


Maria Sagué-Vilavella^{1*}
Gerard Anmella^{1,2}
Maria Teresa Pons Cabrera¹
Santiago Madero Gómez¹
Mireia Vázquez Vallejo¹
Victòria Soler Catà¹
Eva Solé Roigé¹
Iria Méndez Blanco³

1. Servei de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona, Catalunya, España.
2. Unitat de trastorns bipolars i depressius. Institut de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM. Barcelona, Catalunya, España.
3. Servei de Psiquiatria Infanto-Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona, Catalunya, España.

***AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Maria Sagué Vilavella
Servicio de Psiquiatria y Psicología. Escalera 9, planta 1. Calle de Villarroel, 170, 08036 Barcelona. Catalunya. España.
Correo electrónico: msague@clinic.cat

*Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles:
¿Quiénes son los hiperfrecuentadores?*

*Psychiatric Emergencies in Children and
Adolescents: Who are the Frequent
Attenders?*

RESUMEN

Introducción: La hiperfrecuentación en los servicios de urgencias impacta en la calidad asistencial y el consumo de recursos. Los datos disponibles en relación al colectivo infanto-juvenil hiperfrecuentador en urgencias de psiquiatria son escasos, a pesar del aumento de visitas en los últimos años. **Objetivo:** Caracterizar la hiperfrecuentación infanto-juvenil de urgencias de psiquiatria de un hospital terciario durante el año 2017. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, diseño caso-control. Se seleccionaron todos los usuarios menores de edad visitados en nuestras urgencias de psiquiatria y de nuestro sector durante el 2017. Se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos mediante explotación de datos asistenciales y revisión de historias clínicas. La hiperfrecuentación se estableció como ≥ 5 visitas/año. Se realizó un análisis descriptivo univariado y uno comparativo bivariado entre personas

hiperfrecuentadoras y no hiperfrecuentadoras. **Resultados:** La muestra incluyó 550 personas menores de edad, siendo hiperfrecuentadoras un 3,8% (n=21). Las hiperfrecuentadoras fueron de nacionalidad extranjera en mayor proporción (28,6% vs 13,1%, p=0,04), sin otras diferencias significativas. Entre el colectivo hiperfrecuentador, el trastorno de conducta fue el diagnóstico principal más prevalente (33,3%), recibía tratamiento psicofarmacológico habitual el 100% (antipsicóticos un 95,2%) y existían factores de vulnerabilidad social en una elevada proporción (distocia sociofamiliar 61,8%, institucionalización 48%). **Conclusiones:** La hiperfrecuentación infanto-juvenil en urgencias de psiquiatria es una realidad. Se trata de una población socialmente vulnerable, altamente medicada y en la que destaca la problemática conductual. Este colectivo requiere de una atención compleja y multidisciplinar, donde los recursos de soporte social juegan un papel clave.

Palabras clave: Psiquiatria infantil, servicio de urgencias, determinantes sociales de la salud.

¹ Parte de este trabajo fue presentado en formato póster en la 14a Reunión anual de la Societat Catalana de Psiquiatria Infanto-Juvenil (Barcelona, Catalunya, España), el viernes 30 de noviembre de 2018. La investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

ABSTRACT

Introduction: Frequent attenders to the emergency department affect quality of care and imply resource overuse. Data regarding child and adolescent psychiatric frequent attendance to the emergency department is scarce, although their number of visits is growing. **Objective:** To characterize child and adolescent frequent attenders in the psychiatric emergency department of Hospital Clínic de Barcelona during the year 2017. **Methods:** Retrospective observational study, case-control design. We selected all minors who attended our psychiatric emergency department in 2017 that belonged to our catchment area. We collected sociodemographic and clinical data through automatic extraction and manual review of electronic medical records. Frequent attendance was established as ≥ 5 visits/year. We performed a descriptive analysis of frequent attenders and a bivariate analysis comparing frequent attenders versus non-frequent attenders. **Results:** Our sample included 550 children and adolescents, of which 3.8% (n=21) were frequent attenders. There were significantly more foreigners among frequent attenders (28.6% vs 13.1%, $p=0.04$), without other differences between groups. Among frequent attenders, conduct disorders were the most prevalent main diagnoses (33.3%), all had at least one psychotropic medication prescribed (antipsychotics in 95.2%) and social vulnerability factors were present for most of them (family conflict in 61.8%, 48% living in residential care institutions). **Conclusions:** Child and adolescent frequent attendance to the psychiatric emergency department is a reality. They are a socially vulnerable and highly medicated subgroup, with a preponderance of conduct problems. They are in need of a comprehensive and multidisciplinary approach, where social services are a key feature.

