SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
I SALUT MENTAL

Resum de comunicacions

JORNADA CLOENDA 2024-2025

CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

López de Murillas N.*, Castells A.*, Esquerda A., Bernis T., Ferrol P., Mur M.
Los dos primeros autores han contribuido de manera equitativa a este trabajo y comparten la primera autoría

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son enfermedades mentales graves que se relacionan con una conducta alterada en relación a los hábitos alimentarios. Los más frecuentes son la anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), el trastorno por atracones (TA) y el trastorno evitativo/restrictivo (TR). [1]

Afectan principalmente a las adolescentes y mujeres jóvenes [2], y su prevalencia ha aumentado en los últimos cincuenta años debido a las modificaciones de la alimentación en la sociedad [3]. La frecuencia clásica reconocida de 1 hombre por cada 10 mujeres también está cambiando, y se encuentra al alza. [4]

En su aparición influyen factores genéticos, biológicos y de personalidad, así como factores familiares y sociales [5].

OBJETIVOS

Estudiar la frecuencia, el perfil y los factores determinantes de la evolución clínica de los pacientes con TCA que han requerido hospitalización entre los años 2017 y 2022 en la Unidad de Agudos del Hospital Santa María de Lleida (HUSM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyen los pacientes que han ingresado en el servicio de agudos del HUSM desde 2017 a 2022 (N=7434). Se separan siguiendo los criterios diagnósticos del CIE-9 (hasta 2018) y el CIE-10 (hasta 2022), primero en un grupo de pacientes no TCA y un grupo de pacientes con diagnóstico de TCA. Dentro del grupo de pacientes TCA se realiza una subdivisión en diagnósticos de AN, BN y otros TCA. Se ha realizado el análisis estadístico mediante SPSS.

RESULTADOS

FRECUENCIA RELATIVA ENTRE PACIENTES TCA Y NO TCA 2017-2022

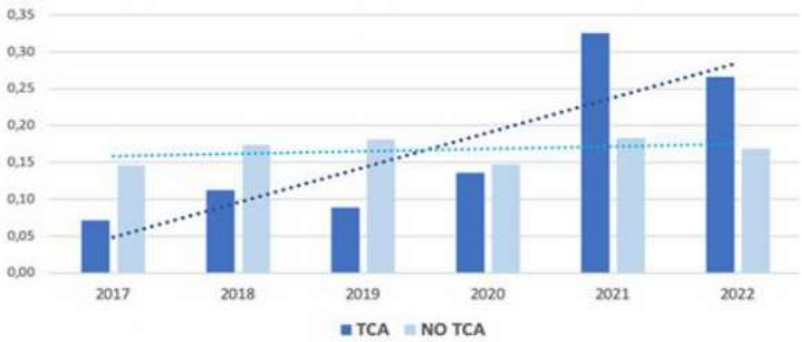


Tabla 1:Diferencias en edad, días de ingreso, reingresos grupos de edad, sexo, tipos de admisión, pre!post pandemia y derivación al alta en función de los diagnósticos (TCA y no TCA)

	TCA	No TCA	TOTAL (TCA+NOTCA)	ESTADISTICA	
VARIABLES CUANTITATIVAS					
				F	P
EDAD	22 +/- 10.62	41.64 +/- 17.762	41.20 +/- 17.873	205.007	<0.001
DÍAS DE INGRESO	34.85 +/- 30.90	16.84 +/- 14.97	17.25 +/- 15.74	222.468	<0.001
VARIABLES CUALITATIVAS					
	Total TCA 169 (2%)	Total No TCA 7265 (98%)	Total muestra 7434 (100%)		
GRUPOS DE EDAD				X^2	P
Adultos (≥ 18 años)	87 (51.5%)	6569 (90.4%)	6656 (89.5%)	267.273	<0.001
% adultos TCA y no TCA	**1.3%**	98.7%	100%		
Infanto-juvenil (<18 a.)	82 (48.5%)	696 (9.6%)	778 (10.5%)		
% infanto-juvenil TCA y no TCA	**10.5%**	89.5%	100%		
SEXO					
Mujeres	150 (88.8%)	3440 (47.4%)	3590 (48.3%)	113.402	<0.001
% Mujeres TCA y no TCA	**4%**	96%	100%		
Hombres	19 (11.2%)	3825 (52.6%)	3843 (51.7%)		
% Hombres TCA y no TCA	**0,4%**	99,6%	100%		
PANDEMIA					
Pre-pandemia	49 (29.0%)	3829 (52.7%)	3878 (52.2%)	37.210	<0.001
Post-pandemia	120 (71.0%)	3436 (47.3%)	3556 (47.8%)		

CONCLUSIONES

- Los TCA son un diagnóstico con tendencia creciente en nuestra unidad, y son los que requieren más días de ingreso e inversión de tiempo y recursos.
- Los perfiles vulnerables a este tipo de patologías son principales mujeres jóvenes y adolescentes, aunque se han observado periodos con incremento de la frecuencia de hombres ingresados por diagnóstico de TCA.
- Se ha observado un incremento en el número de ingresos por TCA tras la pandemia de la COVID19, sobre todo de anorexia nerviosa y otros TCA.

Bibliografía

HOSPITAL UNIVERSITARI DE SANTA MARIA

Institut Català de la Salut
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

CANVIS EN UN ANY EN ELS FACTORS DE RISC DEL SÍNDROME METABÒLIC EN SUBJECTES AMB ESTAT MENTAL DE RISC

Elva García González[1], María de los Ángeles Ortega Rivero[2], M. José Algora[1,2,3,4], Montse Solé [1,2,3,4], Yolanda Alonso[1,2,3,4], Vanessa Sánchez-Gistau[1,2,3,4]

IIU Institut Pere Mata, Reus [1]; Universitat Rovira y Virgili, Reus [2]; Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus [3]; Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Reus [4]

OBJECTIUS

Avaluar l'evolució al cap d'un any dels paràmetres del síndrome metabòlic, el tractament farmacològic, l'estil de vida i la transició a psicosi en subjectes amb estat mental d'alt risc (EMAR) que acudeixen a un Servei d'Intervenció Primerenca a Reus (EIP), Espanya.

MÈTODES

Aquest és un estudi observacional retrospectiu.

Evaluacions al principi (T0) i al seguiment de 12 mesos (T1): anàlisi de sang en dejuni i valoració biomètrica completa. Consum de drogues, ingesta calòrica d'una setmana, tractament farmacològic i activitat física mesurada per l'IPAQ (mesura autoinformada del qüestionari d'activitat física de l'article)

Participants:

T_0

N = 108 ARMS avaluats per SOPS
< 90 dies amb tratactament APs

→ **N = 30 pèrdues**

N = 78 EMAR (evaluats en T_0 y T_{12})

T_{12}

→ **N=20 (25%) transició a psicosis**

Característiques socio-demográfiques

	N = 78
Sexe (N, %)	
Home	46 (58.97)
Edat (anys), Mdn (IQR)	20 [17-23]
Ètnia (N, %)	
Caucàsics	64 (82.05)
Estat laboral (N, %)	
Estudiant/Empleat	53 (67.95)

Distribución de EMAR por grupos

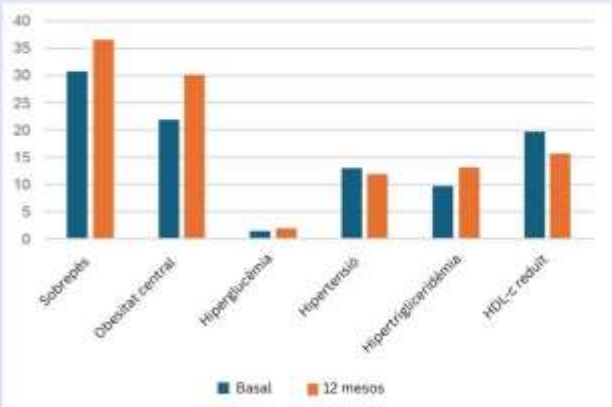
RESULTATS

	Basal N =78	12 mesos N=78	
Variabes biomètriques (med, IQR)			
Pes	65.3 [55.88-75.8]	68.35 [58.55-80.6]	**<.000a**
IMC	22.01 [20-25.52]	23.22 [20.83-27.44]	**<.000a**
Circunferència de cintura (cm)	80 [73.75-87.62]	83 [74.13-93.25]	**0.001a**
Freqüència cardiaca (lpm)	76 [70-84]	77 [66-82]	0.08a
Pressió arterial sistòlica (mmHg)	119 [108-125]	111 [101-123]	**0.001a**
Pressió artenal diastòlica (mmHg)	73 [67-80]	72 [65-80]	0.63a
Variables analítiques (med, IQR)			
Glucosa en dejú (mg/dl)	79 [74-87]	80 [75-5-86]	0.08a
HDL-c (mg/dl)	52 [46-65]	52 [44-61]	0.91a
LDL-c (mg/dl)	88 [72-108]	82 [70-112.5]	0.49a
Colesterol total (mg/dl)	165 [139.5-188]	162 [139.5-189]	0.54a
Triglicénds (mg/dl)	84.5 [59.5-104.25]	79 [66.75-124.25]	0.24a
Variables de tractament			
Antipsicòtics (N, %) OLZeq, mg/day (med, IQR)	32 (41) 5 (3.33-6.66)	32 (41) 8 (5-6.6)	1b **0.02a**
Antidepressius (N, %)	44 (56.4)	36(46)	0.15b
Estabilitzadors (N, %)	5 (6.4)	15(19.3)	**0.006b**
Consum de drogues (en l'última setmana) (N/%)			
Tabac	23 (29.5)	16(22.8)	0.45b
Cannabis	17(21.8)	12(17.14)	0.49b
Alcohol	29 (37.2)	15 (21.4)	**0.049b**
Paràmetres d'estil de vida	**N =50**	**N=50**	
METS (med, IQR) Activitat (N , %) Baixa activitat Moderada activitat Alta activitat	711(346-1506) 28(36,9) 42(55,3) 6 (7.89)	1586 (618-2050) 9 (25.71) 24 (68.5) 2 (5.71)	 0.57a 0.75b
Ingesta de Kcal (med, IQR)	2191 (1602-2526)	1836 (1312-2318)	0.08a

a Prova de Wilcoxon; b Prova de McNemar; Les diferències significatives s'indiquen en negreta.

