Pediátrica de Panamá

Pediátr. Panamá 2024;53(3):118-126

Artículos originales

Atención en la unidad de observación del servicio de urgencias pediátricas a pacientes con patología de salud mental antes y durante la pandemia por SARS-CoV-2

[Care in the pediatric emergency department observation unit for patients with mental health pathology before and during the SARS-CoV-2 pandemic]

José Antonio Soler-Simón[1], Pilar Storch-de-Gracia[2], Beatriz Fernández-Borja[1], María Garrido-Rodríguez[1], Berta Gato-Moro[1], Ana Rodríguez-Jiménez[1], Silvia Gutiérrez-Priego[3]

1) Programa de Residencia Clínica en Pediatría, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid, España; 2) Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid, España; 3) Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid, España.

Correspondencia: José Antonio Soler-Simón / **Email**: jass.medicina@gmail.com

Recibido: 27 de junio de 2024

Aceptado: 22 de octubre de 2024

Publicado: 7 de diciembre de 2024

Palabras clave: trastorno de la conducta alimentaria, intento de suicidio, SARS-CoV-2, medicina de urgencias.

Keywords: eating disorder, suicide attempt, SARS-CoV-2, emergency medicine.

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que el estudio fue aprobado por comité de bioética y se eximió necesidad de consentimiento informado.Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid.

Financiamiento: Los autores declaran que no hubo financiamiento externo para la realización de este trabajo.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

Datos: La información cruda anonimizada no podrá ser compartida.

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.32397

Resumen

Introducción: La patología psiquiátrica aguda infantil ha aumentado, especialmente durante la pandemia por SARS-CoV-2. Este estudio comparó el uso de la unidad de observación de urgencias pediátricas por patología psiquiátrica antes y durante la pandemia, excluyendo el confinamiento en España (marzo-junio 2020). **Material y Métodos**: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con pacientes de 5 a 17 años que acudieron al servicio de urgencias (SU) en los 18 meses previos y los 18 meses posteriores al confinamiento, atendidos por psiquiatría y que requirieron observación. Se analizaron datos demográficos, clínicos y hospitalarios, comparando ambos períodos. **Resultados**: Se registraron 1,027 episodios: 279 antes de la pandemia y 748 durante. La mediana de edad fue de 15.27 años, 85.98% mujeres. La frecuencia de consultas por trastornos de la conducta alimentaria aumentó del 20% al 31.6% ($p < 0.001$) y las consultas por ideas suicidas del 16% al 23.5% ($p < 0.001$). Los intentos de suicidio por 1000 visitas aumentaron de 0.53 a 1.19 ($p < 0.001$), y la necesidad de observación en el SU aumentó de 2.8 a 9.2 por 1,000 visitas ($p < 0.001$). El tiempo medio de estancia en observación pasó de 8.8 a 12 horas ($p < 0.001$), y la ocupación de camas, de 1.95% a 7.11% ($p < 0.001$). Los ingresos a cargo de psiquiatría aumentaron de 1.66 a 5.20 por 1000 pacientes ($p < 0.001$), y los que pasaron la noche en observación aumentaron del 41.2% al 50.2% ($p < 0.001$).
Conclusiones: Durante la pandemia aumentaron ocupación y tiempo de estancia en observación del SU por patología psiquiátrica, principalmente trastornos de conducta alimentaria y patología autolítica.

