comportamiento, que es una categoría muy general, pero que ocupó el primer lugar en frecuencia, seguidos del mal manejo familiar y la conducta suicida, esta última en más de la cuarta parte de los pacientes. Los trastornos relacionados con adicción a sustancias aumentaron en cuatro pacientes (tomando en cuenta los 26 incluidos en

el motivo de consulta) y representaron 8,8 % del total. Entre los 30 pacientes con trastorno por adicción, 11 recibieron el diagnóstico de patología dual (trastornos del comportamiento, trastornos afectivos y trastornos. incipientes de la personalidad). Veinte y cuatro pacientes se diagnosticaron con trastornos psicóticos (tabla 4).

**Tabla 4 -** Diagnóstico presuntivos de las urgencias en el momento de la evaluación\*

Diagnósticos presuntivos*	No. (%)
Trastornos del comportamiento	111 (32,6)
Mal manejo familiar	108 (31,8)
Conducta suicida	97 (28,5)
Trastornos afectivos	55 (16,2)
Discapacidad intelectual	43 (12,6)
Trastorno de ansiedad	30 (8,8)
Trastorno por adicción	30 (8,8)
Trastornos reactivos	26 (7,6)
Trastornos psicóticos	24 (7,1)
Otros trastornos	186 (54,7)

*Leyenda:* \*puede ser más de uno.

Ingresaron en sala 25,2 % de los pacientes, pero la mayoría (54,8 %) se derivó, para la continuidad del tratamiento, hacia el primer nivel de atención, y para la consulta externa del hospital local correspondiente. El 60,6 % de los pacientes usó psicofármacos en el momento de su evaluación de urgencia (tabla 5).

**Tabla 5 -** Conducta seguida por el médico ante la urgencia

Conducta seguida	No. (%)	Significación
Ingreso en sala	85 (25,2)	0,000*
	252 (54,8)	
Derivado a APS	252 (54,8)	0,000*
	85 (25,2)	
Prescripción de fármacos	206 (60,6)	0,000*
	134 (39,4)	

*Leyenda:* N= 340; APS: atención primaria de salud.

\*Prueba binomial.



---

## Discusión

La frecuencia de presentación de las urgencias en este estudio coincidió con la mayoría de las informadas por otros autores.<sup>(11,12,13,14,15)</sup> aunque comparadas con un estudio anterior, realizado ocho años atrás, en el Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”, La Habana, en igual período que en este trabajo, se evaluaron 211 pacientes más.<sup>(14)</sup>

De acuerdo con las exigencias escolares, para niños y adolescentes en Cuba, se esperaba un predominio de los niveles de enseñanza de secundaria básica y preuniversitaria, pero resultó llamativo el número de desvinculados, de pacientes en la enseñanza especial y en la escuela de formación integral (EFI). En estas instituciones se evalúan y reciben atención los adolescentes con problemas de aprendizaje, frecuentemente relacionados con déficit intelectual y con graves trastornos de conducta.

Estos adolescentes, por razón de su edad, no pueden aun ser juzgados por tribunales, y deben permanecer en la institución correspondiente para su rehabilitación. La condición anterior, indiscutiblemente, se comportó como factor de riesgo o expresó la presencia de afecciones psiquiátricas en niños y adolescentes. No hubo diferencias significativas entre sexos, lo cual resultó controversial porque con frecuencia se refiere predominio del sexo masculino.<sup>(13,14,15)</sup>

La presencia mayoritaria de la conducta suicida, como motivo de consulta, representó un importante problema de salud porque colocó en riesgo directo la vida del paciente. Otros investigadores declararon resultados similares.<sup>(3,11,12,16,17)</sup> Esta conducta suicida predominó en las hembras adolescentes, pero sin significación comparadas con los varones.<sup>(11,12,13)</sup>

Las disfunciones familiares, presentes en 40,3 %, también coincidió con los resultados de otros autores, que destacan el papel del grupo familiar en la formación, y en la gestación de comportamientos sanos o no en niños y adolescentes.<sup>(11,16,17)</sup>

El hecho de que 7,6 % de los pacientes atendidos, todos los cuales requirieron ingreso, consultaran por conductas adictivas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, resultó novedoso en esta investigación, y contrastó con el mencionado estudio, realizado hace ocho años atrás, y en el que no se identificó a ningún paciente con este comportamiento,<sup>(14)</sup> ya argumentado en estudios

realizados en otras latitudes.<sup>(1,2,7,10,17)</sup> Este resultado debe alertar a especialistas e instituciones, en Cuba, acerca de las condiciones y calidad de las urgencias que se reciben.