Text: nombre de casos; M mitjana, SD desviació estàndard, Mdn mediana, IQR rang interquartílic; IMC índex de massa corporal; HDL-c colesterol de lipoproteïnes d'alta densitat; LDL-c colesterol de lipoproteïnes de baixa densitat; MET equivalent metabòlic de la tasca; Eoz equivalents de dosis d'olanzapina.to

Percentatge dels components dels MeTs en el T0 i el T12



Sobrepès: IMC > 25; Obesitat central (circunferència de la cintura ≥ 94 cm en homes i ≥ 80 cm en dones); Hipertrigliceridèmia (≥ 150 mg/dL); Colesterol HDL-c reduït (< 40 mg/dL en homes i < 50 mg/dL en dones); Hipertensió (sistòlica ≥ 130 mmHg o diastòlica ≥ 85 mmHg); Hiperglucèmia en dejú (≥ 100 mg/dL)

DISCUSSIÓ

Al seguiment d'un any, l'Índex de Massa Corporal i el perímetre abdominal (p=0,010) van augmentar, mentre que la pressió arterial sistòlica va disminuir (p<0,000).
La proporció de subjectes en tractament amb antipsicòtics i antidepressius no va canviar, però la dosi d'antipsicòtic va augmentar (p<0,05).
Vam trobar una tendència a la disminució de la ingesta alimentària (p<0,08), mentre que l'activitat física no va canviar. Finalment, els subjectes només van mostrar una reducció en el consum d'alcohol.

CONCLUSIONS

D'acord amb estudis previs [1,2], els EMAR presenten un alt risc de desenvolupar síndrome metabòlica. El pes i el perímetre abdominal van augmentar, però no es va incrementar l'activitat física. Es va observar una tendència a la disminució de la ingesta alimentària. Atès que els hàbits no saludables són factors potencialment modificables, els nostres resultats donen suport a la incorporació d'intervencions específiques d'estil de vida en els EMAR.

Els autors informen que no tenen conflictes d'interès en relació amb les dades del pòster.

Referències:

1- Cordes J, et al. Prevalence of metabolic syndrome in female and male patients at risk of psychosis. Schizophr Res. 2017 Mar;181:38-42.
2- Provenzani U, et al. Physical Health in Clinical High Risk for Psychosis Individuals: A Cross-Sectional Study. Brain Sci. 2023 Jan 12;13(1):128.

ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SANTA MARIA DE LLEIDA.

Esquerda A.*, Lin, Y.*, Bernis T., López de Murillas N., Ferrol P., Mur M.

*Los dos primeros autores han contribuido de forma equitativa en este trabajo y comparten la primera autoría.

INTRODUCCIÓN

La literatura pone de manifiesto que padecer un trastorno mental severo (TMS), como esquizofrenia, depresión o trastorno bipolar, se asocia a peor salud física que la población general y también una menor esperanza de vida (1).

Un metaanálisis reciente, evidenció que la multimorbilidad fue 1.84 veces más prevalente en individuos con trastornos mentales graves en comparación con controles sin dicha condición (2). Este hallazgo, indica que los pacientes con TMS, presentan un riesgo casi dos veces mayor de desarrollar múltiples comorbilidades físicas crónicas, además del diagnóstico de salud mental principal.

Excluyendo el suicidio, la principal causa de mortalidad en personas con trastornos mentales graves se atribuye a enfermedades físicas, especialmente cardiovasculares, metabólicas y nutricionales. Estas patologías, comparten múltiples factores de riesgo modificables, relacionados con el estilo de vida y agrupados bajo el concepto de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) (3).

METODOLÓGIA

Estudio descriptivo y transversal, en el cual se estudiaran las variables sociodemográfica (edad, sexo), los hábitos tóxicos (tabaco, THC, CC), el diagnóstico psiquiátrico, las variables analíticas (HB1aC, colesterol total, LDL, HDL, TAG, TAS, TAD), las variables antropométricas (talla, peso, IMC, perímetro abdominal), el riesgo cardiovascular a 10 años, los psicofármacos activos y otros fármacos, en una muestra de 35 pacientes, ingresados en la unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida (HUSM).
Los datos serán analizados a través del paquete estadístico IBM-SPSS.

OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar los FRCV en los pacientes adultos, ingresados en la unidad de Agudos de Psiquiatría en el HUSM de Lleida, que permitirá orientar intervenciones dirigidas a abordar y reducir dichos factores, contribuyendo así, a mejorar la calidad de vida y la salud general de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

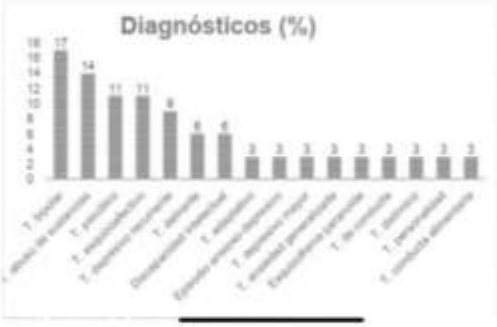
(1)Pérez Ramírez, B. Jasson Molina, JA. López Ortiz, MM. (2017): "Assessment of nutritional status in patients with psychiatric disorders in a hospital unit", Dialnet ISSN 0211-6057, Vol 37(1):24-33. DOI: 10.12873/371brendayadira

(2) Damiano Pizzol, Mike Trott, Laurie Butler, Yvonne Barnett, Tamsin Ford, Sharon AS Neufeld, Anya Ragnhildstveit, Christopher N Parris, Benjamin R Underwood, Guillermo Felipe López Sánchez, Matt Fossey, Carol Brayne, Emilio Fernandez-Egea, Guillaume Fond, Laurent Boyer, Jae Il Shin, Shahina Pardhan, Lee Smith. (2023): " Relationship between severe mental illness and physical multimorbidity: a meta-analysis and call for action", *BMJ Mental Health*, Vol 26 (1-5). DOI:10.1136/bmjment-2023-300870

(3) DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, Detraux J, Gautam S, Möller HJ, Ndetei DM, Newcomer JW, Uwakwe R, Leucht S. (2011): "Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care", World Psychiatry. Vol 10(1): 52-77. DOI:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x

***GLOSARIO**: LDL: Low Density Lipoprotein, HDL: High Density Lipoprotein, TAG: triacilglicéridos, TAS: tensión arterial sistólica, TAD: tensión arterial diastólica, HB1aC: hemoglobina glicada, IMC: indice de masa corporal, CC: cocaina, THC: tetrahidrocannabinol.

RESULTADOS



El **45,7%** de los pacientes tienen cifras elevadas de colesterol total pero solo un **31%** de esta toma fármacos hipolipemiantes.

El **22.1%** de la población española es fumadora, mientras que, en la muestra estudiada, asciende a un **66%**, observándose una diferencia significativa entre sexos, con una mayor prevalencia de tabaquismo en los hombres en comparación con las mujeres.

El **65.7%** de la muestra presenta IMC >25 y un **43%** tienen el perímetro abdominal superior a los valores de referencia, indicadores ambos de riesgo cardiovascular.

Se han objetivado **diferencias significativas,** entre consumo THC y TAD más bajas, viéndose TAD menores en pacientes consumidores de THC.

A la hora de comparar las distintas variables entre usuarios con IMC>25 y IMC<25 solo se han encontrado diferencias **estadísticamente significativas** en cuanto a la hipertrigliceridemia.

Se ha encontrado una **asociación significativa** entre el uso de anticonvulsivantes y el aumento de perímetro abdominal. Sin embargo, **no** se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre parámetros antropométricos y el uso de antipsicóticos ni antidepresivos.

Se observaron **diferencias estadísticamente significativas** entre el consumo de ansiolíticos y el hábito tabáquico, evidenciando una mayor prevalencia de tabaquismo entre los pacientes que utilizan ansiolíticos.

CONCLUSIONES

La población psiquiátrica estudiada, presenta una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular que la población general, lo que compromete significativamente su salud física y su calidad y esperanza de vida.

Dados los resultados obtenidos, se destaca la necesidad de incorporar de forma sistemática una evaluación y abordaje de los FRCV en la atención psiquiátrica. Es fundamental implementar medidas preventivas y de promoción de la salud adaptadas a las necesidades de personas con trastorno mental grave.

Los hallazgos obtenidos pueden contribuir a sensibilizar a profesionales sanitarios y pacientes sobre la importancia de la salud física en el contexto de patología mental.

Este estudio observacional, aporta una base útil para futuras investigaciones que promuevan una atención integral orientada a mejorar la salud física en personas con trastornos mentales.

Hospital Universitari de Santa Maria

JORNADES DE CLOENDA CURS 2024-2025

SOCIETAT CATALANA DE PSIQUIATRIA I SALUT MENTAL

22 I 23 DE MAIG DE 2025
HOTEL CALIPOLIS. SITGES

CMET y activación cerebral en psicosis incipiente: hacia biomarcadores funcionales predictivos

Jaume Clemente Calvo[1], Elena Rodríguez-Cano[2,3], Pilar Salgado-Pineda[3,4], Ana Aquino Servín[3], Paola Fuentes-Claramonte[3,4], Beatriz García Ruiz[3,4], María Isabel Carrión[5], Mª Ángeles García-León[3,4], Emilio J. Inarejos-Clemente [6], Peter J. McKenna[3,4], Salvador Sarró[3,4], Edith Pomarol-Clotet[3,4]

[1]Fundación Hospitalarias Martorell, Barcelona, España, [2]Hospital de Mataró, Barcelona, España, [3]FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation, Barcelona, España, [4]CIBERSAM Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, [5]Hospital Sant Rafael, Barcelona, España, [6]Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, España.

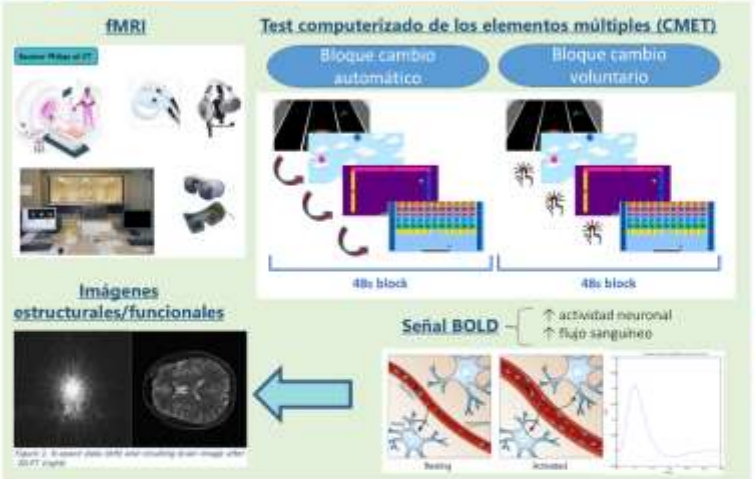
INTRODUCCIÓN

El Test Computerizado de los elementos multiples (CMET) es una versión informatizada del Test de los Seis Elementos, útil para detectar goal neglect, un déficit ejecutivo vinculado al mantenimiento de objetivos[1]. Aplicado en fMRI, permite explorar biomarcadores funcionales. En esquizofrenia crónica se ha observado menor activación en regiones prefrontales y parietales, áreas de función ejecutiva, sobre todo en presencia de síntomas negativos[2]. Su uso en primeros episodios psicóticos puede aportar información clave sobre el pronóstico y la respuesta al tratamiento.

