

Agitación psicomotriz: caracterización de niños y adolescentes hospitalizados en un centro de referencia de Uruguay entre los años 2023- 2024

Psychomotor agitation: characterization of children and adolescents hospitalized at a referral center in Uruguay between 2023 and 2024

Martín Notejane¹ , Juan Irigoyen² , María Valentina Morriel³ , Catalina Chelini³ , Valentina Esteves³ , Carolina Nairac³ , Sofía Pazos³ , María Victoria Recoba³ , Santiago Mansilla⁴ , Loreley García¹ , Gabriela Garrido² 

¹Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Pediatría B. Montevideo, Uruguay.

²Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica de Psiquiatría Pediátrica. Montevideo, Uruguay.

³Universidad de la República, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

⁴Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Métodos Cuantitativos. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial en los últimos años han aumentado las consultas relacionadas con problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes (NNA). Entre estas, la agitación psicomotriz (APM) constituye uno de los principales motivos de hospitalización. **Objetivo:** Describir las características clínicas y el abordaje terapéutico de los NNA hospitalizados por APM en el Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell entre junio de 2023 a mayo de 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los menores de 15 años hospitalizados por APM. **Resultados:** Se registraron 91 casos (60,4% varones, 73,6% entre 10-15 años). El 94,5% presentaba antecedentes de comorbilidad relevante: patologías orgánicas 50,0%, (epilepsia 30,2%) y psicopatología de base previamente diagnosticada 86,0% (trastornos de conducta 79,7%). El 82,4% con antecedente de episodios previos de APM. Caracterización de los episodios de APM: duración menor a 24 horas 79,1%, tipo heteroagresivas 49,4%; principales desencadenantes: discusiones con familiares 40,6% y con docentes 13,2%. En

ABSTRACT

Introduction: Worldwide, consultations related to mental health problems in children and adolescents have increased in recent years. Among these, psychomotor agitation (PMA) is one of the main reasons for hospitalization. **Objective:** To describe the clinical characteristics and therapeutic approach in children and adolescents hospitalized for PMA at the Pereira Rossell Pediatric Hospital between June 2023 and May 2024. **Materials and Methods:** We conducted a descriptive, retrospective study using medical records. All children under 15 years of age hospitalized for PMA were included. **Results:** 91 cases were recorded (60.4% male, 73.6% between 10 and 15 years old). 94.5% had a history of relevant comorbidity: organic pathologies 50.0% (epilepsy 30.2%) and previously diagnosed underlying psychopathology 86.0% (behavioral disorders 79.7%). 82.4% had a history of previous episodes of behavioral psychomotor agitation (BPMA). Characterization of the BPMA episodes: duration less than 24 hours 79.1%, hetero-aggressive type 49.4%; main triggers: arguments with family members 40.6% and with teachers 13.2%. In 39.6% of cases, only non-pharmacological measures were used;

Correspondencia: Martín Notejane correo: mnotejane@gmail.com

Financiamiento: Autofinanciado

Declaración de conflictos de interés: Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Editor responsable: Leticia Ramírez Pastore  Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 07/11/2025 **Aceptado:** 03/12/2025

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.52032025002b>

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

39,6% de los casos se emplearon exclusivamente medidas no farmacológicas; 35,2% requirió uso de fármacos y 14,3% contención mecánica. El 12,1% requirió traslado a una clínica especializada; 28,6% reingresó por un nuevo episodio de APM durante el período de estudio. **Conclusiones:** Los adolescentes de sexo masculino con antecedentes de patología psiquiátrica fueron los que más registraron hospitalizaciones por APM. La mayoría fueron crisis de breve duración, dirigidas hacia terceros. Se realizó un abordaje terapéutico escalonado, predominando el uso de la contención verbal. Un porcentaje relevante reingresó durante el período de estudio.

Palabras claves: Adolescentes, hospitalización, agitación psicomotriz, salud mental, Uruguay.

35.2% required medication and 14.3% required mechanical restraint. 12.1% required transfer to a specialized clinic; 28.6% were readmitted for a new episode of BPMA during the study period. **Conclusions:** Male adolescents with a history of psychiatric illness were the most frequently hospitalized for psychomotor agitation. Most of these episodes were brief and directed toward others. A stepwise therapeutic approach was implemented, with verbal de-escalation being the predominant method. A significant percentage were readmitted during the study period.

Keywords: Adolescents, hospitalization, psychomotor agitation, mental health, Uruguay.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial en los últimos años se han incrementado las consultas de niños, niñas y adolescentes (NNA) por problemas de salud mental, las mismas representan aproximadamente el 5% de las consultas en urgencias pediátricas^(1,2). En el Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR), centro de referencia nacional para la atención de NNA del subsector público de salud de Uruguay, también se ha registrado este fenómeno. En el año 2019 en el Departamento de Emergencia Pediátrica del HP-CHPR, entre los motivos de consultas vinculados a problemas psicosociales y de salud mental, predominaron las situaciones de maltrato infantil, los intentos/ideaciones autolíticas y en tercer lugar la agitación/excitación psicomotriz, registrándose 254 consultas por este último motivo⁽³⁾.

