



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

Las Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias:
Análisis del Contexto Clínico,
Sociodemográfico y Económico

D. Luis Miguel Toledo Muñoz

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS
SOCIOSANITARIAS**

Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: Análisis del
contexto clínico, sociodemográfico y económico

Doctorando: Luís Miguel Toledo Muñoz

Directores de Tesis: Dra. D^a. María Dolores Pérez Cárceles y
Dr. D. Aurelio Luna Maldonado

2015

A mis padres y a mis tres mujeres.

*Para llegar al conocimiento de la verdad
hay muchos caminos: el primero es la humildad,
el segundo es la humildad y el tercero, la humildad.*

Agustín de Hipona

*Un buen arrepentimiento es la mejor medicina
que tienen las enfermedades del alma.*

Miguel de Cervantes

AGRADECIMIENTOS

Es difícil entender la importancia de los agradecimientos de una tesis doctoral hasta que no se ha terminado. En ese momento te das cuenta de cuánto tienes que agradecer a tanta gente. Intentaré resumir en unas líneas la gratitud que siento a todas las personas que han estado presentes durante esa etapa, haciendo posible que hoy deje de ser un sueño para pasar a ser una realidad.

A mi mujer, Soledad María, y a mis hijas Sol y Carolina por servirme de estímulo para seguir viviendo y tener ilusión en el día a día, sin ellas esto hubiera sido imposible.

A mis padres, Hipólito y Josefa, que espero estén orgullosos de su hijo allá donde estén.

A la Dra. María Dolores Pérez Cárceles, por su inestimable colaboración metodológica, así como por aguantar en todo este tiempo, mi ignorancia, todas mis llamadas y mis correos.

Al Dr. Aurelio Luna Maldonado, por su disponibilidad y colaboración en este trabajo.

Al Dr. Domingo Pérez Flores, por su importantísima colaboración estadística.

Al Dr. Carlos García Briñol, por haberme “metido el veneno” de la psiquiatría y animarme a la realización de esta tesis doctoral.

Al Dr. José Manuel Peñalver Mellado, Jefe de Servicio de Psiquiatría en el Área II de Salud, por su absoluta predisposición a colaborar en este estudio.

A todos mis compañeros del Hospital Naval del Mediterráneo, después denominado Hospital General de la Defensa de Cartagena, con los que compartí una época preciosa de mi vida profesional y personal.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	31
1.1 Salud y Enfermedad	33
1.2 Normas y Principios Aplicables	39
1.2.1 Principios Éticos	39
1.2.2 Derechos Fundamentales	43
1.3 Urgencia Médica: Conceptos Generales	45
1.3.1 Epidemiología	45
1.3.2 Características de la Urgencia Médica	48
1.3.3 Urgencia Hospitalaria y Extra-Hospitalaria	53
1.3.4 Problemas en los Servicios de Urgencias	56
1.3.5 Las Áreas de Observación de los Servicios de Urgencia (AOSU)	58
1.4 Urgencias Psiquiátricas	60
1.4.1 Concepto	60
1.4.2 Elementos de la urgencia psiquiátrica	61
1.4.3 Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas	61
1.4.4 Evaluación de la urgencia psiquiátrica	62
1.4.5 Urgencias psiquiátricas prioritarias	64
1.5 Responsabilidad en Urgencias: Jurisprudencia	72
1.5.1 Dos psiquiatras y dos MIR del Hospital Gregorio Marañón de Madrid son condenados a un año de prisión e inhabilitación y multa, respectivamente, así como a indemnizar a una paciente con 880.000 Euros, por confundir un infarto cerebral con un cuadro de ansiedad, ingresándola en Psiquiatría y atándola a una camilla	74
1.5.2 Condenado el Hospital de Móstoles por el suicidio de una paciente.....	76

1.5.3 Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 141/2012, de 2 de julio, acerca del internamiento psiquiátrico involuntario por vía de urgencia	77
1.5.4 Sentencia T.S.J. Galicia 4131/2012 de 20 de julio sobre Reintegro de gastos médicos por utilización de servicios ajenos a la Seguridad Social. Hospitalización en centro psiquiátrico por orden judicial	79
1.6 Gasto Sanitario	81
II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	89
1.1 Justificación	91
1.2 Objetivos	93
III. MATERIAL Y MÉTODOS	95
3.1 Tipo de Estudio	97
3.2 Población de Estudio	97
3.2.1 Población diana	97
3.2.2 Población de estudio	97
3.2.3 Criterios de inclusión	97
3.2.4 Criterios de exclusión	98
3.2.5 Tamaño de la muestra y sistema de muestreo	98
3.2.6 Lugar del estudio	98
3.2.7 Recogida de datos	102
3.2.8 Características de la muestra	104
3.3 Controles de Calidad de los Datos Recogidos	106
3.4 Análisis Estadístico	110
3.4.1. Análisis univariante o distribución simple de frecuencias	111

3.4.2. Análisis bivalente o asociación entre variables	112
3.4.3. Análisis de varianza factorial	115
3.4.4. Regresión logística	116
3.5 Afirmación Explícita de Cumplimiento de Normas Éticas y Legales	117
IV. RESULTADOS	119
4.1 Frecuencias Simples	121
4.1.1. Variables sociodemográficas	121
4.1.2. Variables que exploran la cronología de la llegada del paciente y la procedencia.	127
4.1.3. Variables médicas	130
4.1.4. Variables referentes al tratamiento y manejo en urgencias del paciente	137
4.1.5. Variables relacionadas con el ingreso y tratamiento al alta	140
4.1.6. Gasto sanitario	144
4.2 Análisis Bivalente	145
4.2.1. Análisis de la asociación entre el género y demás variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia	145
4.2.2. Análisis de la asociación entre el día de la semana y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	147
4.2.3. Análisis de la asociación entre la hora de llegada y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	154
4.2.4. Análisis de la asociación entre el género y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	162
4.2.5. Análisis de la asociación entre la edad y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	169

4.2.6. Análisis de la asociación entre el nivel de estudios y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	178
4.2.7. Análisis de la asociación entre la situación laboral y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	185
4.2.8. Análisis de la asociación entre el estado civil y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	192
4.2.9. Análisis de la asociación entre sujeto inmigrante y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	199
4.2.10. Análisis de la asociación entre el juicio clínico y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	206
4.2.11. Análisis de la asociación entre el consumo de tóxicos y las variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia	213
4.2.12. Análisis de la asociación entre el consumo de tóxicos y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	215
4.2.13. Análisis de la asociación entre la contención mecánica y las variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia	222
4.2.14. Análisis de la asociación entre la contención mecánica y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta	224
4.2.15. Análisis de los factores asociados a la contención mecánica y al ingreso hospitalario	231
4.2.16. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario según características sociodemográficas de los pacientes	235
4.2.17. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con la cronología de llegada del paciente y la procedencia	240

4.2.18. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con variables médicas	243
4.2.19. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con el tratamiento y el manejo en urgencias del paciente	252
4.2.20. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con el ingreso y tratamiento al alta del paciente	257
4.3 Análisis de la Varianza Factorial	264
4.4 Regresión Logística Multivariante	268
4.4.1. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de valoración por médico no psiquiatra	268
4.4.2. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatría	270
4.4.3. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de pruebas complementarias	272
4.4.4. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de TAC craneal	273
4.4.5. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de determinación de tóxicos en orina	276
4.4.6. Análisis del porcentaje de urgencias psiquiátricas en relación con los diferentes tramos de gasto sanitario.....	277
4.4.7. Análisis bivalente y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 200 euros	279
4.4.8. Análisis bivalente y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados la variable gasto sanitario mayor de 300 euros	285
4.4.9. Análisis bivalente y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 400 euros	290
4.4.10. Análisis bivalente y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 500 euros	295

V. DISCUSIÓN	301
5.1 Análisis Sociodemográfico de los pacientes que acuden a Urgencias Psiquiátricas y su Asociación con otras Variables	306
5.2 Evaluación Clínica de los Pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de Psiquiatría	320
5.3 Implicaciones Económicas de las Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias	333
VI. CONCLUSIONES	349
VII. BIBLIOGRAFIA	353
ANEXOS	369

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escalas y niveles de gravedad en el SET	52
Tabla 2. Tarjetas de identificación sanitaria en cada zona de salud	101
Tabla 3. Distribución por género	121
Tabla 4. Rango de edad de la muestra	121
Tabla 5. Distribución por grupos de edad	122
Tabla 6. Distribución por estado civil	123
Tabla 7. Distribución por nivel de estudios	124
Tabla 8. Distribución por situación laboral	125
Tabla 9. Distribución por hospital de referencia	125
Tabla 10. Distribución por procedencia de los inmigrantes	126
Tabla 11. Distribución por tiempo en España de los inmigrantes	126
Tabla 12. Distribución por hora de llegada	127
Tabla 13. Distribución por día de la semana	128
Tabla 14. Distribución por mes del año	129
Tabla 15. Distribución por canal de remisión del paciente	130
Tabla 16. Distribución por patología concomitante	131
Tabla 17. Distribución por prescripción del tratamiento previo	132
Tabla 18. Distribución por antecedente de ingreso psiquiátrico previo	132
Tabla 19. Distribución por visitas a urgencias en los últimos 6 meses	133
Tabla 20. Distribución por consumo de tóxicos	134
Tabla 21. Distribución por motivo de consulta	135
Tabla 22. Distribución por juicio clínico	136
Tabla 23. Distribución por intervención de los servicios sociales	136
Tabla 24. Distribución por tratamiento administrado en urgencias	137
Tabla 25. Distribución por familias farmacológicas utilizadas en urgencias	137
Tabla 26. Distribución por necesidad de contención mecánica	138
Tabla 27. Distribución por necesidad de realización de pruebas complementarias	138

