

Montserrat Porter^{1,2}
Rebeca Gracia¹
Joan-Carles Oliva³
Montserrat Pàmias¹
Gemma Garcia-Parés^{1,4}
Jesús Cobo^{1,4}

Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género

¹Servei de Salut Mental. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

²Unitat de Salut Mental de Badia del Vallès, Barcelona

³Unitat d'estadística. Fundació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

⁴Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona

Introducción. Existe una tendencia en los últimos años al aumento de las urgencias infanto-juveniles por motivos psiquiátricos. El objetivo principal del estudio fue analizar las características sociodemográficas y clínicas en las urgencias psiquiátricas de los menores de 18 años. Como objetivos secundarios, estudiamos la estabilidad diagnóstica y realizamos un análisis de género.

Metodología. Estudio transversal descriptivo de pacientes que consultaron entre 2010 y 2011 al servicio de urgencias pediátricas por motivos psiquiátricos. Comparamos con dos cortes previos (2002-2003 y 2006-2007) y realizamos un seguimiento al año de los diagnósticos asignados. Estadística descriptiva, incluyendo un análisis comparativo de género.

Resultados. Se analizaron 328 episodios (179 pacientes, edad media 14,48 años). Se detecta un incremento de prevalencia de 2002 a 2011. La distribución de diagnósticos por género muestra una asociación significativa de la alteración conductual con el masculino y de las conductas autolesivas y los trastornos alimentarios con el femenino. La tasa de ingreso fue del 18,5%. Tras revisar el diagnóstico al año de seguimiento, muestra diferencias con respecto a la orientación diagnóstica en urgencias.

Conclusiones. El incremento de las consultas psiquiátricas urgentes en pediatría requiere una mayor coordinación y formación de los servicios para mejorar y adaptarse a esta emergencia. La consulta urgente supone la puerta de entrada a la atención psiquiátrica especializada de pacientes complejos y graves. Existen diferencias de género relevantes: se observan más trastornos conductuales, psicosis y

trastornos por uso de sustancias en el género masculino y más conductas autolesivas y trastornos alimentarios en el femenino.

Palabras clave: Urgencias, Pediatría, Psiquiatria, Trastornos de Conducta de la Infancia, Suicidio

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(6):203-11

Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences

Introduction. Child and adolescent psychiatric emergencies have increased in recent years. The main objective of our study is to analyze sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric emergencies under 18 years old that came to our hospital. Secondary objectives were to study diagnostic stability made in the emergency department and undertake a gender analysis.

Methods. Descriptive cross-sectional study of patients attending the pediatric emergency department who required consultation to psychiatry service during 2010 and 2011, comparing data with two previous cross-sectional cuts (2002-2003 and 2006-2007). Then we track the diagnoses assigned during a year. Statistical analysis was descriptive. We also include a gender analysis.

Results. We analyzed 328 episodes corresponding to 179 different patients (average age 14.48). We detected a progressive increase of prevalence of psychiatric emergencies from 2002 to 2011. Diagnostic distribution showed a significant association of Behavioral Disorders with males and an association of Self-injured Behaviors and Eating Disorders with females. The admission rate was 18.5%. One-year diagnostic outcomes showed differences comparing to emergency diagnosis.

Conclusions. Increase and complexity of psychiatric consultations in Pediatric Emergency Department requires a

*Presentación previa en el 57º Congreso AEPNYA (Asociación Española de Psiquiatria del Niño y el Adolescente) en Barcelona, 2012.

Correspondencia:
Montserrat Porter
Salut Mental - CAP Badia del Vallès
C/ Bètica s/n
08214 Badia del Vallès, Barcelona
Tel.: 937192600
Fax: 937291381
Correo electrónico: montseporter@gmail.com

greater coordination and training of these services to enhance patients care. Emergency visit could mean the entrance of complex and severe patients to a specialized care. Our results detect gender differences: more Behavioral Disorders, Psychosis and Substance Use Disorders in males and Self-Injury and Eating Behavior Disorders in females.

Keywords: Emergencies, Pediatrics, Psychiatry, Child Behavior Disorders, Suicide

INTRODUCCIÓN

La atención en urgencias es un punto de detección de los cuadros clínicos más prevalentes y de los debuts de patologías mentales graves. En este contexto, se ha observado un aumento de las urgencias infanto-juveniles en el área de salud mental los últimos años¹⁻⁸.

Los motivos de consulta psiquiátricos en urgencias pediátricas son diversos, así como las características de las muestras, tasas de ingreso⁴ y, en general, las agrupaciones diagnósticas son poco específicas.

Crespo et al.⁹ realizaron un estudio descriptivo de las características de las visitas en las urgencias psiquiátricas en pediatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Analizaron 79 pacientes que consultaron en un periodo de 6 meses, mostrando una distribución diagnóstica similar a la encontrada en nuestro estudio.