OBJETIVOS

- Analizar el patrón de activación cerebral durante la tarea CMET en pacientes con psicosis de inicio reciente no afectivo (FEP) vs controles sanos (HC).
- Identificar posibles biomarcadores funcionales de disfunción ejecutiva en el primer episodio psicótico no afectivo.

METODOLOGÍA



ANÁLISIS

2

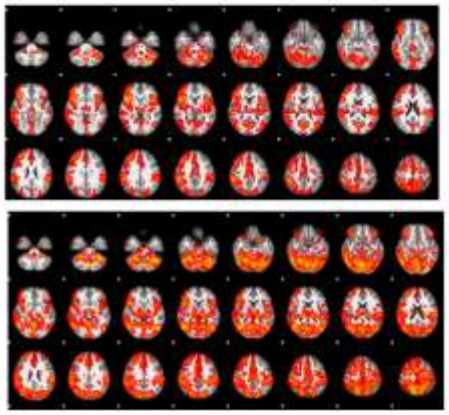
Análisis de primer y segundo nivel

- **Contraste principal:** Cambio voluntario > automático.
- **Pruebas estadísticas:** GLM de efectos mixtos para la comparación de grupos
- **Umbral de significación:** p<0,05, corregido a nivel de clúster (z>3,1)

RESULTADOS

Tabla 3: Tabla descriptiva de variables clínicas y demográficas

Variable	FEP (n = 28)	HC (n = 28)	p-valor
Edad (media ± DE)	24.0 ± 6.16	23.4 ± 5.26	0.721
Género (Hombre, %)	18 (32.7%)	18 (32.7%)	0.853
TAP (CI premórbido)	96.7 ± 9.17	99.3 ± 1.40	0.247
PANSS total	53.3 ± 15.4	-	-
PANSS positivos	14.5 ± 5.9	-	-
PANSS negativos	13.1 ± 6.43	-	-
PANSS general	26.4 ± 6.85	-	-
Rendimiento CMET (s)	19.6 ± 15.2	21.1 ± 9.81	0.665



Figuras 2 y 3: Análisis de segundo nivel en RM funcional: Se muestran patrones de activación media para HC (figura superior) y FEP (figura inferior). Los pacientes presentan una mayor activación durante la tarea en áreas prefrontales y parieto-temporales.

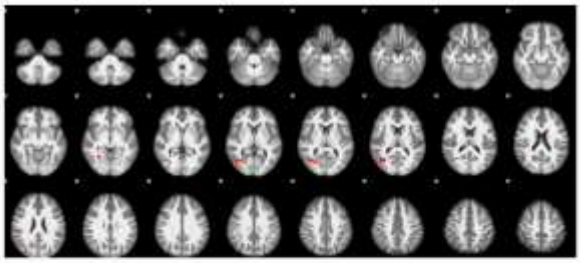


Figura 4: Comparación de grupos: En la condición de cambio voluntario los pacientes mostraron una mayor activación que los controles a nivel de clúster parietal inferior.

CONCLUSIONES

- El análisis a nivel cerebral completo mostró hiperactivación de la corteza parietal inferior y temporal en pacientes con FEP en comparación con controles sanos.
- A diferencia de lo observado en fases más avanzadas del trastorno, no se encontraron áreas con reducción de activación en los pacientes con FEP en comparación con los controles.
- Perspectivas futuras:
  - Incluir una muestra de primeros episodios afectivos.
  - Realizar un seguimiento longitudinal para evaluar la evolución clínica y funcional de los participantes.

1. Fuentes-Claramonte P, Sarró-Anglés A, Anglés-Pitarch L, Lechón M, Guardiola-Ripoll M, Almodóvar-Payá C, Cullen B, Evans JJ, Manly T, Goe A, Mahstay T, Sarró S, Pomarol-Clotet E, Molinuevo JL, Salvador R. Brain imaging of executive function with the computerized multiple elements test. Brain Imaging Behav. 2021 Oct;15(5):2317-2325. doi: 10.1007/s11682-020-00425-0. Epub 2021 Jan 16. PMID: 33501626.
2. Cullen B, Brennan D, Manly T, Evans JJ. Towards Validation of a New Computerized Test of Goal Neglect: Preliminary Evidence from Clinical and Neuroimaging Pilot Studies. PLoS One. 2016 Jan 29;11(1):e0148177. doi: 10.1371/journal.pone.0148177. PMID: 26824704; PMCID: PMC4732681.

Los autores no declaran ningún conflicto de interés. Esta investigación ha recibido financiación por CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Unión Europea (FEDF/ESF, 'Investing in your future'): PI18/01535, PI21/00525 y beca de investigación Júlia Gil Pineda a Elena Rodríguez Cano.

FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation

Fundació Hospitalàries Martorell

ciber

EFECTIVITAT D'UNA INTERVENCIÓ PSICOEDUCATIVA PER A PERSONES AMB CONDUCTA SUÏCIDA A L'ÀMBIT PENITENCIARI.

PROJECTE N'VIU. UN ASSAIG CONTROLAT ALEATORITZAT

Judit Fàbregas[1], Anna Escusa[1], Luis Alonso[1], Manel Capdevila[3], Judit Pons[1,4], Lola Riesco [1,5], Ana Sanjuan[6], Marian Martínez[3], Berta Framis[3], Saray Valdivieso[7], Quintí Foguet [1,2]

1. Departament de Psiquiatria, Hospital Universitari de Vic ; 2. Facultat de Medicina, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya ; 3. Unitat de Recerca en Execució Penal, Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya ; 4. Facultat de Ciències de la Salut i del Benestar, UVic-UCC; 5. Facultat d'Educació, Traducció, Esport i Psicologia, UVic-UCC; 6. Unitat de Programes d'Intervenció Generalista, Direcció General d'Afers Penitenciaris, Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya ; 7. Centre Penitenciari Quatre Camins, Carretera Masnou a Granollers, Km. 13,425, 08430 La Roca del Vallès, Barcelona, Spain.

INTRODUCCIÓ

Les taxes de suïcidi són més elevades als entorns penitenciaris que a la població general. Segons l'Organització Mundial de la Salut (2023), **el suïcidi és una de les principals causes de mort a les presons**. A Catalunya (Espanya), l'any 2020, la taxa de suïcidis dels presos era del **83 per cada 100.000 reclusos**, mentre que la taxa de població global és del 7,2 per cada 100.000 habitants (Serveis Penitenciaris de Catalunya, 2022; Institut d'Estadística de Catalunya, 2021).

L'any 2019, les presons de Catalunya van introduir el **Programa Marc N'VIU**, un programa psicoeducatiu per a la prevenció del suïcidi que parteix de la necessitat de garantir la vida, la integritat i la salut dels interns amb l'objectiu de reduir la mortalitat per suïcidi, augmentar la supervivència dels atesos per conductes suïcides i prevenir la repetició dels intents de suïcidi.

Aquest estudi avalua l'eficàcia d'una intervenció psicoeducativa grupal, liderada per professionals de la rehabilitació, per reduir conductes suïcides a l'entorn penitenciari.

Altres objectius secundaris eren: a) mostrar l'impacte en la gravetat de la ideació suïcida; b) determinar com la intervenció afecta els símptomes d'ansietat i depressió; c) descriure l'impacte de la intervenció en la qualitat de vida; d) comprovar la viabilitat de la intervenció pel que fa a la satisfacció dels participants i l'adhesió a la mateixa; i e) identificar si la intervenció disminueix les conductes problemàtiques a les presons.

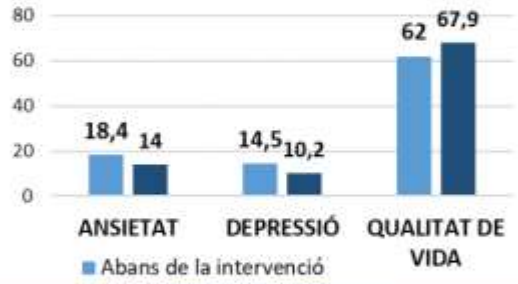
METODOLOGIA

- **Disseny**: assaig clínic multicèntric, aleatoritzat, controlat, amb dos grups paral·lels, seguiment de 12 mesos.
- **Població:** reclusos de 9 centres penitenciaris de Catalunya.
- **Criteris d'inclusió:** conducta suïcida o d'alt risc segons el criteri de violència autodirigida segons RisCanvi.
- **Criteris d'exclusió:** descompensació, discapacitat intel·lectual i deteriorament cognitiu.
- **Mostra**: individus de centres penitenciaris. Es va realitzar un control de les variables sociodemogràfiques i clíniques entre grups.
- **Intervenció**: 17 sessions grupals psicoeducatives de 90 minuts. El grup control va rebre informació sobre el suïcidi i consells si les idees suïcides havien augmentat.
- **Variables**: Conductes suïcides (C-SSRS), risc suïcida (MINI), ansietat (HARS), depressió (HDRS), qualitat de vida (EQ-5D).

RESULTATS

- Es van incloure un total de 171 individus, d'edat mitjana 35,9 anys, (84.8% homes). Foren distribuïts 85 en el grup intervenció i 86 en el control.
- El grup d'intervenció va reduir: ansietat (HARS) i depressió (HDRS) i va augmentar la qualitat de vida, després de la intervenció ($p<0,05$), sense canvis en el grup control ($n = 86$) (Taula 1).
- Els dos grups van reduir tots els ítems de suïcidi excepte el nombre d'intents interromputs i el percentatge d'individus amb conductes autolesives no suïcides (C-SSRS), que només va millorar en el grup d'intervenció. En ambdós grups, el nombre absolut d'intents de suïcidi va disminuir ($p>0,05$).

Taula 1. Resultats del grup intervencio



DISCUSSIÓ

- **Impacte limitat en els intents de suïcidi,** reduccions no significatives, però amb una tendència positiva i un possible efecte de contagi (milloria als dos grups).
- **Disseny**: aquesta intervenció psicoeducativa és una de les poques intervencions avaluades amb rigor metodològic a presons.
- **Limitacions**: baixa representació femenina i dependència de l'autoinforme (no dades de bases clíniques).
- Per ser efectius, els programes de prevenció han de tenir **objectius clars**, ser avaluats **rigorosament**, comptar amb el compromís del **personal penitenciari** i ser liderats per figures de referència dins el centre.

CONCLUSIONS

- La intervenció psicoeducativa va reduir la ideació suïcida i va millorar significativament el benestar emocional.
- Els resultats suggereixen beneficis en la millora de la salut mental en centres penitenciaris, tot i que la disminució d'intents no va ser significativa.