Entre los diagnósticos presuntivos de las urgencias, en el momento de la evaluación, los primeros lugares en frecuencia, correspondieron a los trastornos del comportamiento, el mal manejo familiar y la conducta suicida, esta última, en más de la cuarta parte de los pacientes diagnosticados que, por demás, pueden complementarse. La condición anterior permitiría apreciar la calidad de la problemática evaluada, y el valor del ambiente sociofamiliar.

Resultó de interés la aparición del diagnóstico de trastorno adictivo en 30 de los pacientes, la mayoría varones y todos adolescentes, referido comúnmente por otros autores.<sup>(17,18,19,20,21)</sup> Once de estos pacientes recibieron finalmente el diagnóstico de patología dual (trastornos del comportamiento, trastornos afectivos y trastornos incipientes de la personalidad). No sucedió así en investigaciones anteriores, realizadas en La Habana en 1980 en el pediátrico del Cerro,<sup>(13)</sup> único centro con atención a la urgencia psiquiátrica pediátrica en la capital, y en 2011, en el Hospital Pediátrico “Juan Manuel Márquez”,<sup>(14)</sup> en los que no se documentaron pacientes con adicciones ni mucho menos con diagnóstico tan serios como la patología dual. Este diagnóstico presuntivo al ingreso, y definitivo al alta, resultó muy preocupante y ensombrece el futuro de los pacientes.

Los motivos de consulta de las urgencias, así como los diagnósticos presuntivos realizados por el psiquiatra, durante su evaluación en cuerpo de guardia, presuponen un predominio de funcionamiento psicológico en los niveles neuróticos y psicopáticos.

En 60,6 % de los pacientes, resultó necesario el uso de psicofármacos como parte del tratamiento. Predominó la derivación hacia el primer nivel de atención para seguimiento de dicho tratamiento. Lo anterior puede ser expresión de una mejor y mayor posibilidad de atención en ese nivel y cumplir de esta manera con un precepto de la atención psiquiátrica al paciente pediátrico: mantenerlo en su entorno familiar y comunitario.<sup>(20,21,22)</sup>

Todos los pacientes con consumo de sustancias, riesgo suicida y un funcionamiento de nivel psicótico, se hospitalizaron. En varios estudios se advirtió el aumento de las urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes,<sup>(19,20,21,22)</sup> como sucedió en este trabajo, lo cual corroboró la importancia de esta modalidad de atención en la especialidad.



El estudio tiene la limitante de su realización solo en un trimestre del año, lo que no permitió conocer el comportamiento de las variables estudiadas en otros momentos, por ejemplo, periodos de fin de curso, exámenes finales, vacaciones, festividades, y otros.

Se concluye que: predominaron en el estudio los adolescentes, masculinos, con antecedentes patológicos personales de patología psiquiátrica, procedentes de medios familiares conflictivos con diagnóstico de trastornos del comportamiento, conducta suicida, trastornos afectivos, psicosis y trastornos adictivos. Solo la cuarta parte requirió hospitalización y en la mayoría se usaron psicofármacos en el momento de su evaluación.

Se recomienda, extender el estudio a un año y profundizar en el consumo de sustancias psicoactivas como urgencia psiquiátrica. Puede resultar interesante, especialmente para el trabajo de prevención, explorar las particularidades del medio familiar de los niños y adolescentes que acuden al servicio de urgencias psiquiátricas.