La agitación psicomotriz (APM) constituye un síndrome caracterizado por el aumento significativo de la actividad motora, que puede asociar alteraciones emocionales diversas como miedo, pánico, euforia, enojo, irritabilidad, entre otras⁽²⁾. El aumento de la actividad motora puede variar desde una ligera inquietud hasta conductas violentas^(4,5). La APM no constituye un diagnóstico en sí mismo, es la manifestación de una situación vital y/o enfermedad subyacente⁽⁵⁾.

Si bien se describen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de una APM, los mismos pueden no estar presentes o no ser identificados claramente en

la consulta. La APM puede desarrollarse ante situaciones estresantes, de incomodidad o dolor⁽⁶⁾. Los factores de riesgo para el desarrollo de una APM suelen originarse de una compleja interrelación entre factores individuales, familiares, sociales y ambientales⁽⁶⁾.

Según su etiología, la APM, pueden clasificarse en orgánicas y psiquiátricas^(7,8). Las de causa orgánica se definen por un cuadro de comienzo agudo o subagudo en un paciente sin historia psiquiátrica previa⁽⁵⁾. Un signo característico es la fluctuación de la sintomatología, alternándose períodos de calma con períodos de excitación^(5,7). Como causas orgánicas se describen las intoxicaciones por sustancias psicoactivas o síndromes de abstinencia, crisis epilépticas, infecciones (meningitis, encefalitis, sepsis), metabolopatías, tumores del sistema nervioso central y el traumatismo encefalocraneano^(5,7).

La APM de causa psiquiátrica suele ocurrir en pacientes con antecedentes de psicopatología de base. En estos pacientes su inicio suele ser mayormente insidioso, la conciencia no suele estar afectada y no presentan desorientación temporoespacial. Las causas subyacentes a una APM de causa psiquiátrica pueden ser distintos trastornos que tienen como síntoma común la impulsividad (trastorno por déficit de atención, oposicionista desafiante, de conducta), características temperamentales intensas exacerbadas por estresores

ambientales, descompensaciones de trastornos crónicos (discapacidad intelectual severa, trastorno del espectro autista), psicosis agudas, trastornos esquizofrénicos y paranoicos descompensados, trastornos del estado de ánimo (depresión y bipolaridad), medio familiar desorganizado (exposición a situaciones de violencia o maltrato)^(5,7).

El abordaje en la urgencia y durante la hospitalización del NNA con una APM constituye un desafío para el equipo de salud. Una de las mayores complejidades del abordaje es tener que intervenir la mayor parte de las veces sin haber aclarado su etiología. Su manejo debe realizarse de forma individualizada adecuándose a las necesidades del paciente, considerando los posibles factores desencadenantes del episodio. El objetivo principal de la atención es la protección del NNA y de las personas en su entorno, incluido el personal sanitario que lo asiste. Entre las estrategias de abordaje terapéutico se incluyen la contención verbal, la física o mecánica y el uso de fármacos^(7,9,10).

No existen estudios previos en Uruguay que caractericen este motivo de hospitalización y describan su abordaje terapéutico. Conocer en mayor profundidad este problema de salud podría permitir mejorar las prácticas asistenciales en la urgencia, durante la hospitalización y en el seguimiento ambulatorio.

El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y el abordaje terapéutico de NNA hospitalizados por APM en el HP-CHPR entre el 1/06 de 2023 al 31/05 de 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se seleccionó una muestra por conveniencia que incluyó a todos los menores de 15 años hospitalizados por APM entre 2023 y 2024, cuyos familiares o cuidadores otorgaron su consentimiento para participar. Se excluyeron a los que se le otorgó el alta desde la urgencia y quienes no otorgaron el consentimiento/asesamiento para participar.

El contacto con los participantes fue proporcionado por el Servicio de Registros Médicos. Los datos se

recogieron mediante la revisión de historias clínicas. Se utilizó una ficha de recolección de datos elaborada por los autores.

De los NNA se registró: edad en años y en rangos etarios, sexo, procedencia según regiones, máximo nivel educativo alcanzado hasta el momento. De los antecedentes personales se registró la presencia de psicopatología de base, enfermedades neurológicas o metabólicas, antecedentes de violencia intrafamiliar y residencia en centros de menores durante el periodo del estudio o en algún momento de la vida.

Para la sistematización de la recolección de datos, se consideró violencia en su concepto más amplio, incluyéndose dentro de ésta el registro en las historias clínicas de cualquier situación de abuso, maltrato, riesgo o disfunción familiar.

Del episodio de APM se analizó: tipo de crisis (autoagresiva; heteroagresiva, mixta), duración (menor/mayor de 24 horas, no especificado), reiteración del episodio durante la hospitalización; asociaciones (ideación suicida, componente ansioso, psicótico), desencadenantes (no identificado, problemas escolares/liceales, discusiones con pares, con familiares, con pareja, alteraciones metabólicas y/o endocrinológicas, alteraciones neurológicas, alteraciones psiquiátricas, infecciones, consumos de sustancias psicoactivas/tóxicos).