Abstract

Introduction: Acute psychiatric pathology in children has increased, especially during the SARS-CoV-2 pandemic. This study compared the use of the pediatric emergency observation unit for psychiatric pathology before and during the pandemic, excluding the lockdown period in Spain (March–June 2020). **Materials and Methods**: A retrospective observational study was conducted with patients aged 5 to 17 years who visited the emergency department (ED) in the 18 months prior to and the 18 months following the lockdown, were attended by psychiatry, and required observation. Demographic, clinical, and hospital data were analyzed, comparing both periods. **Results**: A total of 1,027 episodes were recorded: 279 before the pandemic and 748 during. The median age was 15.27 years, with 85.98% being female. The frequency of consultations for eating disorders increased from 20% to 31.6% ($p < 0.001$), and consultations for suicidal ideation increased from 16% to 23.5% ($p < 0.001$). Suicide attempts per 1,000 visits increased from 0.53 to 1.19 ($p < 0.001$), and the need for observation in the ED rose from 2.8 to 9.2 per 1,000 visits ($p < 0.001$). The average observation stay duration increased from 8.8 to 12 hours ($p < 0.001$), and bed occupancy rose from 1.95% to 7.11% ($p < 0.001$). Psychiatric admissions increased from 1.66 to 5.20 per 1,000 patients ($p < 0.001$), and overnight stays in observation increased from 41.2% to 50.2% ($p < 0.001$). **Conclusions**: During the pandemic, there was an increase in bed occupancy and observation stay times in the ED for psychiatric pathology, primarily due to eating disorders and self-harming behavior.

© 2024. Infomedic International

INTRODUCCION

La patología aguda de salud mental en población adolescente ha sufrido un aumento de incidencia en la última década [1], principalmente a expensas de los intentos autolíticos [2] y los trastornos de la conducta alimentaria [3]. Dentro de las posibles causas de este aumento se identifican las redes sociales como factor de riesgo, por la presión que sufren los adolescentes en mantener una imagen acorde a las expectativas de la sociedad [4].

Durante la pandemia por SARS-CoV-2 se constató una mayor proporción de pacientes con patología psiquiátrica aguda que consultaron en urgencias, además de una mayor gravedad de los mismos [4,5]. Uno de los factores que más influyó fue el confinamiento durante los primeros meses de pandemia [6]. Las patologías con mayor aumento fueron los intentos autolíticos [5] y los trastornos de conducta alimentaria [6], hecho consistente con lo que se venía observando antes de la pandemia [2,3]. Este aumento de consultas por patología psiquiátrica ha venido acompañado de una mayor tasa de ingreso a cargo de psiquiatría [6]. La patología psiquiátrica adolescente necesita mejorar las medidas de prevención y aumentar los recursos sanitarios, pues se encuentra en una situación de emergencia [5].

Nuestra hipótesis de estudio fue que hubo un aumento significativo de consultas al Servicio de Urgencias (SU) pediátricas por patología psiquiátrica aguda tras el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 con respecto a la situación previa, con un incremento en el uso de la unidad de observación del servicio.

El objetivo principal fue describir las características demográficas y clínicas de los pacientes psiquiátricos atendidos en la unidad de observación de nuestro SU antes de la pandemia por SARS-CoV-2 y durante la misma en períodos de tiempo similares (dieciocho meses cada uno). Nuestros objetivos secundarios fueron: (a) comparar la frecuencia de los diagnósticos que consultaron en cada período y las posibles diferencias entre sí, y (b) describir y comparar una serie de indicadores hospitalarios que nos permitieran saber posibles diferencias en cuanto al volumen de pacientes atendidos y su tiempo de estancia en la observación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes con patología de salud mental que habían acudido al SU y, en esa misma visita habían permanecido en la unidad de observación. Se analizaron dos períodos de tiempo alrededor del confinamiento por SARS-CoV-2: dieciocho meses antes del mismo (desde el 1 de septiembre de 2018 hasta el 29 de febrero de 2020) y dieciocho meses después (desde el 1 de julio de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021). Se excluyó el intervalo temporal del 1 de marzo al 30 de junio de 2020 por el confinamiento domiciliario decretado a nivel estatal en España, debido a que la movilidad estuvo restringida y el acceso a los recursos sanitarios se vio alterado por este motivo. Nuestro centro fue el único hospital de la Comunidad Autónoma de Madrid en el que se ingresaban niños en la especialidad de psiquiatría infanto - juvenil durante las primeras semanas del confinamiento.