Tabla 28. Distribución por necesidad de realización de TAC craneal	139
Tabla 29. Distribución por necesidad de determinación de tóxicos en orina	139
Tabla 30. Distribución por necesidad de valoración por médico no psiquiatra	139
Tabla 31. Distribución por necesidad de ingreso en planta de psiquiatría	140
Tabla 32. Distribución por tipo de ingreso	140
Tabla 33. Distribución por criterio primario de ingreso	141
Tabla 34. Distribución por criterios secundarios de ingreso	142
Tabla 35. Distribución por derivación del paciente	142
Tabla 36. Distribución por tratamiento farmacológico ambulatorio	143
Tabla 37. Distribución por fármaco principal al alta	143
Tabla 38. Distribución por tratamiento no farmacológico ambulatorio	144
Tabla 39. Asociación género con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas	146
Tabla 40. Asociación género con variables sociodemográficas	147
Tabla 41. Asociación día de la semana con variables médicas	148
Tabla 42. Asociación día de la semana con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	149
Tabla 43. Asociación día de la semana con variables referentes al manejo del paciente	150
Tabla 44. Asociación día de la semana con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	152
Tabla 45. Asociación día de la semana con variables referentes al tratamiento al alta	153
Tabla 46. Asociación hora de llegada con variables médicas	155
Tabla 47. Asociación hora de llegada con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	156
Tabla 48. Asociación hora de llegada con variables referentes al manejo del paciente	158
Tabla 49. Asociación hora de llegada con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	160
Tabla 50. Asociación hora de llegada con variables referentes al tratamiento al alta	161
Tabla 51. Asociación género con variables médicas	162
Tabla 52. Asociación género con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	163
Tabla 53. Asociación género con variables referentes al manejo del paciente	165

Tabla 54. Asociación género con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	167
Tabla 55. Asociación género con variables referentes al tratamiento al alta	168
Tabla 56. Asociación rango de edad con variables médicas	170
Tabla 57. Asociación rango de edad con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.	171
Tabla 58. Asociación rango de edad con variables referentes al manejo del paciente	173
Tabla 59. Asociación rango de edad con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	175
Tabla 60. Asociación rango de edad con variables referentes al tratamiento al alta	177
Tabla 61. Asociación nivel de estudios con variables médicas	178
Tabla 62. Asociación nivel de estudios con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	179
Tabla 63. Asociación nivel de estudios con variables referentes al manejo del paciente	181
Tabla 64. Asociación nivel de estudios con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	182
Tabla 65. Asociación nivel de estudios con variables referentes al tratamiento al alta	184
Tabla 66. Asociación situación laboral con variables médicas	186
Tabla 67. Asociación situación laboral con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	187
Tabla 68. Asociación situación laboral con variables referentes al manejo del paciente	188
Tabla 69. Asociación situación laboral con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	189
Tabla 70. Asociación situación laboral con variables referentes al tratamiento al alta	191
Tabla 71. Asociación estado civil con variables médicas	192

Tabla 72. Asociación estado civil con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	193
Tabla 73. Asociación estado civil con variables referentes al manejo del paciente	195
Tabla 74. Asociación estado civil con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	196
Tabla 75. Asociación estado civil con variables referentes al tratamiento al alta	198
Tabla 76. Asociación inmigrante con variables médicas	199
Tabla 77. Asociación inmigrante con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	201
Tabla 78. Asociación inmigrante con variables referentes al manejo del paciente	202
Tabla 79. Asociación inmigrante con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	203
Tabla 80. Asociación inmigrante con variables referentes al tratamiento al alta	205
Tabla 81. Asociación juicio clínico con variables médicas	206
Tabla 82. Asociación juicio clínico con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	208
Tabla 83. Asociación juicio clínico con variables referentes al manejo del paciente	209
Tabla 84. Asociación juicio clínico con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	210
Tabla 85. Asociación juicio clínico con variables referentes al tratamiento al alta	212
Tabla 86. Asociación consumo de tóxicos con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas	213
Tabla 87. Asociación consumo de tóxicos con variables sociodemográficas	214
Tabla 88. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	216
Tabla 89. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al manejo del paciente	217
Tabla 90. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	219
Tabla 91. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al tratamiento al alta	221

Tabla 92. Asociación contención mecánica con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas	222
Tabla 93. Asociación contención mecánica con variables sociodemográficas	223
Tabla 94. Asociación contención mecánica con variables médicas	224
Tabla 95. Asociación contención mecánica con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente	226
Tabla 96. Asociación contención mecánica con variables referentes al manejo del paciente	227
Tabla 97. Asociación contención mecánica con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente	228
Tabla 98. Asociación contención mecánica con variables referentes al tratamiento al alta	230
Tabla 99. Factores de riesgo asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatra	232
Tabla 100. Factores de riesgo asociados a la variable contención mecánica	234
Tabla 101. Distribución de gasto por género	236
Tabla 102. Distribución de gasto por rango de edad	236
Tabla 103. Distribución de gasto por estado civil	237
Tabla 104. Distribución de gasto por nivel de estudio	237
Tabla 105. Distribución de gasto por situación laboral	239
Tabla 106. Distribución de gasto por la condición de inmigrante	240
Tabla 107. Distribución de gasto por día de la semana	241
Tabla 108. Distribución de gasto por hora de llegada	241
Tabla 109. Distribución de gasto por remisión del paciente	242
Tabla 110. Distribución de gasto por patología concomitante	243
Tabla 111. Distribución de gasto por prescriptor del tratamiento psiquiátrico	245
Tabla 112. Distribución de gasto por ingresos psiquiátricos previos	246
Tabla 113. Distribución de gasto por visita a urgencias en los últimos seis meses	247
Tabla 114. Distribución de gasto por consumo de tóxicos	248

Tabla 115. Distribución de gasto por estupefaciente consumido	249
Tabla 116. Distribución de gasto por motivo de consulta	249
Tabla 117. Distribución de gasto por juicio clínico	250
Tabla 118. Distribución de gasto por intervención de los servicios sociales	251
Tabla 119. Distribución de gasto por tratamiento en urgencias	252
Tabla 120. Distribución de gasto por necesidad de realización de pruebas complementarias ...	253
Tabla 121. Distribución de gasto por necesidad de realización de TAC craneal	254
Tabla 122. Distribución de gasto por necesidad de determinación de tóxicos en orina	255
Tabla 123. Distribución de gasto por necesidad de valoración por médico no psiquiatra	256
Tabla 124. Distribución de gasto por ingreso en planta de psiquiatría	257
Tabla 125. Distribución de gasto por tipo de ingreso	258
Tabla 126. Distribución de gasto por criterios primarios de ingreso	259
Tabla 127. Distribución de gasto por criterios secundarios de ingreso	260
Tabla 128. Distribución de gasto por derivación del paciente	261
Tabla 129. Distribución de gasto por tratamiento farmacológico ambulatorio	262
Tabla 130. Distribución de gasto por fármaco principal al alta	262
Tabla 131. Distribución de gasto por tratamiento no farmacológico ambulatorio	263
Tabla 132. Variables independientes categóricas en relación con el gasto sanitario	265
Tabla 133. Variables con relación estadísticamente significativa con el gasto sanitario	266
Tabla 134. Factores de riesgo asociados a la variable valoración por médico no psiquiatra	269
Tabla 135. Factores de riesgo asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatra	271
Tabla 136. Factores de riesgo asociados a la variable necesidad de pruebas complementarias	273
Tabla 137. Factores de riesgo asociados a la variable necesidad de TAC craneal	275
Tabla 138. Factores de riesgo asociados a la variable determinación de tóxicos en orina	277
Tabla 139. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 200€	278

Tabla 140. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 300€	278
Tabla 141. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 400€	279
Tabla 142. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 500€	279
Tabla 143. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a doscientos euros	280
Tabla 144. Variables médicas asociadas a un gasto superior a doscientos euros	282
Tabla 145. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a doscientos euros	284
Tabla 146. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a trescientos euros	285
Tabla 147. Variables médicas asociadas a un gasto superior a trescientos euros	286
Tabla 148. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a trescientos euros	289
Tabla 149. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a cuatrocientos euros	290
Tabla 150. Variables médicas asociadas a un gasto superior a cuatrocientos euros	292
Tabla 151. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a cuatrocientos euros	294
Tabla 152. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a quinientos euros	295
Tabla 153. Variables médicas asociadas a un gasto superior a quinientos euros	296
Tabla 154 . Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a quinientos euros	297