Del abordaje terapéutico se registró: uso de medidas no farmacológicas (contención verbal o por la palabra, contención física/mecánica, ambas, no especificado), uso de medidas farmacológicas.

Se consideró contención verbal o por la palabra a todas las medidas realizadas por los profesionales de la salud (médicos/ enfermeros) con el objetivo de contener, calmar, tranquilizar al NNA y lograr el cese del episodio de APM.

En los casos en que se utilizaron fármacos se registró: dosis, vía de administración, efectos adversos. Para establecer si las dosis utilizadas fueron adecuadas se comparó con las dosis recomendadas por la base de datos Pediamecum de la Asociación Española de Pediatría. Se analizó la existencia de interconsulta con psiquiatría infantil en la urgencia y durante la

hospitalización.

Respecto a la evolución se indagó días de hospitalización, necesidad de traslado a clínica de agudos, reiteración de crisis intrahospitalaria, reingreso por el mismo motivo durante el periodo de estudio.

Los datos fueron analizados utilizando el programa informático “JASP 0.19.1” y el lenguaje de programación “Python 3.11.9” utilizando la librería “SciPy 1.14.1”.

Las variables cualitativas fueron medidas en escala nominal u ordinal según correspondía, y expresadas en frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Las variables cuantitativas fueron medidas en escala de razón y expresadas con medidas de tendencia central y su rango.

Se evaluó la relación entre sexo, características del episodio y abordaje terapéutico con el fin de determinar si existía asociación entre algunas de estas variables. Para analizar e identificar esta posible relación se utilizó el Test de Chi cuadrado o Test de Fisher según correspondía. Se consideró un valor $p < 0,05$ para establecer significancia estadística. Consideraciones éticas: Se solicitó el consentimiento informado telefónico a padres o cuidadores y asentimiento a los adolescentes. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del centro.

RESULTADOS

Durante el período de estudio consultaron al Departamento de Emergencia Pediátrica del CHPR por episodios de APM 133 NNA, 42 de ellos fueron excluidos por no requerir hospitalización. Se incluyeron 91 casos, siendo la tasa de incidencia de hospitalizaciones por APM de 9 por cada 1000 NNA hospitalizados.

La mediana de edad al momento del ingreso fue 12,0 años (rango 3-14), 60,4% (55/91) de sexo masculino; procedentes del interior del país 57,1% (52/91), y de Montevideo (capital del país) 42,9% (39/91). Registraban como máximo nivel educativo alcanzado primaria completa 58,2% (53/91), secundaria incompleta 31,9% (29/91) y 9,9% (9/91) no habían iniciado el proceso de escolarización o lo habían abandonado.

El 94,5% (86/91) de los NNA presentaba al menos un antecedente o comorbilidad de relevancia, patologías médicas/orgánicas 50,0% (43/86), epilepsia 30,2% (13/43); y tenían antecedentes de psicopatología de base diagnosticada previamente 86,0% (74/86), trastorno de conducta 79,7% (59/74), y trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH) 31,1% (23/74). Presentaban antecedente de APM previa 82,4% (75/91). Las características epidemiológicas de los NNA incluidos se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características epidemiológicas de los NNA hospitalizados por APM en el HP-CHPR, 2023-2024. (N=91).

	Variables	FA	FR (%)
Edad (años)	0-4	4	4,4
	5-9	20	22,0
	10-15	67	73,6
Procedencia	Sur	63	69,2
	Litoral este	10	10,9
	Norte	7	7,7
	Litoral oeste	6	6,6
	Centro	5	5,6
Médicas/orgánicas* (n=43)			
Antecedentes Personales	Epilepsia	13	30,2
	Déficit intelectual	11	25,6
	Obesidad	9	20,9
	Asma	6	13,9
	Retraso global del desarrollo	6	13,9
	Hipotiroidismo	5	11,6
	Trastorno del aprendizaje	4	9,3
	Otros**	8	18,6
Psicopatología de base* (n=86)			
	Trastorno de conducta	59	79,7
	Trastorno déficit atencional con hiperactividad	23	31,1
	Trastorno del espectro autista	7	9,4
	Trastorno de personalidad	5	5,8
	Ansiedad	2	2,3
	Depresión	2	2,3
	Humor en menos	2	2,3
	Trastorno oposicionista desafiante	1	1,2

NNA: Niños, Niñas y adolescentes; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; APM: Agitación psicomotriz. FA: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa porcentual. *Algunos de los NNA presentaban más de una comorbilidad médica relevante o psicopatología de diagnóstico previo. **Otros: hipertensión arterial, cardiopatía congénita, hipertiroidismo, enuresis, trastorno del sueño, parálisis cerebral, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

De los NNA incluidos, 71,4% (65/91) presentaban al menos un antecedente sociofamiliar asociado a APM, los registrados en esta serie fueron antecedentes de exposición a violencia 92,3% (60/65) y residencia en centros de larga estadía propios o contratados por el Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) 52,3% (34/65). Registraban ambos antecedentes 44,6% (29/65).

