

Águeda Fernández-Quintana*
Ana Novo-Ponte**
Candela Quiroga-Fernández***
Rebeca Méndez-Iglesias****
César Pereiro-Gómez*****

* Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera, Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría.

** Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

***Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

**** Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría,

*****Centro de Asistencia a Drogodependencias. Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Servicio de Psiquiatría

Correspondencia:

Águeda Fernández Quintana
agueda.fernandez.quintana@gmail.com

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento

A 7-year follow-up study of Child and Adolescent Mental Health Emergencies

RESUMEN

Introducción: A pesar de la mayor demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles, las características de este colectivo no han sido definidas con precisión.

Objetivos: Analizar variables clínicas y sociodemográficas de los menores de 17 años evaluados en Urgencias Psiquiátricas de un hospital general. Estudiar la adherencia terapéutica y la estabilidad diagnóstica tras la atención urgente.

Método: Estudio retrospectivo en una muestra de 218 atenciones psiquiátricas infanto-juveniles durante 7 años (2010-2017).

Resultados: Edad media 13,60 años (DE: 2,36). Sexo: 54% mujeres, 46% varones. El número de atenciones psiquiátricas infanto-juveniles aumentó desde 11,6% en 2010 hasta 23,3% en 2016. Motivo de consulta

más frecuente: alteraciones conductuales en varones y autolesiones en mujeres. Antecedentes de intento autolítico mujeres: 46,4%, varones: 14%. La mayoría de los pacientes presentaban antecedentes psiquiátricos personales y familiares. Antecedentes somáticos (17,1%), la enfermedad más prevalente fue la epilepsia (9,7%). El 11,5% consumían tóxicos (droga más frecuente: THC), el abuso de alcohol era más prevalente entre las mujeres. Tasa de hospitalización (14,7%), los pacientes más jóvenes precisaban ingreso con mayor frecuencia. En Urgencias se prescribieron psicofármacos en el 62,3% de los casos (grupo más recetado: antipsicóticos 38,9%). Derivación para seguimiento ambulatorio (72,5%), asistencia a la primera consulta (81%), retirada de prescripciones farmacológicas (58%). Estabilidad diagnóstica: 77,8%.

Conclusiones: Existen importantes diferencias de género en las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Se trata de un colectivo vulnerable, la mayoría de los

pacientes tienen antecedentes psiquiátricos personales y familiares, con perfil socio-demográfico desfavorable. Es necesario mejorar la adherencia terapéutica tras la atención urgente.

Palabras clave: Child Psychiatry; Emergency Services, Psychiatric; Epidemiology

ABSTRACT:

Introduction: Despite the upward trend in child and adolescent psychiatric emergencies, the characteristics of this population have not been accurately described.

Objectives: To underpin the clinical and sociodemographic variables associated with minors assessed in the Emergency Department (ED) due to mental health concerns. To analyze the therapeutic compliance and diagnostic stability upon ED discharge.

Method: A retrospective study was undertaken on a sample composed of 218 patients aged under 17 years old over a 7-year period (2010-2017).

Results: Mean age 13,60 years (SD: 2.36). 54% females, 46% males. An upward trend in ED visits was noted, increasing from 11,6% in 2010 to 23,3% in 2016. Most common causes for assessment: behavioral disturbances in males and self-harm in females. 46,4% of females and 14% of males had a history of suicide attempt. Somatic history was recorded in 17,1% of cases: epilepsy (9,7%), coeliac disease (4,6%), diabetes (4,1%). In the overall sample, 11,5% of patients presented with substance misuse (cannabis was the most prevalent drug of abuse). Females had a higher prevalence of alcohol misuse. 62,3% of cases received pharmacological treatment upon discharge from ED (antipsychotics 38,9%, benzodiazepines 34,3%). 81% of patients attended the first follow-up outpatient appointment whilst only 58% followed the prescribed treatment accurately. Inpatient admission rate: 14,7%. Diagnostic stability: 77,8%.

Conclusions: Relevant gender differences are noted in child and adolescent mental health emergencies. Patients assessed in ED due to psychiatric crises represent a vulnerable population with an unfavorable socio-demographic profile and high prevalence of somatic and psychiatric history.

Key words: Child Psychiatry; Emergency Services, Psychiatric; Epidemiology

INTRODUCCIÓN

Hasta el 5% del total de urgencias pediátricas se producen por problemas de Salud Mental¹. Estos episodios tienen una importancia notable dado el impacto de la enfermedad mental en la infancia y en la adolescencia. Así mismo, la atención psiquiátrica urgente en la población infanto-juvenil permite establecer un adecuado plan terapéutico e iniciar un seguimiento de casos potencialmente graves².

A lo largo de los últimos años se ha observado un progresivo aumento en la demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles^{3,4,5,6,7,8,9,10}. Además, algunos estudios identifican un aumento en la complejidad, la estancia media en el Servicio de Urgencias y la gravedad de los episodios atendidos en las mismas^{11,12}.

Se ha postulado que los niños, adolescentes y sus familias consideran los Servicios de Urgencias como recursos indispensables y seguros, dada la escasez de recursos comunitarios^{13,14,15}. En este contexto, se estima que solo uno de cada seis niños y adolescentes con problemas de salud mental reciben tratamiento apropiado a nivel ambulatorio por lo que la demanda de atenciones urgentes es elevada¹⁶.

Sin embargo, a pesar de la creciente demanda, las características clínicas y socio-demográficas de los niños y adolescentes que precisan valoración psiquiátrica en Servicios de Urgencias no han sido descritas con precisión⁶. Por lo tanto, es necesario desarrollar estudios epidemiológicos que analicen las características de este vulnerable colectivo.

Es importante tener en cuenta que la enfermedad mental afecta al 20% de la población infanto-juvenil a nivel mundial¹⁷ y produce disminución de la funcionalidad en el 10% de los niños y adolescentes¹⁸. La Organización Mundial de la Salud estima que en el año 2020 los Trastornos Neuro-psiquiátricos en la infancia y adolescencia se situarán entre las cinco causas más frecuentes de mortalidad, morbilidad y discapacidad¹⁹.

Así mismo, el suicidio se sitúa como la tercera causa de muerte entre los 15 y los 19 años. Se estima que la mitad de la población de 13-19 años presenta ideas suicidas, cada año alrededor de 250.000 adolescentes realizan intentos autolíticos y hasta el 10% de los niños llevan

a cabo al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida^{20,21,22}.