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso atención individualizado al paciente	102
Figura 2 .Histograma de la distribución por edad	122
Figura 3. Distribución del nivel de estudios	124
Figura 4. Distribución del día de la semana	128
Figura 5. Distribución del consumo de tóxicos	134
Figura 6. Distribución criterios primarios de ingreso	141
Figura 7. Histograma gasto sanitario	145
Figura 8. Histograma gasto sanitario	235
Figura 9. Gasto por nivel de estudios	238
Figura 10. Gasto por situación laboral	239
Figura 11. Gasto por remisión del paciente	242
Figura 12. Gasto por patología orgánica concomitante	244
Figura 13. Gasto por prescriptor del tratamiento psiquiátrico	245
Figura 14. Gasto por ingreso psiquiátrico previo	246
Figura 15. Gasto por visita a urgencias en los últimos seis meses	247
Figura 16. Gasto por consumo de tóxicos	248
Figura 17. Gasto por motivo de consulta	250
Figura 18. Gasto por juicio clínico	251
Figura 19. Gasto por tratamiento en urgencias	252
Figura 20. Gasto por necesidad de realización de pruebas complementarias	253
Figura 21. Gasto por realización de TAC craneal	254
Figura 22. Gasto por necesidad de determinación de tóxicos en orina	255
Figura 23. Gasto por necesidad de valoración por médico no psiquiatra	256
Figura 24. Gasto por ingreso en planta de psiquiatría	257

Figura 25. Gasto por tipo de ingreso	258
Figura 26. Gasto por criterios secundarios de ingreso	260
Figura 27. Gasto por derivación del paciente	261
Figura 28. Gasto por fármaco principal al alta	263

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tipo de urgencias	46
Gráfico 2. Urgencias más frecuentes	47
Gráfico 3. Distribución áreas de salud de la Región de Murcia	100
Gráfico 4. Distribución muestra por género	104
Gráfico 5. Distribución muestra por edad	105
Gráfico 6. Distribución muestra por día de la semana	106
Gráfico 7. Distribución por géneros de los pacientes que acuden a urgencias en distintos hospitales	307
Gráfico 8. Distribución por días de la semana de ingresos en urgencias en distintos hospitales.	309
Gráfico 9. Distribución por estado civil de los pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas.	315
Gráfico 10. Distribución de los pacientes consumidores de tóxicos según el género en diferentes estudios	321
Gráfico 11. Distribución de la remisión del paciente en relación con el consumo de tóxicos	323
Gráfico 12. Distribución de ingresos hospitalarios en unidad de psiquiatría	325
Gráfico 13. Porcentaje del PIB dedicado a la sanidad según la OCDE (2010)	336

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1.1 SALUD Y ENFERMEDAD

Hoy en día tiende a apreciarse a la salud y a la enfermedad como abstracciones de un proceso continuo, en el que la línea divisoria entre ambas sería arbitraria debido a que depende de múltiples factores. Estos términos heterogéneos incluyen además el concepto médico, factores sociales, educativos, políticos y morales.

Allbut (1896), concibió la enfermedad como aquel estado de un organismo vivo que no posee elementos esencialmente distintos que los de la salud, sino que éstos se presentan en orden diferente y menos beneficioso; así la salud sería la combinación más ventajosa. En esta concepción de la enfermedad se incurriría en un juicio de valor, sobrepasando el objeto de la ciencia.

Lewis (1953), estableció unos criterios de salud objetivos que consistían en la presencia de signos manifiestos u ocultos de una alteración estructural o funcional y unos criterios subjetivos dependientes del estado de bienestar del sujeto. Para este autor sería posible reconocer la presencia de la enfermedad, pero no la de salud por no poder establecer criterios positivos de ella.

Laín Entralgo (1974), intentó establecer la objetividad de la salud mediante cuatro perspectivas diferentes:

- Morfológica: ausencia de alteración de la estructura micro o macroscópica.
- Actividad funcional: estaría dentro de los límites que impusiera la norma funcional de la especie.
- Rendimiento vital: realizar sin fatiga aquellas tareas o actividades habituales que el propio sujeto elige o la sociedad encomienda.
- Conducta: adecuándola a las normas de la sociedad.

Cuando se cumpliera la sensación subjetiva de bienestar junto a los cuatro componentes objetivos, estaríamos ante la salud absoluta; algo inalcanzable, por lo que se tiende a conceptuar a la salud como algo relativo “salud relativa”, estado de equilibrio dependiente de las condiciones sociales y económicas de cada población.

La OMS define la salud como estado de “**bienestar, físico, mental y social completo**”; se trata de una definición positiva que plantea una serie de dificultades al trasladar la ambigüedad del concepto de salud al de bienestar (Luque y Villagrán 2000).

Estos dos autores proponen como definición: “La capacidad de llevar a cabo aquellas funciones que permiten al organismo mantenerse a sí mismo, siendo el resto de las condiciones iguales al margen de actividad de la mayoría de los miembros de su especie y que conduce al mantenimiento de dicha especie”.

Luque y Villagrán(2000), exponen los diferentes criterios en los que difieren salud y enfermedad:

- Concepción ontológica: la enfermedad tiene esencia, esencia material o no. Paracelso habla de las enfermedades como entidades materiales en sí mismas que se diferenciaban por sus causas y cambios; por lo que la medicina trataba de buscar terapias específicas para enfermedades concretas (concepción etiológica de la enfermedad).
- Concepción fisiológica: según la cual no existen ni géneros ni especies de enfermedades. Implica una concepción etiológica multifactorial (genéticos, fisiológicos, psicológicos...).
- Carácter subjetivo de la enfermedad: se la identifica con “sentirse enfermo”. Esta concepción acentúa la manera en la que el enfermo padece su disfunción.
- Enfermedad como lesión: los cambios patológicos tienen lugar no tanto en los órganos como en los tejidos y/o células. Nace aquí el modelo biológico o médico, donde lo esencial de la enfermedad es una lesión identificable.
- Concepto estadístico: la enfermedad es una desviación de la norma, tanto en exceso como en defecto.
- Construcción social de la enfermedad: se cimenta desde la sociología y antropología, y describe tres concepciones de la enfermedad:
 - Como proceso patológico
 - Como conducta del individuo frente a ella
 - Como alteración social

La enfermedad es pues un concepto pragmático para organizar la experiencia, supone una forma de analizar determinados fenómenos con el propósito de formular un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento, y en algunos aspectos se encuentra influida por los valores sociales, políticos y morales.

En este apartado también es fundamental el concepto de salud pública siendo esta la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación. Para esto, cuenta con la participación de especialistas en medicina, biología, enfermería, sociología, estadística, veterinaria y otras ciencias y áreas.

Los organismos de la salud pública deben evaluar las necesidades de salud de la población, investigar el surgimiento de riesgos para la salud y analizar los determinantes de dichos riesgos. De acuerdo a lo detectado, deben establecer las prioridades y desarrollar los programas y planes que permitan responder a las necesidades.

La salud pública también debe gestionar los recursos para asegurar que sus servicios llegarán a la mayor cantidad de gente posible, no pudiendo ofrecer servicios avanzados para ciertas personas y descuidar las condiciones de salud del resto, ya que parte de un principio comunitario y no personal. Al depender del Estado, la salud pública no debería hacer distinciones entre los habitantes de un mismo territorio.

Relacionado con la salud pública, recientemente ha sido publicada en el **BOE la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública**, que establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de salud pública, se estructura en un título preliminar, seis títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales.

El Título preliminar establece en su capítulo I el objeto y ámbito de la ley. En el capítulo II se recogen los principios generales de la salud pública, que deben garantizarse en las actuaciones de salud pública. El hecho de que la equidad y la salud guíen el conjunto de las políticas de gobierno, constituye un requisito fundamental.

El Título I consta de tres capítulos y se ocupa de los derechos y deberes de los ciudadanos y de las obligaciones de las Administraciones en la salud pública. La ley reconoce el derecho de los ciudadanos, directamente o a través de las organizaciones en que se agrupan

o que los representen, a la información en materia de salud pública, con las limitaciones previstas en la normativa vigente.

En el capítulo I se desarrollan los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública, dando importancia a valores tales como la información, la participación, la igualdad, la confidencialidad, intimidad y dignidad. En el capítulo II se establecen los deberes de los ciudadanos. En el capítulo III se abordan las obligaciones de las Administraciones públicas, estableciendo los mecanismos para lograr que las actividades de tipo científico y de asesoramiento en materia de salud pública no estén sesgadas por intereses ajenos a la salud de la población y el bien público y sean independientes. Se refuerza con ello la confianza de la población en la autoridad sanitaria y en sus recomendaciones de salud pública.

El Título II describe las actuaciones de salud pública. Los capítulos I y II están dedicados a la regulación de la vigilancia y promoción de la salud. Basándose, en toda la experiencia ya desarrollada en dicha materia, particularmente en la vigilancia de las enfermedades transmisibles, se extiende ahora a los condicionantes de los problemas de salud que son el objeto de las políticas para mejorarla. Esta ley dispone las bases de una vigilancia integral de salud pública que abarca todos los condicionantes de la salud y el propio estado de salud. De igual forma el sistema de información en salud pública complementa el trabajo del Instituto de Información Sanitaria cuyas funciones dispuso la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de los sistemas de información sanitaria y se desarrollan considerando las competencias que la Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública asigna al Instituto Nacional de Estadística en la coordinación de la actividad estadística de la Administración General del Estado. Actualmente, se dispone de avanzados indicadores sobre enfermedad, sobre asistencia sanitaria y sobre algunas conductas relacionadas con la salud, pero no está integrada con información procedente de otros ámbitos sociales, ambientales o de otro carácter que son esenciales para valorar la evolución de la salud pública y las políticas con ella relacionada. Con esta visión integral, el núcleo de la coordinación es el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad con las redes de vigilancia e información de las Administraciones autonómicas. Se articula la Red de Vigilancia en salud pública que se ocupa de coordinar el sistema de vigilancia de factores condicionantes, el de problemas de salud y los sistemas de alerta precoz y respuesta rápida.