En cuanto a las características clínicas, predominaron las crisis de heteroagresividad 49,4% (45/91), asociaban ideación suicida 35,1% (32/91). Los

episodios de APM presentaron una duración menor de 24 horas en 79,1% (72/91). El principal desencadenante fueron las discusiones familiares 40,6% (37/91). Los meses en los que se registró un mayor número de ingresos por este motivo fueron abril, septiembre y noviembre. En la tabla 2 se caracterizan los episodios de APM de los NNA incluidos.

Tabla 2. Características y desencadenantes de las crisis de APM. (N=91).

	Variables	FA	FR (%)
Duración de la crisis (horas)	< 24	72	79,1
	> 24	2	2,2
	No especificado	17	18,7
Tipo de crisis	Heteroagresiva	45	49,4
	Autoagresiva	7	7,7
	Mixta	39	42,9
Asociaciones*	Ideación suicida	32	35,1
	Componente ansioso	31	34,0
	Componente psicótico	5	5,5
	No especificado	40	43,9
Desencadenante	Discusiones con familiares/cuidadores	37	40,6
	Discusiones con maestros/docentes	12	13,2
	Discusiones con pares	10	11,0
	Alteraciones psiquiátricas	6	6,6
	Consumo de psicoactivos y tóxicos	2	2,2
	Discusiones con la pareja	2	2,2
	No identificado	22	24,2

APM: Agitación psicomotriz. FA: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa porcentual.

*Algunos de los NNA presentan más de una asociación.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la presencia de ideación suicida durante la APM ($p=0,016$).

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y los desencadenantes de la crisis ($p=0,058$). En la figura 1 se muestran los distintos desencadenantes y su presentación según el sexo.

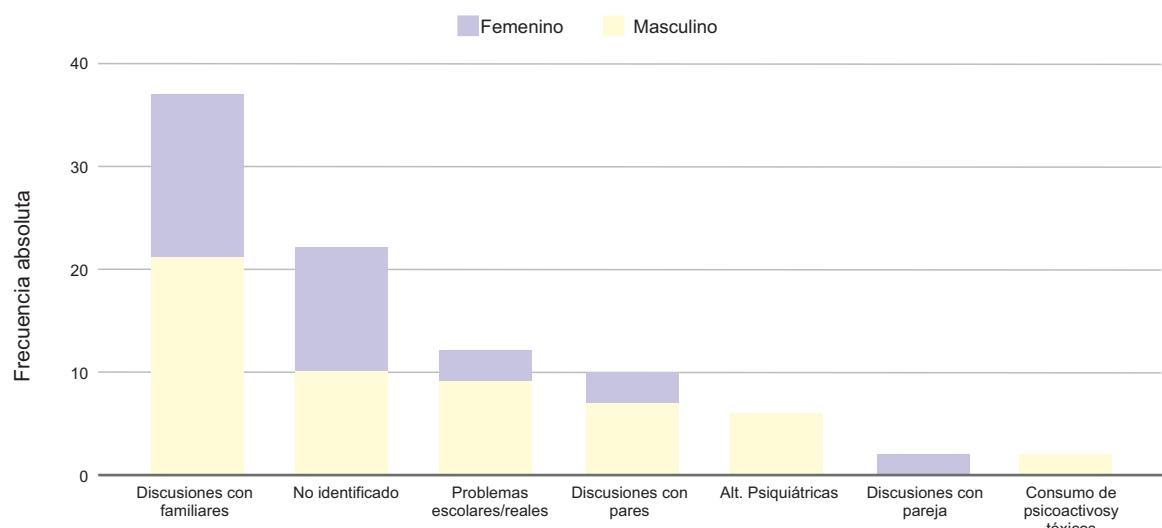


Figura 1. Distribución del sexo según los desencadenantes de la crisis de agitación psicomotriz. (N=91).

El 95,6% (87/91) de los NNA fueron valorados en la urgencia por psiquiatría infantil previo a su admisión. En los 4 niños restantes el contacto con el especialista en salud mental se realizó en las primeras 24-48 horas de hospitalización.

Respecto al abordaje terapéutico de la APM en 39,6% (36/91) se indicaron medidas no farmacológicas exclusivamente; 34,0% (31/91) requirió únicamente contención por la palabra para lograr el cese de la misma.

Se encontró registro de prescripciones de fármacos en 35,2% (32/91), la vía de administración más utilizada fue la intramuscular 59,4% (19/32), seguido por la oral 31,2% (10/32), en 9,4% (3/32) se prescribieron

fármacos por ambas vías. El fármaco más utilizado fue levomepromazina 62,5% (20/32), midazolam 40,6% (13/32), haloperidol 31,2% (10/32), alprazolam 6,2% (2/32), risperidona y biperideno 3,1% (1/32) respectivamente. Las dosis administradas fueron acordes a las pautas internacionales en 65,6% (21/32), en los casos restantes la dosis administrada superó la recomendada. Se encontró registro de presencia de eventos adversos vinculado al uso de fármacos en 3 casos (distonías).