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC
Generalitat de Catalunya Departament de Justícia
UVIC UNIVERSITAT DE VIC UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

URGÈNCIES DE PSIQUITRIA: ¿Han canviat en els últims 10 anys?

I. De Alvarado, M. Hamad, L. Saumell, D. Robles, O. Martínez, A. Duque, A. Martín, D.Puigdemont.

HOSPITAL DE SANT PAU

INTRODUCCIÓ

El sistema sanitari públic estableix diferents recursos i circuits per tal de donar resposta a la demanda d'atenció immediata de la ciutadania. Dins de la Salut Mental, els serveis d'urgències de psiquiatria són dispositius assistencials hospitalaris i, en la majoria d'hospitals del nostre entorn, tenen un espai específic i separat de les urgències generals, per atendre pacients amb situacions clíniques agudes o de risc vital, com descompensacions psicopatològiques, crisi emocionals greus, temptatives de suïcidi o episodis relacionats amb el consum de substàncies. Aquestes unitats especialitzades permeten una intervenció ràpida i coordinada segons les necessitats del pacient.

En els darrers anys, la tendència general ha estat un increment progressiu en la demanda als serveis d'urgències, observant-se un augment especialment significatiu en l'àmbit de la salut mental. Segons dades de la Generalitat de Catalunya, les urgències psiquiàtriques relacionades amb el consum de tòxics han experimentat un augment, passant de representar un 0,6% del total d'urgències hospitalàries el 2017 a un 0,74% el 2022. Aquest increment no només reflecteix una major presència d'aquestes consultes, sinó també una major gravetat clínica i major complexitat dels casos atesos. Els trastorns psiquiàtrics induïts per substàncies, com les psicosis agudes, han incrementat la seva prevalença, fet que resalta la necessitat d'una atenció especialitzada i d'una intervenció primerenca en aquests casos.

En aquest context, l'**objectiu** d'aquest estudi és avaluar possibles canvis en l'atenció urgent a Psiquiatria, analitzant i comparant tots els informes d'alta d'urgències psiquiàtriques dels pacients atesos els anys 2014 i el 2024. La hipòtesi principal és que s'ha produït un augment en les UCIES derivades de l'ús de substàncies i les conseqüències que se'n deriven (augment d'agressions, psicosis tòxiques...)

MATERIAL I METODES

S'està realitzat un estudi observacional on s'avaluen a tots els pacients atesos a UCIEs de psiquiatria del hospital de la Santa Creu i Sant Pau durant els anys 2014 i 2024. En aquest treball es presenten tots els pacients atesos durant el gener i febrer de 2014 (**grup A**) i tots els pacients atesos els mateixos mesos de 2024 (**grup B**).

S'ha fet una revisió dels informes d'alta d'aquests periodes, que estan recollits a la Història electrònica de l'hospital (SAP). S'han recollit variables socio-demogràfiques, antecedents d'ingressos previs, diagnòstic i destí a l'alta. També, en les UCIEs derivades de l'ús de substàncies i hem recollit l'estat a l'arribada, les substàncies d'abús, necessitat de contenció mecànica o requeriment d'intervenció de FOP, també els antecedents de psicosis tòxica i el diagnòstic actual.

Les característiques de la mostra es van descriure mitjançant mesures de tendència central i dispersió i freqüències. Per comparar els dos grups es va emprar la prova t de Student per a les variables quantitatives i chi quadrat per a les qualitatives (amb correcció de Yates per a freqüències esperades baixes).

També es van comparar ambdós grups en la submostra de pacients en què el motiu de consulta estava relacionat amb el consum de tòxics.

Els anàlisis es van realitzar amb el programari R versió 4.4.1.

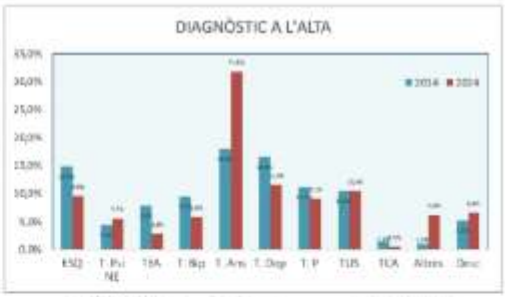
RESULTATS

	2014	2024
	n=705	n=914
Edat (anys) **	43,6± 16,1	40,9± 16,3
Sexe (% dones)	397 (56,3%)	493 (53,9%)
Motiu consulta relacionat amb tòxics *	109 (15,5%)	178 (19,5%)
Ingressos previs **	354 (50,2%)	360 (39,4%)
Destí sortida:		
Alta domicili	565 (80,1%)	726 (79,4%)
Ingrés psiquiatria	82 (11,6%)	83 (9,1%)
Ingrés altre servei	4 (0,6%)	3 (0,3%)
Trasllat referència	19 (2,7%)	17 (1,9%)
No espera	34 (4,8%)	68 (7,4%)

* p<0,05; ** p<0,001

Hi ha diferències estadísticament significatives entre els dos grups (p<0,001).

Hi ha diferències estadísticament significatives entre ambdós grups (p<0,001).



Subgrup de Motiu de Consulta relacionat amb tòxics

No hi ha diferències significatives entre els pacients de 2014 i els de 2024 en cap de les altres variables estudiades (edat, sexe, antecedents de psicosi tòxica, demanda de consulta, intervenció de la policia o requeriment de contenció mecànica).

CONCLUSIONS

- Les UCIES de psiquiatria han augmentat al llarg dels 10 darrers anys.
- S'han trobat diferències en el motiu de consulta a urgències entre l'any 2014 i el 2024. Això reflexa canvis en el perfil dels pacients atesos a urgències psiquiàtriques.
- S'han observat diferències en els diagnòstics principals de les visites d'urgències entre l'any 2014 i el 2024.
- S'ha observat un augment en el nombre d'urgències psiquiàtriques relacionades amb el consum de tòxics l'any 2024 en comparació amb el 2014. A més, els pacients atesos el 2024 presenten una edat mitjana més baixa i un major nombre d'ingressos previs.

Bibliografia

[illegible]

Perfil de seguridad del tratamiento concomitante de esketamina/ketamina e IMAOs: Reporte de 3 casos

Javier García-Revilla[1], Genís Fucho-Rius[1,2,4], Raquel Vidaurrazaga[1], Aniol Oliveras[1], Juan David Barbero[1,2,3,4], Verònica Gálvez[1,2,3,4], Virginia Soria[1,2,3,4], Diego J. Palao[1,2,3,4]

[1] Departament de Salut Mental, Consorci Sanitari Parc Taulí (CSPT), Sabadell, Espanya. [2] Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Instituto de Salud Carlos III, Espanya
[3] Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT), Sabadell, Espanya. [4] Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Espanya.

Objetivos

Presentar perfil de farmaseguridad en una serie de casos tratados en nuestro centro (CSPT) con combinación de inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs) y esketamina/ketamina en pacientes con trastorno depresivo resistente (TDR).

Métodos

Se realizó una revisión no sistemática en *PubMed* (origen–abril 2025) sobre el uso concomitante de ketamina/esketamina e IMAOs (fenelzina), utilizando los términos 'ketamine', 'esketamine' y 'monoamine oxidase inhibitor'. Posteriormente, se presentan dos casos de pacientes con TDR tratados con IMAOs y potenciados con esketamina intranasal y un tercer caso con ketamina intramuscular.

Introducción

La esketamina representa una innovación terapéutica en el manejo del TDR, especialmente en pacientes refractarios a múltiples antidepresivos. En algunos casos, se recurre a los IMAO, fármacos eficaces pero poco utilizados debido a su perfil de efectos adversos (riesgo de crisis hipertensiva y síndrome serotoninérgico). Esto plantea dudas sobre la seguridad de combinar es/ketamina con IMAOs. Hasta la fecha, se han reportado nueve estudios que incluyen 39 pacientes tratados con ketamina + IMAO, sin registrarse crisis hipertensivas ni síndrome serotoninérgico (1). Solo un caso aislado, con antecedentes cardiovasculares, presentó aumentos transitorios y asintomáticos de la presión arterial usando ketamina racémica (2). El mayor estudio disponible con esketamina (38 pacientes) observó un aumento significativo de la presión arterial media, pero en rangos fisiológicos (7, 11).

Caso 1: Mujer de 69 años con TDR debutante en 2022, presentando sintomatología endogenomórfica, hipocondría, hipotimia con variación circadiana, insomnio de tercera fase y grave deterioro funcional. Inicialmente tratada con paroxetina, quetiapina y psicoterapia sin respuesta, mostró mejoría parcial con clomipramina y amitriptilina. Entre mayo y septiembre de 2024, se inició fenelzina (60 mg/día), sin recuperar los niveles pre-mórbidos y con aparición de disartria, inestabilidad, temblores y tics faciales. Ante la falta de respuesta (MADRS 35), se incorporó esketamina intranasal (56 mg) junto a un régimen descendente de fenelzina. En la sesión 17 (enero de 2025, MADRS 2) se interrumpió la fenelzina. Durante **4 meses** de tratamiento combinado, no se observaron aumentos en la presión arterial ni en la frecuencia cardíaca, ni otros efectos adversos (EA) significativos.

Caso 2: Mujer de 52 años con TDR recurrente desde 1994, incluyendo un intento autolítico grave y escasa respuesta a diversas estrategias farmacológicas y no farmacológicas (incluyendo 15 sesiones de TEC). En marzo de 2023 (MADRS 28), comenzó tratamiento con esketamina intranasal (84 mg), sin respuesta clínica tras 28 sesiones, por lo que se cambió a ketamina intramuscular i.m. (hasta 1,55 mg/kg, quincenal) en mayo de 2023. Persistiendo síntomas depresivos graves (MADRS 31), en enero de 2025 se añadió fenelzina (60 mg/día). Durante **7 semanas** de tratamiento combinado no se registraron eventos cardiovasculares graves ni síndrome serotoninérgico. Sin embargo, la combinación no resultó eficaz (MADRS 38), con empeoramiento subjetivo e impregnación farmacológica egodistónica, que llevó a la interrupción del IMAO.

Caso 3: Hombre de 44 años con TDR de 18 meses, caracterizado por sintomatología afectiva severa, ansiedad, inhibición motora, sintomatología anancástica no psicótica e ideación pasiva de muerte. Ante la escasa respuesta a múltiples terapias (nortriptilina, escitalopram, venlafaxina, clomipramina, bupropión, reboxetina, litio y antipsicóticos), inició tratamiento con esketamina intranasal en noviembre de 2023 (MADRS 42) hasta 84 mg, sin mejoría, siendo substituido por ketamina racémica im hasta 1,5 mg/kg. Tras respuesta parcial (MADRS 35) en la sesión 33, se incorporó fenelzina progresivamente hasta 60 mg/día en febrero de 2025. Después de **10 semanas** de tratamiento combinado, se observó mejoría en cogniciones depresivas, espontaneidad y rutinas cotidianas (MADRS 15), sin ideación autolítica ni síntomas psicóticos. Los efectos adversos fueron leves o moderados (mareos, inquietud motora, rigidez mandibular, estreñimiento, pensamiento obsesivo), sin crisis hipertensivas ni síndrome serotoninérgico.