El capítulo III establece las líneas generales que deben seguir las políticas en materia de prevención de problemas de salud y sus determinantes, que tienen por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar sus consecuencias negativas mediante políticas de carácter sociosanitario, ambiental, económico, laboral, alimentario o de promoción de la actividad física, entre otras; se regulan también las actuaciones específicas sobre cribados, correspondiendo a las autoridades sanitarias promover que los mismos se implanten con la máxima calidad posible y la mayor accesibilidad posible para la población realizando las campañas oportunas. Esta ley debe ser un instrumento clave para evitar la implantación de acciones supuestamente preventivas cuyo beneficio no se ha demostrado científicamente y que pueden causar perjuicios.

El capítulo IV, dedicado a la coordinación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y lesiones en el Sistema Nacional de Salud, sienta las bases para que éstas se implanten en los servicios sanitarios de una forma coordinada con las actuaciones de las estructuras de salud pública.

La importancia de una gestión sanitaria adaptada a la salud pública se trata en el capítulo V. Para alcanzar los objetivos descritos en esta ley es esencial que en todos los niveles y escalones asistenciales se coordine apropiadamente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, garantizando la reducción de los desequilibrios sociales y territoriales; por tanto, la gestión sanitaria atenderá a los resultados en salud.

Lo establecido en esta ley sobre gestión sanitaria está en línea con la propuesta del informe de la Organización Mundial de la Salud «Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud» y los desarrollos posteriores en la esfera internacional, que abogan por una dirección de los servicios asistenciales guiada a mejorarlos problemas de salud de la población.

El capítulo VI aborda las actuaciones de la salud pública en materia de protección de la salud que van dirigidas a la prevención de los efectos negativos que diversos elementos del medio pueden tener sobre la salud y el bienestar de las personas. Recoge los aspectos más relevantes en los que se sustenta la acción de gobierno de la sanidad ambiental, que cobra un espacio propio y definido en el ámbito de la salud pública. El estado de salud de la humanidad depende en gran medida del entorno en que se desenvuelve la vida y por tanto es esencial la salubridad de los alimentos, el agua y el aire. Pero el entorno en el que se desenvuelve la vida

humana no está constituido exclusivamente por el medio natural, sino que hay que considerar también el entorno socialmente construido conformado por la vivienda, el lugar de trabajo, el colegio, los lugares de ocio, la ciudad en su conjunto y los estilos de vida. Se establecen asimismo las acciones en materia de salud laboral para conseguir la mejor prevención de riesgos en el ámbito laboral, y en coherencia con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y complementándola se facilita la promoción de la salud en ese mismo ámbito. La promoción y protección de la salud laboral, así como la prevención de los factores de riesgo en este ámbito, **deben ser contempladas en la cartera de servicios de la salud pública.**

El capítulo VII determina la aplicación en España de la evaluación de impacto en salud, es decir, la combinación de procedimientos, de métodos y de herramientas mediante la cual un programa o norma pueden ser evaluados en relación con sus efectos y la distribución de los mismos sobre la salud de la población.

El capítulo VIII está dedicado a la sanidad exterior y la salud internacional, parte esencial de la salud pública y competencia exclusiva del Estado, según establece la Constitución Española. Finalmente, el capítulo IX regula un Sistema de información en salud pública, que posibilita el intercambio de la información necesaria para el mejor desarrollo de las actuaciones en materia de salud pública, con respeto a lo reflejado en la Ley Orgánica 15/1999, **de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.**

El título III regula la planificación y coordinación de la salud pública, con el objetivo de contribuir a mantener y mejorar la salud de la población a través de una organización que permita coordinar los recursos existentes de una manera eficiente. El Título IV se ocupa del personal profesional y de investigación en salud pública, y se divide en dos capítulos. El Título V regula la autoridad sanitaria estatal y sus agentes. La ley se completa con el Título VI que recoge las infracciones y sanciones, seguido de las disposiciones adicionales, derogatorias y finales.

Esta Ley supone la modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta última modificación queda redactada como sigue:

“3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos”.

Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2001, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos”.

1.2. NORMAS Y PRINCIPIOS APLICABLES

1.2.1 Principios éticos

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, aprobado por el Consejo de Europa en 1977, dedica su artículo 8 a las “situaciones de urgencia”: Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.

En las urgencias, los médicos pueden verse enfrentados a conflictos de deberes entre sus obligaciones de proporcionar asistencia y la de obtener el consentimiento del paciente. Este artículo permite al médico actuar inmediatamente en tales situaciones sin esperar a que el paciente o, en su caso, su representante legal, puedan dar su consentimiento adecuadamente. Dado que se separa de la regla general presentada en los artículos 5 y 6, se acompaña de ciertas condiciones. Como hemos comentado antes, esta posibilidad se limita a las urgencias que impiden al médico obtener un consentimiento adecuado. Se aplica tanto a personas que son capaces como a las que no lo son, de hecho o derecho, de prestar el consentimiento. Sin embargo, incluso en las situaciones de urgencia, los profesionales sanitarios deben hacer los esfuerzos razonables para tratar de determinar qué es lo que el paciente querría.

A continuación, la posibilidad se limita exclusivamente a las intervenciones médicas necesarias que no pueden ser retrasadas. Las intervenciones cuyo aplazamiento es aceptable se excluyen de este supuesto.

Sin embargo, tal posibilidad no solo queda reservada para las intervenciones vitales. Por último, el artículo especifica que la intervención debe realizarse para el beneficio directo del individuo.

El derecho a la protección de la salud a la atención sanitaria se recoge en nuestra Constitución en el artículo 43, en el cual se refrenda que el acto médico deja de ser una cosa de dos: el paciente y el facultativo, para ser un asunto de al menos 3: el estado como organización, los ciudadanos y los profesionales sanitarios. Ya a finales de los años 40 empieza a contemplarse la atención urgente en España y de acuerdo con la Ley de Bases de la Seguridad Social se pone en marcha en 1964 el **Servicio Especial de Urgencias (S.E.U.)** en Madrid y en Barcelona, consolidándose con la Ley General de la Seguridad Social de 1974 y posteriormente con la Ley General de Sanidad que establecen la atención urgente como **un derecho de carácter público y de cobertura universal.**

El Defensor del Pueblo, en su informe de 1988, consideraba a los Servicios de Urgencias Hospitalarios como un **“servicio prioritario dentro de los prioritarios”**, denunciando ya entonces la existencia de unas estructuras hospitalarias claramente insuficientes para adaptarse a los continuos cambios demográficos y sociales y aquellos derivados de la consideración de la asistencia sanitaria como un derecho público y universal. En este sentido los trabajos de Montero y cols. (2000) recogen información y analizan la situación de los Servicios de Urgencia Hospitalarios en España y descubre que existe un alto

porcentaje de pacientes que **eluden la asistencia urgente de Atención Primaria**, la tremenda heterogeneidad en cuanto a la organización de los diferentes servicios y diferente dotación tanto de personal como de medios y paradójicamente la alta motivación de los profesionales que en ocasiones trabajan con escasos medios.

El **Código de Ética y Deontología Médica, de la Organización Médica Colegial (2011)**, alude a las situaciones de urgencia en su artículo 6:

- Todo médico, cualquiera que sea su especialidad o la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de urgencia al enfermo o al accidentado.
- En situaciones de catástrofe, epidemia o grave riesgo para el médico, éste no puede abandonar a sus enfermos, salvo que fuere obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a las tareas de auxilio sanitario.
- En caso de huelga, el médico no queda exento de sus obligaciones éticas hacia sus pacientes a quienes debe asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

Así como en el artículo 13.3:

- Si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

La urgencia verdadera dispensa de la obligación de obtener el consentimiento. El deber de poner los medios para salvar la vida o evitar daños graves e irreversibles se impone al médico por encima de cualquier otra consideración. Lo razonable es suponer que todos los que se encuentran en una situación de urgencia extrema desean seguir viviendo por lo que puede presumirse más allá de toda duda razonable que darían su consentimiento al tratamiento. Esto se aplica a todos sin excepción, incluidos a los que han intentado el suicidio. La experiencia demuestra que en la gran mayoría de los casos, el que ha intentado suicidarse agradece la actuación médica que le ha rescatado de la muerte. La obligación de tratar en la situación de urgencia no tiene sólo carácter ético; es una obligación legal, tal como se ha señalado anteriormente.

En cuanto a la atención médica a los enfermos psiquiátricos, destaca el apartado 13.4 que refiere: **“El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica”**.

Otro aspecto a tener en cuenta en este nuevo Código de Ética y Deontología Médica de 2011 es lo que concierne a su artículo 14 en cuanto a la edad que se establece para poder determinar si un menor está o no capacitado para tomar una decisión:

- El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.
- La opinión de un menor de 16 años será más o menos determinante según el grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.
- En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento siempre que la situación lo permita. Entre los 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.
- Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

Por todo lo anteriormente expuesto, en una situación de urgencia, el médico procederá a tratar sin consentimiento cuando, tras haberlo buscado con diligencia y sin resultado de un allegado o del representante legal, la situación médica así lo exige. Esto puede ocurrir en diversas circunstancias: porque no ha sido posible hablar con quién debería dar el consentimiento, porque se produce un desacuerdo irreductible entre quienes han de decidir, porque habiendo obtenido el médico el consentimiento para una determinada intervención se ve obligado a sustituirla por otra, para la que no había pedido autorización. El artículo destaca la obligación del médico de seguir en tales circunstancias el dictamen de su conciencia, la cual marcará la intensidad y la dirección de su servicio al paciente.