En 14,3% (13/91) se indicaron medidas de contención mecánica o física.

En la tabla 3 se expresa el abordaje terapéutico de las APM en los NNA hospitalizados.

Tabla 3. Abordaje terapéutico de la APM en los NNA hospitalizados en el HP-CHPR. (N=91)

	Variables	FA	FR (%)
Medidas no farmacológicas (n=66)*	Contención verbal	53	58,2
	Contención verbal + física/ mecánica	13	14,3
VO (n=13)**	Levomepromazina	10	
	Alprazolam	2	40,6
	Risperidona	1	
Medidas farmacológicas (n=32)	IM (n=22)**	Midazolam + Haloperidol	6
		Midazolam + Levomepromazina	5
		Levomepromazina	5
		Haloperidol	3
		Midazolam	2
		Haloperidol + Biperideno	1
Dosis administrada (n=32)	Acorde	21	65,6
	No acorde	14	43,7

APM: agitación psicomotriz; NNA: Niños, Niñas y adolescentes; HP-CHPR: Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell; FA: Frecuencia absoluta; FR: Frecuencia relativa porcentual; VO: Vía oral; IM: Vía intramuscular.

*En treinta y seis casos se indicaron medicas no farmacológicas exclusivamente.

*En tres casos se indicaron en forma simultánea tratamientos farmacológicos por vía oral e intramuscular.

No se encontró asociación significativa entre el sexo y el tipo de abordaje terapéutico utilizado ($p=0,51$).

En la figura 2 se muestran las medidas terapéuticas

utilizadas en el abordaje de la APM en los NNA incluidos.

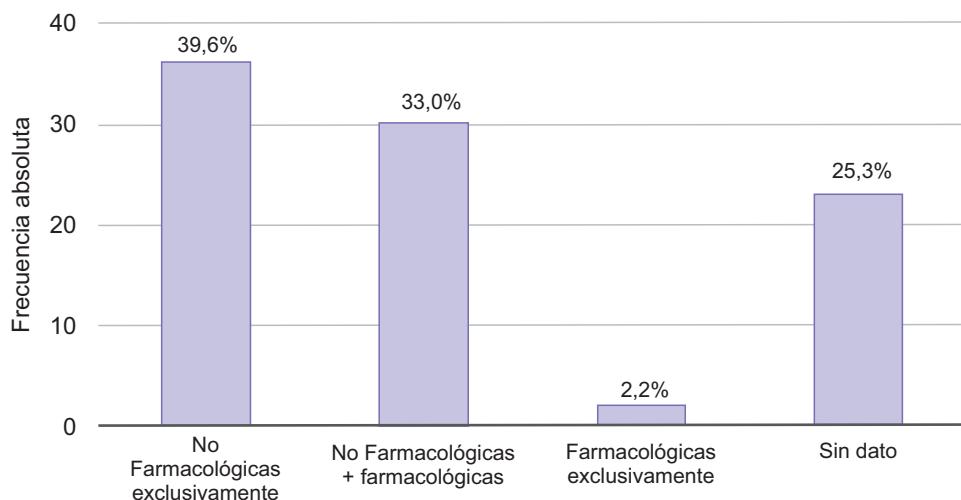


Figura 2. Medidas terapéuticas utilizadas en el abordaje terapéutico de las crisis de agitación psicomotriz. (N=91).

La mediana de días de hospitalización fue 6,0 días (1-201), la APM se reiteró al menos una vez durante la hospitalización en 28,6% (26/91) de los casos.

El 12,1% (11/91) de los NNA requirieron traslados a Clínicas de agudos. La mediana de edad para este grupo fue 12 años (rango 11-14), 6/11 eran de sexo femenino, todos presentaban al menos un antecedente o comorbilidad de relevancia y 9/11 antecedentes de patología psiquiátrica previamente diagnosticada. Entre estas 9/9 presentaban trastorno de conducta, 3/9 TDAH y 1/9 TEA. Residían en centros de larga estadía bajo amparo del INAU 7/11.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la variable reiteración de APM durante la hospitalización y la necesidad de ser trasladado a una Clínicas de agudos ($p<0,001$).

Reingresaron por un nuevo episodio de APM durante el periodo de estudio 28,6% (26/91).

DISCUSIÓN

Al igual que lo referido en la literatura la mayoría de los casos registrados en esta serie fueron adolescentes de sexo masculino que presentaban al menos una comorbilidad o antecedente de relevancia, siendo las psicopatologías las más frecuentemente identificadas, predominando los

trastornos conductuales, TDAH y TEA^(1,8,9,11-13).