Otro aspecto que se ha estudiado en las visitas de los pacientes infanto-juveniles a urgencias ha sido si había alguna relación entre el motivo de consulta y el género de los pacientes. Kennedy et al.¹⁰ describieron una asociación entre el diagnóstico y el género de los pacientes infanto-juveniles; mostrando mayores tasas de depresión e intentos de suicidio en el género femenino; mientras en el grupo masculino se vieron reflejados mayor alteración de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

En nuestro Hospital, Viaplana et al.¹¹ realizaron un análisis de las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles (menores de 15 años) atendidas entre 2002 y 2003 (57% mujeres), con una edad media de 11,8 años. Nuestro grupo (Argemí et al.¹²) publicó un nuevo análisis de las urgencias atendidas entre los años 2006 y 2007, comparando los nuevos datos con el análisis previo. Los nuevos resultados incluyeron a 104 pacientes menores de 15 años, con una edad media de 12,37 años. De la muestra descrita, precisaron ingreso hospitalario el 36%. Los diagnósticos de alta más frecuentes fueron el trastorno de conducta (52%), el trastorno de ansiedad (20,2%) y los intentos autolíticos (12,5%).

Dada la relevancia del tema, y la tendencia observada al aumento de frecuentación de este grupo de pacientes, nuestro objetivo fue profundizar en el análisis de pacientes, realizando un nuevo corte temporal e incluyendo nuevas evaluaciones. El objetivo principal de nuestro estudio fue analizar las características sociodemográficas, clínicas y el plan terapéutico de las urgencias psiquiátricas en pacientes menores de 18 años, que acudieron a nuestro hospital durante los años 2010 y 2011. Como objetivos secundarios realizamos un análisis de género y evaluamos la estabilidad de los diagnósticos realizados al año de seguimiento.

METODOLOGÍA

Se analizaron retrospectivamente los datos de 179 pacientes menores de 18 años que consultaron al servicio de urgencias de pediatría de la *Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí* de Sabadell (Barcelona) entre enero de 2010 y diciembre 2011 y que requirieron interconsulta con psiquiatría. Teniendo en cuenta que algunos pacientes consultaron a nuestro centro en más de una ocasión, obtuvimos un total de 328 episodios.

Nuestro hospital da cobertura a una población de aproximadamente 91.976 habitantes menores de 18 años. Todas las visitas fueron valoradas previamente por un pediatra quién decidió la interconsulta a psiquiatría. Posteriormente, dependiendo de su estado, los pacientes fueron dados de alta a su domicilio, permanecieron ingresados en nuestra unidad de hospitalización de psiquiatría infantil o bien, en caso de no disponer de camas; fueron derivados provisionalmente a otro hospital. Los pacientes que no requirieron ingreso, fueron remitidos a las consultas externas o al hospital de día de salud mental infanto-juvenil de nuestro hospital.

Los pacientes con intentos autolíticos o conductas autolíticas que no requirieron un ingreso urgente y disponían de adecuado soporte familiar, siguieron un protocolo específico de seguimiento y derivación rápida, siendo valorados por nuestro equipo de psiquiatría infanto-juvenil en hospital de día al día siguiente. Este protocolo permite un seguimiento mucho más exhaustivo e individualizado, ya que la intervención multidisciplinar en hospital de día tiene una intensidad diagnóstica y terapéutica muy similar al ingreso hospitalario a tiempo completo.

En nuestro estudio se recogieron variables socio-demográficas y clínicas, así como la estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo de seguimiento. Asimismo, se analizaron por separado las características de los pacientes que requirieron ingreso hospitalario.

Las variables a considerar incluían la edad, el género, el motivo de consulta, el diagnóstico y tratamiento previos (si procedía), los antecedentes personales y familiares psiquiá-

tricos, la necesidad de aplicación de medidas de contención farmacológica o física y la derivación al alta. Posteriormente se compararon los resultados con los análisis previos realizados por nuestro equipo (2002-2003 y 2006-2007^{11,12}). Finalmente, realizamos un análisis de género de los principales diagnósticos.

Para analizar la estabilidad diagnóstica de los pacientes comparamos los diagnósticos realizados en urgencias con los diagnósticos hechos por el equipo de salud mental infanto-juvenil al cabo de 1 año de seguimiento.

En cuanto al análisis estadístico, se describen las variables utilizando medias y medianas en las cuantitativas y proporciones en las cualitativas. Las relaciones se han establecido con el test Chi cuadrado para las variables cualitativas y usando ANOVA para las variables cuantitativas. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 19.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas de la muestra están descritas en la tabla 1. En la muestra obtenida, la frecuentación fue similar respecto al género, obteniendo una edad media de 14,48 años, rango 5-17, DE: 2,63. La gran mayoría de los pacientes que consultaron tenía antecedentes psiquiátricos conocidos (78,8%); constando que en un 21% de los pacientes también tenían antecedentes psiquiátricos familiares. Un 63,1% de los pacientes ya estaban vinculados a la red de salud mental infanto-juvenil y estaba tomando un tratamiento farmacológico (48,6%). Un tercio de los pacientes reconocieron consumo activo de tóxicos, aunque cabe destacar que los datos de consumo de tóxicos se deberían interpretar con precaución, dado que no se realizó una determinación analítica sistemática del consumo de tóxicos en todos los casos y los pacientes no suelen reconocerlo a no ser que se realice una anamnesis dirigida.

La mayoría de ellos acudieron en una única visita en estos 2 años de estudio, pero un 32,9% fueron frecuentadores y un 6,8% hiperfrecuentadores.