Conclusiones

En esta serie de casos, la combinación de esketamina/ketamina con IMAOs en pacientes con TDR fue globalmente bien tolerada desde el punto de vista cardiovascular sin aparición de crisis hipertensivas ni síndrome serotoninérgico. Aunque la respuesta clínica fue variable, se observó mejoría sintomática relevante en dos de los tres pacientes. Estos hallazgos coinciden con la literatura disponible, que sugiere que esta combinación, bajo monitorización estricta, puede considerarse segura en contextos seleccionados. No obstante, se requieren estudios controlados para establecer con mayor certeza su perfil de seguridad y eficacia.

¡Escanear para ver Bibliografía!

Parc Taulí
Institut d'Investigació i Innovació I3PT

Parc Taulí
Consorci Corporació Sanitària

Disfunción ejecutiva en Esquizofrenia y su relación con el trastorno formal del pensamiento

M. Busquets[1], N. Hernández[1], P. Salgado-Pineda[2,3], P. Del Olmo[2,3], P. Fuentes-Claramonte[2,3], S.Vargas[1], A.Palacios[4], P. McKenna[2,3], E. Pomarol-Clotet[2,3].

[1]Fundació Hospitalàries Sant Boi, Sant Boi de Llobregat, España, [2] FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation, Barcelona, España, [3]CIBERSAM Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España,[4] Máster Investigación en Salud Mental, Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción

Los pacientes con esquizofrenia (SCZ) presentan alteraciones en la función ejecutiva (planificación, organización, resolución de problemas, inhibición de impulsos, memoria de trabajo…) [1,2]. Además, se estima que un 20-80% presenta algún grado de trastorno del pensamiento (FTD) [3].

Objetivo

Estudiar diferencias en función ejecutiva entre pacientes con o sin FTD y controles sanos.

Material y métodos

SCZ (Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo)

17

Apareados por CI, sexo y edad

Sujetos sanos (HC)

19

2 submuestras apareadas:

6 con FTD*

10 sin FTD

* Consideramos que existía FTD si en la escala Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), la subescala de "organización conceptual" era superior a 3 puntos.

Test neuropsicológicos

- **Letras y Números** → memoria de trabajo
- **Seis Elementos** (BADS)→ planificación
- **Hayling** → función ejecutiva lingüística.
- **Torre de Londres** → planificación
- **Brixton** → flexibilidad cognitiva

Los datos se analizaron con **JAMOVI**. Se realizaron prueba **T de Student** para muestras independientes y **ANOVA de un factor**.

Resultados

Variable		Estadístico	gl	p	Tamaño del Efecto d de Cohen	Z - value
Letras y números SPAN	T- Student	-4.352	34.0	< .001	-1.453	-1.66
Letras y números Puntuación Indirecta		-4.565	34.0	< .001	-1.524	0.0115
Hayling Parte A Errores		0.491	34.0	0.627	0.164	0.206
Hayling Parte A Latencia		1.554	34.0	0.130	0.519	0.194
Hayling Parte B Errores		2.897	33.0	0.007	0.983	1.37
Hayling Parte B Latencia		2.494	34.0	0.018	0.833	1.09
Seis elementos Puntuación tipificada		-4.366	33.0	< .001	-1.481	-2.43
Torre de Londres Puntuación		3.947	33.0	< .001	1.339	1.70
Torre de Londres Tiempo total		3.443	34.0	0.002	1.149	2.70
Brixton Número Total de Errores		3.876	33.0	< .001	1.315	-1.57

Tabla 1: Comparativa de las diferentes pruebas neuropsicológicas entre HC y SCZ. Z-valor ha de ser +/- 1.96 como umbral para significancia estadística.

Test	FTD = No (Media ± DE)	FTD = Sí (Media ± DE)	Z - value
Letras y números SPAN	4.10 ± 1.37	3.50 ± 0.84	
Letras y números Puntuación indirecta	13.30 ± 6.36	12.00 ± 6.03	
Hayling Parte A Errores	0.40 ± 0.52	0.00 ± 0.00	-0.77
Hayling Parte A Latencia	16.60 ± 3.13	16.50 ± 2.12	-0.03
Hayling Parte B Errores	5.50 ± 3.13	8.20 ± 4.49	0.86
Hayling Parte B Latencia	45.20 ± 9.57	52.67 ± 8.62	0.78
Composite Hayling Total = 0.21			
Seis elementos Puntuación tipificada	2.70 ± 0.67	2.60 ± 0.55	
Torre de Londres Tiempo total	434.90 ± 108.50	524.33 ± 97.80	
Brixton Número total de errores	22.10 ± 5.60	30.50 ± 6.70	

Tabla 2: Comparativa de las diferentes pruebas neuropsicológicas entre pacientes con FDT y pacientes sin FDT.

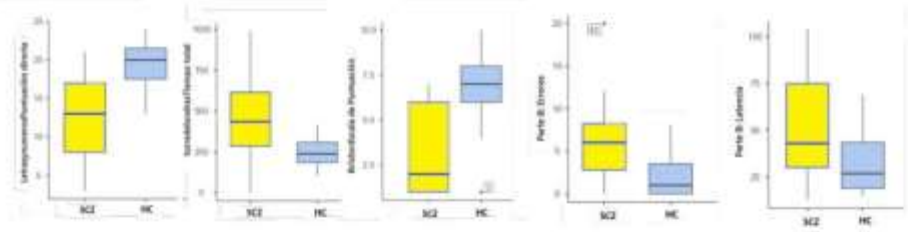


Figura 1: Boxplot comparativo de pruebas neuropsicológicas entre HC y SCZ.

- Los pacientes puntuaron peor que los HC en todos los tests (p <0,05), con tamaño del efecto grande/muy grande excepto en la Hayling, donde la diferencia sólo estaba en la inhibición de respuestas automáticas, con un tamaño de efecto más moderado (bajo/mediano/grande).
- Los pacientes con FTD mostraron un peor rendimiento sin llegar a la significación en la mayoría de los test.

Conclusiones

- Los pacientes con **Esquizofrenia** presentaron **peor función ejecutiva** que los sujetos sanos.
- Hay indicios que apuntan a que existe una **peor función ejecutiva en pacientes con FTD,** siendo necesaria una muestra de mayor tamaño para poder confirmar o refutar esta hipótesis.

Bibliografía

Accede al documento mediante código QR

Los autores declaran ningún conflicto de interés. Esta investigación ha recibido financiación por parte del Ministerio de Ciencia e Innovación (código de proyecto: PID2021-124302NB-C22).

Estats Mentals d'Alt Risc (EMAR): Hi ha un perfil diferencial entre adolescents i adults?

Ortega Rivero, María de los Ángeles[1*]; García González, Elva [1]; Cabezas, Ángel[1,2,3,4]; Algora, M.José [1,2,3,4]; Alonso, Yolanda[1,2,3,4]; Sánchez-Gistau, Vanessa [1,2,3,4]

[1]Hospital Universitari Institut Pere Mata, Reus. [2] Universitat Rovira i Virgili, Reus. [3] Institut Investigació Sanitària Pere Virgili, CERCA, Reus. [4]Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III. *ortegama@peremata.com

Els Estats Mentals d'Alt Risc (EMAR) representen un conjunt de símptomes atenuats i factors de risc que precedeixen el desenvolupament de psicosi. L'edat d'inici podria influir en el perfil clínic, neurocognitiu, biològic i en el risc de desenvolupar síndrome metabòlica. Aquest estudi compara adolescents (<18 anys) i adults joves (≥18 anys) atesos en un programa de psicosi incipient.

Objectius:

Avaluar les diferències clíniques, diagnòstiques, neurocognitives, analítiques i biomètriques de risc metabòlic entre adolescents (<18 anys) i adults joves (≥18 anys) amb Estat Mental d'Alt Risc (EMAR), i identificar possibles variacions relacionades amb l'edat d'inici.

Mètodes:

Es va fer un estudi observacional transversal amb una mostra de 116 pacients diagnosticats amb Estats Mentals d'Alt Risc (EMAR), dels quals 43 eren menors de 18 anys i 73 més grans de 18 anys. Es van utilitzar entrevistes clíniques estructurades i d'avaluació diagnòstica mitjançant la Entrevista Estructurada per Síndromes Prodròmics (SOPS), l'activitat física mitjançant l'IPAQ (qüestionari d'activitat física), la bateria cognitiva de consens MATRICS (MCCB) per avaluar el rendiment neurocognitiu i anàlisi de laboratori i bimètrics per mesurar paràmetres metabòlics. Les diferències entre els grups es van analitzar mitjançant proves estadístiques descriptives i comparatives (t-test o U de Mann-Whitney i X2).