En un artículo de “Prehospital and Disaster Medicine” (Abril 1973), se llega a la conclusión de que entre otros problemas que se derivan de la actividad clínica en un servicio de urgencias, aquellos de índole ética (tratamientos fútiles, reanimación, consentimiento,

rehusar el tratamiento, confidencialidad,...) son más complejos de subsanar debido a que en la formación del estudiante de medicina o residente no se incluyen situaciones que planteen problemas éticos. Sólo la experiencia resultante de la práctica clínica diaria, proveerá a los profesionales sanitarios de las soluciones a esos problemas. Por todo ello Lavilla (2011) incide en la necesidad de una **formación en bioética en el periodo de formación universitario** ya implantada en los nuevos programas docentes de la titulación del Grado de Medicina siendo una asignatura obligatoria, debido a su inexistencia en los planes de estudio antiguos; esta formación debe incluir un tratamiento holístico en cuanto a la investigación biomédica y debería promoverse su conocimiento con el fin de trabajar por el cumplimiento y respeto de los Derechos Humanos.

Recientemente y en opinión de Pastor (2011) en su artículo publicado en los Cuadernos de Bioética trata de reflexionar sobre las relaciones que deben existir entre el conocimiento de las ciencias biomédicas y la elaboración de la bioética asentando la necesidad de partir de un principio de no concordancia absoluta entre los datos empíricos y filosóficos, siendo los primeros verdades parciales y muy contextualizadas por el experimento, pasando a proponer una serie de criterios que deben presidir la utilización de las ciencias biomédicas en la bioética. Tales criterios se basan en saber distinguir los dos ámbitos de conocimiento y, sin confundirlos entre sí, buscar una integración de los mismos en una unidad de conocimiento superior. Se trata de que ambas disciplinas se vayan aproximando entre sí, de tal forma que cada una se haga más capaz de acoger a la otra. Se trata de pasar de la contigüidad a una integración en una unidad de orden superior, sin que ambas pierdan su propia naturaleza. Esto supone, tanto para los científicos o humanistas que trabajan en bioética, mantener desde el inicio de sus tareas un imperativo ético que han calificado de primordial y que consiste en una permanente actualización biomédica en la elaboración de la bioética.

1.2.2 Derechos fundamentales

Una consecuencia importante del principio de autonomía es el reconocimiento de la voluntariedad de las intervenciones corporales, incluidos los tratamientos. De manera que el consentimiento, la voluntad personal del afectado es el elemento legitimador de la

intervención médica, el único que autoriza que otra persona pueda intervenir sobre el cuerpo y la persona de un paciente. La doctrina jurídica considera que hay derechos fundamentales que se ven afectados por las intervenciones corporales:

- Derecho a la libertad: Toda persona tiene derecho a la libertad... Nadie puede ser privado de su libertad, sino... en los casos y en la forma prevista por la ley (Art. 17.1 CE).
- Derecho a la integridad física: Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, pueda ser sometido a torturas, a penas o tratos inhumanos o degradantes... (Art. 15 CE).
- Derecho a la intimidad: Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y la propia imagen. (Art. 18.1 CE).

En ocasiones, implican una inevitable privación de libertad (por ej., en el internamiento contra su voluntad de un paciente depresivo con riesgo de suicidio); en otras, la integridad física o la intimidad corporal y psicológica podrán verse afectadas.

Pese a todo, excepcionalmente, puede imponerse un acto médico a una persona cuando la no intervención suponga:

- Un riesgo para la salud pública o de terceros.
- Un riesgo para la salud del propio interesado (sólo en determinadas ocasiones).

Debe establecerse un juicio de proporcionalidad entre la obligación de protección y preservación de la vida (Art. 15 CE) y la restricción del derecho a la libertad (Art. 17 CE) que comporta el tratamiento obligatorio. Esta tarea deben realizarla los tribunales de justicia: previamente al tratamiento, en condiciones ordinarias; y, a posteriori, en casos de urgencia.

En la **Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**, se indica que la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica (Art. 2.1); que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la Ley (Art. 2.2);

y que todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito (Art. 2.4). La Ley entiende por “libre elección”, la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.

1.3. URGENCIA MÉDICA: CONCEPTOS GENERALES

1.3.1. Epidemiología

Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2012 indican que en todo el territorio nacional se producen alrededor de 26,3 millones de urgencias hospitalarias anuales, lo cual supone que casi la mitad de la población pasa por el Servicio Hospitalario de Urgencias (SHU) una vez al año. Las urgencias extra-hospitalarias son más difíciles de contabilizar, porque frecuentemente se superpone lo que es la urgencia y lo que es atención continuada. Con esta salvedad, en España hay en torno a 12 millones de urgencias fuera del hospital cada año. Vale como ejemplo los datos de la Consejería de Sanidad de Murcia que cifró en el año 2004 un total de 1.576.439 urgencias, siendo en el año 2008 el número total de urgencias 3.075.030 produciéndose un **incremento de un 95%** en tan corto período de tiempo. A nivel nacional y según datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social en 2010 a través del Instituto de Información Sanitaria, los servicios de urgencia de España vienen padeciendo un aumento permanente de la demanda, de tal forma que hemos pasado de los 18 millones de urgencias en 1977 a 26,3 en 2010, hecho que dificulta la atención rápida y eficaz que se les exige. Esto es debido, al menos en parte, a la elevada utilización de los servicios de urgencias para la atención de situaciones no urgentes, según estudios hasta el 70%, que pueden condicionar demoras en la asistencia de pacientes graves además de generar consecuencias negativas para el conjunto del hospital, incluyendo el **incremento de costes asistenciales**.

Paralelamente, en esta década se ha asistido a una transformación profunda de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) con cambios estructurales, organizativos y funcionales para adaptarse a esta situación, siendo el **sistema de triaje hospitalario** uno de

los puntos clave en dichas modificaciones. Cada vez parece más evidente que los SUH no deben adaptarse a las condiciones del hospital donde residen y que por el contrario el centro hospitalario debe acometer todas las reformas que sean necesarias para amoldarse a su servicio de urgencias, siendo este un concepto de muy baja aplicación en el territorio nacional.

Por otra parte, el análisis de las urgencias hospitalarias indica que un 68% de los enfermos que acuden al hospital no necesitan atención hospitalaria y además, un 20% no tienen ningún tipo de urgencia médica (Gráfico 1). Es importante tener en cuenta que la mayor parte de los enfermos que llegan al SUH acuden por iniciativa propia, por lo que el “filtro” de la Atención Primaria sólo puede seleccionar una pequeña parte de las urgencias.

**Tipo de Urgencias atendidas en un Servicio de Urgencias Hospitalario
(Clínica Puerta de Hierro) en 2011**

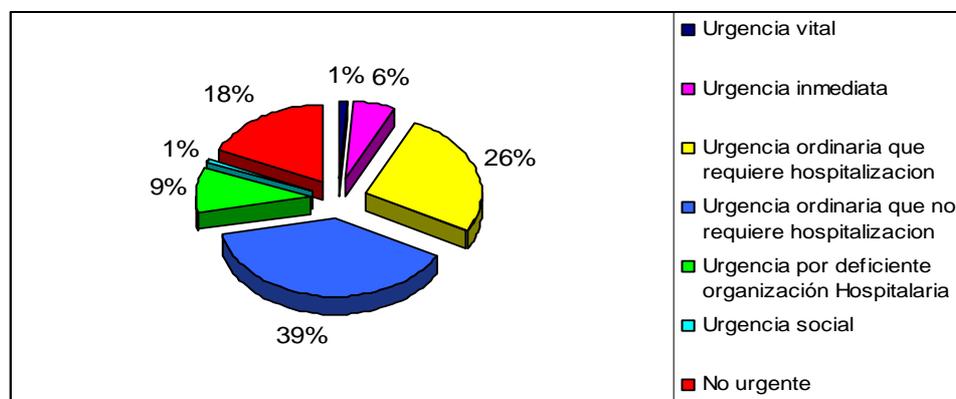


Gráfico 1. Tipo de urgencias

En los últimos años, el transporte de enfermos y la atención inicial de los pacientes graves ha mejorado notablemente gracias al desarrollo de los Servicios de Coordinación de Urgencias 061 o equivalentes.

Por todo ello, aunque es cierto que el tipo de patología urgente atendida en urgencia extra-hospitalaria y hospitalaria es diferente, el médico de Urgencias debe estar preparado para atender a cualquier tipo de afección urgente, sin tener en cuenta dónde desarrolla su

trabajo. En este sentido, cada vez se insiste más en la necesidad de que exista una especialidad de Medicina de Urgencias que atienda al paciente desde que enferma hasta que ingresa en un servicio del hospital. Es decir, el especialista de Urgencias debería estar preparado para atender a un enfermo desde que aparecen los síntomas en su domicilio, o desde que ocurre el accidente o lesión, hasta que ingresa en la unidad de Cuidados Intensivos o en otra unidad del hospital, es importante resaltar que la mayor parte de esta actividad consistirá en la atención a urgencias banales y que las urgencias vitales sólo constituyen una mínima parte de la actuación urgente. Por especialidades destacan las enfermedades cardiocirculatorias con un 31% de las atenciones, seguidas con un 13% por un “cajón desastre” donde se encuadran signos y síntomas mal definidos, tal y como se refleja en la gráfico 2; este hecho pone de manifiesto el mal uso de los servicios de urgencia hospitalarios.