Los motivos de consulta a urgencias de estos pacientes fueron en un 42% por una alteración de la conducta. Desglosamos en la tabla 2 si se trata de un episodio de heteroagresividad contra personas, contra objetos o de tipo verbal. El segundo motivo de consulta más frecuente fueron los diferentes tipos de conductas autolesivas (22,8%), diferenciando entre los intentos autolíticos, las autolesiones y la ideación autolítica. Motivos de consulta menos frecuentes fueron la sintomatología ansiosa (14,6%) o la psicótica (5,1%).

La estancia media en urgencias fue de 2 horas. Sólo un 18,9% fueron derivados por un profesional sanitario, el resto

Tabla 1	Características sociodemográficas y clínicas de la muestra (N=179)
	N (%)
Género: masculino	91 (51%)
Edad media (años)	14,48
Antecedentes psiquiátricos personales	141 (78,8%)
Antecedentes psiquiátricos familiares	38 (21%)
Vinculados previamente al Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)	97 (63,1%)
En tratamiento farmacológico previo a la consulta a urgencias	87 (48,6%)
- Metilfenidato y atomoxetina	29 (16,2%)
- Antidepresivos	21 (11,7%)
- Antipsicóticos (risperidona, quetiapina, olanzapina)	17 (9,6%)
- Otros	20 (11,1%)
Consumo de tóxicos	
- Consumo de alcohol	23 (13%)
- Consumo de tabaco	19 (10%)
- Consumo de cannabis	40 (22%)
- Consumo de cocaína	3 (2%)
Frecuentación:	
- 1 visita	108 (60,3%)
- 2-4 visitas (frecuentadores)	59 (32,9%)
- 5 visitas o más (hiperfrecuentadores)	12 (6,8%)
Procedentes de centro de acogida / procedentes del domicilio paterno	25 (14%) / 154 (86%)
Presencia de barrera idiomática	10 (5%)

acudieron por su propio pie. Un 12,2% requirieron traslado en ambulancia.

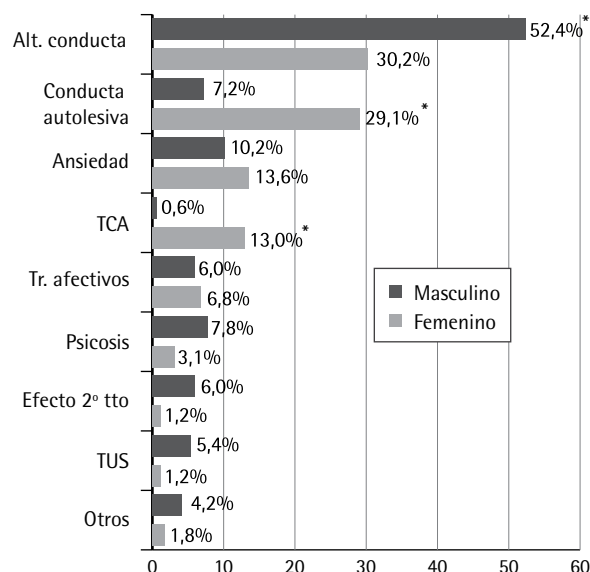
Durante la estancia en urgencias requirieron la administración de un tratamiento farmacológico un 20,1% de los pacientes (66 casos). De ellos, en 26 de los casos se administró un antipsicótico (olanzapina, haloperidol, risperidona o quetiapina) y en 23 pacientes se prescribió una benzodiacepina. En un 26,8% de los casos atendidos en urgencias se decidió realizar un ajuste del tratamiento habitual o se introdujo un tratamiento farmacológico. Un pequeño porcentaje de casos requirió contención mecánica puntual (8,2%).

La distribución de los diagnósticos por género (Figura 1) muestra una asociación de la alteración de conducta en el género masculino (52,4% de las consultas realizadas por chicos fueron por una alteración de conducta; en el caso de las chicas sólo fueron el 30,2%). Respecto a las conductas au-

Tabla 2			Motivos de consulta agrupados (N=328)	
	N	%		
Alteración de conducta	138	42,0%		
- Heteroagresividad contra personas	45	13,7%		
- Heteroagresividad contra objetos	25	7,6%		
- Heteroagresividad verbal	5	1,5%		
- Alteración de conducta sin especificar	63	19,2%		
Conducta autolesiva	75	22,8%		
- Intento autolítico	30	9,1%		
- Autolesiones	28	8,5%		
- Ideación autolítica	17	5,2%		
Ansiedad	48	14,6%		
Sintomatología psicótica	17	5,1%		
Empeoramiento del trastorno de base	14	4,3%		
Anorexia	10	3,0%		
Efecto secundario del tratamiento	10	3,0%		
Depresión	7	2,1%		
Insomnio	6	1,8%		
Otros	2	0,6%		

tolesivas en las mujeres representó un 29,1% del total de su grupo y en los hombres sólo un 7,2%. Asimismo, en los casos de un trastorno de conducta alimentaria (TCA) también predominan las mujeres (13% de las consultas del género femenino fueron TCA; 0,6% del género masculino). Todos ellos con diferencias significativas ($p < 0,001$) (Figura 1).