## Referencias bibliográficas

1. Sánchez Mascaraque P, Aduna O, González V. Urgencias en psiquiatría infantil. *Pediatr Integr.* 2017 [acceso 20/04/2022];5(2):312. Disponible en: <https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii05/04/312-319.pdf>
2. Rodríguez-Hernández P, Sánchez-Pavesi A, Lago-García B. Urgencias en psiquiatría infanto-juvenil. *Pediatr Integr.* 2019 [acceso 20/04/2022];23(2):91-7. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/04/n2-091-097\\_PedroRguez.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2019/xxiii02/04/n2-091-097_PedroRguez.pdf)
3. Sangermani R. Problemi di salute mentale nell' infanzia e nell' adolescenza: criticità nella pratica e nella modalità di intervento. *Quaderni Acp.* 2014 [acceso 20/04/2022];21(5):210-3. Disponible en: [https://acp.it/assets/media/Quaderni-acp-2014\\_215\\_210-213.pdf](https://acp.it/assets/media/Quaderni-acp-2014_215_210-213.pdf)
4. Herbert A, Gilbert R, González-Izquierdo A, Li L. Violence, self-harm and drug or alcohol misuse in adolescents admitted to hospitals in England for injury: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2015;5(2):e006079. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006079>



5. Wheat S, Dschida D, Talen M. Psychiatric emergencies. Prim Care Clin Office Pract. 2016;43:341-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.01.009>
6. Royo Moya J, Fernández Echeverría N. Depresión y suicidio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integr*. 2017 [acceso 20/04/2022];21(2):116.e-e6. Disponible en: [https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/05/n2-116e1-6\\_JavierRoyo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/xxi02/05/n2-116e1-6_JavierRoyo.pdf)
7. Carandang C, Gray C, Marval-Ospino H, MacPhee S. Urgencias Psiquiátricas en Niños y Adolescentes. En: Rey JM, editor. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. 2018 [acceso 20/03/2023]. Disponible en: <https://medbox.org/document/urgencias-psiquiatricas-en-ninos-y-adolescentes#GO>
8. Argota N, Álvarez M, Camilo VM, Sánchez Maso Y, Barceló Román M. Comportamiento de algunos factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev. Med Electrón*. 2016 [acceso 08/08/2019];37(1):30-8. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242015000100004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000100004)
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud de Cuba, 2018. La Habana: Dirección Nacional de Registro Médicos y de Salud; 2018 [acceso 25/06/2018]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
10. Porter M, Gracia R, Oliva JC, [Pàmias M](#), [García-Parés G](#), [Cobo J](#). Mental Health Emergencies in Pediatric Services: Characteristics, Diagnostic. Stability and Gender differences [abstract]. *Actas Esp Psiquiatr* 2016 [acceso 20/04/2022].;44(6):203-11. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/27906411>
11. Nieto R. Urgencias Psiquiátricas en el Hospital General. *Rev Med Clin Las Condes*. 2017 [acceso 25/06/2018];28(6). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301505>
12. Sáez ZM. Urgencias en psiquiatría infantil y adolescente: apuntes para el nivel primario de atención. *Medisur*. 2007 [acceso 10/10/2018];1(1):45-56. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/10>



13. Castillo G. Estudio de las urgencias en psiquiatría infantil [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 1980.
14. Reyes N. Urgencias en Psiquiatría Infantil [tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2011.
15. Rodríguez del Rosario C. Urgencias psiquiátricas en Psiquiatría infantil. Hospital Pediátrico Juan M Márquez [tesis]. La Habana: Facultad Finlay-Albarrán; 2019.
16. González R, Sandoval JE. Manual de Psiquiatría. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2019 [acceso 19/03/2023]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-de-psiquiatria/>
17. Fernández-Quintana Á, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil. 2018 [acceso 20/04/2022];35(1):17-30. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/2>
18. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S. Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus. World J Biol Psych. 2016;17:86-128. DOI: [10.3109/15622975.2015.1132007](https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007)
19. Benito J, Mintegui S. Urgencias psiquiátricas. Guía de actuación. 2da ed. Madrid: Médica Panamericana; 2019.
20. Israni A, Kumar S, Hussain N. Fifteen-minute consultation: an approach to a child presenting to the emergency department with acute psychotic symptoms. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2018;103(4):184-8. DOI: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-313386>
21. Maurente L, Ferreira MI, Hernández K, Rimolli A, Castellanos F, Más M. Consulta adolescente en servicios de emergencia pediátrica. Rev Méd Uruguay. 2017 [acceso 20/06/2022];33(4):7-28. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902017000400007&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000400007&lng=es)
22. Sadock B, Sadock V. Kaplan Sadock's Sinopsis en Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. 11na ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2022 [acceso 25/04/2022]. Disponible en: <https://psiquiatriaucv.files.wordpress.com/2013/03/kapaln-y-sadock.pdf>