Algunos estudios señalan que la tasa más elevada de atenciones urgentes por intento de suicidio por cada 1.000 habitantes corresponde al grupo de entre 15-19 años, especialmente entre las mujeres. Por otra parte, los intentos de suicidio y las autolesiones han duplicado su prevalencia en la última década, aumentando también los casos de abuso de alcohol por lo que podría existir una correlación entre ambos fenómenos²³. Estos datos son alarmantes si tenemos en cuenta que el riesgo suicida parece ser infra-diagnosticado tanto en las Urgencias Infanto-Juveniles como en Atención Primaria²⁴.

También existe una importante correlación entre los Trastornos Afectivos y el suicidio. Dado que los síntomas ansioso-depresivos son más frecuentes entre los adolescentes que acuden a Urgencias por motivos somáticos que entre la población general de adolescentes, los Trastornos Afectivos también parecen estar infra-diagnosticados en este colectivo²⁵.

Por otra parte, se ha encontrado asociación entre las conductas impulsivas, la agresividad y el riesgo de suicidio^{26,27,28,29,30,31}. Así mismo, los Trastornos Adaptativos, el TDAH y los Trastornos de Conducta son los tres diagnósticos más frecuentes en menores de 12 años que acuden al Servicio de Urgencias por ideación o tentativa autolítica³². Los niños y adolescentes con trastornos conductuales constituyen una población vulnerable con mayor riesgo de letalidad por suicidio dadas sus dificultades de adaptación social^{33,34}, las elevadas tasas de ansiedad, depresión y pensamientos suicidas³⁵, el mayor riesgo de consumo de drogas^{36,37} y los problemas legales³⁸.

Por último, cabe reflexionar sobre el impacto de la atención urgente a los niños y adolescentes con problemas de salud mental dado que diversos estudios encuentran que un manejo inadecuado en situaciones de urgencia empeora el pronóstico a largo plazo y complica el abordaje terapéutico³⁹.

Existen importantes barreras al diagnóstico y tratamiento eficiente de las urgencias en salud mental infanto-juvenil^{40,41,42,43}:

- Formación insuficiente de los profesionales sanitarios
- Escasez en las medidas de screening pre-hospitalarias

- Escasa evidencia epidemiológica sobre las características de este colectivo
- Escasez de recursos de hospitalización
- Financiación insuficiente

Aunque se han creado algunos programas para disminuir los costes y la estancia media de las Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles^{44,45,46} existen escasos proyectos centrados en optimizar la calidad asistencial en las atenciones urgentes a niños y adolescentes con problemas de Salud Mental^{47,48,49} y pocos estudios sobre el uso de recursos asistenciales en Psiquiatría Infanto-Juvenil^{13,50}. Un paso indispensable a la hora de establecer modelos asistenciales eficaces en Urgencias Infanto-Juveniles es definir con claridad las características clínicas y socio-biográficas de este colectivo a fin de comprender sus necesidades^{51,52,53,54}.

A continuación, se muestra una tabla resumen de los principales artículos sobre urgencias psiquiátricas

(Tabla 1. Principales artículos sobre urgencias psiquiátricas infanto-juveniles).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de todas las atenciones psiquiátricas infanto-juveniles en menores de 17 años que acudieron al Hospital Materno-Infantil de La Coruña y precisaron evaluación por el Servicio de Psiquiatría durante un periodo de seguimiento de 7 años y 5 meses (enero 2010 – mayo 2017). Se revisaron las historias clínicas y registros de atención en urgencias a fin de efectuar un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas y clínicas de la muestra.

RESULTADOS

Se identifica una tendencia ascendente en el número de atenciones psiquiátricas infanto-juveniles realizadas en Urgencias a lo largo del intervalo estudiado, objetivándose que la prevalencia de dichas urgencias en 2016 duplica las tasas registradas en 2010.

(Gráfico 1. Numero de Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles por año).

La edad media de la muestra fue de 13,60 años (desviación estándar: 2,36), con una mediana de 14 años, una edad mínima de 5 años y una edad máxima de 17 años. El 54% de la muestra estaba constituida por mujeres y el 46% por varones.

Tabla 1. Principales artículos sobre Urgencias Psiquiátricas infanto-juveniles y hallazgos más relevantes

Autor	Año	País	Muestra	Resultados
Sullivan y Rivera	2000	EE.UU.	752 menores de 18 años en 1998 y 1999	Motivo de consulta: agresividad, agitación, intento de suicidio, ansiedad, síntomas psicóticos, abuso de sustancias. 25% de los menores de 12 años y 36% de los pacientes de 12-18 años tenían antecedentes de intentos de suicidio. Diagnósticos más prevalentes: Tr de Conducta, Tr.Adaptativo y Ep. Depresivo
Stewart et al	2001	Canada	548 episodios en pacientes de 5-19 años que acuden a Urgencias por ideas suicidas (1997-1998)	A los 6 meses de seguimiento, 32,6% había consultado de nuevo en Urgencias, 24,1% había realizado un intento de suicidio y 14,3% había precisado hospitalización psiquiátrica por riesgo auto lítico elevado
Healy et al	2002	Reino Unido	104 menores de 17 años atendidos en 1997	Edad media 14,5 años. 73% mujeres. 40% familia uniparental y 30% vivían con ambos padres. 48% tenían antecedentes psiquiátricos
Christodulu et al	2002	EE.UU.	617 episodios generados por 400 pacientes de 2-18 años atendidos en Urgencias (1996-1997)	Edad media 12 años. Predominio de varones (56%). Tasa de ingreso (45%). La mitad de los pacientes poli-frecuentadores consultan de nuevo en Urgencias antes de dos meses tras la primera atención urgente. Las Urgencias Psiquiátricas representan el 5% anual del total de urgencias infanto-juveniles
Toledo	2004	Perú	315 menores de 16 años que acuden por Urgencias psiquiátricas (2000-2002)	Mujeres 59%. Edad: 12-16 (85%). Responsable: madre (49%), ambos padres (18%), otro familiar (17%), padre (10%), otros (6%). Fármacos: antipsicóticos (41%), ansiolíticos (22%) y otros (36%). Seguimiento ambulatorio (86%)
Starling et al	2006	Australia	291 episodios generados por 231 pacientes de 2-17 años durante 10 meses de seguimiento	22% re-acudían a urgencias entre 2 y 5 veces. Edad media 12,6 años, 54% mujeres. Motivo de consulta: ansiedad (38%), alteraciones de conducta (11%), sobredosis (9%), autolesiones (5%), ideación suicida (6%), síntomas psicóticos (2%) y trastornos de conducta alimentaria (0,4%). Tasa de hospitalización (24%). Los síntomas depresivos y los intentos de suicidio eran más prevalentes en mujeres mientras que la agresividad y alteraciones de conducta eran más prevalentes en varones
Santiago et al	2006	EE.UU.	210 menores de 17 años que acuden a Urgencias Psiquiátricas	Edad media 14 años; 51,9% varones; 71,9% antecedentes psiquiátricos personales; 39% antecedentes de ingresos previos en psiquiatría y 40,5% tomaban psicofármacos antes de la atención urgente. Tasa de ingreso: 49.5%
Crespo-Marcos et al	2006	España	79 episodios generados por pacientes de 11-15 años durante 6 meses de seguimiento	51.9 % mujeres, edad media 13,73 años. Antecedentes psiquiátricos: 60%, tratamiento psicofarmacológico previo: 35%. Diagnóstico: Trastorno de Conducta (36.76 %) con predominio en varones, Trastorno de Ansiedad (20.58 %) e intento de suicidio (13.23 %) con predominio en mujeres. Las alteraciones conductuales eran más frecuentes en varones (67.85 %), la ansiedad (71.42 %) y el suicidio (76.92 %) predominaban en mujeres. Tasas de hospitalización: 32,35 %. Motivo de ingreso: Trastorno de conducta 40%, ansiedad 7,4%, riesgo suicida 77,77%