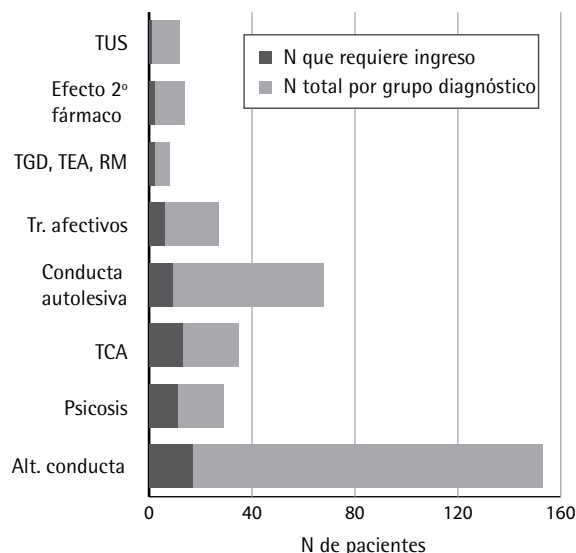
La tasa de ingreso de nuestra muestra fue del 18,5%. Los diagnósticos que requirieron ingreso en una mayor proporción de casos fueron los pacientes diagnosticados de Psicosis (11/18; 61,1%) y de Trastornos de la Conducta Alimentaria (13/22; 59%) (Figura 2). Respecto a las conductas autolesivas, destaca una tasa de ingreso especialmente baja respecto a otros estudios (9/59; 15,2%), probablemente por el programa de intentos autolíticos y derivación rápida a hospital de día. Se realiza un estudio y abordaje intensivos de estos casos de alto riesgo, evitando en la mayoría de los casos un ingreso hospitalario. Destaca un alto volumen de consultas a urgencias por una alteración de conducta, que pueden ser atendidas en urgencias sin requerir ingreso (ingreso de 17 de 136 consultas;



Alt. conducta: Alteración de la conducta; Efecto 2º tto: Efecto secundario a un tratamiento farmacológico; TCA: Trastorno de la conducta alimentaria; Tr. afectivos: trastornos afectivos; TUS: trastorno por uso de sustancias

* Significación $< 0,001$.

Figura 1 Diferencias de género respecto a los diagnósticos de alta de urgencias (N=328)



Alt. conducta: Alteración de la conducta; Efecto 2º fármaco: Efecto secundario a un tratamiento farmacológico; RM: Retraso Mental; TCA: Trastorno de la Conducta Alimentaria; TEA: Trastorno del Espectro Autista; TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo; Tr. afectivos: Trastornos afectivos; TUS: Trastorno por Uso de Sustancias.

Figura 2 Distribución de los ingresos hospitalarios en función de los diferentes grupos diagnósticos (N=328)

12,5%), descartándose una patología mental grave que causara ese episodio y pudiendo volver a domicilio.

La distribución de los diagnósticos varía según las franjas de edad. Observamos un incremento de la presentación de las alteraciones de conducta y la conducta autolesiva de forma proporcional al incremento de la edad. La prevalencia de los cuadros de ansiedad y los trastornos de la conducta alimentaria fue mayor en la franja de 13 a 15 años (tabla 3).

Revisamos el diagnóstico de los pacientes atendidos en urgencias un año más tarde y recogimos cuál fue la orientación diagnóstica del psiquiatra infantil que le estaba llevando en consultas externas. La mayoría de casos seguían recibiendo el diagnóstico de trastorno de conducta (28,5%), pero el porcentaje era mucho menor que en urgencias; trastornos afectivos en un 16,2%, TDAH en un 14,6% de los casos, TCA en un 11,1%, trastorno del espectro autista (TEA) y retraso mental (RM) en un 11,1% (tabla 4).

En el caso de los pacientes diagnosticados de trastornos de conducta en urgencias, 1 año más tarde; un 14,6% fueron diagnosticados de TDAH, un 5,1% tuvieron un trastorno afectivo y un 3,7% un trastorno explosivo intermitente; como diagnósticos más destacables.

Tabla 3	Diagnósticos de alta y edad media (N=238), ANOVA	
	N	Edad media
Alteración de conducta	136	14,57
Ansiedad	39	14
Conducta autolesiva	59	16
Efecto secundario a un tratamiento	12	11
Psicosis	18	15,57
Se descarta patología urgente	1	16,76
TCA	22	15
TDAH	3	9,14
TEA, TGD, RM	6	12
Tr. Afectivos	21	16
TUS	11	16

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEA: Trastorno del Espectro Autista; TGD: Trastorno Generalizado del Desarrollo; RM: Retraso Mental; Tr. Afectivos: Trastornos Afectivos; TUS: Trastorno por Uso de Sustancias.

Tabla 4	Diagnósticos evolutivos al año de seguimiento (N=179)
	N (%)
Trastornos de Conducta	51 (28,5%)
Trastornos Afectivos	29 (16,2%)
Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención	26 (14,6%)
Trastornos de la Conducta Alimentaria	20 (11,1%)
Trastornos del Espectro Autista, Retraso Mental	20 (11,1%)
Trastornos de Ansiedad	17 (9,5%)
Trastornos Psicóticos	11 (6,2%)
Otros	5 (2,8%)

La evolución al año de los intentos autolíticos fue muy variable. Un 22,2% recibieron diagnósticos de trastorno de conducta no especificado, mientras que un 18,5% recibieron el diagnóstico de trastorno adaptativo o bien de trastorno límite de la personalidad en el 18,5% (en casos mayores de 15 años), un 14,8% de anorexia nerviosa y un 7,4% de depresión mayor. Comparando con los dos estudios previos analizando las visitas psiquiátricas infanto-juveniles, observamos un progresivo incremento de frecuentación de 28 pacientes en 2002-2003 a 148 en 2010-2011 (Figura 3). Un factor a