Keywords: Child psychiatry, emergency service, social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

La hiperfrecuentación en los servicios de urgencias tiene repercusiones notorias en cuanto a la sobrecarga asistencial, el consumo de recursos y la calidad de la

atención sanitaria (1-5). Está ampliamente descrito que la patología psiquiátrica resulta frecuente entre las personas hiperfrecuentadoras, tanto en los servicios de urgencias de medicina general como en la atención primaria, habiéndose cifrado la presencia de patología de salud mental en este colectivo por encima del 50% (1,2). Como es de esperar, la hiperfrecuentación es también una realidad en los servicios de urgencias de psiquiatría (7-12). De hecho, diversos estudios señalan que se trata de un fenómeno creciente, en relación a un aumento en los trastornos por consumo de sustancias y a problemática de tipología social, entre otros (3,5).

Sin embargo, la asistencia psiquiátrica urgente en la población infanto-juvenil ha sido poco investigada (5,10,12), siendo aún más escasos los datos centrados en la hiperfrecuentación de este colectivo (7). Todo ello, a pesar de que también se ha constatado un aumento en las consultas por motivos psiquiátricos de los menores de edad en los últimos años (7-10). En Estados Unidos, en el período 2011-2015, se describió un aumento del 28% en las urgencias psiquiátricas infanto-juveniles, con un incremento máximo del 54% entre el subgrupo de adolescentes (11), así como una elevada proporción de segunda consulta entre estos usuarios (7,9). En España, la tendencia al alza también ha sido constatada repetidamente (9,10,13). En cuanto a la hiperfrecuentación, en nuestro medio, Porter et al. (9) detectaron un 32,9% de personas menores frecuentadoras -definidas como entre 2 y 4 visitas en dos años- y un 6,8% de hiperfrecuentadoras -más de 4 visitas en dos años- en población atendida por motivos de salud mental en urgencias de pediatría general. Fernández-Quintana et al. (10), también en el entorno de urgencias pediátricas, describieron que un 29% de las personas que requirieron atención psiquiátrica la necesitaron en dos ocasiones o más durante un seguimiento de siete años, siendo de cuatro veces o más en un 6,1% de este colectivo. Sin embargo, los dos estudios descritos no incluyeron un análisis específico del subgrupo de población hiperfrecuentadora.

En cuanto a los factores asociados a las visitas repetidas en urgencias por motivos psiquiátricos en este colectivo, existe una única revisión sistemática -que incluye fundamentalmente datos de América del Norte- que identifica el estatus socioeconómico,

la intervención de servicios de protección de menores y la vinculación presente o pasada a salud mental como los principales predictores (7). Según el conocimiento de los autores del presente estudio, en nuestro país no existen publicaciones que incluyan análisis específicos del subgrupo hiperfrecuentador infanto-juvenil de urgencias de psiquiatría, así como tampoco que analicen los factores asociados a dicha hiperfrecuentación.

Hipótesis

1. Entre la población infanto-juvenil atendida en urgencias de psiquiatría, habrá una proporción de usuarios hiperfrecuentadores de entre el 1 y el 5%.
2. Las características sociodemográficas y clínicas de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora difieren de las de la población infanto-juvenil no hiperfrecuentadora.
3. El diagnóstico principal más frecuente de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora de las urgencias de psiquiatría es del espectro de trastornos de conducta (CIE-10: F91).
4. Una proporción elevada de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora de las urgencias de psiquiatría presenta factores de vulnerabilidad social.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es caracterizar la población hiperfrecuentadora infanto-juvenil de las urgencias de psiquiatría del hospital Clínic de Barcelona el año 2017. Los objetivos específicos son:

1. Establecer la proporción de menores de edad que son hiperfrecuentadores.
2. Definir y comparar las características sociodemográficas y clínicas de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora y no hiperfrecuentadora.
3. Conocer el diagnóstico principal de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora.
4. Estudiar los indicadores de vulnerabilidad social de la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Estudio observacional retrospectivo, diseño caso-control. **Emplazamiento:** Servicio de urgencias de psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona, España), centro terciario que proporciona atención psiquiátrica infanto-juvenil a una población de 1.550.000 habitantes, incluyendo el área metropolitana de Barcelona (Barcelona Esquerra y Dreta, Barcelona Litoral) y las áreas de Santa Coloma de Gramanet y Badalona.

Participantes: Todas las personas menores de 18 años que recibieron atención en urgencias de psiquiatría de nuestro centro en al menos una ocasión desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. **Criterios de exclusión:** Pertenecer a un área de atención psiquiátrica infanto-juvenil (sector sanitario) diferente a la de nuestro hospital en el momento de la consulta, con el fin de evitar sesgos clasificatorios en cuanto al estatus de hiperfrecuentación.

Variables: Recolección de (a) datos sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad, residencia -domicilio familiar/centro tutelado-, estatus de menor extranjero no acompañado, maltrato infantil, seguimiento por los servicios de protección de menores, separación/divorcio parental) (b) datos clínicos (diagnóstico psiquiátrico principal y secundarios, comorbilidades médico-quirúrgicas, tratamiento psicofarmacológico habitual, horas en urgencias, destino al alta, ingresos psiquiátricos previos, motivo de consulta a urgencias y realización de contención mecánica en urgencias) y (c) número de visitas en nuestras urgencias a lo largo del año 2017. Los datos potencialmente no estáticos (por ejemplo: lugar de residencia, diagnósticos, tratamiento farmacológico) se recogieron de la última consulta en urgencias, en caso que hubiera más de una. La hiperfrecuentación se definió como cinco o más visitas anuales en nuestro servicio de urgencias de psiquiatría, en consonancia con la definición empleada por el Royal College of Emergency Medicine del Reino Unido (1).