**Anexo 1**

**Urgencias en psiquiatría infantil. Hospital “Juan Manuel Márquez”  
(enero-diciembre/2019). Hoja 1**

<p>Datos generales:  Fecha _____ Hora _____  Edad _____ Sexo _____  Grado de escolaridad _____  Provincia _____  Datos específicos:  Motivo de consulta: _____  _____</p> <p>Antecedentes. psiquiátricos personales:  Sí _____ Cual _____  No _____</p> <p>Tratamiento por psiquiatría:  Sí _____ ¿Por qué? _____  No _____</p> <p>Hospitalizado antes por psiquiatría:  Sí _____ ¿Por qué? _____  No _____</p> <p>Antecedentes psiquiátricos familiares:  Sí _____ (qué y quién) _____  No _____</p> <p>Examen psiquiátrico:  Facies:  Depresiva _____ Ansiosa _____ Suspiciosa _____  Indiferente _____ Inexpresiva _____ Perpleja _____ Abotagada _____  No característica de proceso patológico</p> <p>Hábito externo:  Limpio _____ Sucio _____ Descuidado _____ Tatuajes _____ Atributos religiosos _____ Otros _____</p> <p>Orientación:  a) Orientado _____  b) Desorientado en: Tiempo _____ Espacio _____ Persona _____</p> <p>Memoria:  Amnesia:  a) Parcial _____ Total _____ Anterógrada _____ Retrógrada _____  b) Hipermnesia: parcial _____ Total _____ Anterógrada _____ Retrógrada.</p>	<p>Lenguaje: Mutismo _____ Claro _____ Disártrico _____  Dislábico _____ Obsceno _____  Taquilábico _____ Bradilábico _____</p> <p>Otros _____</p> <p>Conducta ante el examen: Cooperador _____  Inhibido _____ Desinhibido _____ Negativista _____  Teatral _____ Receloso _____ Evasivo _____</p> <p>Otros _____</p> <p>Conciencia: Lúcida _____ Somnolencia _____  Obnubilación _____ Delirium _____  Confusional _____ Otros _____</p> <p>Atención:  Hiperconcentración _____ Hipervigilante _____  Distráctil _____</p> <p>Sensopercepciones:  Ilusiones _____  Alucinaciones (tipo) _____  Otros _____</p> <p>Pensamiento:  Aceleración _____ Lentificación _____  Disgregación _____ Incoherencia _____  Prolijidad _____ Perseveración _____ Bloqueo _____</p> <p>Ideas:  Fijas _____ Sobrevaloradas _____ Obsesivas _____ Suicidas _____  Deliranes (tipo) _____  Otras _____.</p>
---	---