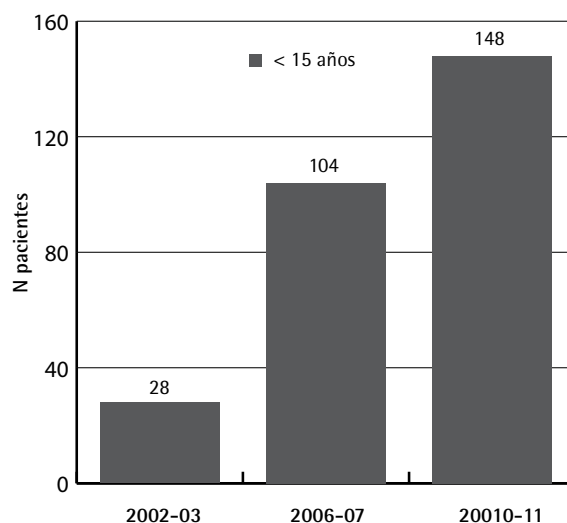


Figura 3

Evolución de las Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles en tres periodos consecutivos de análisis

tener en cuenta al analizar la evolución es que hasta el año 2009 sólo se consideraban "urgencias infanto-juveniles" a los pacientes de 15 años o menores, a partir de entonces se empezó a atender en urgencias de pediatría hasta los 18 años, por lo que presentamos los datos desglosados en estas 2 franjas de edad para que sea más fácilmente interpretable.

DISCUSIÓN

La atención en el servicio de urgencias constituye una importante "puerta de entrada" a la asistencia especializada en salud mental. Hasta un 37% de los pacientes que consultaron en nuestro servicio de urgencias no estaban en seguimiento en las consultas de salud mental y su paso por urgencias permitió el diagnóstico de patologías potencialmente graves.

La tasa de ingreso de nuestra muestra fue del 18,5%. Los diagnósticos que requirieron ingreso en una mayor proporción de casos fueron los pacientes diagnosticados de psicosis y trastornos de la conducta alimentaria. Este dato es diferencial con los resultados de estudios norteamericanos, donde el porcentaje de ingreso tras tentativa llega al 56,1%¹³, y también diferente a la tasa de hospitalización del 32,35% encontrada por Crespo et al.⁹. Nuestros resultados son diferentes, lo cual puede indicar un abordaje clínico y asistencial diferencial, utilizando en mayor medida los recursos asistenciales comunitarios, fundamentalmente el hospital de día. También hay que tener en cuenta que nuestra área de referencia dispone de un índice muy bajo de camas hospitalarias de psiquiatría para esta población (4/91.000 habitantes).

El estudio de Olfson et al.¹³ incluye un modelo de predicción de ingreso hospitalario tras tentativa autolítica en su medio, detectando una interacción entre el diagnóstico psiquiátrico y la prescripción de medicación psicotrópica como factores independientes de riesgo. Un grupo canadiense (Bethell et al.¹⁴) estudió la relación entre la conducta autolítica y la depresión en adolescentes, ambos motivos de consulta frecuentes en urgencias. La coexistencia de ambos diagnósticos tiene implicaciones en la prevención del suicidio, lo cual enfatiza la importancia de diagnosticar y tratar a los adolescentes con depresión y el servicio de urgencias puede ser un buen punto de detección de casos.

Por otra parte, una revisión sistemática reciente sobre el manejo de las tentativas autolíticas en los servicios de urgencias pediátricos (Newton et al., 2010¹⁵) muestra cómo intervenciones que incluyen estrategias de seguimiento pro activo y comunitario consiguen altas tasas de efectividad. Los pacientes que recibieron atención domiciliaria tras la tentativa por enfermeras consiguen mayores tasas de adherencia que los pacientes que fueron dados de alta únicamente con la cita para una visita en consultas externas.

Intervenciones breves en el servicio de urgencias también se han demostrado eficaces, reduciendo el riesgo autolítico y la tasa de ingreso.

En la evolución al año de los intentos autolíticos en nuestra muestra, llama la atención la ausencia relativa de trastornos afectivos mayores. Nuestra interpretación es que, o bien tenemos una muestra insuficiente, o bien los intentos autolíticos en la adolescencia no se asocian únicamente a patología afectiva mayor, sino que pueden ser también reactivos a una problemática relacional o puntual, o un período de ánimo inestable que, en el curso de su evolución, no se podría diagnosticar necesariamente como un trastorno afectivo mayor.

En nuestra muestra, hasta una quinta parte de las consultas recibieron tratamiento farmacológico durante su estancia. Olfson et al.¹³ halló que en el 6,2% de las visitas se administraron ansiolíticos. En el estudio de Kennedy et al.¹⁰ hasta el 60% de la muestra recibió una intervención psicológica breve, medicación o ambas.