Resultats:

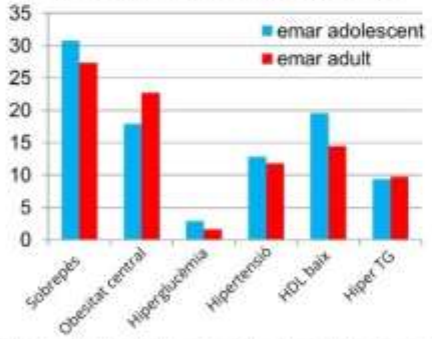
Taula 1. Característiques sociodemogràfiques i clíniques dels grups

	EMAR ADOLESCENT (N= 43)	EMAR ADULT (N= 73)	p
Variables sociodemogràfiques			
Anys (m, SD)	16.16 (1.46)	23.60 (4.11)	**0.000**
Sexe, (N, % de homes)	21 (48.8.)	50 (67.7)*	**0.04**
Etnia (N, % majoritària)	33(76.7)	65 (87.8)	1.17
Variables Clíniques			
Tipus EMAR (N, %)			
Sd psicòtic atenuat (APS)	26 (60.5)	45(60.8)	0.29
BLIPS	3(7)	8(10.8)	
Vulnerabilitat i GAF	14 (32.6)	17(23)	
APS i vulnerabilitat	0	4(5.4)	
SOPS (m, SD)			
Positiva	7.66 (3.77)	7.41 (4.09)	0.85
Negativa	12.93 (5.25)	11.29 (6.89)	0.43
General	8.86(4.10)	9.79 (4.96)	0.56
Desorganitzada	7.20 (3.68)	5.58 (3.69)	0.19
Total	36.60 (10.32)	34.08 (15.34)	0.55
CDSS (m, SD)	8.23 (15.6)	5.71(4.83)	0.21
GAF (m, SD)	59.79 (10.04)	59.80 (9.79)	0.94
CTQ total (m, SD)	45.06 (10.44)	45.95(16.56)	0.78
Consum drogues (setmanal)(n/%):			
Tabac	5 (11.6)	32 (43.2)	**0.000**
Alcohol	10 (23.3)	36 (48.6)	**0.000**
Cannabis	3 (7)	28 (37.8)	**0.007**
Tractament (n/%):			
Antidepressius	18(41.9)	43(58.1)	0.09
Antipsicòtics	15 (34.9)	29 (39.7)	0.60
OLZEq (mg/dia) (m, IQR)	4.32 (2.52)	5.52 (2.87)	0.75
Variables salut física			
IMC (m)	23.13	22.84	0.74
Kcal /dia	1861.40	2443.05	**0.007**
Activitat física (N/%)			
Nivell 0 (poc/res)	16 (41)	17 (27)	0.75
Nivell 1 (min /mod)	21 (53.8)	39 (61.9)	
Nivell 2 (vigorós)	2 (5.1)	7 (11.1)	

Figura 1. % de principals diagnòstics a EMAR Adult

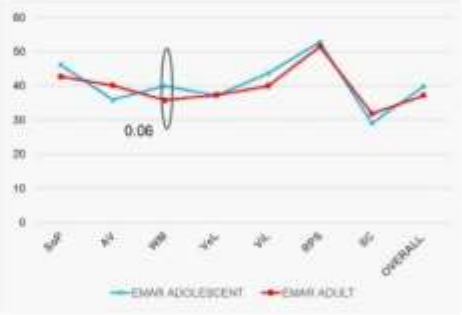
Figura 2. % de principals diagnòstics a EMAR Adolescent

Figura 3. % de variables de síndrome metabòlic



Sobrepès: IMC> 25; obesitat central (circumferència de cintura ≥ 94 cm en homes i ≥ 80 cm en dones); triglicèrids elevats (≥ 150 mg/dL; HDL-c reduït (< 40 mg/dL en homes i < 50 mg/dL en dones); pressió arterial elevada (sistòlica ≥ 130 mmHg o diastòlica ≥ 85 mmHg; glucosa plasmàtica en dejú elevada (≥ 100 mg/Dl)

Figura 4. Puntuacions T dels dominis cognitius



SoP: Velocitat de processament. AV: Atenció i Vigilància. WM: Memòria de treball. VeL: Aprenentatge verbal. ViL: Aprenentatgen visual. RSP: Resolució de problemes. SC: Cognició Social.

Discussió:

En concordància amb estudis previs (1,2), a tots dos grups predominen els trastorns afectius i d'ansietat, però al grup d'adults destaca la presència de trastorns de la personalitat, mentre que al dels adolescent destaca la presència de TDAH, indicant la necessitat d'intervencions adaptades per edat.

No existeixen diferències estadísticament significatives en paràmetres de síndrome metabòlica entre grups . No obstant i en concordància amb estudis previs destaquen taxes elevades de sobrepes , obsesitat central i altres paràmetres metabòlics, juntament amb baixes taxes d'activitat física, el que és especialment preocupant en el grup d'adolecents (3,4).

A nivell cognitiu, les diferències són modestes, suggerint dèficits precoços i estables en el temps (5).

Aquests resultats reforcen la necessitat d'un abordatge integral, precoç i personalitzat, integrant salut mental i física per millorar el pronòstic a llarg termini. Seria pertinent implementar protocols d'intervenció precoç que combinin estratègies psicoeducatives, control metabòlic intensiu i entrenament cognitiu adaptat a l'edat del pacient, maximitzant així les oportunitats de recuperació funcional i minimitzant les complicacions a llarg termini.

Referències:

1 Solmi M, et al Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. Mol Psychiatry. 2023 Jun;28(6):2291-2300. 2: Dolz M, et al. Characterization of children and adolescents with psychosis risk syndrome: The Children and Adolescents Psychosis Risk Syndrome (CAPRIS) study. Early Interv Psychiatry. 2019 Oct;13(5) :3 Cordes J et al. Prevalence of metabolic syndrome in female and male patients at risk of psychosis. Schizophr Res. 2017 Mar;181:38-42.. 4: Provenzani U, et al Physical Health in Clinical High Risk for Psychosis Individuals: A Cross- Sectional Study. Brain Sci. 2023 Jan 12;13(1):126. 5: Catalan A, et al Examining the variability of neurocognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis: a meta-analysis. Transl Psychiatry. 2022 12;12(1):198

Els autors informen que no hi ha conflictes d'interessos en relació amb les dades del pòster

Nou protocol del codi agitació hospitalari: mites i creences

Gerard Liria[1], Isabel Paino[1], Francisco Alvarado[1], Beatriz Granda[1]; Mª Del Mar Carceller-Sindreu[1,4,5]; Paola Ponte Marquez[1]; Marta Castellà Rovira[2];Jesús Ruiz Ramos[1]; Saida Zavala Carrillo[2]; Marcel Padrosa Planella[2]; Ismael Parrilla Rios[2];Ana Martin[1,4,5],Olga Martinez[1], i Alejandra Duque[1].

Servei de Psiquiatria Hospital de la Santa Creu i Sant Pau[1], Servei d'urgències Hospital de Sant Pau[2]; Servei de farmacologia Hospital de Sant Pau[3], Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau (IIB-Sant Pau)[4], Centre de Recerca Biomèdica en Xarxa de Salut Mental (CIBERSAM)[5]

INTRODUCCIÓ

L'agitació, definida com una activitat psicomotora excessiva que condueix a un comportament violent i agressiu, és una situació clínica que requereix una resposta ràpida, estructurada i coordinada que prioritzi la seguretat de pacients i professionals i minimitzi l'ús de tècniques invasives. El nou protocol del codi agitació intrahospitalari estableix un circuit específic i una atenció multidisciplinar que pretén millorar l'atenció a aquests pacients. Conèixer la tipologia de pacients atesos i altres factors com si els periodes festius incrementen el risc d'aquests episodis, pot ajudar a oferir una atenció encara més acurada.

L'objectiu general d'aquest estudi és descriure la mostra de persones que arriben a urgències com a codi agitació. Com a **objectius específics** s'inclou avaluar si els codis són més freqüents en mesos o dies de la setmana concrets, explorar si les diferents causes d'agitació s'associen amb diferents graus d'agitació i descriure el paper que els trastorns psiquiàtrics tenen en aquests codis.

MÈTODE

Estudi retrospectiu de totes les persones que han estat ateses com **a codi agitació a urgències de l'Hospital de Sant Pau entre l'1 de juny de 2022 i el 31 de desembre de 2024.**

S'han aplicat estadística descriptiva i inferencial (test de Kruskal-Wallis per a les variables contínues i chi-quadrat per a les categòriques). Per a les associacions significatives entre variables qualitatives, s'ha realitzat anàlisi de correspondències. Les anàlisis s'han realitzat amb el software R versió 4.4.1.

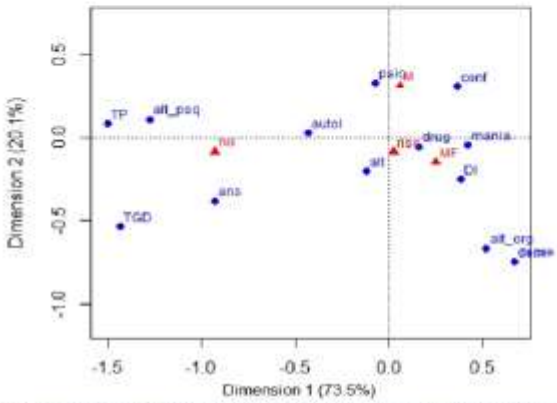
RESULTATS

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques i clíniques de la mostra.

	N (%)	Mediana (RIQ)
N total	533 (100%)	
Sexe (dones)	191 (35,8%)	
Edat (anys)		38,5 (14,6)
Codi/mes		18 (13,5-22,5)
Grau d'agitació a l'arribada a l'hospital:		
No agitació	20 (3,8%)	
En risc d'agitació	114 (21,4%)	
Contenció mecànica	257 (48,2%)	
Contenció mecànica i farmacològica	114 (21,4%)	
Desconegut	28 (5,3%)	
Distribució de les causes associades als episodis de codi agitació:		
Intoxicació drogues	316 (59,3%)	
Amenaces autolítiques	31 (5,8%)	
Delirium	15 (2,8%)	
Sd. Psicòtica	89 (16,7%)	
Sd. Maniforme	12 (2,3%)	
Altres	71 (13,3%)	
Ingressos a psiquiatria	77 (14%)	
Pacients repetidors	48 (10,7%)	
Repeticions		1 (1-2)
Edat repetidors (anys)		38,5 (27,75-47)
Dies fins a la repetició		65,5 (20,25-175,5)

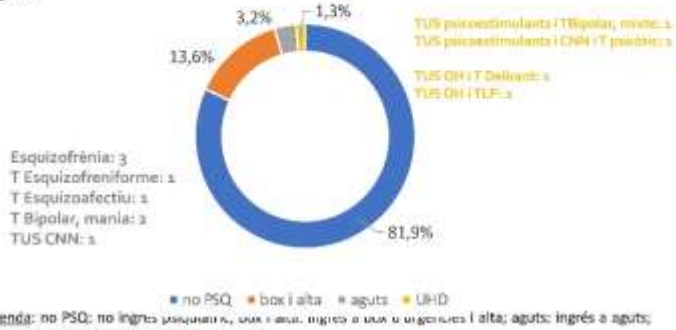
No hi ha diferències significatives en la mitjana de codis agitació entre els diferents mesos de l'any ni dies de la setmana. Tampoc hi ha associació entre les principals causes d'agitació (intoxicació per drogues i síndrome psicòtica) i els mesos de l'any o dies de la setmana.

Figura 1. Anàlisi de correspondències entre les causes d'agitació i el grau d'agitació. L'associació entre ambdues variables és estadísticament significativa (p<0,001).



Llegenda: drogues: intoxicació per drogues, ans: ansietat, depre: depressió, psic: síndrome psicòtica, mania: síndrome maníaca, DI: discapacitat intel·lectual, TP: trastorn de personalitat, TGD: trastorn generalitzat o específic del desenvolupament, conf: síndrome confusional, dem: demència, alt: altres causes, alt_org: altra causa orgànica, alt_psq: altra causa psiquiàtrica ; no: no agitació, risc: en risc d'agitació, M: contenció mecànica, MF: contenció mecànica i farmacològica.