Fuentes de datos: Obtención mediante explotación de datos asistenciales y revisión de historias clínicas electrónicas.

Métodos estadísticos: Descripción de la muestra mediante cifras absolutas, rangos, porcentajes y medianas y rango intercuartílico (RIC). Comparación bivariada mediante Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher o prueba U de Mann-Whitney según correspondiera, usando contrastes bilaterales y significación estadística establecida en valores de $p < 0.05$. Empleo del programa estadístico SPSS versión 22.

Aspectos éticos: Aprobación del protocolo del proyecto por parte del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínic de Barcelona, con el código HCB/2020/0403. Realización según los principios de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Muestra total

En el año 2017, 550 personas menores de edad recibieron atención psiquiátrica urgente en nuestro centro. Tenían una mediana de 14,8 años (RIC 3,1), el 54,4% eran mujeres y tres cuartas partes eran de

nacionalidad española. El diagnóstico más frecuente en urgencias fue el trastorno de conducta (35,1%), la mediana de tiempo en el dispositivo fue de 3,04 horas (RIC 3,2) y requirieron ingreso psiquiátrico en sala de agudos un 22,5% [Tabla 1].

Personas hiperfrecuentadoras vs no hiperfrecuentadoras

Fueron hiperfrecuentadoras un total de 21 personas (3,8%) [Figura 1, Figura 2]. Éstas generaron el 16,4% (n=145) del total de 883 visitas registradas, con un rango de 5 a 12 visitas y una mediana de 6,5 (RIC 2) [Figura 2]. Comparativamente, la nacionalidad extranjera fue más frecuente en el colectivo hiperfrecuentador (28,6% vs 13,1%; $p=0,04$), sin hallarse diferencias significativas en el resto de variables sociodemográficas estudiadas [Tabla 1]. Requirieron ingreso un 33,3%, valor mayor que el del colectivo no hiperfrecuentador, si bien la diferencia no alcanzó la significación estadística. En relación a los diagnósticos psiquiátricos, el trastorno de conducta fue el principal en los dos colectivos, tendiendo

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las personas infanto-juveniles de sector, totales y según estatus de hiperfrecuentación, de urgencias de psiquiatría (Hospital Clínic de Barcelona, 2017).

	Total	UH (n=21)	UNH (n=529)	p-valor†
Edad (años) [m, (RIC)]	14,8 (3,1)	14,3 (2,1)	14,8 (3,1)	0,72
Sexo (femenino) [%, (n)]	54,4% (299)	52,3% (11)	54,4% (288)	0,85
Nacionalidad española [%, (n)]	75% (475)	71,4% (15)	86,9% (460)	0,04*
Horas en urgencias1 [m, (RIC)]	3 (3,2)	3,5 (19,0)	3 (3,0)	0,16
Ingreso	22,5% (124)	33,3% (7)	22,1% (117)	0,28
T. de conducta	35,1% (193)	52,4% (11)	34,4% (182)	0,09
T. de ansiedad	19,6% (108)	9,5% (2)	20% (106)	0,40
Autolisis	5,4% (30)	0% (0)	5,7% (30)	NA
T. depresivo	5,3% (29)	0% (0)	5,5% (29)	NA
T. de conducta alimentaria	4,7% (26)	0% (0)	4,9% (26)	NA
Esquizofrenia	3,3% (18)	9,5% (2)	3,1% (16)	0,18
T. bipolar	0,9% (5)	0% (0)	0,9% (5)	NA
Otros	25,6% (141)	28,7% (6)	24,5% (135)	0,80

NA: No aplicable. n: número. m: mediana. RIC: rango intercuartílico. T: trastorno. UH: usuarios hiperfrecuentadores. UNH: usuarios no hiperfrecuentadores.

†: Prueba de Chi-cuadrado, prueba exacta de Fisher o prueba U de Mann-Whitney. Contraste bilateral con significación estadística en valor de $p < 0.05$.

1: Datos de la última consulta a urgencias del año 2017.

3: Agrupaciones diagnósticas a partir del diagnóstico principal del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los informes de alta.

12 a mayor prevalencia de trastorno de conducta ($p=0,09$). Destaca que no hubo ninguna persona hiperfrecuentadora con diagnóstico de trastorno afectivo o de conducta suicida, frente al 5,3% y 5,4% entre las no hiperfrecuentadoras, si bien la ausencia de datos no permitió el cálculo de su significación estadística.

Personas hiperfrecuentadoras

Referente a las variables clínicas y de atención en urgencias de las personas hiperfrecuentadoras [Tabla 2], la alteración conductual motivó el 71,4% ($n=15$) de las consultas, así como el 38,1% ($n=8$) requirieron traslado a urgencias mediante ambulancia.

Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de la muestra del estudio.

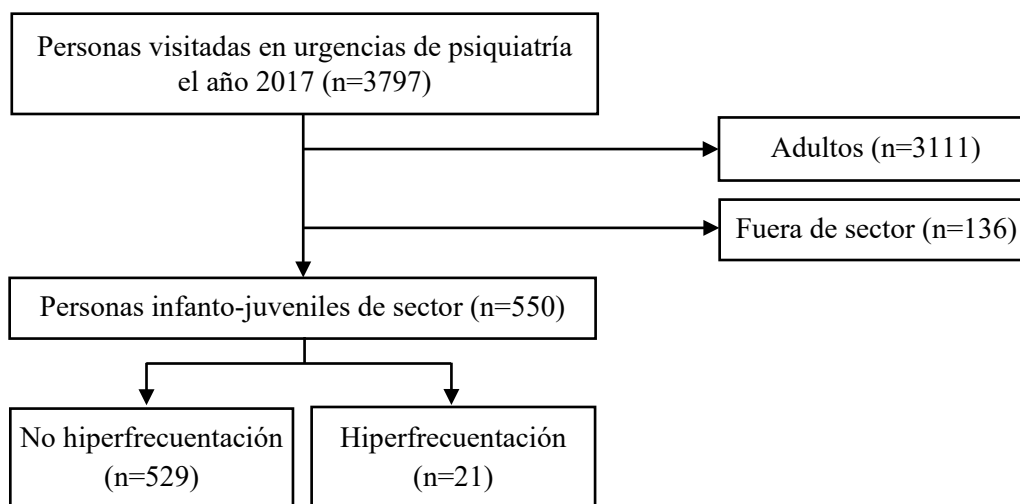
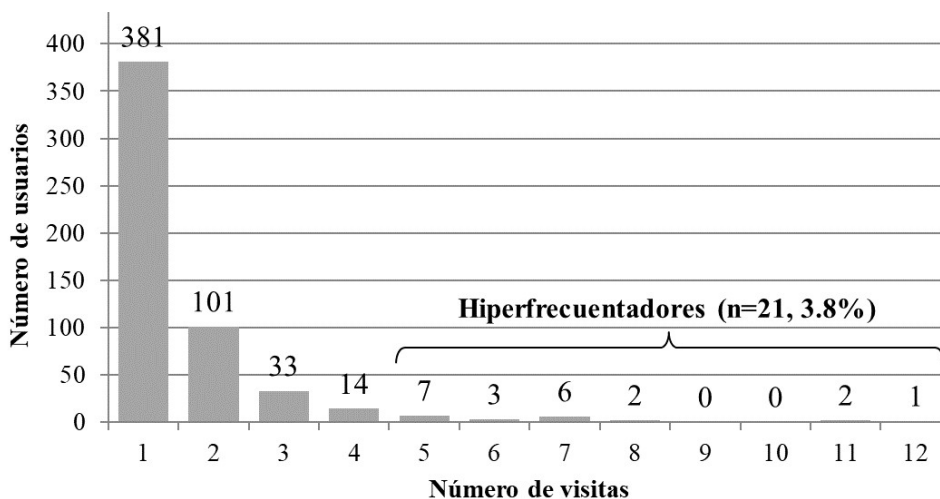


Figura 2. Distribución según número de visitas de las personas infanto-juveniles de sector que fueron atendidas en urgencias de psiquiatría ($n=550$, Hospital Clínic de Barcelona, 2017).



El diagnóstico psiquiátrico principal más frecuente fue el trastorno de conducta (33,3%, n=7), destacando comorbilidad con cociente intelectual límite o discapacidad intelectual en el 38,1% (n=8). El 85,7% (n=18) presentaba dos o más diagnósticos de salud mental. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico habitual, un 100% (n=21) tenía medicación recetada, siendo 3 o más fármacos en un 23,8% (n=5). El

grupo psicofarmacológico más habitual fueron los antipsicóticos (95,2%; n=20), seguidos de los antidepresivos (38,1%; n=8). El 90,5% (n=19) presentaba al menos un ingreso psiquiátrico previo.

En cuanto a marcadores de vulnerabilidad psicosocial [tabla 2], un 61,9% (n=13) presentaban indicadores de distocia sociofamiliar: el 52,4% estaban en seguimiento por servicios sociales (n=11), de los

Tabla 2. Características clínicas, de la atención en urgencias y de vulnerabilidad psicosocial de las personas hiperfrecuentadoras infanto-juveniles de sector atendidas en urgencias de psiquiatría (n=21, Hospital Clínic de Barcelona, 2017).