Recogida de datos

En primer lugar, se obtuvo el registro informático de todos los pacientes que habían permanecido en la unidad de observación en cada período temporal, y se aplicó un primer filtro que seleccionara únicamente diagnósticos psiquiátricos. En segundo lugar, se analizaron las historias clínicas de los pacientes seleccionados de forma retrospectiva según criterios de inclusión y exclusión. Tanto del registro informático como de cada historia clínica se pudieron recoger los siguientes datos: fecha de nacimiento, fecha y hora de atención en el SU, sexo, diagnóstico, hora de entrada en la unidad de observación, horas en observación, origen del paciente (urgencias o traslado desde otro hospital), destino del paciente (domicilio, ingreso o traslado a otro centro médico), si se trataba o no de un ingreso programado y si requirió o no estancia nocturna en la unidad. La variable clínica recogida fue el diagnóstico principal al alta, codificado según la CIE - 10 en: ansiedad (F41.9), depresión (F32.9), trastorno de la conducta alimentaria o TCA (F50), trastorno de la conducta no alimentario (F91.9), trastorno psicótico (F29), intento autolítico (T14.91), consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con intoxicación (F13.92), trastorno adaptativo (F43.20), trastorno por estrés postraumático (F43.10), fobia a tragar

(F40.2), trastorno obsesivo - compulsivo o TOC (F42.8) y trastorno disociativo (F44.9).

Criterios de inclusión y de exclusión

Se incluyeron pacientes con edades comprendidas entre los 5 y los 17 años que hubieran acudido en los meses previamente señalados por una alteración de la salud mental, valorados por un psiquiatra y permanecido en la unidad de observación del servicio de urgencias en relación con dicha alteración. Se excluyeron del estudio pacientes que hubieran permanecido en la unidad de observación por motivos no psiquiátricos o no valorados por el servicio de psiquiatría, así como los ingresos programados a cargo de psiquiatría.

Definiciones

-Tiempo de estancia en la unidad de observación: diferencia de tiempo entre el alta médica y la entrada en la unidad de observación.

-Ocupación de camas en la unidad de observación: cociente entre la suma de las horas que hubo camas ocupadas por pacientes con alteraciones de la salud mental en la unidad de observación entre el total de horas que había camas disponibles en dicha unidad, multiplicando por el número total de camas de la unidad (10) por 24 horas por 18 meses, lo cual resulta en 129,600 horas.

-Incidencia de patología de salud mental en la unidad de observación: cociente entre el número de pacientes atendidos por la especialidad de psiquiatría y el total de pacientes atendidos en la unidad de observación del SU en cada período.

-Tasa de ingreso: porcentaje de ingresos y/o traslados para ingreso a otro centro hospitalario con respecto al total de visitas al SU.

-Tasa de ingreso con respecto a los pacientes psiquiátricos: porcentaje de ingresos y/o traslados para ingreso en otro centro hospitalario con respecto al total de pacientes psiquiátricos atendidos.

-Estancia nocturna en la unidad de observación: permanencia del paciente durante la noche en la unidad de observación del SU.

Análisis estadístico

Para la descripción de las variables cualitativas se emplearon porcentajes. Se aplicó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov - Smirnov en las variables cuantitativas, y se describieron empleando la media y la desviación estándar (DS) cuando seguían la distribución normal y la mediana y el rango intercuartílico (RIC) en aquellas que no seguían. La comparación de variables cualitativas paramétricas se llevó a cabo utilizando el estadístico X2 de Pearson. Para la comparación de variables cuantitativas paramétricas se empleó el estadístico t de Student. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS Statistics, versión 20.0. Se consideró significativo un error alfa menor a 0.01.

Responsabilidades éticas

Nuestro estudio se enmarca en los estándares bioéticos de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Código Interno R - 0027/23). No se requirió firma de consentimiento informado.

Se siguieron las guías Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para la redacción del manuscrito.