En nuestra muestra se registró la necesidad de contención mecánica puntual en 27 de los episodios atendidos durante estos 2 años (8,2%). No existen muchos datos sobre la necesidad de medidas de restricción física en pacientes infanto-juveniles descompensados con patología emergente. El estudio de Grupp-Phelan et al.⁴ recoge la necesidad de administrar medidas de contención farmacológica o física en un 5% de los casos, variando en los diferentes centros del estudio entre un 3% y un 9%. En nuestro análisis previo (años 2006 y 2007), durante su estancia en urgencias, sólo requirieron contención mecánica puntual el 4,8%¹².

No existen muchos datos previos sobre frecuentación y género en las urgencias infantojuveniles. Los hallazgos del estudio de Bell et al.¹⁷ pueden ser interesantes respecto a este tema. Los autores analizaron las visitas a urgencias de los menores de 18 años en el Austin Hospital (Australia) durante el 2006, extrayendo 254 casos, 70,1% fueron mujeres. Dividieron la muestra en 3 grupos: los que acudieron por consumo de tóxicos (T), los que acudieron por otra patología mental (PM) y los pacientes duales (D: consumo de tóxicos y patología mental). En el primer grupo (T) había un porcentaje de hombres (H) y mujeres (M) similar (H:47,1%/M:52,9%). En cambio en el grupo PM predominaban las mujeres (H: 27%/M:73%) así como en el D (H:15%/M:85%). Los datos del grupo D son especialmente llamativos, ya que la predominancia de mujeres es importante y podría orientar hacia posibles riesgos añadidos de patología dual para las mujeres adolescentes.

El estudio de Olfson et al.¹³ también contempla un análisis de género de las visitas, cogiendo una muestra de un hospital norteamericano recogida entre 1997 y 2002, incluyendo pacientes desde 7 a 24 años de edad. Así, los varones

muestran una ratio global de 189,5 visitas por 100.000 habitantes, mientras que las mujeres muestran una ratio considerablemente mayor (263,0). También hay una diferencia no significativa para una mayor tasa de ingreso hospitalario tras tentativa autolítica en mujeres (63,3%), frente a 48,4% en hombres ($p=0,06$).

El análisis de Crespo et al.⁹ muestra también un claro predominio del sexo masculino en el Trastorno de la Conducta (67,85%), del femenino en el Trastorno de ansiedad (71,42%) y nuevamente del femenino en la ideación o intento autolítico (76,92%).

La estancia media en urgencias fue de 2 horas, mientras que en el estudio de Liu et al.¹⁶ era superior (5 horas y 33 minutos). La duración de las urgencias en la muestra del grupo de Grupp-Phelan et al.⁴ fue de 5,1 horas, similar al de Liu et al.¹⁶. Al comparar la duración media de las visitas de salud mental con el resto de consultas médicas se ha visto que tienen una duración superior (169 minutos *versus* 108 minutos). También es más probable que lleguen en ambulancia (21,8% *versus* 6,3%) y que sean finalmente ingresados (16,4% *versus* 7,6%) (Case et al.¹⁸). Respecto a los predictores de la estancia media, un grupo americano realizó un estudio retrospectivo de pacientes entre 3 y 17 años que acudieron a dos servicios de urgencias con un diagnóstico psiquiátrico entre 2010 y 2012. Diferenciaron entre el concepto de estancia media (EM) y estancia media prolongada (EMP). Incluye 239 pacientes con una estancia media de 295 minutos. El diagnóstico fue el predictor más potente de la EM y la EMP. Los pacientes con un trastorno psicótico y con conductas autolíticas experimentaron una mayor EM y EMP (odds ratio 3,07 y 8,36 respectivamente). El género y la historia previa de conducta autolítica estaban asociados con una mayor EM y EMP (Chakravarthy et al.¹⁹).

La duración de la EM y sus costes asociados pueden reducirse utilizando estrategias adecuadas. El estudio de Mahajan et al.²⁰ muestra cómo la duración de las EM de los pacientes pediátricos que precisaban atención por problemas de salud mental era significativamente superior al resto de las visitas urgentes pediátricas ($p=0,001$). Sin embargo, después de implementar un modelo de orientación específico (*Child Guidance Model*), la EM relativa se reducía significativamente, así como los costes asociados.

El estudio de Rogers et al.²¹ en Connecticut (USA) muestra también cómo la utilización de otro programa específico de manejo de las urgencias psiquiátricas (*Child & Adolescent Rapid Emergency Stabilization - CARES Program*) podía reducir no sólo la EM, sino además los costes económicos asociados. Sin embargo, el programa no consigue reducir el número de urgencias psiquiátricas en pediatría. Por otra parte, el uso de programas específicos, algunos de ellos tomados de experiencias en poblaciones adultas, así como un aumento

de la formación de los profesionales pediátricos podría influir positivamente en este problema, como demuestra una revisión sistemática reciente (Hamm et al.²²).

En este sentido, la formación de los futuros especialistas de pediatría debería incluir aspectos claves sobre el abordaje de los problemas de salud mental en la infancia y específicamente sobre el manejo de situaciones de crisis en urgencias. Existen pocos datos sobre las características de esta formación a nivel internacional. Un estudio de Santucci et al.²³, en los Estados Unidos, muestra las carencias de los residentes de pediatría en este contexto. En nuestro estado, la psiquiatría infantil se incluye como una rotación optativa el último año de formación y dispone de un adecuado listado de objetivos docentes (BOE²⁴). Sin embargo, desconocemos la extensión de la utilización de esta opción por parte de los residentes de pediatría.