		Frecuencia [% (n)]
Motivo de consulta¹	Alteración conductual	71,4% (15)
	Ansiedad	14,3% (3)
	No psiquiátrico ²	14,3% (3)
	Familiares	47,6% (10)
Traído por¹	Ambulancia	38,1% (8)
	Cuidadores/educadores	9,5% (2)
	Viene solo	4,8% (1)
Diagnósticos psiquiátricos		
<i>Principales³</i>	T. de conducta	33,3% (7)
	T. psicótico	19% (4)
	T. por déficit de atención e hiperactividad	14,3% (3)
	T. generalizado del desarrollo	14,3% (3)
	T. obsesivo-compulsivo	9,5% (2)
	T. de ansiedad	9,5% (2)
	<i>Secundarios³</i>	CI límite/discapacidad intelectual
T. de conducta		14,3% (3)
Rasgos desadaptativos de personalidad		9,5% (2)
T. por déficit de atención e hiperactividad		9,5% (2)
Otros		23,8% (5)
≥ 2 diagnósticos psiquiátricos (excluyendo TUS)		85,7% (18)
TUS: tabaco/alcohol		28,6% (6)
TUS: otros⁴		28,6% (6)
Tratamiento psicofarmacológico habitual¹		
<i>Prescripción</i>	Sí	100% (21)
	Tres fármacos o más	23,8% (5)
<i>Tipo</i>	Antipsicótico	95,2% (20)
	Antidepresivo	38,1% (8)
	Estabilizador del humor	28,6% (6)
	Psicoestimulante	9,5% (2)
	Benzodiacepina	9,5% (2)

Ingresos psiquiátricos previos¹		90,5% (19)
Tóxicos en orina y etanolemia¹	No realizado	95,2% (20)
	Realizado (negativo)	100% (1)
Contención mecánica¹		4,8% (1)
Indicadores de vulnerabilidad psicosocial⁵		61,9% (13)
	Seguimiento por servicios sociales (todas las modalidades)	52,4% (11)
	Residencia en centro tutelado	47,6% (10)
	Separación/divorcio parental	33,3% (7)
	Maltrato infantil	9,5% (2)
	Menor extranjero no acompañado	4,8% (1)

CI: cociente intelectual, n: número absoluto; t: trastorno, TUS: trastorno por uso de sustancias.

1. Datos de la última consulta del año 2017.

2. Episodios de desconexión del medio (origen neurológico: epilepsia), cefalea, dolor abdominal.

3. Diagnósticos por extracción manual a partir de historia clínica. Priorización según trastorno mental grave y, en segundo lugar, según afectación de funcionalidad.

4. Cannabis (n=5), cocaína (n=1), anfetaminas (n=1), disolventes (n=1).

5. Indicadores no excluyentes entre sí.

cuales el 47,6% (n=10) residía en un centro tutelado, existía separación/divorcio parental en un tercio (n=7), constaba maltrato infantil en el 9,5% (n=2) y una de las personas (4,8%) tenía estatus de persona menor extranjera no acompañada.

DISCUSIÓN

Los niños y adolescentes que son hiperfrecuentadores en nuestras urgencias psiquiátricas representan una proporción baja: son uno de cada treinta. Sin embargo, generan un impacto asistencial notorio, suponiendo casi una de cada seis visitas, llegando uno de ellos a consultar hasta en 12 ocasiones en un año. Comparado con la población no hiperfrecuentadora, hay una proporción mayor de personas de nacionalidad extranjera. Se trata de un colectivo altamente medicado, con predominancia de problemática de tipo conductual, elevada comorbilidad con discapacidad intelectual, prácticamente todos con ingresos psiquiátricos previos, elevada presencia de indicadores de distocia sociofamiliar e institucionalización en casi la mitad de los casos.

La hiperfrecuentación sanitaria es un fenómeno complejo y de causalidad multifactorial. Por un lado, se ha visto que existen diferencias sociodemográficas entre las personas hiperfrecuentadoras y las que no lo

son (14-16). En esta línea, en nuestro trabajo se confirma una mayor proporción de población de nacionalidad extranjera entre el colectivo hiperfrecuentador. La inmigración se ha descrito repetidamente como un factor de riesgo para patología psiquiátrica infanto-juvenil, vehiculizada a través de los factores estresores del propio proceso migratorio, de la adaptación al nuevo emplazamiento y del proceso de aculturación (17-20). Por otro lado, en emplazamientos de atención no específicamente psiquiátrica -atención primaria, urgencias ambulatorias/hospitalarias generales-, destaca la elevada prevalencia de patología de salud mental entre la población hiperfrecuentadora (14,16), habiéndose hallado hasta un 65% de problemática psiquiátrica y un 15% de consumo perjudicial de alcohol entre estos individuos en un contexto de urgencias médicas hospitalarias (16). En cuanto a la población infanto-juvenil hiperfrecuentadora, los estudios existentes señalan un bajo porcentaje (<0.5%) de motivos psiquiátricos entre las visitas pediátricas urgentes (9,13,21) -en contraste con los hallazgos en adultos mencionados en líneas previas-, si bien detectan una tendencia al alza de las visitas por estos motivos (7-10). Cabe señalar estos los datos emanan del modelo más habitual de atención psiquiátrica infanto-juvenil en nuestro y diversos países, donde los pacientes son valorados inicialmente por profesionales de pediatría -y, si acaso, el servicio