Mahajan et al	2007	EE.UU.	1031 episodios en menores de 19 años en 2002	Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles constituyen el 1.4% del total de urgencias en esta población. Edad media 12.5 ± 3.4 años, 58.5% varones. Tasa de hospitalización 30%. Las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles precisan una estancia hospitalaria más larga y unas tasas de hospitalización post-atención urgente más elevadas
Kennedy et al	2009	Canadá	591 pacientes de 8-17 años que acuden a Urgencias Psiquiátricas (2005-2006)	52,8% mujeres. La mayoría tienen entre 12 y 17 años. Convivencia: con padres (41,3%), solo con madre (32,3%), sólo con padre (5,5%), institucionalizados (11,2%). Antecedentes de ingreso psiquiátrico: 15,6%. A tratamiento psicofarmacológico: 37,1%. El 15% habían acudido previamente a Urgencias Psiquiátricas. Tasa de hospitalización: 17,9%. Las mujeres acudían por sentimientos depresivos y gestos suicidas, los varones acudían por agresividad
Newton et al	2009	Canadá	16.154 episodios correspondientes a 12.589 menores de 17 años valorados por Psiquiatría en Urgencias (2002-2006)	Aumento del 15% en la prevalencia anual de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. 13-17 años (83,3%). Más de un tercio de los pacientes reacuden a Urgencias. La mayoría residen en zona urbana (66,7%). Tasa de hospitalización: 12,4%. Motivo de consulta: abuso de sustancias (41,3%), ansiedad (32,5%), alteraciones afectivas (21,4%), síntomas psicóticos (3,2%), otras alteraciones emocionales (1,1%), autolesiones (0,5%)
Argemi et al	2010	España	104 urgencias psiquiátricas en pacientes de 6-15 años (2006-2007)	Edad media: 12,37 años, 58% mujeres. Motivo de consulta: Empeoramiento de enfermedad de base: 51%, alteraciones conductuales: 31,7%, intento de suicidio: 17,3%. Una atención urgente (59%), 2-4 visitas (38%), 5 o más visitas (7%). Antecedentes Familiares Psiquiátricos: 68,2%. Abuso de Alcohol y/o otras drogas: 39,4%. Prescripción farmacológica en Urgencias: 26%. Ingreso hospitalario 36%. Derivación para seguimiento ambulatorio: 100%
Leyva-Correa et al	2012	España	28 pacientes de 11-18 años en un municipio de Ciego de Ávila (2009-2010)	Mujeres: 89,2%. Intento suicida (39,3%), ideación suicida (25%), amenaza suicida (7,1%) o gesto suicida (7,1%). Factores de riesgo personales: tristeza (82,1%), aburrimiento (75%), gestos suicidas en el grupo de amigos (42,9%), llorar sin motivo (35,7%), insomnio (35,7%)
Taastrøm et al	2014	Dinamarca	721 episodios generados por 569 menores de 17 años en 2003 y 2006	Crecimiento anual del 15% en la prevalencia de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Se han incrementado las consultas por sentimientos depresivos, ansiedad e ideas de suicidio. Tasa de hospitalización: 15-20%. Entre el 15-17% recauden a Urgencias. El 30-33% presentaban ideas suicidas. Predominancia del sexo femenino. Ha aumentado el diagnóstico de Trastorno de Conducta
Liu et al	2014	Canadá	365 episodios generados por 325 pacientes de 10-17 años (2009-2011)	Motivos de consulta: sentimientos depresivos/autolesiones (45,8%) y agresividad (28,8%). Antecedentes psiquiátricos personales (59,4%). Derivación para seguimiento ambulatorio (30%)
Jimenez-Escobar et al	2016	Mexico	170 pacientes de 12-18 años atendidos en Urgencias (2008-2009)	Edad media 14,1 años, 55% mujeres. Convivencia: 67,6% con padres, 19,4% con madre, 3,5% con padre. Tóxicos: 21,2% tabaquismo, 25,9% alcohol, 8,8% otras drogas. 56,7% de los casos refirieron haberse sentido deprimidos alguna vez. El 70% refirieron ideas autolíticas en algún momento de su vida