Figura 2. Recorregut assistencial dels casos d'agitació per drogues.
S'inclou el diagnòstic final de les persones que van requerir ingrés a aguts de psiquiatria i a la sala de desintoxicació. Les principals substàncies implicades en els codis agitació que arriben a urgències són: OH 67,1%, CNN 33,4%, cocaina 36,4% i amfetamines 13,9%..



Llegenda: no PSQ: no ingrés psiquiatria; box i alta: ingrés a box d'urgències i alta; aguts: ingrés a aguts; UHD: ingrés a desintoxicació / patologia dual.

Figura 3. Recorregut assistencial dels casos d'agitació per síndrome psicòtica.

Llegenda: no PSQ: no valoració per psiquiatria; aguts: ingrés a aguts; UHD: ingrés a desintoxicació / patologia dual; box i alta: ingrés a box d'urgències i alta; alta directa: alta després de valoració per psiquiatria; trasllat: trasllat a centre de referència.

CONCLUSIONS

La freqüència o la causa dels codis agitació no varien en funció del mes de l'any o el dia de la setmana.

Les causes com sd. psicòtica o maníaca i intoxicació per drogues s'associen amb agitacions més greus que requereixen amb més freqüència contenció farmacològica i/o mecànica. La majoria de sd. psicòtiques requereixen ingrés.

Les persones que arriben com a codi agitació són pacients greus que requereixen d'atenció multidisciplinar i tenen més risc d'ingrés que la resta d'atencions hospitalàries urgents.

BIBLIOGRAFIA

TRANSFORMACIÓ DEL PROCÉS HOSPITALARI CONVENCIONAL PSIQUIÀTRIC A PARTIR DE L'EXPERIÈNCIA D'USUARI

CREACIÓ DE L'ESCALA QEUH

Ariadna Galán[1], Aitana Magdalena[1], Judit Fàbregas[1], Ana Díaz[5], David Almenta[5], Emma Puigoriol[3,6], Anna Urbea[1,4], Quintí Foguet[1,3], Iluminada Corripio[1,3], Lola Riesco[1,2]

1. Departament de Psiquiatria, Hospital Universitari de Vic; 2. Facultat d'Educació, Traducció, Esport i Psicologia, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya; 3. Facultat de Medicina, UVic-UCC; 4. Facultat de Ciències de la Salut i Benestar, UVic-UCC; 5. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 6. Departament d'Epidemiologia, Hospital Universitari de Vic.

INTRODUCCIÓ

La OMS convida a fer una revisió dels processos assistencials relatius a la fase aguda basats en l'estudi d'experiència d'usuari amb la finalitat de que el procés rehabilitador s'iniciï des del principi de l'ingrés hospitalari (Fernández-Carbonell, 2012). Tot i que existeixen diverses escales validades per avaluar la satisfacció, aquestes no inclouen paràmetres que tinguin com a referència l'experiència en primera persona. La **QEUH (Quina és la teva Experiència com a Usuari d'una Hospitalització psiquiàtrica)** s'ha decidit crear per diferents motius: a) per l'absència d'eines específiques per avaluar l'experiència en primera persona dels pacients hospitalitzats b) per promoure un nou model assistencial basat en unitats d'hospitalització més humanes i rehabilitadores c) per millorar la qualitat assistencial fent avaluacions periòdiques que permetin realitzar ajustaments del model i fer-lo més respectuós, eficient i centrat en la persona, i d) per a garantir l'avaluació objectiva i sistemàtica de les transformacions implementades.

Aquest estudi té com a objectiu principal la creació de l'Escala QEUH, un instrument que permet incorporar la veu del pacient a l'avaluació dels serveis psiquiàtrics hospitalaris.

Per tal d'assolir l'objectiu principal, es descriuen els següents objectius específics: a) identificar els ítems rellevants per avaluar l'experiència d'hospitalització psiquiàtrica; b) dissenyar una primera versió de l'escala incorporant els ítems identificats organitzats segons les dimensions clau de l'experiència; c) validar el contingut de l'escala mitjançant l'ús de grups focals, d) realitzar un anàlisi psicomètric per garantir la qualitat tècnica de l'escala; d) testar l'escala en una mostra de pacients reals.

METODOLOGIA

La creació de l'Escala QEUH s'ha desenvolupat en dues fases dins d'un estudi multicèntric (Consorci Hospitalari de Vic i Hospital de Sant Pau). En aquest estudi es presenten les dades obtingudes en el CHV.

- **FASE QUALITATIVA - disseny inicial de l'escala:** es va realitzar una revisió de la literatura sobre les escales existents per identificar ítems rellevants relacionats amb l'experiència hospitalària psiquiàtrica i es van dur a terme grups focals amb pacients i familiars amb la finalitat d'identificar necessitats, valors i diferents propostes de millora.
- **FASE QUANTITATIVA - validació de l'escala:** es va administrar l'escala QEUH conjuntament amb l'escala RMD (Gigantesco et al., 2002) com a instrument de referència. L'administració es va realitzar en una mostra de 98 pacients que, o bé estaven hospitalitzats (duració mínima de 7 dies) a la unitat d'aguts de psiquiatria, o ho havien estat en els darrers 3 mesos.

Les **variables clíniques i sociodemogràfiques** que es van recollir de manera sistemàtica son: gènere, edat, diagnòstic principal, any de debut de la malaltia, nombre d'episodis previs, nombre d'ingressos previs (l'últim any), tipus d'ingrés (voluntari/judicial), durada de l'ingrés, nombre de fàrmacs a l'alta, recurs de derivació a l'alta (subaguts, Hospital de Dia, consulta ambulatòria o altres) i consum de substàncies actiu.

L'Escala QEUH conté un total de 20 ítems distribuïts en **5 dimensions:** equip assistencial (ítems 1-4); funcionament de la sala (ítems 5-10); abordatge terapèutic (ítem 11-15); pla a l'alta (ítems 16-19) i satisfacció global (ítem 20).

RESULTATS

Dades de la mostra: hi participen un total de 98 pacients, dels quals el 56% són homes. La mitjana d'edat dels pacients és de 46,5±16,3 anys i la mitjana d'edat de debut de la malaltia és de 31,8±14,7 anys. El 59% dels ingressos és per ordre judicial i el 46% dels pacients presenten un diagnòstic de trastorn de l'espectre de l'esquizofrènia.

Dades dels pacients sobre l'experiència d'ingrés: pel que fa a l'equip assistencial, el 7,5% afirma haver tingut una mala experiència mentre que el 58% es va mostrar satisfet amb el funcionament de la sala. El 40,3% no va rebre informació del pla a l'alta, i el 9,3% valora com gens acceptable la seva experiència durant l'ingrés. El 48% dels pacients van considerar que se'ls va fer un abordatge terapèutic adequat.

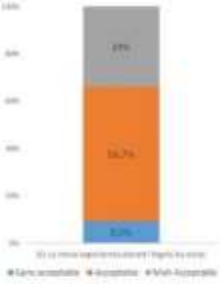


Figura 1. Valoració Satisfacció global experiència pacient (Item 20 escala QEUH)

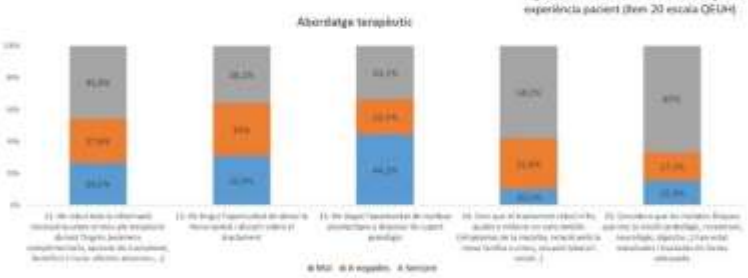


Figura 2. Valoració Abordatge terapèutic (Items 11-15 escala QEUH)

CONCLUSIONS

- L'escala QEUH permet avaluar l'"experiència en primera persona dels pacients.
- La dimensió que ha resultat menys satisfactòria va ser el pla a l'alta.
- L'abordatge terapèutic va ser valorat positivament pels pacients.
- Més de la meitat dels pacients van considerar el seu ingrés qualitativament acceptable.

BIBLIOGRAFIA

Fernández-Carbonell, MI, Dasí C, García-Merita ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. An Psicol [Internet]. 2012;28(2). Disponible a: http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.148831

Gigantesco A, Picardi A, Chiaia E, Balbi A, Morosini P. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. Eur Psychiatry [Internet]. 2002;17(3):139–47. Disponible a: http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00643-0

CONSORCI HOSPITALARI DE VIC

UNIVERSITAT DE VIC UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA

HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

Germans Trias i Pujol Hospital

/Salut

Un camí diferent: dades reals del tractament de la depressió resistent amb esketamina a l'HUGTiP

Raúl Ferreras Rodríguez, Berta Andrés i Lázaro, Marina Delgado Marí, Xavier Iborra Vicheto
David Sanagustin Bosqued, Mikel Etxandi Santolaya, Maria Iglesias González

Servei de Psiquiatria de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)

Introducció

- La depressió afecta prop del **4% de la població mundial**, amb una prevalença superior en dones i en adults > 60 anys.[1,2] Es calcula que més de 280 milions de persones la pateixen globalment i, el **suïcidi**, sovint vinculat, va ser la 3a causa de mort entre joves de 15 a 29 anys el 2021.[3]
- Tot i disposar de múltiples tractaments, fins a un **33% dels pacients no responen als AD convencionals.**[4]
- Aquesta realitat ha motivat la recerca de noves estratègies terapèutiques, com ara l'Esketamina.

Objectius

- Descriure els resultats del tractament amb esketamina intranasal (IN) en els pacients tractats a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP).
- Analitzar l'efectivitat del tractament — mesurada per la reducció de la MADRS— en relació amb dos variables clíniques: la durada de l'episodi depressiu i el tipus d'antidepressiu coadministrat (ISRS vs IRSN).[5]

Hipòtesis

- Una durada més curta de l'episodi depressiu es relaciona amb una major resposta clínica al tractament amb esketamina IN.
- L'associació amb IRSN es relaciona amb una resposta clínica més favorable que l'associació amb ISRS.

Material i mètodes

Estudi observacional longitudinal analític descriptiu i retrospectiu dels pacients inclosos al programa Esketamina de l'HUGTiP del maig del 2023 fins al maig del 2025 on es recull informació de 29 pacients (72% dones, 28% homes, edat mitjana 53.41 anys).