de psiquiatría funciona como interconsultor- (6); en cambio, en nuestro centro existe acceso directo a la atención de salud mental, sin valoración pediátrica previa. Esto probablemente aumenta el volumen de pacientes infanto-juveniles valorados por nosotros a lo largo de un año, entre otros motivos por la ausencia de cribado pediátrico previo, la derivación de pacientes desde otros centros y un probable “efecto llamada” de pacientes con problemática de salud mental. De hecho, por todo ello -y por definiciones diferentes en cuanto al concepto de hiperfrecuentación-, no podemos realizar una comparación directa de nuestra proporción de hiperfrecuentadores con la hallada en estudios previos en nuestro medio (9,10).

A nivel clínico, destaca la elevada presencia de trastornos de conducta y la nula representación de trastornos afectivos entre las personas hiperfrecuentadoras. En este sentido, podemos hipotetizar una relación con una mayor dificultad de contención de los trastornos externalizantes comparado con los internalizantes, requiriendo los primeros de mayor abordaje urgente. Enlazando con ello, destaca que prácticamente todas las personas hiperfrecuentadoras han sido ingresadas previamente en psiquiatría en al menos una ocasión, no pudiéndose descartar que las sucesivas consultas a urgencias se relacionen con la concesión precoz del alta hospitalaria y/o el déficit de recursos de continuación terapéutica/reinserción posterior. De hecho, C. González et al. (22) evidenciaron recientemente diferencias notorias entre comunidades autónomas en España en relación a oferta y estructura de recursos asistenciales para la población infanto-juvenil, hasta el punto de que sólo algunas comunidades tienen consolidados los dispositivos asistenciales específicos para la población infanto-juvenil, mientras que en diversas otras, la cobertura es compartida con los pacientes adultos y sus profesionales o se proporciona a través de unidades de pediatría no especializadas.

Otro elemento relevante que emana de este trabajo es el tratamiento psicofarmacológico habitual de los niños y adolescentes hiperfrecuentadores: llama la atención tanto cuantitativamente -todos ellos medicados- como cualitativamente -prácticamente la totalidad con terapéutica antipsicótica, contrastando con el trastorno conductual como diagnóstico

más frecuente y el trastorno psicótico en menos de uno de cada cinco menores-. Es conocido que los antipsicóticos se usan frecuentemente *off-label* en todos los grupos de edad; en población infanto-juvenil, este uso se ha cifrado entre el 36-93%, siendo los diagnósticos más prevalentes el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos de conducta (23-26). En cuanto a datos en España, cabe destacar un estudio (25) que evaluó población atendida en consultas externas de psiquiatría infanto-juvenil de cuatro centros hospitalarios de nuestro territorio, detectando hasta un 93% de tratamiento antipsicótico *off-label*. Los expertos señalan, por un lado, precaución por la seguridad de dicho empleo, a la vez que indican su probable uso clínico apropiado para el manejo de trastornos complejos y, a menudo, devastadores (27). Este supuesto sería la situación probable de una parte de nuestro colectivo de niños y adolescentes hiperfrecuentadores, que constituyen por definición un grupo de manejo complicado; podemos esperar, paralelamente, unas tasas mayores de fracaso de los tratamientos aprobados en ellos, que podría explicar también el alto empleo de fármacos fuera de ficha técnica.

Por otro lado, en concordancia con nuestros hallazgos -y con los datos expuestos previamente en relación a la población adulta-, estudios previos señalan que la vulnerabilidad psicosocial es preponderante entre los hiperfrecuentadores infanto-juveniles por motivos psiquiátricos (7), así como que dicha vulnerabilidad es un factor de riesgo para la patología de salud mental (28-32). León et al. (7) describieron el estatus socioeconómico y la involucración de los servicios de protección de menores como factores de riesgo para la repetición de visitas psiquiátricas a urgencias, en concordancia con nuestros datos, donde prácticamente la mitad de los pacientes hiperfrecuentadores residían en centros de acogida. En esta línea, Poletto et al. (33) estudiaron el efecto de la institucionalización en menores de edad, detectando un mayor afecto negativo comparado con niños y adolescentes que vivían en el domicilio familiar; así, sugerían la necesidad de intervenciones específicas para potenciar el bienestar y calidad de vida de esta población, para favorecer su crecimiento hacia adultos emocionalmente sanos.

16 Asimismo, un tercio de nuestros usuarios hiperfrecuentadores presentaba ruptura de la estructura familiar (separación/divorcio de los progenitores). Este factor se ha visto asociado a un peor desarrollo socioemocional, conllevando mayor prevalencia de problemas de salud mental, sobre todo en relación a trastornos conductuales (34-37). Sin embargo, el porcentaje de divorcios hallado no dista del de la población general con hijos a cargo -que se sitúa alrededor del 30% (38), probablemente no siendo pues éste un factor clave en relación a la hiperfrecuentación.