Porter et al	2016	España	328 episodios generados por 179 menores de 18 años (2010 y 2011)	Edad media 14,48 años. Aumento en la prevalencia de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles entre 2002 y 2010. Asociación entre los Trastornos de Conducta en varones y las autolesiones y Trastornos de Conducta Alimentaria en mujeres. Tasa de hospitalización: 18,5%. Baja estabilidad diagnóstica
Di Lorenzo et al	2016	Italia	101 pacientes de 14-18 años atendidos en Urgencias (2010-2015)	56% varones, edad media 15,99 +- 1,77 DE. Situación familiar: 39% padres casados, 17% padres separados, 4% familia adoptiva, 23% padres inmigrantes, 18% huérfanos o abandonados. Motivos de ingreso más frecuentes: comportamiento agresivo, riesgo de suicidio, descompensación psicótica. El motivo de urgencia más frecuente en varones es el comportamiento agresivo y en mujeres el riesgo suicida. Los trastornos adictivos fueron más frecuentes en hombres (25,93%) y la droga de abuso más prevalente fue THC
Akkaya-Kalayci et al	2017	Austria	1093 pacientes de 4-18 años valorados en Urgencias (2008-2010)	53,4% inmigrantes. 59,2% mujeres. Edad media 14,6 años. 60,3% no había recibido tratamiento psiquiátrico antes de la atención urgente. Motivo de consulta: reacción aguda al estrés (20,3%), alteraciones conductuales (13,9%), intento de suicidio (13,4%). Las mujeres acudían con mayor frecuencia por reacción aguda al estrés (22,9%), intento autolítico (17,2%) o pensamientos suicidas (10%). Los varones acudían por alteraciones de conducta (24,9%)

Se registraron un total de 218 episodios de atención psiquiátrica urgente, correspondientes a 124 pacientes, por lo que el 29% de la muestra acude a Urgencias por alteraciones psiquiátricas al menos dos veces durante el intervalo temporal estudiado. Entre los pacientes que frecuentan el Servicio de Urgencias en más de una ocasión, la distribución es la siguiente: dos atenciones urgentes (50%), tres atenciones urgentes (16%), cuatro atenciones urgentes (13%), más de cuatro atenciones urgentes (21%).

En cuanto al motivo de consulta, se registraron atenciones urgentes por alteraciones conductuales (38,4%), autolesiones (28,2%), agitación psicomotriz (17,1%), ansiedad (12%) y sentimientos depresivos (4,2%).

(Gráfico 2. Motivo de consulta según el sexo.)

Para delimitar la existencia de correlación entre el motivo de consulta y la edad, se realizó la prueba estadística de Kruskal-Wallis, identificando que los pacientes que acuden a Urgencias por alteraciones conductuales son los más jóvenes de la muestra ($p=0,002$) mientras que aquellos que consultan por ansiedad constituyen el grupo de mayor edad ($p=0,021$).

Así mismo, se describió el perfil socio-demográfico de los pacientes y sus familias. El 48,1% de los padres estaban casados mientras que el 47,1% estaban separados o divorciados y en el 4,8% de los casos había

fallecido uno de los progenitores. En cuanto al núcleo de convivencia de los niños y adolescentes, se identificaron los siguientes núcleos de residencia: con sus padres (41,9%), con su madre y sus hermanos (39,5%), con su padre y sus hermanos (6,5%), institucionalizados en centros de menores (5,1%), niños adoptados (3,7%), convivencia con otros familiares (2,8%), en régimen de acogida (0,5%). El 90,7% residían con su familia de origen. El 85,7% de las familias de origen eran españolas y el 14,3% eran extranjeros (procedentes de Sudamérica, Europa del este y Caribe). Los pacientes residían en el hábitat urbano en el 71,3% de los casos, mientras que el 28,7% procedían del medio rural.

Por otra parte, en el 25,2% de los casos se identificó disfuncionalidad en el núcleo primario de apoyo. La existencia de disfuncionalidad se estableció en base a los siguientes criterios: existencia de conflicto permanente entre los padres, comportamiento sexual anormal o abuso de tóxicos en el domicilio, dificultades financieras severas, dificultades de escolarización, existencia demostrada de malos tratos o abuso sexual.

En cuanto al perfil clínico de la muestra, cabe destacar que la mayor parte de los pacientes (84,9%) presentaban antecedentes personales psiquiátricos previos a la atención urgente. Los varones presentaban antecedentes personales psiquiátricos con más frecuencia que las mujeres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,007$).

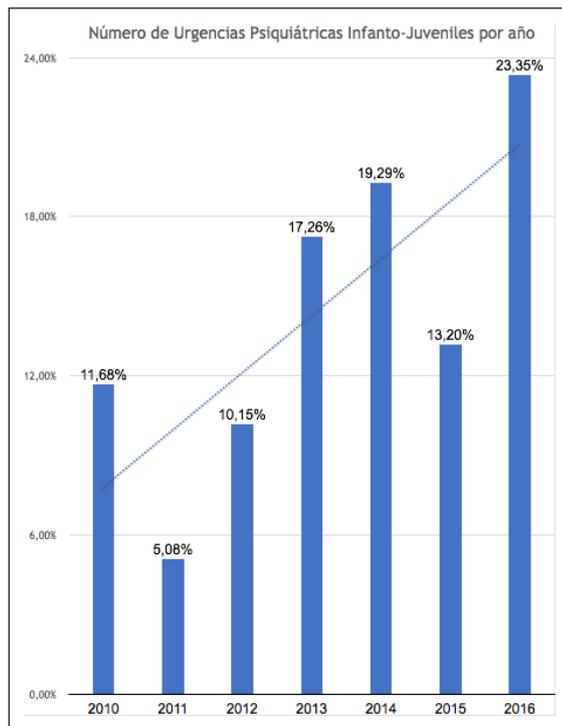


Grafico 1. Numero de Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles por año.

Teniendo en cuenta los antecedentes psiquiátricos por grupos diagnósticos específicos, las mujeres presentaban antecedentes de Trastornos de conducta alimentaria y de Trastornos Depresivos con mayor prevalencia que los varones (en ambos casos $p=0,000$). Por su parte los varones presentaban mayor prevalencia de TDAH que las mujeres ($p=0,003$) y también mayor prevalencia de Trastornos del Espectro Autista ($p=0,000$), Trastorno Generalizado del desarrollo ($p=0,000$), Trastorno por tics ($p=0,04$), Trastornos Psicóticos ($p=0,049$) y Trastorno Bipolar ($p=0,002$).