Urgencias Hospitalarias más frecuentes en el año 2011 en la Clínica Puerta de Hierro

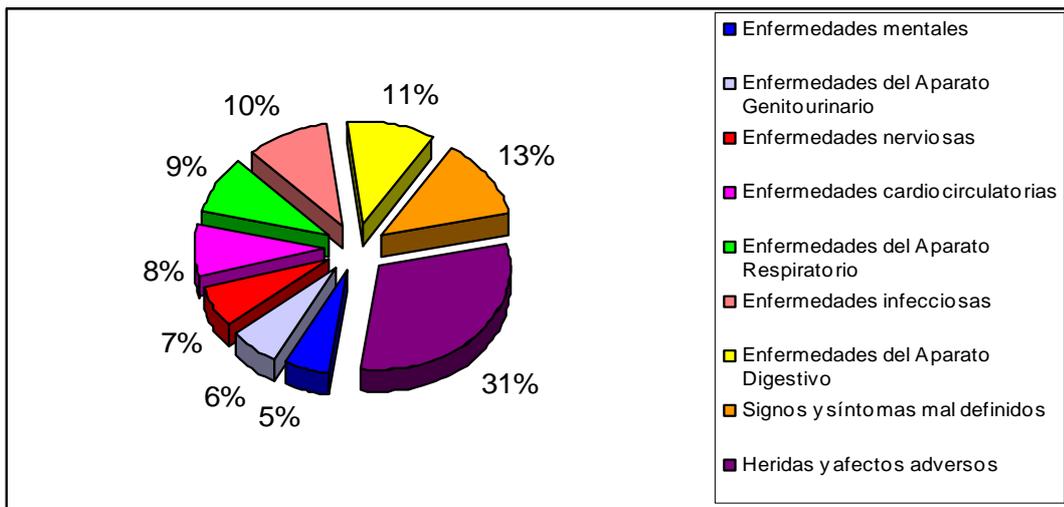


Gráfico 2. Urgencias más frecuentes.

Debe entenderse como urgencia médica toda situación que requiere una actuación médica inmediata o que precisa un pronto remedio. Hay que distinguir entre urgencia objetiva, en la que la urgencia o necesidad de actuación inmediata es real y considerada como tal por un médico, y urgencia subjetiva, en la que la inmediatez es requerida por el enfermo, sus familiares o representantes legales. También se insiste en la utilización de la palabra emergencia como sinónimo de urgencia vital, pero el diccionario de la Real Academia

Española de la Lengua la define como la “acción y efecto de emerger” u “ocurrencia, accidente que sobreviene”, y por tanto, es algo diferente a la que se considera urgencia. La influencia de la lengua inglesa es la causa de esta inapropiada utilización, ya que “emergency” debe traducirse por urgencia y no emergencia.

1.3.2. Características de la urgencia médica

Según se señala en “Praxis clínica y responsabilidad”, separata del Diario Médico de junio de 2002 dedicado a Urgencias, una urgencia médica es toda situación que requiera una actuación médica inmediata. La visita de urgencia supone para los servicios de urgencia el abordaje de un proceso patológico de gravedad variable que tiene que ser resuelto u orientado en un breve espacio de tiempo y con los medios de que se dispone en aquel preciso momento. Por consiguiente, nos encontramos con actos médicos y decisiones clínicas que requieren una comprensible celeridad y que abarcan una multiplicidad de situaciones patológicas y donde, en consecuencia, el riesgo de error es superior al del resto de las áreas de hospitalización. A pesar de esto, son incuestionables los beneficios que para los ciudadanos y pacientes se derivan de estos servicios. También es conocida la posición de los tribunales de justicia que resuelven las reclamaciones generadas en este ámbito teniendo en cuenta las circunstancias asistenciales especiales y propias de estos servicios.

La utilización de los servicios de urgencia por parte de los usuarios de los servicios sanitarios no siempre es la correcta, lo que origina numerosas disfunciones. Por esta razón sigue siendo oportuna una adecuada información al respecto. Desde un programa de formación de una aseguradora (Sanitas 2003) se insiste en que el conocimiento de dónde acudir en caso de un problema de salud en casa debe ser un concepto social básico. El utilizar los servicios asistenciales sanitarios inadecuadamente produce uno de los mayores gastos del sistema sanitario público que, por supuesto, es detráido del presupuesto general. Al utilizar inadecuadamente estos servicios estamos disminuyendo recursos para la inversión en áreas tales como la investigación e inversión en mejores medios en la atención en urgencias cuando es realmente necesario. Además la sobrecarga asistencial en los servicios de urgencias nos restará a todos la posibilidad de ser atendidos inmediatamente por profesionales de la salud con todos los medios que hemos ahorrado previamente. Por ello, parece que si se educa,

estimula e informa a la población de las posibles alternativas y opciones de su asistencia sería posible un ahorro del costo sanitario a corto plazo y una mejora en la atención sanitaria que requerimos todos en algún momento.

Las estrategias del control de la demanda deben comprender servicios de información telefónica (atendido por personal entrenado con bases de datos informáticos) que dispensen orientación sobre enfermedades, **educación sanitaria**, alternativas de apoyo en grupos ante situaciones crónicas, evaluaciones de procedimientos, rentabilidad de los mismos, riesgos, etc., para que los usuarios de servicios de salud dispongan de la suficiente información para poder tomar decisiones apropiadas en cada momento. Se deben idear todo tipo de estrategias para procurar calidad a los servicios de urgencia, tales como, registros de ocupación de camas, sistemas integrados de información, mejora de las vías de comunicación entre hospitales, reestructuración de los sistemas de triaje; un control eficiente de un SUH requiere un conjunto de recursos humanos, materiales, estructurales y de procedimiento, capaces de identificar de forma correcta las necesidades de los pacientes, así como establecer prioridades y prescribir tratamientos lo más correctos posibles. Para lograr estas premisas y debido al incremento de la demanda asistencial en este tipo de servicios, es necesario el desarrollo de sistemas que optimicen el uso de los recursos limitados disponibles, por lo que el triaje se convierte en una herramienta fundamental en los servicios de urgencias.

El **traje** es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Actualmente se utilizan los sistemas de triaje estructurado con cinco niveles de prioridad que se asignan asumiendo el concepto de que **lo urgente no siempre es grave y lo grave no siempre es urgente** y hacen posible clasificar a los pacientes a partir del “grado de urgencia”, de tal modo que los pacientes más urgentes serán asistidos primero y el resto serán reevaluados hasta ser vistos por el médico. El sistema español de triaje (SET) y el sistema de triaje de Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país, aunque existen otros tres modelos que son el EmergencySeverityIndex (ESI), la Canadian EmergencyDepartmentTriage and AcuityScale (CTAS) y la AustralianTriageScale (ATS). A nivel del estado español coexisten otros sistemas de implantación local como son el Sistema Donostiarra de Triaje del Hospital Donostia, el Sistema de Triaje de la red pública de hospitales de Navarra, ambos sobre escalas

de cinco prioridades, o el sistema de clasificación en base a escalas de cuatro niveles de priorización (Plan Andaluz de urgencias y Emergencias de la Consejería de Salud).

La aplicación del triaje, tal como lo conocemos, proviene del mundo anglosajón que desarrolla a partir de los años 60 diversos planteamientos basados en escalas de 3 ó 4 niveles de categorización que, al no haber demostrado suficiente fiabilidad, relevancia y validez, han sido casi todas sustituidas a partir de los años 90 por nuevas escalas de 5 niveles de priorización que pueden ser aplicadas a modelos del denominado triaje estructurado. Se acepta, en consecuencia, que **las funciones del triaje** deben ser:

- Identificación de pacientes en situación de riesgo vital.
- Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación.
- Asegurar la reevaluación de los pacientes que deben esperar.
- Decidir el área más apropiada para atender a los pacientes.
- Aportar información sobre el proceso asistencial.
- Disponer de información para familiares.
- Mejorar el flujo de pacientes y la congestión del servicio.
- Aportar información de mejora para el funcionamiento del servicio.

Gómez (2003) propone cuatro índices de calidad que deben ser asumidos por el sistema de triaje implantado y que se convierten en testigos de su capacidad como indicador de calidad del servicio de urgencias. Son:

- El índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico (menor del 2% de todos los pacientes que acuden a urgencias). Divide a este índice en aquéllos que se pierden sin ser clasificados y aquéllos que se trían pero se van antes de ser vistos.
- Tiempo desde la llegada a urgencias hasta que se inicia la clasificación (menor de 10 minutos).
- Tiempo que dura la clasificación (menor de cinco minutos como recomendación).
- Tiempo de espera para ser visitado, establecido en cada uno de los niveles de prioridad de que conste el sistema de triaje y que varía entre la atención inmediata del nivel I de prioridad hasta los 240 minutos, considerados como el tiempo máximo que debe esperar la prioridad de menos urgente.