La limitación principal de nuestro trabajo se deriva de la restricción en la información disponible. Por un lado, por la naturaleza retrospectiva del estudio, con los sesgos diagnósticos inherentes, así como la ausencia de recogida del estatus socioeconómico o la práctica inexistencia de pruebas de sustancias de abuso en orina. Por el otro, por la imposibilidad de extracción automática de muchos de los datos, que ha restringido su recolección manual sólo al colectivo hiperfrecuentador. Otra limitación deriva de la dicotomización (presente/ausente) del fenómeno de hiperfrecuentación, cuando se trata en realidad un fenómeno gradual. Finalmente, puede haberse dado una clasificación errónea diferencial en el grupo no hiperfrecuentador, considerando no hiperfrecuentadoras personas que sí lo eran, por la no contabilización de atenciones psiquiátricas urgentes en otros centros.

En cuanto a las fortalezas del trabajo, se trata de una muestra clínica amplia y con una probable buena representatividad de la población infanto-juvenil del contexto español, dados los escasos criterios de exclusión -exclusivamente no pertenecer a nuestro sector sanitario, para evitar sesgos clasificatorios-, y el segmento grande de población que abarca nuestro centro en cuanto a atención psiquiátrica infanto-juvenil. Asimismo, optamos por una definición exigente de hiperfrecuentación comparado con otros estudios (9), apostando por la especificidad para una descripción más fidedigna de la población hiperfrecuentadora.

CONCLUSIONES

La hiperfrecuentación infanto-juvenil en los servicios de urgencias psiquiátricas es una realidad de dimensiones no menospreciables, que podemos considerar que traduce una disfunción del sistema sanitario y social en términos amplios. Se trata de una población socialmente vulnerable, altamente medicada y en la que destaca la problemática conductual. Este escenario implica que el colectivo hiperfrecuentador infanto-juvenil requiere de un abordaje complejo y multidisciplinar, donde las intervenciones de tipo sanitario/psiquiátrico constituyen sólo una parte de la estrategia terapéutica. Se pone de manifiesto, de manera clara, que los recursos de soporte social juegan un papel clave para la promoción de la salud mental y emocional de este colectivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Maria Sagué-Vilavella ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. Gerard Anmella ha recibido soporte económico para fines formativos o honorarios de consultoría de Janssen-Cilag, Lundbeck y Angelini, sin relación con el contenido del presente artículo. Maria Teresa Pons Cabrera ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. Santiago Madero Gómez ha recibido soporte económico para fines formativos de Janssen-Cilag y Lundbeck, sin relación con el contenido del presente artículo. El resto de autores niegan conflictos de interés en relación al presente estudio.

AGRADECIMIENTOS

Gerard Anmella agradece la financiación que recibe a través de la beca Pons Bartran 2020 (Nº 249566).

REFERENCIAS

1. Hayhurst C, Smith S, Chambers D. Frequent attenders in the Emergency Department. Best Practice Guideline. Londres: The Royal College of Emergency Medicine; 2017. Disponible en: <https://bit.ly/2Hyk241>
2. Calvo Rojas V. Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria de Salud: Factores Sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/36dTM9x>
3. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42–48. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.01.032>
4. Schmidt M. Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review. *Psychiatr Q*. 2018; 89(1):11–32. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9509-8>
5. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*. 2005; 56(6): 678–684. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.678>
6. Rozel JS. Child and Adolescent Emergency Psychiatry: A Review of Recent Developments. *Curr Emerg Hosp Med Rep*. 2015;3:202–208. <https://doi.org/10.1007/s40138-015-0086-6>
7. Leon SL, Cloutier P, Polihronis C, Zemek R, Newton AS, Gray C, et al. Child and Adolescent Mental Health Repeat Visits to the Emergency Department: A Systematic Review. *Hosp Pediatr*. 2017;7(3):177–186. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0120>
8. Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in pediatric emergency department utilization for mental health related visits. *JPediatr*. 2015;167(4):905–910. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.004>
9. Porter M, Gracia R, Oliva JC, Pàmias M, Garcia-Parés G, Cobo J. Urgencias Psiquiátricas en Pediatría: características, estabilidad diagnóstica y diferencias de género. *Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(6):203–211. <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1149566>
10. Fernández-Quintana A, Novo-Ponte A, Quiroga-Fernández C, Méndez-Iglesias R, Pereiro-Gómez C. Urgencias psiquiátricas infanto-juveniles: 7 años de seguimiento. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 2018;35(1):17–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a2>
11. Kalb LG, Stapp EK, Ballard ED, Holingue C, Keefer A, Riley A. Trends in Psychiatric Emergency Department Visits Among Youth and Young Adults in the US. *Pediatrics*. 2019;143(4):e20182192. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2192>
12. 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;68:385–390. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.846410>
13. Crespo D, Solana MJ, Marañón R, Gutiérrez C, Crespo M, Míguez C, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un periodo de 6 meses. *An Pediatr(Barc)*. 2006; 64: 536–541. <https://doi.org/10.1157/13089918>
14. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009;9:36. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>
15. Dent A, Hunter G, Webster AP. The impact of frequent attenders on a UK emergency department. *Eur J Emerg Med*. 2010; 17(6): 332–336. <https://doi.org/10.1097/mej.0b013e328335623d>
16. Jacob R, Hayhurst C, Morrison C. Designing services for frequent attenders to the emergency department: a characterisation of this population to inform service design. *J R Coll Physicians Edinb*. 2016; 16(4):325–329. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.16-4-325>
17. Cleary SD, Snead R, Dietz-Chavez D, Rivra I, Edberg MC. Immigrant Trauma and Mental Health Outcomes Among Latino Youth. *J Immigr Minor Health*. 2018; 20(5): 1053–1059. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0673-6>