RESULTADOS

Durante el período del estudio acudieron al SU un total de 187,266 pacientes: 104,193 en el primer período y 83,073 en el segundo. La tabla 1 recoge los motivos de consulta según la naturaleza de la enfermedad y el equipo médico que atendió dicha urgencia. En ella, se observa una diferencia significativa entre las consultas pediátricas y psiquiátricas en cada período ($p < 0.01$). De los pacientes con patología psiquiátrica valorados por psiquiatría que habían pasado a la unidad de observación (1,141 episodios), se analizaron finalmente 1,027 al excluir los ingresos programados, quedando 279 episodios en el primer período y 748 en el segundo.

El 85.98% de los pacientes que consultaron en urgencias eran de sexo femenino, con una mediana de edad de 15. 27 años (RIC 13.74 - 16.53). No se encontraron diferen-

Tabla 1. Consultas en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Período 1: situación previa a la pandemia. Período 2: situación durante la pandemia.

Equipo médico que atiende la consulta	Período 1 (n = 104 193)	Período 2 (n = 83 073)	Error α
Pediatría	83,721 (80.35%)	64,552 (77.7%)	p < 0.01
Psiquiatría	2,282 (2.20%)	2,880 (3.46%)	p < 0.01
Traumatología	12,456 (11.95%)	10,023 (12.10%)	0.32
Cirugía Pediátrica	4,139 (3.97%)	4,070 (4.89%)	p < 0.01
Otras cirugías*	1,595 (1.53%)	1,548 (1.90%)	p < 0.01

Tabla 2. Variables demográficas. RIC: rango intercuartílico. Período 1: situación previa a la pandemia. Período 2: situación durante la pandemia.

Variable demográfica	Período 1 (n = 279)	Período 2 (n = 748)	Error α
Edad; mediana (RIC)	15.25 (13.7 – 16.6)	15.27 (13.7 – 16.52)	0.896
Sexo femenino; n (%)	235 (84.2%)	648 (86.6%)	0.324

cias relevantes entre los dos períodos en ninguna de las variables demográficas (tabla 2). En cuanto a la distribución de diagnósticos por sexo, se observó una diferencia significativa en los TCA en adolescentes mujeres en el segundo período con respecto a los varones (33.8% vs 17.5%, p < 0.01) y en intoxicación medicamentosa en el primer período (33% vs 0%, p < 0.01); en trastorno de conducta no alimentario en los adolescentes varones en el segundo período con respecto a las mujeres (21.6% vs 7.1% vs, p < 0.01) y en el trastorno psicótico en los adolescentes varones con respecto a las mujeres, tanto en el primer período (14.6%vs 1.7%, p < 0.01) como en el segundo (5.2% vs 0.9%, p < 0.01).Se incluye un anexo 1 donde se observan las frecuencias de los diagnósticos por sexo y período.

El diagnóstico más frecuente fue el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) tanto antes de la pandemia (20%) como durante la misma (31.6%), con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos períodos (p < 0.001).

El segundo diagnóstico más frecuente fue ideas de muerte activas (16% en el primer período y 23.5% en el segundo) con una diferencia estadísticamente significativa (p < 0.001).No se hallaron diferencias en la distribución del resto de diagnósticos (tabla 3).

En el primer período se atendieron 56 pacientes por intento autolítico y en el segundo, 99.Se observó una diferencia significativa en la incidencia de intento autolítico con respecto al total de pacientes atendidos en el SU en cada uno de los períodos (0.53/1,000 vs 1.19/1,000, p < 0.001).

El tiempo medio de estancia en la unidad de observación del SU por pacientes con alteraciones de la salud mental, el porcentaje de ocupación de camas en dicha unidad por estos pacientes, la incidencia de problemas de salud mental en los pacientes que permanecieron en la unidad de observación, la tasa de ingreso a cargo de psiquiatría con respecto al total de pacientes atendidos y la estancia durante la noche en la unidad de observación por parte de pacientes con alteraciones de la salud mental fueron mayores en el segundo período.Estas variables se recogen en la tabla 4.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, encontramos un aumento significativo en las consultas a urgencias por problemas de salud mental en pacientes adolescentes durante la pandemia con respecto a los meses previos.Los diagnósticos más frecuentes en ambos períodos fueron los TCA, los intentos autolíticos y las ideas de muerte activas.Por sexo, los diagnósticos significativamente más frecuentes fueron, en mujeres, los TCA (segundo período) y las intoxicaciones

Tabla 3. Distribución de la frecuencia de los diagnósticos que consultaron en cada uno de los períodos.