Criteris d'inclusió i d'exclusió

18-74a	Dx TDM (segons DSM-5)	HTA mal controlada
En ttm actual amb ISRS o ISRN	MADRS ≥ 35	Esdeveniments CV recents
Fracàs en l'ED actual ≥ 4 ttm que incloguin 3 estratègies terapèutiques diferents		Insuficiència hepàtica greu (Child-Pugh C)

Resultats

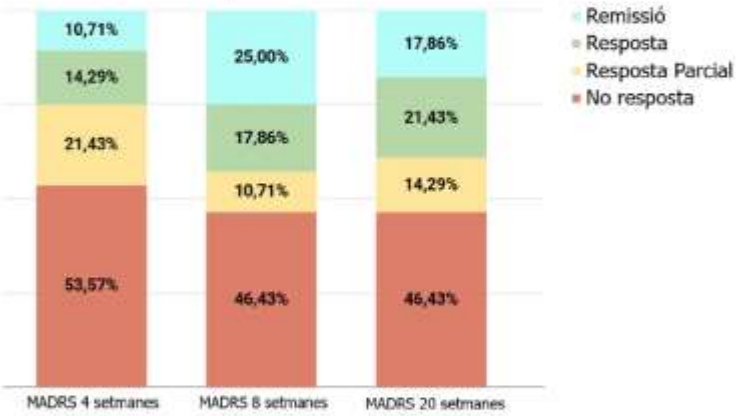
Previ al tractament amb esketamina IN

- El 100% dels pacients tractats amb esketamina IN han rebut potenciació amb antipsicòtics i el 17.24% han rebut potenciació amb liti durant l'episodi depressiu actual.
- El 27.59% han rebut TEC durant l'episodi depressiu actual.

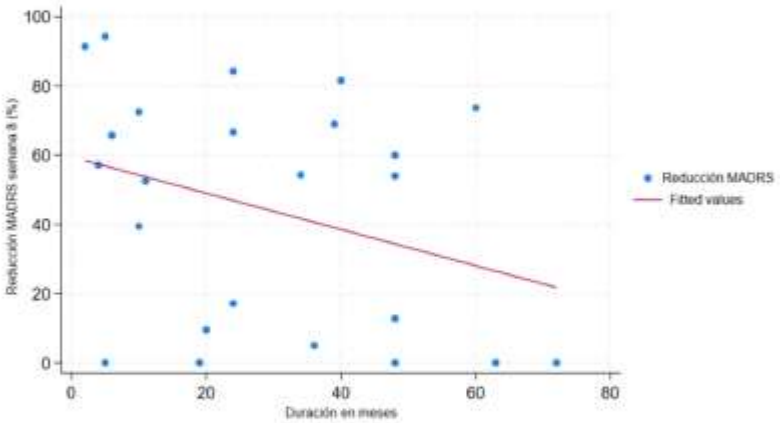
Durant el tractament amb esketamina IN

- 2 pacients han tingut efectes adversos - en un cas dissociació i en l'altre, vòmits- que han condicionat la finalització del tractament amb esketamina IN.
- S'observa una tendència feble i no significativa a una menor reducció de la puntuació MADRS en pacients amb episodis depressius de més llarga durada.

Resposta a Esketamina



Relació entre la duració de l'episodi depressiu actual i la reducció de la MADRS a la setmana 8



Conclusions

- El tractament amb esketamina IN és una **alternativa eficaç** amb una taxa de resposta considerable en el tractament de depressió resistent.
- Alguns pacients triguen fins a **8 setmanes** en presentar una resposta clínica que en alguns casos disminueix en el seguiment.
- Una **durada més curta de l'episodi depressiu podria estar relacionada amb una major resposta clínica** al tractament amb esketamina IN.
- L'associació amb antidepressius de tipus **IRSN** al nostre estudi no ha demostrat diferència significativa respecte l'associació amb **ISRS**.
- És un tractament que generalment és **ben tolerat** amb una taxa baixa d'abandonament per efectes adversos.
- La **potència estadística és limitada** per la mida mostral; caldrien més casos per confirmar les tendències observades.

Bibliografia

EVOLUCIÓ DE LES URGÈNCIES PSIQUIÀTRIQUES INFANTO-JUVENILS DES DE L'ANY 2011 A LLEIDA

***TAÍS BERNIS GÒDIA, *SERGI CAZCARRO MORA,** NATALIA LOPEZ DE MURILLAS GONZALEZ, ARES ESQUERDA CULLERES, PABLO FERROL DE ANTONI, MARIA MUR LAIN*

Els dos primers autors han contribuit de manera equitativa a aquest treball i comparteixen la primera autoria.

INTRODUCCIÓ

Diversos estudis indiquen una **tendència a l'alça en la demanda d'atenció psiquiàtrica als serveis d'urgències**, tant en infants com en adults (1). Entre els factors que podrien explicar aquest augment destaquen els canvis culturals i tecnològics recents (xarxes socials, mòbils, algoritmes addictius...); i especialment, les conseqüències de la pandèmia COVID-19 (2-3).

Les mesures de contenció adoptades van afectar negativament la salut mental infantil; estudis descriuen efectes com alteracions del son, augment de l'ús de pantalles, disminució de l'activitat física, dificultats d'atenció i **risc de trastorns mentals, a més de canvis en la conducta i l'estat emocional** (4).

OBJECTIUS

-Analitzar **l'evolució de la demanda de consultes psiquiàtriques en menors** d'edat al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Santa Maria de Lleida entre els anys 2011 i 2022.

-Estudiar si **l'impacte de la pandèmia COVID-19 i el confinament** ha causat canvis significatius en la freqüència i en els motius de consulta.

MATERIAL I MÈTODES

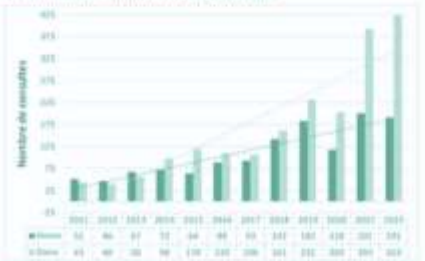
Estudi **observacional, descriptiu i retrospectiu** basat en dues mostres: total de consultes de menors i d'adults atesos a Urgències Psiquiàtriques de l'HUSM entre 2011 i 2022. Dades anònimes facilitades per l'oficina tècnica un cop aprovat el CEIC.

De la mostra de **menors (N= 3301)**, s'analitza: data, edat, sexe, diagnòstic (CIE-9 fins 2017 i CIE-10 des de 2018), derivació, temps d'estada i reconsultes (<7 dies). Per la mostra **d'adults (N=53920),** s'obté un resum anual amb nombre de consultes, edat mitjana i sexe.

La base de dades és codifica amb Excel i s'analitza amb SPSS. Es comparen periodes pre- i post-confinament (15-03-20). Les variables quantitatives es descriuen amb mitjana i desviació estàndard; les categòriques amb freqüències i percentatges. L'anàlisis és amb Chi-quadrat i ANOVA ($p<0,05$).

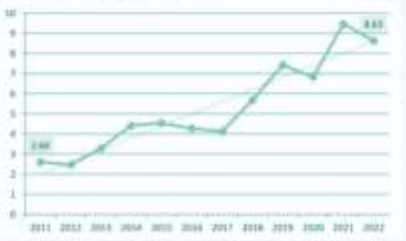
RESULTATS

Figura 1. Evolució del nombre de consultes dels menors d'edat



Les dades de cada any estan expressades com a valors absoluts del número de consultes dels menors d'edat en el periode 2011-22

Figura 2. Evolució del percentatge que representen les consultes de menors respecte al total



Taula 1. Diferències en edat, sexe, diagnòstic, derivació, temps d'estada i reconsulta en funció de l'exposició al confinament durant la pandèmia de COVID-19

	Pre-confinament (n=1866)	Post-confinament (n=1457)	Estadístiques	
VARIABLES QUANTITATIVES			F ANOVA	P
Edat	14,47 ± 2,22	14,47 ± 1,94	0,004	0,952
VARIABLES QUALITATIVES			χ^2	P
Sexe			47,515	**<0,001**
Home	832 (45,12)	485 (33,29)		
Dona	1012 (54,88)	972 (66,71)		
Diagnòstic			202,176	**<0,001**
Tr mental secundari	3 (0,16)	2 (0,14)		
Tr addictiu	51 (2,77)	28 (1,92)	2,482	0,115
Tr psicòtic	64 (3,47)	26 (1,78)	8,728	0,003
Tr bipolar	9 (0,49)	2 (0,14)		
Tr depressiu	113 (6,13)	167 (11,46)	29,830	<0,001
Tr d'ansietat	301 (16,32)	317 (21,76)	15,790	<0,001
Sd de comportament associat a tr fisiològic	87 (4,72)	114 (7,82)	13,734	<0,001
Tr de personalitat	70 (3,80)	86 (5,90)	8,021	0,005
Discapacitat intel·lectual	31 (1,68)	15 (1,03)		
Tr del desenvolupament	84 (4,56)	69 (4,74)	0,060	0,807
Tr de la conducta en infància i adolescència	553 (29,99)	435 (29,86)	0,007	0,934
Tr adaptatiu	89 (4,83)	5 (0,34)	56,134	<0,001
Conducta suïcida i autolesiona	89 (4,83)	71 (4,87)	0,004	0,951
Simptomes, signes i estats mal definits	151 (8,19)	50 (3,43)	32,209	<0,001
Diagnòstic no psiquiàtric	54 (2,93)	52 (3,57)		
Sense diagnòstic	95 (5,15)	18 (1,24)		

CONCLUSIONS

- S'observa un **increment sostingut de les consultes psiquiàtriques a urgències des del 2011**, especialment **en població infanto-juvenil.**
- Tot i que l'edat mitjana es manté estable, augmenten les consultes de noies, els diagnòstics de trastorns de conducta, depressió i ansietat; el temps d'estada i les reconsultes.
- Els resultats posteriors al confinament segueixen la mateixa tendència observada prèviament.
- Aquest estudi se suma a d'altres en aportar evidència de **l'increment sostingut dels casos de salut mental infanto-juvenil.** Això incentiva a la recerca, prevenció i regulació dels factors de risc que hi estan influint.

WEBGRAFIA

(1) Mapelli E, Black T, Doan Q. Trends in Pediatric Emergency Department Utilization for Mental Health-Related Visits. En: Journal of Pediatrics. Mosby Inc.; 2015. p. 905-10. Disponible a: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.07.004

(2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud Mental [Internet]. [citat 14 abril 2024]. Disponible a: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1

(3) Bolt J, Patel F, Stone L, Pandian D, Manuel MM, Gaines N. Impact of COVID-19 on Pediatric Mental and Behavioral Health Visits to the Emergency Department. Pediatr Emerg Care [Internet]. 2022;38. Disponible a: www.pec-online.com

(4) Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. Front Psychol. 6 novembre 2020;11. Disponible a https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038

Institut Català de la Salut
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Hospital Universitari de Santa Maria