Los antecedentes psiquiátricos más frecuentes en el total de la muestra fueron los Trastornos de conducta (37,2%), seguidos del TDAH (15,1%), los Trastornos del Espectro Autista (11%), los Trastornos Generalizados del desarrollo (11%), los Trastornos Depresivos (9,2%), los Trastornos de conducta alimentaria (7,8%), los Trastornos de ansiedad (4,1%), el Trastorno Bipolar (4,1%), los Trastornos Psicóticos (3,2%), los Trastornos por tics (1,8%), los Trastornos Obsesivo-compulsivos (1,4%) y los antecedentes de episodio maníaco (0,9%). Por otra

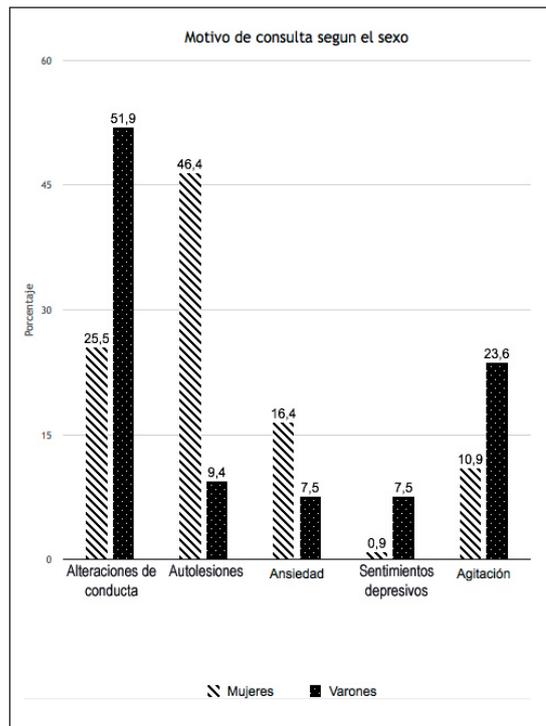


Grafico 2. Motivo de consulta en relación con el sexo.

parte, se detectaron antecedentes personales de eventos traumáticos severos en el 1,4% del total de la muestra.

Los antecedentes personales de intento autolítico ocupan un lugar destacado ya que el 30,4% de la muestra habían realizado al menos un intento de suicidio previo a la atención urgente actual. Además, existen diferencias estadísticamente significativas entre los antecedentes de intento de suicidio y el sexo, siendo estos más prevalentes entre las mujeres (46,4%) que entre los varones (14%) ($p=0,000$).

En cuanto al consumo de tóxicos (estudiado en base a los auto-registros de pacientes y al análisis de drogas en orina en los casos disponibles), se registró una prevalencia de consumo del 11,5%, siendo el cannabis la droga más consumida (9,2%), seguida del alcohol (6%), la cocaína (0,9%) y las anfetaminas (0,5%). Destacamos el hecho de que el consumo de alcohol es más prevalente entre las mujeres (9%) que entre los varones (2,8%), alcanzando el límite de la significación estadística ($p=0,053$).

El 67,4% de la muestra realizaba tratamiento psicofarmacológico previamente a la atención urgente

por Psiquiatría. Se estudiaron las prescripciones previas de los distintos grupos farmacológicos, objetivándose una mayor tasa de tratamiento antipsicótico (39%), ansiolítico (36,4%) y antidepresivo (26,6%) seguido del tratamiento con eutimizantes (12,8%) y estimulantes (12,4%).

Por otra parte, el 28,7% de los pacientes habían precisado al menos un ingreso psiquiátrico previo a la atención urgente.

Así mismo, se identificó que el 57,9% de la muestra presentaba antecedentes familiares psiquiátricos. La prevalencia de dichos antecedentes familiares fue la siguiente: Trastornos Afectivos (28,8%), Trastornos de ansiedad (14,7%), Trastornos Psicóticos (11,7%), abuso o dependencia de tóxicos (9,2%), suicidio consumado en familiar de primer o segundo grado (4,9%), Trastornos de conducta alimentaria (2,5%), TDAH (1,8%), Trastornos de Personalidad (1,8%) y Trastornos del Espectro Autista (0,6%).

En cuanto a los antecedentes personales somáticos, el 17,1% de la muestra presentaba al menos una enfermedad sistémica relevante. Las patologías más frecuentes fueron la epilepsia (9,7%), la enfermedad celiaca (4,6%), la diabetes mellitus (4,1%), las cardiopatías (1,4%), la disfunción tiroidea (1,4%) y la parálisis cerebral (0,9%). Los antecedentes personales somáticos eran más prevalentes entre las mujeres (21,8%) que entre los varones (12,1%), encontrándose en el límite de la significación estadística ($p=0,058$). También se identificaron diferencias estadísticamente significativas en varias patologías somáticas: la diabetes mellitus y la enfermedad celiaca eran más prevalente entre las mujeres ($p=0,03$ y $p=0,01$, respectivamente).

El 14,7% de las atenciones psiquiátricas urgentes a menores de 17 años derivaron en la necesidad de traslado a la Unidad de Hospitalización para su ingreso. Los pacientes que acudieron a Urgencias por sentimientos depresivos presentaron las tasas de ingreso más elevadas (22,2%), con un porcentaje de ingreso psiquiátrico similar al que precisaron los pacientes que acudieron a Urgencias por episodios de agitación (21,6%). La necesidad de ingreso se dio en el 16,9% de los pacientes que acudieron por alteraciones conductuales y en el 13,3% de aquellos que consultaban por autolesiones. Ningún paciente que acudió a Urgencias por ansiedad fue ingresado. Existe significación estadística entre las tasas de ingreso hospitalario y la edad, dado que los pacientes

más jóvenes ingresan con mayor frecuencia ($p=0,039$).

Por último, se analizaron variables relativas al seguimiento prospectivo de estos pacientes. Tras la atención urgente por Psiquiatría en el Hospital Materno-Infantil, se prescribió un nuevo tratamiento farmacológico en el 62,3% de los casos, siendo los antipsicóticos el grupo psicofarmacológico más recetado (38,9%). Otros fármacos frecuentemente prescritos en Urgencias fueron los ansiolíticos (34,3%), los antidepresivos (18,1%) y los eutimizantes (8,3%). Los estimulantes se prescribían únicamente en el 2,8% de las atenciones urgentes. Así mismo, es importante reseñar que solamente el 58,2% de los pacientes retiraban adecuadamente las prescripciones farmacológicas, según los datos registrados por el sistema informático de prescripción electrónica.

El 72,5% de los pacientes fueron derivados a las consultas de su Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia tras el alta en Urgencias, por lo que en el 27,5% de los casos no se registró indicación de seguimiento especializado. Entre los pacientes con derivación a Salud Mental, el 81,1% acudieron a la primera consulta.