Bomberbach y colaboradores señalan a la adolescencia como el ciclo vital que presenta mayores tasas de consultas por problemas de salud mental en la actualidad. Entre las posibles causas se destaca la mayor preocupación por estos temas que demandan al sistema de salud mayor acompañamiento en todos los escenarios de atención⁽¹³⁾. Así mismo la adolescencia es una etapa atravesada por cambios y transformaciones en donde factores relacionados con la presión social y la violencia pueden influir en la salud mental de los adolescentes y jóvenes⁽¹³⁾.

La mayoría de los NNA incluidos presentaban antecedentes socio familiares referidos en la literatura como favorecedores o de riesgo de APM, predominando la exposición previa a situaciones de violencia y la residencia actual o pasada en centros de larga estadía para menores. Diversos autores sugieren que la exposición crónica a situaciones de estrés y violencia provocarían un estado de mayor y sostenida liberación de cortisol, lo que conduciría a alteraciones del neurodesarrollo^(11,14). The Center of Developing Child de la Universidad de Harvard postula que en estos NNA el umbral de respuesta al estrés puede estar alterado, haciéndolos reaccionar ante niveles más bajos de estímulos que no serían estresantes para otros, favoreciendo el desarrollo de patologías orgánicas y psicopatología⁽¹⁴⁾.

En Uruguay, existen protocolos para el manejo de situaciones de violencia y de riesgo que involucran NNA. Estos permiten evaluar en el proceso asistencial la eventual necesidad de internación del menor en un centro de estadía del INAU⁽¹⁵⁾. La institucionalización de NNA debe llevarse a cabo como último recurso y sólo debe aplicarse cuando se hayan agotado todas las opciones de apoyo a la familia para crear un ambiente adecuado y seguro⁽¹⁶⁾. En esta serie se encontró que más de la mitad de los NNA residían o residieron en algún momento en centros de larga estadía para menores, siendo este hallazgo considerablemente mayor a lo reportado en estudio internacionales (superando 7 veces a las tasas de institucionalización de Brasil, 4 veces a la de Paraguay y 3 a la de Argentina^(9,16-18)). Chaves y colaboradores plantean que una institucionalización precoz y prolongada puede tener efectos perjudiciales irreversibles en el desarrollo físico y cognitivo^(16,18).

Con respecto a las características clínicas de las APM, predominaron las de duración menor de 24 horas, dirigidas contra terceros (heteroagresivas) y en un número considerable de casos acompañadas de otros síntomas psiquiátricos como ideación suicida y comportamiento ansioso. Resultados similares fueron comunicados por Molina y colaboradores en un estudio descriptivo realizado en España que incluyó a 114 NNA que consultaron a la urgencia del Hospital de La Paz por APM, en donde en 31,5% de los casos asociaron crisis de ansiedad y síntomas psicóticos⁽⁹⁾. En el presente trabajo se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de ideación suicida en el contexto de la APM y el sexo femenino. Siendo estos aspectos relevantes a considerar a la hora del abordaje asistencial con el objetivo de prevenir el suicidio, e identificar a estos adolescentes para realizar una monitorización clínica multidisciplinaria y evitar conductas suicidas posteriores^(9,12,17,19).

Las APM pueden ser desencadenadas por diversos factores. En el presente trabajo, un tercio de estas fueron gatilladas por discusiones con familiares/cuidadores, maestros/educadores y/o con pares^(1,9,20). La interacción del NNA con su núcleo familiar/cuidadores es de vital importancia, ya que la conflictividad y las respuestas agresivas pueden ser detonadas por reacciones emocionales intensas en el

hogar. Así mismo, una disfunción en el núcleo familiar también puede repercutir en el ámbito escolar y social, favoreciendo la aparición de crisis en estos contextos^(1,9).

Respecto al abordaje terapéutico de las APM, se sugiere un abordaje escalonado, que debe comenzar con la contención verbal, avanzando con medidas farmacológicas en caso de ser necesarias, y finalmente, de fracasar las estrategias previas recurrir a la contención física o mecánica^(4-6,8,21). La literatura suele catalogar como episodios graves de APM a los que requieren: contención física/ mecánica, y/o contención farmacológica y/o ingreso hospitalario indicado por el psiquiatra⁽⁹⁾.

El uso de la palabra debe ser la primera línea de contención ante una crisis, independientemente de la edad de presentación y de sus características clínicas^(4,6,8,22,23). Esta indicación se cumplió en casi la totalidad de los casos en los que se registró el abordaje terapéutico. La intervención y acompañamiento durante la hospitalización de familiares o cuidadores con los que el NNA se sienta cómodo suele ayudar a calmar al paciente, colaborando en la reducción del estrés y ansiedad de los mismos, sobre todo en aquellos con TEA o déficit intelectual^(6,8,23).

El segundo escalón en el abordaje de la CEPM se basa en la aplicación de medidas farmacológicas^(4,6,8,22,23). Se aconseja la utilización de la vía oral en primera instancia⁽⁴⁻⁶⁾. Sin embargo, esto puede verse imposibilitado en el contexto de un paciente no colaborador^(5,7). En este estudio se evidenció una distribución homogénea de las vías utilizadas para la administración de fármacos, con un leve predominio de la vía intramuscular sobre la oral.