En cuanto a este último indicador de calidad, se establecen niveles de priorización en la atención. Cada nivel va a determinar el tiempo óptimo entre la llegada y la atención y cada modelo de triaje estructurado establece cuáles son esos tiempos ideales, que varían muy poco de un modelo a otro. Todas las escalas comentadas anteriormente coinciden ampliamente en estos parámetros:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad de patología o cuestiones administrativas, citas, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Estos cinco niveles se establecen en base a descriptores clínicos, síntomas centinela o categorías sintomáticas, abiertas o cerradas, con o sin ayuda de algoritmos o diagramas. También se tienen en cuenta los discriminantes del nivel de urgencia como son riesgo vital, constantes fisiológicas, tiempo de evolución, nivel de dolor, mecanismo de lesión, etc. Este estadiaje es de vital importancia para la correcta atención de patología grave donde el tiempo corre en contra del paciente, por lo que se deben respetar al máximo los tiempos de atención en los diferentes niveles y recordar que los pacientes deben ser evaluados de nuevo si existe un cambio en su estado de salud, dado que el triaje es un concepto estático (Tabla 1).

Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Due inmediato y médico 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Tabla 1. Escalas y niveles de gravedad en el SET.

Un sistema estructurado de triaje puede servir también para valorar otra serie de parámetros como son el tiempo de estancia en urgencias, el porcentaje de ingresos en función del nivel de gravedad, las necesidades de recursos que indirectamente van a relacionarse con cada uno de los niveles de prioridad y que están estrechamente condicionados por el incremento de la demanda, la cual depende tanto de determinantes externos (afluencia) como internos (propia capacidad del servicio, demora de exploraciones, espera de cama para ingreso, espera de transporte, problemas sociosanitarios). Estos parámetros son fundamentalmente para orientar la gestión organizativa, económica y el funcionamiento del propio servicio de urgencias.

Dado que el triaje no se fundamenta en diagnósticos y la concordancia interobservador hallada en las diferentes escalas ha resultado muy satisfactoria, el triaje es reivindicado desde sus inicios por enfermería, que consigue muy buenos resultados incluso con escalas de 4 niveles de prioridad. Hay, sin embargo, sistemas que defienden que debe ser un médico experimentado en urgencias el encargado de realizarlo (sistema donostiarra de triaje).

El SET fue creado por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) en 2003 como el modelo estándar de triaje en castellano basado en el “Model Andorra de Triatje” (MAT) desarrollado por Gómez Jiménez en junio de 2000 en el Hospital Nostra Senyora de Meritxell de Andorra, siendo una adaptación del modelo canadiense (CTAS). Son un conjunto de síntomas o síndromes que el profesional interpreta y reconoce a partir del motivo de consulta referido por el paciente y que permiten clasificarlo dentro de una

misma categoría clínica. El SET reconoce 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta, todos vinculados a las diferentes categorías y subcategorías sintomáticas. El MTS es el sistema elegido en España por los servicios de salud de Asturias, Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana para sus hospitales públicos, 65 en total.

Algunos autores que han analizado la falta de sistemas de triaje en los servicios de urgencia de algunos países concluyen que es necesario implantarlos, ya que se ha comprobado que su ausencia repercute negativamente en la asistencia de urgencias tanto desde el punto de vista asistencial como económico por la mala gestión de los limitados recursos, tal y como refleja Qureshi(2010) que analiza la situación del triaje en los servicios de urgencias de Arabia Saudí, en los cuales, apenas existe este sistema con la subsiguiente precariedad de la asistencia urgente.

En cambio Zaragoza (2009) publica un estudio en la revista *Emergencias* donde analiza la evolución de la frecuentación del servicio de urgencias del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia en el cual había aumentado un 28,9% el número de consultas suponiendo un incremento anual del 2,8% a pesar de que la población había disminuido en ese año un 3,8%. Debido a la implantación de un sistema de triaje a pesar de haber aumentado los casos atendidos se disminuyó drásticamente la proporción de ingresos hospitalarios, manteniéndose una tasa de presión urgente por encima del 65% considerándose como criterio de calidad que no debe superar el 55%.

1.3.3. Urgencia hospitalaria y extra-hospitalaria

Hay situaciones que precisan atención de urgencia hospitalaria, porque de forma evidente exigen una actitud terapéutica inmediata. Se han señalado en este primer grupo, la parada cardiorrespiratoria, taponamiento cardíaco, rotura de un gran vaso sanguíneo, hemorragia intraabdominal, dificultad severa para respirar y los traumatismos importantes (habrá hemorragia visible o pérdida de conciencia). Fuera de estos casos, el resto puede esperar unos segundos o minutos, sin que por ello empeore significativamente el pronóstico, mientras se establece el diagnóstico. También se incluyen como riesgo vital otras situaciones

que, si no se diagnostican precozmente, como apendicitis, intoxicaciones, desorientación en tiempo o espacio, no reconocimiento a familiares, etc.

Otras situaciones precisan atención de urgencia pero en recursos no hospitalarios, como centro de salud o asistencia domiciliaria. Aquellas sin peligro en plazo breve pero en las que es importante el diagnóstico precoz por la epidemiología o situaciones banales en las que el médico debe actuar para tranquilizar al enfermo y familiares, evaluando si los síntomas carecen o no de importancia (fiebre, dolor de garganta, dolor de espalda, erupción cutánea, vómitos, golpes no intensos sin herida, molestias de oído, tos, diarrea, irritabilidad, dolor abdominal no intenso, conjuntivitis, estreñimiento, etc...) A veces, **la urgencia social**, es la justificación única de la asistencia por no haber otros medios no sanitarios de solución a un problema social.

La sobreutilización de los servicios de urgencias hospitalarios se ha convertido en uno de los debates ya clásicos de la meso gestión y desde hace varios años es motivo de preocupación de responsables políticos, gestores, de la comunidad sanitaria y del conjunto de la población.

Los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH) demuestran con su masificación que son la puerta de mejor accesibilidad al sistema de salud. Sólo en España, en la década 1984-1994, **la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios creció un 66%** (pasando de 9,2 a 15,3 millones de visitas anuales). Este crecimiento, cuyas raíces están en la universalización de la cobertura sanitaria pública, deja entrever posibles ineficiencias en la utilización de estos recursos.

Es bien conocido que algunos de los pacientes que ingresan en hospitales de agudos podrían haber sido tratados de forma ambulatoria o en instituciones sanitarias de nivel asistencial de menor complejidad, con una menor intensidad de recursos para atender sus necesidades de salud. Hasta un 80% de las consultas que son atendidas en las urgencias de un hospital se producen por iniciativa del propio paciente y en un 70% no precisarían de atención especializada para ser solucionadas: se afirma que por lo general, aproximadamente **la mitad de todas las visitas a un servicio de urgencias son consultas por problemas médicos menores.**

Este fenómeno se favorece por la gradual consolidación de una cultura del “fastfood” como valor en nuestra sociedad, que considera los SUH como servicios de resolución rápida de problemas de salud. Por su facilidad de acceso, y la dificultad intrínseca de las políticas de

educación sanitaria de la población, estos servicios se utilizan en la práctica de forma indiscriminada.

Un porcentaje de la utilización de los servicios de urgencia se produce a expensas de un aumento desproporcionado de pacientes que utilizan estos servicios de forma inadecuada. Murphy(1998 a, b) revisando un total de 34 trabajos publicados entre 1959 y 1995, observó proporciones de casos inadecuados que oscilaban entre 5-80% (Gran Bretaña, Irlanda), 6-86% (EE.UU) y de 15-48% en otros países.

A la luz de estos datos, puede afirmarse en primer lugar que el uso inapropiado de los servicios de urgencia es un problema presente en la mayoría de países desarrollados, independientemente de su modelo, política o sistema sanitario. Sempere (1999) pone de manifiesto **las razones que preocupan de la elevada utilización de los servicios de urgencia siendo estas:**

- La pérdida de continuidad asistencial y de seguimiento de tratamientos para los pacientes que sustituyen la atención primaria por los SUH (pérdida de calidad asistencial).
- La detracción de recursos (profesionales, tiempo) para la atención de pacientes en situación de riesgo vital (coste-oportunidad).
- La sobrecarga y desorganización que trasladan al conjunto del hospital (menor efectividad del hospital).
- Los mayores costes respecto a la atención primaria (menor eficiencia hospitalaria en el manejo de los casos inadecuados de urgencia). Se ha cuantificado que el coste de una visita no urgente a un SUH triplica el coste de la misma visita si fuera atendida a nivel ambulatorio.

La resolución de esta problemática no se ve favorecida por la evidente falta de consenso entre los profesionales sobre lo que constituye una verdadera urgencia médica y una demanda apropiada de atención en las áreas de urgencias, ni tampoco por la diferente percepción del usuario respecto a su emergencia.

Por estos motivos, parece que aquellos instrumentos que utilicen criterios explícitos para juzgar la necesidad de atención pueden ser de utilidad para la revisión de la utilización de estos servicios y así llegar a conocer algo mejor su comportamiento y los efectos de las medidas que se establezcan para su gestión.