Finalmente, se realizó un seguimiento de la estabilidad diagnóstica a lo largo del periodo estudiado (enero 2010 – mayo 2017), en función de la codificación diagnóstica según de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) recogida en la historia clínica. El 77,8% de los casos mantenían el diagnóstico psiquiátrico inicial al final del seguimiento.

DISCUSIÓN

A lo largo de los siete años de seguimiento (2010-2017) se ha identificado un progresivo incremento en la demanda de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles. Esta tendencia ascendente en el número de atenciones psiquiátricas urgentes en niños y adolescentes también se ha registrado en otras muestras nacionales² e internacionales⁵⁰.

Por otra parte, algunos estudios identifican que los episodios psiquiátricos urgentes en este colectivo también son cada vez más graves, detectándose un aumento en el riesgo suicida entre los niños y adolescentes atendidos en los Servicios de Urgencias por patología psiquiátrica¹¹. Estos datos concuerdan con la elevada frecuencia de intentos autolíticos tanto en el presente estudio como en otras cohortes nacionales⁵¹.

Si bien el tamaño muestral del presente estudio

es más reducido que otras muestras internacionales disponibles, existen escasas publicaciones con un tiempo de seguimiento superior a 2 años⁵² y pocos estudios incluyen variables relativas a la evolución del paciente tras el alta en el Servicio de Urgencias⁵³.

A pesar de la heterogeneidad de los estudios sobre Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles, el perfil clínico y socio-demográfico de nuestra muestra es similar al perfil descrito por otros estudios nacionales¹² e internacionales⁵⁴. En especial, se identifican importantes diferencias de género entre los niños y adolescentes de la muestra, siendo estos resultados también concordantes con la literatura disponible. Mientras los varones acuden a Urgencias por alteraciones conductuales, las mujeres presentan una mayor prevalencia de autolesiones⁵⁵⁻⁵⁸.

El grupo de pacientes que acude a Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles con más frecuencia son los adolescentes, existiendo tasas elevadas de poli-frecuentación (superiores a las reflejadas en otros estudios similares). Se ha descrito que un elevado porcentaje de niños y adolescentes valorados en urgencias por problemas de Salud Mental, re-acuden a dicho dispositivo⁴ y se ha identificado que hasta el 50% de los casos valorados en Urgencias Psiquiátricas Infanto-Juveniles acuden de nuevo a este dispositivo en intervalos cortos de seguimiento (dos meses – un año)⁸.

Como factores predictores de retorno a Urgencias se han identificado: edad 15-19 años, institucionalización en centros de acogida, antecedentes personales psiquiátricos, estructuración en la ideación suicida, presencia de síntomas afectivos y consumo de drogas⁵³. Dado que la mayoría de dichos factores son altamente prevalentes en la presente cohorte, también podrían explicar las elevadas tasas de poli-frecuentación descritas.

En nuestra muestra se identificó una mayor prevalencia de antecedentes psiquiátricos personales y de tratamiento psicofarmacológico previo a la atención urgente, en comparación con otros estudios similares⁵⁹⁻⁶¹. Cabe reseñar las elevadas tasas de prescripción de antipsicóticos y ansiolíticos pese a las precauciones reflejadas en las principales guías clínicas, ya que tanto la guía NICE (2015) como los protocolos de prescripción de las guías American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2016) alertan del riesgo que estos grupos terapéuticos implican en la infancia y adolescencia.

Así mismo, en el presente estudio destaca una menor prevalencia de consumo de tóxicos en comparación con

otros estudios⁶². Este hecho podría estar en relación con el auto-registro realizado por los pacientes, con ocultación de dicho consumo y con las variaciones en la utilización de pruebas para la determinación de tóxicos en orina. Los estudios epidemiológicos disponibles encuentran que el consumo de tóxicos se ha incrementado entre los adolescentes. Se estima que el 38,7% de los adolescentes consumen alcohol y el 23,1% consumen cannabis al menos una vez al mes. Por otra parte, las intoxicaciones agudas representan un frecuente motivo de atención urgente. En estos casos, una primera intervención preventiva desde el Servicio de Urgencias se postula como eficaz y es especialmente necesaria en pacientes de alto riesgo (padres con psicopatología, entorno de riesgo, estrés, familias monoparentales o conflictos intrafamiliares, antecedentes personales de Trastorno de Conducta y TDAH en varones, antecedentes personales de Trastornos de ansiedad y Trastornos Depresivos en mujeres).

No obstante, en concordancia con otras muestras similares, se identifica que el consumo de cannabis supera al resto de tóxicos⁵². Por otra parte, consideramos relevante la mayor prevalencia de consumo enólico entre las mujeres que entre los varones dado que el alcohol puede actuar como un factor desinhibidor y desencadenante de conductas suicidas^{63,64}. También debemos tener en cuenta que la presencia de episodios de ingesta enólica aguda durante la adolescencia aumenta la probabilidad de presentar problemas relacionados con el alcohol en el futuro⁶⁵.

En cuanto a la prevalencia de antecedentes somáticos, encontramos prevalencias entre tres y diez veces superiores a la población general durante la infancia y la adolescencia. Destaca la elevada prevalencia de epilepsia, diabetes mellitus y enfermedad celiaca. Estas tres patologías – en especial la epilepsia - se han correlacionado con la existencia de comorbilidad psiquiátrica en el colectivo que nos ocupa⁶⁶.

El perfil socio-demográfico de la muestra es globalmente desfavorable, con elevadas tasas de disfuncionalidad en el núcleo primario de apoyo, una elevada proporción de antecedentes familiares psiquiátricos y un elevado porcentaje de familias uni-parentales con padres separados o divorciados. Estos datos concuerdan con los hallazgos señalados por otros estudios similares y pueden actuar como factores estresores desencadenando episodios tanto agudos como prolongados de alteraciones

psicopatológicas^{56, 60}.

En cuanto a las variables de seguimiento, destaca en nuestra muestra una menor tasa de ingreso hospitalario tras la atención urgente que en otras muestras internacionales^{4,8,10,55} y nacionales^{12,58} de características similares. Estas diferencias podrían estar en relación con la escasez de recursos de hospitalización para niños y adolescentes en la Comunidad Autónoma de Galicia.