El fármaco mayoritariamente utilizado fue levomepromazina. No existe consenso sobre qué fármaco y dosis administrar, esto puede deberse a la heterogeneidad de la población de NNA, a la etiología de las APM, en caso de ser identificada y a la diversidad de tipos de crisis. Sin embargo, los grupos farmacológicos mayormente recomendados son: benzodiacepinas, antipsicóticos típicos y atípicos^(1,4,5,8,9,21). Bustos y colaboradores reportaron hallazgos similares a los de esta serie, donde la mayoría de los fármacos prescritos fueron

antipsicóticos típicos, o de primera generación, como levomepromazina⁽⁴⁾. Grief y Treibel plantean el uso combinado de haloperidol y benzodiacepinas (lorazepam o midazolam) vía intramuscular como la estrategia más adecuada para el tratamiento de las APM sobre todo en aquellos con antecedentes de psicopatología de base⁽⁵⁾. Los antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol), están disponibles en Uruguay únicamente en presentaciones para uso por vía oral. Son una alternativa terapéutica de igual eficacia y con mejor perfil de seguridad^(21,24).

Como último recurso y en aquellos casos que implican un riesgo inminente para la seguridad del NNA, sus familiares/cuidadores o el personal de salud, es posible acudir a la contención física o mecánica^(5,22,24). Las tasas de uso de esta estrategia referidas en la literatura son variables (6-18%), siendo uno de los métodos menos utilizados, al igual que lo ocurrido en esta serie⁽⁹⁾.

Las APM que asientan en cuadros conductuales crónicos son uno de los principales motivos de derivación a clínicas de psiquiatría de agudos, siendo en su mayoría internaciones involuntarias. En el periodo analizado se registró un número no despreciable de derivaciones a estos centros especializados⁽³⁾.

En cuanto a la recurrencia de estos eventos, la literatura refiere que la mitad de los NNA que consultaron por APM, tendrán al menos una nueva consulta en un periodo variable de dos meses a un año^(1,11). La presencia de reingresos, orienta a que las crisis no son eventos aislados y tienden a la recurrencia de no abordarse en forma integral las diversas problemáticas subyacentes que provocan la ruptura del equilibrio psicosocial. En esta serie casi la totalidad los NNA presentan el antecedente de una APM previa, reingresando por el mismo motivo durante el periodo de estudio un tercio de los casos.

Este patrón de recurrencia de los episodios evidencia la necesidad de instaurar cambios en el modelo de atención de la salud mental de NNA a nivel nacional. Estos cambios deberían estar guiados por un enfoque integral e interdisciplinario, con

abordaje en los tres niveles de atención, enfatizando en la promoción y prevención de estos problemas.

Fortalezas y debilidades

Este es el primer estudio en Uruguay que describe las características de los NNA menores de 15 años hospitalizados por APM y su abordaje terapéutico. Destacamos algunas limitaciones. Primeramente, sólo se incluyeron NNA de un único centro asistencial, si bien hubo representación de NNA provenientes de todo el país, los resultados no son generalizables. Los determinantes sociales de la salud pudieron incidir en el comportamiento reportado en esta serie, al tratarse de la población de NNA más vulnerable del país. Por otro lado, al ser un estudio de tipo retrospectivo, surgió como limitante la ausencia del registro en las historias clínicas de algunas de las variables que se pretendieron analizar.

Son necesarios nuevos estudios de tipo prospectivo, multicéntrico, con mayor número de NNA incluidos para continuar caracterizando este problema de salud, así como también explorar factores de riesgo, contextuales y desencadenantes no analizados en esta serie.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las crisis de APM se registraron en adolescentes de sexo masculino, con psicopatología previamente diagnosticada predominando los trastornos conductuales, principalmente el TDAH y TEA.

Predominaron las crisis breves, de tipo heteroagresivas, desencadenadas mayoritariamente por discusiones con familiares o cuidadores y educadores.

Se registró un abordaje terapéutico escalonado, predominando el uso de la contención verbal.

Un porcentaje relevante reingresó por el mismo motivo durante el estudio, evidenciando la necesidad de abordar los problemas de salud mental de forma integral en todos los escenarios de atención.

AGRADECIMIENTOS

A la Directora del Departamento de Registros Médicos, del HP-CHPR Lic. Marta Benavidez y al Ing. Ignacio Olazabal por su disponibilidad y colaboración en aspectos prácticos de esta investigación.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Martín Notejane: participó en el diseño del estudio, recolección de datos, análisis de resultados, redacción del manuscrito, revisión y aprobación final.

Juan Irigoyen: participó en el diseño del estudio, análisis de resultados, redacción del manuscrito, revisión y aprobación final.