Respecto a la consulta por consumo de tóxicos un estudio español recogió las características de estas visitas. Velasco et al.²⁵ reclutaron pacientes que acudieron durante el 2007 y 2008 a urgencias de su hospital e hicieron un análisis de orina sistemático con determinación de tóxicos: un 13,5% dieron positivo para cannabis. El consumo de tóxicos que causa una consulta a urgencias suele estar producido por el consumo de varias sustancias y este motivo de consulta es uno de que ha producido un mayor incremento de la frecuentación a urgencias los últimos años (Sanjurjo et al.²⁶). García-Algar et al.²⁷ hace hincapié en las diferentes presentaciones clínicas y de detección de una intoxicación por cannabis, en urgencias. En nuestra muestra se observa también un importante porcentaje de consumidores de tóxicos, incluso a edades tempranas y con consumo simultáneo de varios tóxicos, lo que apoya la necesidad de tomar más en cuenta la participación del consumo de tóxicos. Respecto al consumo de tóxicos, en concreto de alcohol, ha habido estudios dedicados a ver la utilidad de las intervenciones psicológicas breves en urgencias en el caso de los menores de edad (Cunningham et al.²⁸). Se trata de un estudio americano que seleccionó pacientes de 14 a 20 años que dieron positivo a un *screening* de bebedores de riesgo ($n=1054$), aleatorizándolos ($n=836$) a: intervención breve (IB) con un ordenador, IB con un terapeuta o control. A los 3 meses fueron aleatorizados a una IB o control. Realizaron modelos de regresión y vieron que tanto la IB con el ordenador como con un terapeuta reducían el consumo a los 3 meses.

La revisión y recomendaciones de Dolan et al.⁵ para el Comité de Emergencias Pediátricas de Norteamérica destacan diversos aspectos que tendrían que tenerse en cuenta en el manejo y detección de casos de patología mental en las urgencias pediátricas, destacando la importancia de la realización de *screenings* rápidos en urgencias para detectar el riesgo de suicidio y depresión. La revisión de Picazo-Zappino²⁹ describe los principales factores de riesgo de suicidio en ado-

lescentes: depresión, desesperanza, la familia disfuncional, el abuso de tóxicos, el fracaso escolar y el acoso (bullying).

En este sentido, recientemente se ha puesto en marcha en Catalunya el Programa de Código Riesgo de Suicidio que permite la identificación y seguimiento pormenorizado de los pacientes adolescentes (y adultos) con riesgo de suicidio con una orientación de atención continuada³⁰.

Finalmente, la revisión de Scivoletto et al.³¹ realiza un interesante análisis de las urgencias en psiquiatría infanto-juvenil, destacando su relevancia para la detección de las primeras manifestaciones de una patología psiquiátrica, así como la necesidad de realizar una evaluación diagnóstica y de la presencia de un adecuado soporte por parte del entorno. El reciente estudio de Chun et al.³² destaca el reto que supone la creciente necesidad de atender pacientes psiquiátricos en pediatría.

Todas estas recomendaciones son interesantes para nuestro medio. Entre otros aspectos, debemos destacar la recomendación de un mayor conocimiento de las características de las urgencias psiquiátricas en pediatría para una mejor adaptación de los recursos e infraestructuras; así como la formación de los futuros especialistas en pediatría en aspectos de la psiquiatría infanto-juvenil, respecto a las características y manejo de las patologías más frecuentes.

Entre las limitaciones de nuestro estudio se encuentran las de los estudios retrospectivos y el uso de diagnósticos sindrómicos en urgencias que no siempre se ceñían a los criterios de clasificación estandarizados. Otra limitación sería la dificultad de comparar resultados teniendo en cuenta los diferentes sistemas de salud (y sistemas diagnósticos), así como planteamientos sociales y educativos distintos. Entre las principales fortalezas se encuentran el tamaño muestral, el disponer de un seguimiento prospectivo en nuestras consultas externas para la gran mayoría de los casos por el hecho de representar el único centro de referencia para los pacientes infanto-juveniles en nuestra área, lo que permite disponer de datos con pocas pérdidas de seguimiento.

CONCLUSIONES

Se observa un incremento importante en el número y complejidad de las consultas psiquiátricas que se atienden en los servicios de pediatría de urgencias, por lo que cada vez es más necesario una mayor coordinación y formación los servicios de psiquiatría y pediatría para mejorar la atención ofrecida a nuestros pacientes. Por otra parte, cabe destacar la importancia de las urgencias como puerta de entrada a la atención psiquiátrica especializada de pacientes complejos y graves.