El presente estudio presenta también algunas limitaciones: al igual que la gran mayoría de la evidencia disponible, se trata de un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo y con una única muestra. Así mismo, no se analizan de las variables culturales y su relación con la necesidad de atención psiquiátrica urgente^{67,68}. Por otra parte, el número total de urgencias psiquiátricas infanto-juveniles puede resultar poco llamativo dado que una importante cantidad de estas urgencias son atendidas por el Servicio de Pediatría de nuestro hospital sin realizar interconsulta a Psiquiatría.

No obstante, consideramos que los resultados son de utilidad a la hora de analizar las necesidades de la población infanto-juvenil con respecto a la Salud Mental, así como diseñar programas para mejorar la eficacia y la adherencia terapéutica tras las atenciones psiquiátricas urgentes.

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taastrøm A, Klahn J, Staal N, Thomsen PH, Johansen A. Children and adolescents in the Psychiatric Emergency Department: a 10-year survey in Copenhagen County. *Nord J Psychiatry*. 2014 Aug;68(6):385-90. doi: 10.3109/08039488.2013.846410.
2. Argemí S, Cobo J, Pujol G, Bartoli 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(11): 547-553.
3. Kua PH, Wu L, Ong EL, Lim ZY, Yiew JL, Thia XH, Sung SC. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. *Singapore Med J*. 2016 Jun;57(6):314-9. doi:10.11622/smedj.2016023.
4. Parker, KC., Roberts, N., Williams, C. Urgent adolescent psychiatric consultations: from the accident and emergency department to inpatient adolescent psychiatry. *J Adolesc* 2003, 26, 283-93
5. Smith, DH., Hadorn, DC. Lining up for children's mental health services: a tool for prioritizing waiting lists. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002, 41, 367-77
6. Offord, DR., Boyle, MH., Fleming, JE. Ontario child health study: summary of the selected results. *Can J Psychiatry* 1989, 34, 483-91
7. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Ginebra: WHO, 2000.
8. National Institute of Mental Health, 1999. Brief Notes on the Mental Health of Children and Adolescents. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health, 1999.
9. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Fact Sheet on Mental Health Issues. www.hhs.gov.2001.com
10. Meehan, P., Lamb, J., Saltzman, L., O'Carroll, P. Attempted suicide among young adults progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* 1992, 149(1), 41-44
11. Zelaya de Migliorisi, L., Piris de Almirón, L., Migliorisi, B. Intentos de suicidio en niños y adolescentes. *¿Máscara de Maltrato Infantil? Pediatr. (Asuncion)*, 2012, vol.39 no.3.
12. Danice K. Eaton, Laura Kann, Steve Kinchen, Shari Shanklin, Katherine H. Flint, Joseph Hawkins et al. Youth risk behaviour surveillance, United States, 2011. *Surveillance Summaries/Vol. 61/No. 4. Morbidity and Mortality Weekly*.
13. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA Jr. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993-2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep-Oct;34(5):557-65. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.03.020.
14. Sihvola E, Keski-Rahkonen A, Dick DM, Pulkkinen L, Rose RJ, Marttunen M, Kaprio J. Minor depression in adolescence: phenomenology and clinical correlates. *J Affect Disord*. 2007

- Jan;97(1-3):211-8.
15. Ramsawh, HJ., Chavira, DA., Kanegaye, JT., Ancoli-Israel, S., Madati, PJ., Stein, M. Screening for adolescent anxiety disorders in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2012, 10(28), 1041-7
 16. Manor I, Gutnik I, Ben-Dor DH, Apter A, Sever J, Tyano S, Zalsman G. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - A pilot study. *European Psychiatry*. 2010;25(3):146-150
 17. Sourander A, Klomek AB, Niemela S, Haavisto A, Gyllenberg D, Helenius H, Gould MS. Childhood predictors of completed and severe suicide attempts: Findings from the Finnish 1981 Birth Cohort Study. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(4):398-406
 18. Impey M, Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2012;125(2):93-102
 19. Horesh N, Gothelf D, Ofek H, Weizman T, Apter A. Impulsivity as a correlate of suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *Crisis*. 1999;20(1):8-14
 20. Kerr DCR, Washburn JJ, Feingold A, Kramer AC, Ivey AZ, King CA. Sequelae of aggression in acutely suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007;35(5):817-830
 21. Kasen S, Cohen P, Chen H. Developmental course of impulsivity and capability from age 10 to age 25 as related to trajectory of suicide attempt in a community cohort. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011;41(2):180-192
 22. Ben-Yehuda A, Aviram S, Govezensky J, Nitzan U, Levkovitz Y, Bloch Y. Suicidal behavior in minors - Diagnostic differences between children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2012;33(7):542-547
 23. Elkins IJ, Malone S, Keyes M, Iacono WG, McGue M. The impact of attention-deficit hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater girls than for boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2011;40(4):532-545
 24. Mannuzza S, Klein RG. Long-term prognosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2000;9(8):711-726
 25. Zahn-Waxler C, Park JH, Usher B, Belouad F, Cole P, Gruber R. Young children's representations of conflict and distress: A longitudinal study of boys and girls with disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*. 2008;20:99-119
 26. Farone SV, Wilens TE, Petty C. Substance use among ADHD adults: Implications of late onset and sub threshold diagnoses. *The American Journal on Addictions*. 2007;16(1):24-34
 27. Torok M, Darke S, Kaye S. Predisposed violent drug users versus drug users who commit violence: Does the order of onset translate to differences in the severity of violent offending? *Drug and Alcohol Review*. 2012;31(4):558-565
 28. Pardini DA, Fite PJ. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(11):1134-1144
 29. Baren, JM., Mace, SE., Hendry, PL., Dietrich, AM., Goldman, RD, Goldman, RM., Warden, CR. Children's mental health emergencies--part 2: emergency department evaluation and treatment of children with mental health disorders 2008, 7(24), 485-498
 30. Chun, TH., Katz, ER., Duffy, SJ., Gerson, RS. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2015, 1(24), 21-40
 31. Dolan, Margaret A; Fein, Joel A. Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system. *Pediatrics*, 2011, 5(127), e1356-e1366
 32. Hoyle JD Jr, White LJ. Pediatric mental health emergencies: summary of a multidisciplinary panel. *Prehosp Emerg Care*. 2003 Jan-Mar;7(1):60-5.
 33. Hoyle, JD., White, LJ. Treatment of pediatric and adolescent mental health emergencies in the United States: current practices, models, barriers, and potential solutions. *Prehospital Emergency*