Patología psiquiátrica	Período 1 (n = 279)	Período 2 (n = 748)	Error α
Ansiedad	39 (14%)	77 (10.3%)	0.09
Depresión	22 (7.9%)	32 (4.3%)	0.02
Trastorno de la conducta alimentaria	56 (20.1%)	237 (31.7%)	p < 0.001
Trastorno de conducta no alimentario	39 (14%)	67 (8.9%)	0.01
Intoxicación medicamentosa voluntaria	8 (2.9%)	23 (3.1%)	0.86
Ideas de muerte activas	45 (16.1%)	176 (23.5%)	p < 0.001
Trastorno psicótico	10 (3.5%)	11 (1.5%)	0.03
Otros diagnósticos[1]	4 (1.4%)	26 (3.5%)	0.55
Intento autolítico: frecuencia relativa	56 (20.1%)	99 (13.2%)	0.036
Intento autolítico: incidencia	0.53/1000	1.19/1000	p < 0.001

[1]*Otros*: incluye trastorno por estrés postraumático, fobia a tragar, trastorno disociativo, trastorno obsesivo-compulsivo.

Tabla 4. Indicadores hospitalarios

Indicadores hospitalarios	Período 1 (n = 279)	Período 2 (n = 748)	Error α
Tiempo de estancia en la unidad de observación en horas, media (DS)	8.8 (7.5)	12 (11)	p < 0.001
Ocupación de camas en la unidad de observación (%)	1.95	7.11	p < 0.001
Consultas por patología psiquiátrica en Observación	2.8/1000	9.2/1000	p < 0.001
Tasa de ingreso con respecto al global	1.66/1000	5.2/1000	p < 0.001
Tasa de ingreso con respecto a los pacientes psiquiátricos, n (%)	173 (62)	435 (58.15)	NS
Estancia nocturna en la unidad de observación, n (%)	115 (41.2)	376 (50.2)	p < 0.001

NS: no significativo.

voluntarias (primer período); en varones fueron el trastorno de conducta no alimentario (segundo período) y el trastorno psicótico (ambos períodos).Además, observamos un aumento significativo durante la pandemia en el tiempo de estancia media en la unidad de observación del SU, con mayor porcentaje de ocupación de camas y mayor tasa de estancia nocturna, junto con una mayor tasa de ingreso a cargo de psiquiatría con respecto al global de pacientes atendidos en el SU.Los ingresos programados a cargo de psiquiatría se excluyeron porque actuaban como factor de confusión a la hora de analizar los tiempos de estancia en observación.

Ambos grupos de pacientes fueron comparables en cuanto a la distribución de sexo y edad, con un predominio de adolescentes de sexo femenino.Este hallazgo es consistente con otros trabajos realizados antes [2,3] y durante la pandemia [6,7]. La población adolescente presenta unas características físicas y de desarrollo que la hacen distinta con respecto a los niños más pequeños, por un lado, y a la población adulta, por otro. En este grupo etario comienzan hasta el 50% de los trastornos de salud mental de la población adulta, y el suicidio es una de las principales causas de muerte [8]. Observamos que hubo un claro aumento del número total de consultas por alteración de la salud mental durante la pandemia, sobre todo a costa de un aumento importante de los TCA. También aumentaron los casos de intoxicación medicamentosa voluntaria (2.8% frente a 3%) y las ideas de muerte activas durante la pandemia.

En el resto de los diagnósticos observamos una menor proporción de consultas en nuestro SU en el segundo período, si bien en números absolutos, el número de consultas de todos los diagnósticos fue mayor en el segundo período. Esto puede deberse a que, en el segundo período, el número total de pacientes que cumplían los criterios de inclusión fue 2.7 veces mayor que en el primer período (279 en el primer período y 748 en el segundo), por lo que, aunque en números absolutos hubiera más consultas por estos motivos, la proporción con respecto al número total de casos por período es menor.