La estabilidad diagnóstica es relativamente baja, tendiendo a pasar de diagnósticos sindrómicos en urgencias

a diagnósticos estandarizados en el seguimiento, especialmente en el grupo que se presentó en urgencias con una alteración de conducta. Igualmente, existen diferencias de género en las consultas urgentes infanto-juveniles: el género masculino muestra más Trastornos de conducta, Psicosis y Trastornos por Uso de Sustancias, mientras que el femenino muestra más Conductas autolesivas y Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Pediatric Emergency Medicine Committee, Dolan MA, Mace SE. Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*. 2006;48:484-6.
2. Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Dietrich AM, Grupp-Phelan J, Mullin J. Children's mental health emergencies-part 1: challenges in care: definition of the problem, barriers to care, screening, advocacy, and resources. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:399-408.
3. Baren JM, Mace SE, Hendry PL, Dietrich AM, Goldman RD, Warden CR. Children's mental health emergencies-part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24:485-98.
4. Grupp-Phelan J, Mahajan P, Foltin GL, Jacobs E, Tunik M, Sonnett M, et al. Referral and resource use patterns for psychiatric-related visits to pediatric emergency departments. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25:217-20.
5. Dolan MA, Fein JA, Committee on Pediatric Emergency Medicine. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*. 2011;127:1356-66.
6. Hoyle JD Jr, White LJ. Pediatric mental health emergencies: summary of a multidisciplinary panel. *Prehosp Emerg Care*. 2003;7:60-5.
7. Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. *J Pediatr*. 2015;167:905-10.
8. Hoyle JD Jr, White LJ. Treatment of pediatric and adolescent mental health emergencies in the United States: current practices, models, barriers, and potential solutions. *Prehosp Emerg Care*. 2003 Jan-Mar;7(1):66-73.
9. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Miquez Navarro C, et al. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:536-41.
10. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25:380-6.
11. Viaplana Bartolí G, Ramírez Mallafré A, Ramírez Rodríguez J, Travería Casanova J, Argemí Renom S, Muñoz Espín T. Análisis descriptivo de la patología psiquiátrica remitida desde la unidad de urgencias al servicio de Salud Mental. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:571-86.

12. Argemí S, Cobo J, Pujol G, Bartolí D, Aldecoa V, García M. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infantojuveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias. *Acta Pediatr Esp*. 2010;68:547-53.
13. Olfson M, Gameroff M, Marcus S, Greenberg T, Shaffer D. Emergency Treatment of Young People Following Deliberate Self-harm. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1122-8.
14. Bethell J, Rhodes AE. Adolescent depression and emergency department use: the roles of suicidality and deliberate self-harm. *Curt Psychiatry Rep*. 2008;10:53-9.
15. Newton AS, Hamm MP, Bethell J, Rhodes AE, Bryan CJ, Tjosvold L, et al. Pediatric suicide-related presentations: a systematic review of mental health care in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2010 Dec;56(6):649-59.
16. Liu S, Ali S, Rosychuk R, Newton A. Characteristics of children and youth who visit the emergency department of a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23:111-7.
17. Bell L, Stargatt R, Bosanac P, Castle D, Braitberg G, Coventry N. Child and adolescent mental health problems and substance use presentations to an emergency department. *Australas Psychiatry*. 2011;19:521-5.
18. Case SD, Case BG, Olfson M, Linakis JG, Laska EM. Length of stay of pediatric mental health emergency department visits in the United States. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50:1110-9.
19. Chakravarthy B, Yang A, Ogbu U, Kim C, Igbal A, Haight J, et al. Determinants of Pediatric Psychiatry Length of Stay in 2 Urban Emergency Departments. *Pediatr Emerg Care*. 2015; Epub ahead of print.
20. Mahajan P, Thomas R, Rosenberg DR, Leleszi JP, Leleszi E, Mathur A, et al. Evaluation of a child guidance model for visits for mental disorders to an inner-city pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2007 Apr;23(4):212-7.
21. Rogers SC, Griffin LC, Masso PD Jr, Stevens M, Mangini L, Smith SR. CARES: improving the care and disposition of psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2015 Mar;31(3):173-7.
22. Hamm MP, Osmond M, Curran J, Scott S, Ali S, Hartling L, et al. A systematic review of crisis interventions used in the emergency department: recommendations for pediatric care and research. *Pediatr Emerg Care*. 2010 Dec;26(12):952-62.
23. Santucci KA, Sather J, Baker MD. Emergency medicine training programs' educational requirements in the management of psychiatric emergencies: current perspective. *Pediatr Emerg Care*. 2003 Jun;19(3):154-6.
24. BOE núm. 246 Sábado 14 octubre 2006 pags. 35657-35661. ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas.
25. Velasco Arnaiz E, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Velasco Rodríguez J, Matalí Costa JL, Luaces Cubells C. Who gives a positive cannabis in paediatric emergencies? *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:385-90.
26. Sanjurjo E, Montori E, Nogué S, Sánchez M, Munné P. Cocaine abuse attended in the emergency department: an emerging pathology. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:616-9.
27. García-Algar O, Gómez A. Cannabis in paediatric emergencies. *An Pediatr (Barc)*. 2010;72:375-6.
28. Cunningham RM, Chermack ST, Ehrlich PF, Carter PM, Booth BM, Blow FC, et al. Alcohol Interventions Among Underage Drinkers in the ED: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2015;136:e783-93.
29. Picazo-Zappino J. Suicide among children and adolescents: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(3):125-32.
30. Implantació del Codi Risc Suicidi (CRS) a Catalunya. Dec 2013. [Accessed July 12, 2014]. Available in: http://premsa.gencat.cat/pres_fsyp/docs/2013/12/17/19/36/36170af6-b262-4369-9c6b-a08bc2c1eee5.pdf
31. Scivoletto S, Boarati MA, Turkiewicz G. Psychiatric emergencies in childhood and adolescence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32:112-20.
32. Chun TH, Katz ER, Duffy SJ, Gerson RS. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jan;24(1):21-40.