María Valentina Morriel, Catalina Chelini, Valentín Esteves, Carolina Nairac, Sofía Pazos, María Victoria Recoba: participaron en el diseño del estudio, recolección de datos, análisis de resultados, redacción del manuscrito, revisión y aprobación final.

Santiago Mansilla: participó en la redacción del manuscrito, evaluación estadística y en la revisión final del manuscrito.

Loreley García y Gabriela Garrido: participaron en el análisis de resultados, redacción del manuscrito y en la revisión final.

REFERENCIAS

1. 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-Juv. 2018;(1):17-30. doi: 10.31766/revpsij.v35n1a2
2. Jenkins M, Barrett MC, Frey T, Bouvay K, Barzman D, Kurowski EM. Adherence with an Acute Agitation Algorithm and Subsequent Restraint Use. Psychiatr Q. 2021;92(3):851-62. doi: 10.1007/s11126-020-09860-0
3. Garrido G. Abordaje en emergencia de patología psiquiátrica. Jornada de actualización en Pediatría [Internet]. 2020 [citado 20 ene 2025]. (Sociedad Uruguaya de Pediatría). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HxX06GnSNv0>.
4. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibañez B. Excitación psicomotriz: "manejo en los diferentes contextos". Rev Argent Clínica Neuropsiquiátrica [Internet]. 2010 [citado 20 ene 2025];16(3):191-304. Disponible en: <https://www.docscopy.com/es/docs/excitacion-psicomotriz-1/8748659/>
5. Greif DV, Treibel M. Manejo de la excitación psicomotriz en niños y adolescentes. 2017;24(2):208-2013.
6. Gerson R, Malas N, Mroczkowski MM. Crisis in the Emergency Department. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2018;27(3):367-86.
7. Manejo agudo de la crisis de excitación psicomotriz. En: Atención pediátrica: Normas Nacionales de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención. 9 ed. Montevideo: Oficina del Libro, FEFMUR; 2020. p:699-706.
8. Jiménez Busselo MT, Aragó Domingo J, Nuño Ballesteros A, Loño Capote J, Ochando Perales G. Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. An Pediatría. 2005;63(6):526-36.
9. Molina Gutiérrez MÁ, López López R, Ortiz-Villalobos A, García Sánchez P, Bueno Barriocanal M, Ruiz Domínguez JA. Agitación psicomotriz y conducta agresiva en urgencias pediátricas. Rev Psiquiatr Infanto-Juv. 2023;40(1):4-12. doi: 10.31766/revpsij.v40n1a2
10. Zetterqvist M, Perini I, Mayo LM, Gustafsson PA. Nonsuicidal Self-Injury Disorder in Adolescents: Clinical Utility of the Diagnosis Using the Clinical Assessment of Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. Front Psychiatry. 2020;11:8. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00008
11. Dolan MA, Fein JA, the Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and Adolescent Mental Health Emergencies in the Emergency Medical Services System. Pediatrics. 2011;127(5):e1356-66.
12. Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E, Pollutri G, Neviani V, Ferri P. A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to

- psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;191. doi: 10.2147/NDT.S93874
13. Bommersbach TJ, McKean AJ, Olsson M, Rhee TG. National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020. *JAMA*. 2023;329(17):1469. doi: 10.1001/jama.2023.4809
14. National Scientific Council on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper 3. [Internet]. Center on the Developing Child at Harvard University; (2005-2014). 2024 [citado 20 ene 2025] Disponible en: <http://www.developingchild.harvard.edu>
15. Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). Guía de respuesta ante situaciones de violencia. Montevideo, Uruguay.: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU);2018.
16. Lopez A, Palummo J, Anfitti V, Albornoz G, Bohm S, Corrales AI, et al. Internados. Las prácticas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo. UNICEF Uruguay, Fundación Justicia y Derecho.;2013.
17. Healy E, Saha S, Subotsky F, Fombonne E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *J Adolesc*. 2002;25(4):397-404.
18. Chaves LI, Souza S, Colino. Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes.
19. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. *An Pediatr*. 2006;64(6):536-41.
20. Yzquierdo G, Rodriguez C, Leyva A. Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. *Rev Cuba Pediatría* [Internet]. 2023 [citado 20 ene 2025];(95). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100020&lng=es.
21. Yip L, Aeng E, Elbe D. Management of Acute Agitation and Aggression in Children and Adolescents with Pro Re Nata Oral Immediate Release Antipsychotics in the Pediatric Emergency Department. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2020;30(9):534-41. doi: 10.1089/cap.2019.0171
22. Carredano M, Abufhele M. Guía práctica para el manejo de la agitación psicomotora en pediatría. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*. 2021 [citado 20 ene 2025];32(1):79-87. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1380302/rev_sopnia_2021-1-79-87.pdf
23. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Protocolo de intervención en situaciones de pre-crisis, crisis y post-crisis de niños, niñas y adolescentes en centros especializados de 24 horas del sistema de protección integral. Montevideo, Uruguay.: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU);2019.
24. Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *J Emerg Med*. 2018;54(4):447-57. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.12.049