Los TCA han sufrido un aumento de incidencia a nivel mundial a partir de la pandemia de hasta el 50% con respecto a la situación previa [3,7]. Una revisión sistemática recientemente publicada describe cómo los adolescentes sufrieron un claro aumento de síntomas como ansiedad y depresión con relación al confinamiento por SARS-CoV-2 [9]. Spettigue et al encontraron que hasta un 40% de los pacientes diagnosticados de TCA tras el inicio de la pandemia referían como evento desencadenante el período de confinamiento, y en estos, el inicio de la enfermedad fue más agudo en comparación a los que no identificaron el confinamiento como desencadenante [6]. Esto puede deberse al retraso en la consulta motivado por el miedo a la propagación de la infección, así como las dificultades de acceso a los centros hospitalarios, el aislamiento social, la desaparición de rutinas diarias y la desestructuración del tiempo libre, con aumento del uso de redes sociales [4,6,10]. En términos generales, la gravedad de los pacientes ingresados durante la pandemia ha sido mayor, con mayor comorbilidad psiquiátrica y mayor riesgo de suicidio que antes de esta [11,12].

En nuestro trabajo observamos un aumento de la incidencia de intento autolítico con respecto al total de visitas al SU en el segundo período.La incidencia de ideas de muerte activas también sufrió un aumento significativo durante la pandemia. No registramos en nuestro trabajo la presencia de autolesiones, que se han relacionado con el riesgo de conducta suicida [2], y que tenían una prevalencia antes de la pandemia de en torno al 17% de los adolescentes. En varios estudios observacionales se ha objetivado un aumento similar de estas patologías en población adolescente [5,13]. Dentro de los factores precipitantes por la pandemia destaca el confinamiento domiciliario, siendo en los meses de marzo y abril de 2020 cuando más incidencia de ideación e intento suicida se registró entre adolescentes, en comparación con los mismos meses del año 2019 [13]. Es frecuente la asociación de conductas autolesivas y la presencia de TCA, lo cual también explicarían el incremento tan importante de los intentos autolíticos en este período, en el que ya se ha destacado el aumento de los casos y la gravedad de los TCA.Según los registros de mortalidad en población española adolescente (de 15 a 19 años), el suicido fue en 2021 la tercera causa de muerte, por debajo de los accidentes de tráfico y la patología tumoral [14]. Esta situación supone un reto desde el punto de vista sanitario, en el que están implicados tanto responsables nacionales [5] como organismos internacionales a fin de evitar muertes por esta causa [13].

En nuestro trabajo también analizamos algunos indicadores hospitalarios.Observamos una tasa de ingreso a cargo de psiquiatría con respecto al global de pacientes atendidos en el SU significativamente mayor en el segundo período.Este aumento se relaciona con mayor gravedad de los síntomas, menor contención ambulatoria, además de desbordamiento familiar, que hacían necesario el ingre-

so hospitalario de los pacientes. Estudios similares describen mayor tasa de ingreso por TCA durante la pandemia [15]. En otros estudios, se observa una menor cantidad de pacientes atendidos en Urgencias de forma global durante la pandemia con una mayor proporción de patología psiquiátrica, y con una mayor tasa de ingreso [16]. Observamos un aumento significativo en el número de consultas por patología psiquiátrica aguda, consistente con lo publicado hasta ahora [5,17].

Encontramos un aumento significativo en la ocupación de camas en la unidad de observación, junto con un aumento en el tiempo de estancia en la unidad tanto global como durante la noche en el segundo período, a diferencia de lo publicado por Krass et al, que no objetiva diferencias en los tiempos de estancia [16]. Este hecho también ha sido descrito por otros trabajos [7] y podría reflejar una menor capacidad del sistema sanitario para dirigir al paciente a su ubicación definitiva cuando era preciso un ingreso hospitalario, o incluso la sustitución de un ingreso por un período más prolongado de observación en el SU hasta lograr la estabilización de la patología del paciente (dado que hubo varios casos en los que el paciente permaneció en la unidad de observación del SU durante más de 24 y 36 horas).