18. Blázquez A, Castro-Fornieles J, Baeza I, Morer A, Martínez E, Lázaro L. Differences in Psychopathology Between Immigrant and Native Adolescents Admitted to a Psychiatric Inpatient Unit. *J Immigr Minor Health*. 2015;17(6):1715–1722. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0143-3>
19. Arranz S, Camacho J, Andrés C, Niubó I, Sanchez Gistau V. Diferencias en la presentación clínica de primeros episodios psicóticos entre población de origen marroquí y población autóctona. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020;13(2):73–79. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.004>
20. Revollo HW, Qureshi A, Collazos F, et al. Acculturative stress as a risk factor of depression and anxiety in the Latin American immigrant population. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(1):84–92
21. Stills MR, Bland SD. Summary Statistics for Pediatric Psychiatric Visits to US Emergency Departments, 1993–1999. *Pediatrics*. 2002;110:e40. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.545988>
22. González López C, Barrera Escudero M, Cano Montes IM, Díaz Pérez I. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2019; 36(1):20–30. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v36n1a2>
23. Carton L, Cottencin O, Lapeyre-Mestre M, Geoffroy PA, Favre J, Simon N, et al. Off-Label Prescribing of Antipsychotics in Adults, Children and Elderly Individuals: A Systematic Review of Recent Prescription Trends. *Curr Pharm Des*. 2015;21(23):3280–3297. <https://doi.org/10.2174/138161282166615061909290>
24. Alessi-Severini S, Biscontri RG, Collins DM, Sareen J, Enns MW. Ten years of antipsychotic prescribing to children: a Canadian population-based study. *Can J Psychiatry*. 2012;57:52–58. <https://doi.org/10.1177/070674371205700109>
25. Baeza I, de la Serna E, Calvo-Escalona R, Morer A, Merchán-Naranjo J, Tapia C, et al. Antipsychotic use in children and adolescents: a 1-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34(5):613–619. <https://doi.org/10.1097/jcp.0000000000000190>
26. Correll CU, Gerhard T, Olfson M. Prescribing of psychotropic medications to children and adolescents: quo vadis? *World Psychiatry*. 2012;12: 127–128. <https://doi.org/10.1002/wps.20031>
27. Sharma AN, Arango C, Coghill D, Gringras P, Nutt DJ, Pratt P, et al. BAP Position Statement: Off-label prescribing of psychotropic medication to children and adolescents. *J Psychopharm*. 2016; 30(5):416–421. <https://doi.org/10.1177/0269881116636107>
28. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. Mental health needs and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(8):960–970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>
29. Yoder KA, Longley SL, Whitbeck LB, Hoyt DR. A dimensional model of psychopathology among homeless adolescents: suicidality, internalizing, and externalizing disorders. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(1):95–104. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9163-y>
30. Da Silva TF, Cunha PJ, Scivoletto S. High Rates of Psychiatric Disorders in a Sample of Brazilian Children and Adolescents Living Under Social Vulnerability--Urgent Public Policies Implications. *J Psychiatry*. 2010;32(2):195–196. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462010000200018>
31. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth: Implications for prevention. *Am Psychol*. 2012; 67(4): 272–284. <https://doi.org/10.1037/a0028015>
32. Lázaro L. Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2020;37(2): 3–5. <https://doi.org/10.31766/revpsijv37n2a1>
33. Poletto M, Koller SH. Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicol Reflex Crit*. 2012;24(3): 476–484. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000300008>
34. Lee D, McLanahan S. Family Structure Transitions and Child Development: Instability, Selection, and Population Heterogeneity. *Am Sociol Rev*. 2015; 80(4): 738–763.

35. Waldfogel J, Craigie TA, Brooks-Gunn J. Fragile Families and Child Wellbeing. *Future Child*. 2010;20(2):87–112.
<https://doi.org/10.1177/0003122415592129>
36. Cavanagh S, Huston A. Family Instability and Children's Early Problem Behavior. *Social Forces*. 2006;85(1):575–605.
<https://doi.org/10.1353/sof.2006.0120>
37. McLaughlin KA, Gadermann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2012; 200(4):290–299. <https://doi.org/10.1353/sof.2006.0120>
38. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios (ENSD). Año 2018. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3n1AQAH>