**Urgencias en psiquiatría infantil. Hospital “Juan Manuel Márquez”  
(enero-diciembre/2019). Hoja 2**



<p>Afectividad: Euforia ____ Disforia ____ Tristeza ____ Llanto ____ Ansiedad ____ Labilidad afectiva ____ Disociaciónideo-afectiva ____ Otros ____.</p> <p>Conducta: Abulia ____ Hipobulia ____ Impulsividad ____ Negativismo ____ Manerismo ____ TICS ____ Hiperquinesis ____ Excitación psicomotriz ____ Lentitud motora ____ Pérdida de hábitos. higiénicos ____ Insomnio ____ Anorexia ____ Bulimia ____ Intento o gesto suicida ____ Hipererotismo ____</p> <p>Nivel de funcionamiento: Neurótico ____ Psicótico ____ Psicopático ____ Deficiente ____ No precisado ____</p> <p>Planteamientos diagnósticos: Diagnóstico psiquiátrico presuntivo nosológico _____</p> <p>Otros diagnósticos asociados _____</p>	<p>Conducta seguida por el médico de atención de la urgencia: Hospitalización: Sí ____ No ____ (no disponibilidad de camas ( ) _____ Negativa de padres _____ Otras ( ) ¿Cuáles? _____</p> <p>Remisión a: Consulta externa (HPJMM) ____ Psiquiatra del área de salud ____ Servicios de pediatría u otra especialidad no psiquiátrica ____ Otros ____</p> <p>Prescripción de psicofármacos: Neurolepticos ____ Antidepresivos ____ Ansiolíticos ____ Anticonvulsivantes ____ Anti parkinsonianos ____ Otros medicamentos ____ Ninguno ____</p> <p>Definición de urgencia psiquiátrica: El paciente atendido constituye una urgencia psiquiátrica: Sí ____ No ____</p> <p>Observaciones: añadir cualquier dato que considere de interés.</p>
---	--

## Anexo 2

### Instructivo para la recogida de datos (preguntas seleccionadas)

- Edad. El dato recogido por el entrevistador deberá responder a la edad del paciente en años cumplidos.
- Grado de escolaridad.: El entrevistador tendrá en cuenta el nivel de enseñanza escolar terminado por el paciente.
- Motivo de consulta. En este acápite el entrevistador tomará en cuenta los síntomas referidos por el paciente y/o por sus familiares. Pueden tomarse en consideración desde uno hasta tres síntomas.
- APP. El entrevistador hará énfasis en la existencia de trastornos psiquiátricos en el paciente de cualquier índole con anterioridad.
- APF. El entrevistador tendrá en cuenta la presencia de trastornos psiquiátricos de cualquier índole en familiares allegados (padres, abuelos, hermanos, tíos).
- Diagnóstico psiquiátrico presuntivo sindrómico. En este acápite se tendrá en cuenta el primer pensamiento médico en relación a los síndromes psiquiátricos más frecuentemente relacionados con la urgencia según características clínicas del paciente en cuestión.
- Diagnóstico psiquiátrico presuntivo nosológico. En este acápite se tendrá en cuenta el primer pensamiento médico en relación a los criterios de la CIE-10 <sup>(36)</sup> y GC-III <sup>(33)</sup> según características clínicas del paciente en cuestión (síntomas y signos, forma de aparición, tiempo de evolución y antecedentes).



- Diagnósticos asociados. En este acápite se especificarán la presencia de otros trastornos que pueden o no estar en relación con la afección actual.
- Diagnóstico psiquiátrico definitivo. Se completará solamente en los pacientes que ingresen en nuestro centro seleccionando de las historias clínicas el diagnóstico con que egresan de nuestra institución.
- Urgencia psiquiátrica. Deben ser consideradas como tal todas aquellas manifestaciones que presentan una o más de las siguientes características (criterios de urgencia del Dr. Ricardo González)<sup>(20)</sup>:
  - Que implique riesgo importante e inmediato para la vida del paciente.
  - Que conlleve riesgo inmediato e importante para la vida de otras personas.
  - Que pueda complicarse seriamente si se pospone su asistencia.
  - Que determine la posibilidad de comportamiento reprochable socialmente (agresiones, violaciones, destructividad).
  - Que condicione notable sufrimiento para el paciente y sus familiares.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo.

*Curación de datos:* Carmen Zujaila Rodríguez del Rosario.

*Análisis formal:* Carmen Zujaila Rodríguez del Rosario y Alina Leyva Castells.

*Metodología:* Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo.

*Validación:* Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo.

*Redacción-borrador original:* Carmen Zujaila Rodríguez del Rosario y Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo.

*Redacción-revisión del manuscrito final:* Gladys Cecilia Castillo Yzquierdo y Carmen Zujaila Rodríguez del Rosario.