La ocupación de camas parece directamente proporcional al aumento en los tiempos de estancia, y resulta lógico pensarlo de esta forma, ya que el principal problema durante la pandemia fue el aumento en el número de casos que consultaban, y no tanto un problema de disponibilidad en nuestro centro.A pesar de esto, es cierto que el número de camas disponibles para ingreso hospitalario por psiquiatría infanto - juvenil de la Comunidad de Madrid se vio reducido durante el confinamiento a 31 camas en un único hospital.A partir de finales de abril de 2020 hubo un aumento del número camas de ingreso para niños mayores de 12 años por la reapertura de otras unidades de la Comunidad, lo que generó disponibilidad de 60 camas a finales de mayo de 2020.A pesar de ello, fue necesario aumentar las camas disponibles durante los siguientes meses con lo que se habilitaron 20 camas más a través de un centro concertado y la apertura de una nueva unidad pública. Esta situación refleja que hubo una situación crítica en cuanto a la demanda y los recursos disponibles para la atención de la patología de salud mental durante la pandemia.

El aumento de las consultas por alteraciones de la salud mental ya estaba presente antes de la pandemia, y ya se ha descrito en la literatura un aumento a nivel global de patología psiquiátrica aguda en adolescentes de los últimos años [1,2,8]. Se puede inferir que la situación de la psiquiatría adolescente pasa por un momento crítico en el que hacen falta más recursos y estrategias de prevención [5,16] para afrontar las necesidades de estos pacientes [8], y que la existencia de una situación inesperada que desestabilice a la población (como fue en su momento la pandemia por SARS-CoV-2) puede generar un aumento de las necesidades de salud mental a la que no podamos responder de forma adecuada si no aumentamos los recursos actuales.

Algunas de las limitaciones de este trabajo son que se trata de un estudio retrospectivo y unicéntrico. El hecho de basarse en la revisión de historias clínicas electrónicas hizo que las codificaciones de diagnóstico principal dependieran del médico responsable de atender a los pacientes. Esto podría explicar el paradójico comportamiento de entidades como la depresión o la ansiedad, que, en nuestro estudio, parece disminuir de forma relativa en el segundo período (no así en números absolutos).Sin embargo, como hemos comentado previamente, este fenómeno atiende más bien al aumento tan llamativo de casos de TCA, en los que seguramente, hubiera también casos de depresión y ansiedad relacionados.

Como otras limitaciones, podemos destacar que no se analizó la tasa de segunda consulta en el SU ni de reingreso, que se podrían haber visto aumentadas en el caso de que la presión asistencial por la falta de camas para ingreso hubiera llevado consigo los ingresos más cortos en las unidades disponibles o la sustitución de un ingreso por una estancia prolongada en el SU.

CONCLUSIONES

En conclusión, las alteraciones agudas de la salud mental experimentaron un aumento de incidencia durante la pan-

demia por SARS-CoV-2, principalmente los TCA y la ideación e intentos autolíticos. Además, estas consultas presentaron una gravedad clínica mayor con respecto al período previo a la pandemia, con una mayor tasa de ingreso a cargo de psiquiatría, un mayor tiempo de estancia media y una mayor ocupación de camas en la unidad de observación. La pandemia por SARS-CoV-2 ha agravado la situación de emergencia de patología de salud mental de los adolescentes de los últimos años y es necesario aumentar la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante tal situación, ya que presenta signos de falta de recursos.

* El estudio fue seleccionado como comunicación oral corta en la XXVI Reunión de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), 2022.

Abreviaturas

DS: desviación estándar.
TCA: trastorno de la conducta alimentaria.
RIC: rango intercuartílico.
SU: Servicio de Urgencias.

REFERENCIAS

[1] Margarit Soler A, Martínez Sanchez L, Martínez Monseny A, et al. Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias (Epidemiological characteristics in suicidal adolescents seen in the Emergency Department). An Pediatr (Barc). 2016 Jul;85(1):13-7. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2015.04.022. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26320666.