- Care 2003, 1(7), 66-73
34. Rogers, SC., Griffin, LC., Masso, PD., Stevens, M., Mangini, L., Smith, SR. CARES: improving the care and disposition of psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 2015, 3(31), 173-177
 35. Hamm MP, Osmond M, Curran J, Scott S, Ali S, Hartling L, Gokiart R, Cappelli M, Hnatko G, Newton AS. 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. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181fe9211.
 36. Mahajan P, Thomas R, Rosenberg DR, et al. Evaluation of a child guidance model for visits for mental disorders to an inner-city pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2007;23(4):212Y217
 37. Foltin GL. Critical issues in urban emergency medical services for children. *Pediatrics*. 1995 Jul;96(1 Pt 2):174-9.
 38. Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, et al. Pediatricians' role in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*. 2008;29(4):262-9
 39. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine; American College of Emergency Physicians Pediatric Committee; Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint policy statement--guidelines for care of children in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2009 Oct;54(4):543-52. doi: 10.1016/j.annemergmed.2009.08.010. PubMed PMID: 19769888.
 40. Newton, AS., Ali, S., Johnson, DW., Haines, C., Rosychuk, RJ., Keaschuk, RA., Jacobs, P., Klassen, TP. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 2009, 5(11),447 – 5
 41. Leyva Correa M., et al. Caracterización de algunos factores socio-psicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón, Medicego 2012; 18 (Supl. 2).
 42. 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. 18;12:191-201.
 43. Stewart SE, Manion IG, Davidson SI, et al. Suicidal children and adolescents with first emergency room presentations: predictors of six-month outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(5):580Y587
 44. Toledo, M. Variables Clínicas y Demográficas de las urgencias psiquiátricas infantiles en el Hospital Hermilio Valdizan. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, Vol V N° 1 Enero-Junio 2004, pp 83-91.
 45. Starling J, Bridgland K, Rose D. Psychiatric emergencies in children and adolescents: an Emergency Department audit. *Australas Psychiatry*. 2006 Dec;14(4):403-7.
 46. Kennedy A, Cloutier P, Glennie JE, Gray C. Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care*. 2009. 25(6), 380-6. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181a79223
 47. Akkaya-Kalayci, T., Popow, C., Waldhör, T., Winkler, D., Özlü-Erkilic, Z., 2017. Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *Neuropsychiatr* 31, 1-7.
 48. Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, Vázquez López P. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *An Pediatr (Barc)*. 2006 Jun;64(6):536-41
 49. Sullivan, A M y Rivera, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatric Quarterly* 2000, 2(71), 123-38
 50. Healy, E., Swaroopa, S., Subotsky, F., Fombonne, E. Emergency presentations to an inner-city

- adolescent psychiatric service. *Journal of adolescence* 2002, 4(25), 397-404
51. Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., Newton, A.S., 2014. Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23, 111-7.
52. Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Characterization of adolescents and reason for the visit when attending the pediatric emergency department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González. *Gac Med Mex.* 2016;152(1):30-5.
53. Gauthier, JM., Witte, TK., & Correia, CJ. Suicide Ideation, Alcohol Consumption, Motives, and Related Problems: Exploring the Association in College Students. *Suicide & Life-threatening behaviors*, 2016.
54. Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., Lionis, C., & Mavreas, V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research.* 2016, 243, 30-34
55. Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Luaces Cubells C, San Molina L. Profile of adolescents seen in emergency departments with acute alcohol poisoning. *An Pediatr (Barc).* 2012 Jan;76(1):30-7. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.07.003.
56. Verrotti A, Carrozzino D, Milioni M, Minna M, Fulcheri M. Epilepsy and its main psychiatric comorbidities in adults and children. *J Neurol Sci.* 2014, 15;343(1-2):23-9.
57. Truman CD, Reutter L. Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. *Can J Public Health.* 2002 Jan-Feb;93(1):41-6.
58. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care.* 2013 Sep;29(9):1041-50. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182a393e7
59. Sullivan, A M y Rivera, J. Profile of a comprehensive psychiatric emergency program in a New York City municipal hospital. *Psychiatric Quarterly* 2000, 2(71), 123-38
60. Healy, E., Swaroopa, S., Subotsky, F., Fombonne, E. Emergency presentations to an inner-city adolescent psychiatric service. *Journal of adolescence* 2002, 4(25), 397-404
61. Liu, S., Ali, S., Rosychuk, R.J., Newton, A.S., 2014. Characteristics of children and youth who visit the emergency department for a behavioural disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 23, 111-7.
62. Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Characterization of adolescents and reason for the visit when attending the pediatric emergency department of the General Hospital Dr. Manuel Gea González. *Gac Med Mex.* 2016;152(1):30-5.
63. Gauthier, JM., Witte, TK., & Correia, CJ. Suicide Ideation, Alcohol Consumption, Motives, and Related Problems: Exploring the Association in College Students. *Suicide & Life-threatening behaviors*, 2016.
64. Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., Lionis, C., & Mavreas, V. Longitudinal association between different levels of alcohol consumption and a new onset of depression and generalized anxiety disorder: Results from an international study in primary care. *Psychiatry Research.* 2016, 243, 30-34
65. Matalí Costa JL, Serrano Troncoso E, Pardo Gallego M, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla A, Luaces Cubells C, San Molina L. Profile of adolescents seen in emergency departments with acute alcohol poisoning. *An Pediatr (Barc).* 2012 Jan;76(1):30-7. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.07.003.
66. Verrotti A, Carrozzino D, Milioni M, Minna M, Fulcheri M. Epilepsy and its main psychiatric

**Águeda Fernández-Quintana,
Ana Novo-Ponte
Candela Quiroga-Fernández
Rebeca Méndez-Iglesias
César Pereiro-Gómez**

Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento

30

- comorbidities in adults and children. *J Neurol Sci.* 2014, 15;343(1-2):23-9.
67. Truman CD, Reutter L. Care-giving and care-seeking behaviours of parents who take their children to an emergency department for non-urgent care. *Can J Public Health.* 2002 Jan-Feb;93(1):41-6.
68. Janssens A, Hayen S, Walraven V, Leys M, Deboutte D. Emergency psychiatric care for children and adolescents: a literature review. *Pediatr Emerg Care.* 2013 Sep;29(9):1041-50. doi: 10.1097/PEC.0b013e3182a393e7