[2] Gillies D, Christou MA, Dixon AC, et al.Prevalence and Characteristics of Self-Harm in Adolescents: Meta-Analyses of Community-Based Studies 1990-2015. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018 Oct;57(10):733-741. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.018. Epub 2018 Aug 21. PMID: 30274648.

[3] Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. Pediatrics. 2014 Sep;134(3):582-92. doi: 10.1542/peds.2014-0194. PMID: 25157017.

[4] Saul J, Rodgers RF, Saul M. Adolescent Eating Disorder Risk and the Social Online World: An Update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2022 Jan;31(1):167-177. doi: 10.1016/j.chc.2021.09.004. PMID: 34801153.

[5] Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. An Pediatr (Engl Ed). 2023 Mar;98(3):204-212. doi: 10.1016/j.anpede.2022.11.005. Epub 2023 Feb 25. PMID: 36842881.

[6] Spettigue W, Obeid N, Erbach M, et al. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. J Eat Disord. 2021 Jun 4;9(1):65. doi: 10.1186/s40337-021-00419-3. PMID: 34088342; PMCID: PMC8176274.

[7] Milliren CE, Richmond TK, Hudgins JD. Emergency Department Visits and Hospitalizations for Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics. 2023 Jan 1;151(1):e2022058198. doi: 10.1542/peds.2022-058198. PMID: 36541052.

[8] Vicario MIH, Molinero R. La adolescencia. Situación epidemiológica. Patología más frecuente. La transición. Pediatr Integral 2022; XXVI (4):200-213.

[9] Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2023 Jul;32(7):1151-1177. doi: 10.1007/s00787-021-01856-w. Epub 2021 Aug 18. PMID: 34406494; PMCID: PMC8371430.

[10] Radhakrishnan L, Leeb RT, Bitsko RH, et al. Pediatric Emergency Department Visits Associated with Mental Health Conditions Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022 Feb 25;71(8):319-324. doi: 10.15585/mmwr.mm7108e2. PMID: 35202358.

[11] Graell M, Morón-Nozaleda MG, Camarneiro R, et al . Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. Eur Eat Disord Rev. 2020 Nov;28(6):864-870. doi: 10.1002/erv.2763. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32729139.

[12] Feldman MA, King CK, Vitale S, et al. The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: Increased need for medical stabilization and decreased access to care. Int J Eat Disord. 2023 Jan;56(1):257-262. doi: 10.1002/eat.23788. Epub 2022 Jul 30. PMID: 35906993; PMCID: PMC9353287.

[13] Hill RM, Rufino K, Kurian S, Saxena J, Saxena K, Williams L. Suicide Ideation and Attempts in a Pediatric Emergency Department Before and During COVID-19. Pediatrics. 2021 Mar;147(3):e2020029280. doi: 10.1542/peds.2020-029280. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33328339.

[14] Instituto Nacional de Estadística. Censo de población 2021. Resultados Nacionales. Defunciones según la causa de muerte. (Internet). (Consultado 12 Nov 2023). Disponible en: https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947

[15] Spina G, Roversi M, Marchili MR, et al. Psychiatric comorbidities and dehydration are more common in children admitted to the emergency department for eating disorders in the COVID-19 era. Eat Weight Disord. 2022 Oct;27(7):2473-2480. doi: 10.1007/s40519-022-01386-7. Epub 2022 Mar 16. PMID: 35294772; PMCID: PMC8925290.

[16] Krass P, Dalton E, Doupnik SK, Esposito J. US Pediatric Emergency Department Visits for Mental Health Conditions During the COVID-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2021 Apr 1;4(4): e218533. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.8533. PMID: 33929525; PMCID: PMC8087951.

[17] J Devoe D, Han A, Anderson A, et al.The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. Int J Eat Disord. 2023 Jan;56(1):5-25. doi: 10.1002/eat.23704. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35384016; PMCID: PMC9087369.