Este mismo autor, Sempere(2001), en estudio posterior expone que algunas de las propuestas ensayadas para la gestión de la demanda hospitalaria urgente han sido:

- Disminuir el número global de usuarios con decisiones como la implantación de copago (ticket moderador) o mediante campañas de educación y sensibilización para la utilización preferente del nivel primario.
- Dotar de mayores recursos al nivel asistencial primario, como la creación de servicios de atención continuada de 24 horas.
- Selección de la demanda con la finalidad de derivar a otros puntos asistenciales las demandas inadecuadas o distinguiendo niveles de priorización dentro del propio servicio de urgencias hospitalario, a partir de una entrada inicial de “triaje” del caso.

Sin embargo, la mayoría de estas medidas no se han demostrado suficientemente efectivas para reducir el uso inadecuado de los servicios de urgencias (Marqués 1999), ya que:

- El copago podría llegar a penalizar el acceso a la atención necesaria, lo que la haría fracasar por mala calidad asistencial.
- La capacidad de resolución de la atención primaria ha sido puesta en entredicho, aunque en la decisión del ciudadano de acudir al primer nivel asistencial juegan factores diferentes (psicológicos, culturales, sociales...), además de las propias preferencias y sin olvidar la mejor accesibilidad que ofrece la atención hospitalaria. La mejora del acceso a la atención primaria de salud, que a priori parecería una buena solución y es objetivo del sistema sanitario, no parece reducir hasta el momento la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios.
- Las medidas organizativas por su parte no han sido suficientemente evaluadas, aunque parecen ser útiles las que buscan canalizar mejor la demanda inadecuada hacia otros puntos de atención o hacia la atención de médicos generales, en el nivel asistencial primario o especializado.

En definitiva, la demanda urgente y su adecuación habrá de ayudarse de la utilización de instrumentos con criterios explícitos para conocer la eficacia, efectividad y eficiencia de las medidas que se organicen para su gestión, superando el debate de la distinción de niveles asistenciales y confiando poco en la educación sanitaria y responsabilidad del propio paciente, que obtendrán sus frutos a más largo plazo. Para este propósito, instrumentos de revisión de la

utilización como el AEP, o el protocolo de adecuación de las urgencias hospitalarias pueden ser de inestimable ayuda. El AEP (AppropriatenessEvaluationProtocol) es un protocolo con un conjunto de criterios objetivos e independientes del diagnóstico, destinado a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas. Trata de identificar problemas de organización hospitalaria y las pautas de hospitalización conservadoras empleadas por los clínicos cuando el paciente ya no requiere estar en el hospital. Este protocolo no evalúa la pertinencia de la atención médica que recibe el paciente, sino el nivel asistencial donde esta se presta. Asume que los cuidados que recibe el paciente son adecuados desde el punto de vista clínico. Por lo tanto, existiría una proporción superior de utilización inadecuada no detectada con este instrumento. La información sobre el uso innecesario a clínicos y gestores se ha mostrado eficaz para reducir el uso innecesario. También sería de enorme utilidad la alfabetización sanitaria de la población con programas de promoción de la salud a nivel social, lo cual en numerosas ocasiones, redundaría en una menor presión asistencial urgente por mayor conocimiento de las patologías más banales.

1.3.4. Problemas en los servicios de urgencias

Casado (2003) ha señalado algunos de los problemas que se presentan en los servicios de urgencias y que tienen relevancia para la responsabilidad de los profesionales sanitarios, como son:

- Escasa normativa legal y ausencia de normas.
- Heterogeneidad y disparidad.
- Inexistencia de guías y protocolos.
- Comunicaciones ineficaces y difícil coordinación.
- Actuación de MIR sin tutelar.
- Capacidad indefinida.
- Rotación y movilidad del personal.
- Inexistencia relación médico-paciente.
- Aglomeración y clima de conflictividad.
- Disminución de la calidad asistencial.

Ha precisado, además, las consecuencias más frecuentes que se derivan de los mismos, que son, entre otras, **la utilización de la urgencia como “ambulatorio rápido”**, un razonamiento clínico sin credibilidad social, el incremento de la medicina defensiva, las presiones para ingresar y realizar pruebas complementarias, etc.

Estudios como los de Van Geloven y cols. (2003) y Santen y cols. (2004), comienzan a hacerse eco de la necesidad de cambio en la política de planificación de las plantillas de los servicios de urgencias. Es necesario una mayor presencia de médicos adjuntos que tutelen a los residentes y/o informar a los usuarios de estos servicios de los roles y responsabilidades de dichos médicos residentes.

Mención aparte merece la masificación de los servicios de urgencia. Scheiner y cols. (2003), advierten en su estudio, que debido a la elevada afluencia de pacientes en los servicios de urgencias, existe riesgo real de falta de respuesta por parte de la sanidad en EE.UU. ante hipotéticas catástrofes naturales u otros eventos que supongan un incremento notable de pacientes que atender en los servicios de urgencias. Si bien en nuestro país, tras los atentados del 11 de marzo en Madrid (con más de 3000 víctimas atendidas en los distintos hospitales en dicha jornada), podríamos suponer que, teóricamente, estaríamos “preparados” ante tales situaciones, no por ello debemos de intentar mejorar la problemática de la aglomeración en urgencias.

1.3.5 Las Áreas de Observación de los Servicios de Urgencia (AOSU)

La alta demanda asistencial ha dado lugar a la creación en los Hospitales de unidades o áreas que constituyen alternativas a la hospitalización convencional de enfermos agudos. Ello ha permitido una mayor disponibilidad de las camas hospitalarias para la atención de patologías más complejas. En este contexto se han creado las áreas de observación de los Servicios de Urgencias (AOSU).

Las áreas de observación dentro del servicio de urgencias constituyen una forma de organización de la asistencia urgente disponiendo de forma determinada la prestación de los servicios, para adaptarse mejor a las necesidades de los pacientes, atendiendo a sus características y problemas clínicos de carácter urgente (Tomás y cols. 2000).

Este tipo de unidades permiten a nivel de los servicios de urgencia atenuar un factor de impredecibilidad del resultado de la atención urgente, la toma de decisiones es necesariamente rápida y, por ello, sujeta a posibles errores en el diagnóstico y en la elección de la mejor estrategia de cuidados inmediatos. La AOSU permite disponer de un tiempo para la observación, para interpretar mejor la evolución del paciente y evitar ingresos innecesarios al hospital. Se encuentra por tanto en una posición estratégica para la gestión de la demanda urgente, actuando de filtro de entrada en el hospital. Minimiza en su caso la posibilidad de enviar a domicilio de forma precipitada casos que luego vuelven a ingresar al hospital, aumentando la calidad de la atención inmediata y la capacidad resolutive global del sistema, con una utilización más eficiente de los recursos.

Las Áreas de Observación de Urgencias pueden recibir distintos nombres según cada hospital (unidad de observación, hospital de día de urgencias, unidad de corta estancia, etc...) y, dependiendo del propio SUH actúan de forma flexible entre una planta de hospitalización y una unidad de vigilancia intensiva. El objetivo de las AOSU es obtener la estabilidad clínica del paciente durante las primeras 24-48 horas, para decidir posteriormente – según el diagnóstico y evolución- el nivel de atención que éste requiere: atención primaria, ingreso hospitalario, hospital de cuidados crónicos, residencia asistida, etc... (Muiños y cols. 1998).

Los pacientes que ingresan en el AOSU han pasado el primer filtro de la consulta rápida y en ellas podemos valorar el verdadero uso del SUH.

También, dada la posibilidad de generar altas a domicilio, las AOSU suponen una alternativa a la hospitalización convencional al adquirir características de unidad de estancia corta, concepto, que en algunos hospitales, puede estar superpuesto. Aproximadamente el 70% de los hospitales de Cataluña disponen de camas específicas para observación en los servicios de urgencias.

Por tanto, la identificación del uso inapropiado de un AOSU puede ser relevante para el uso más competente del hospital.

Las revisiones realizadas sobre la utilización de estas áreas son heterogéneas, mostrando una falta de uniformidad de los criterios y métodos de evaluación, abundando las series descriptivas sin ahondar en la adecuación de los procedimientos que en ellas se realiza (Rue y cols. 1997).

La búsqueda de un instrumento de evaluación adecuado para este tipo de áreas de difícil manejo, atendiendo a las características de las mismas (número de médicos, volumen de pacientes diarios, áreas de polivalentes, etc.). En general, los diversos instrumentos disponibles están diseñados especialmente para evaluar la gravedad del proceso agudo (por ejemplo APACHE, SAPS...), otros miden la intensidad del tratamiento y coste (TISS, PRN80,...), mientras que otros intentan identificar el uso inapropiado de los recursos hospitalarios (AEP, ISD, SDI...), sin embargo, la mayoría de ellos se han implantado en unidades concretas, como son las unidades de cuidados intensivos, o evalúan globalmente la hospitalización. (Estela y cols. 1997).

No han proliferado los métodos de evaluación enfocados a estudiar el uso adecuado de la principal puerta de admisión hospitalaria: los servicios de urgencias. En este sentido, abundan los trabajos puramente descriptivos de la actividad de estas áreas o servicios sin entrar, desgraciadamente, en analizar si esta actividad es la que realmente se corresponde con una utilización adecuada de los recursos de los servicios de urgencias.

Este estudio pretende aportar un mayor conocimiento de estas unidades a través de la revisión de su utilización con el instrumento AEP adaptado convenientemente a las características de una AOSU.

1.4. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1.4.1. Concepto

Se define la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que:

- Son manifestaciones de una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).
- Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión, suicidio, homicidio).
- Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

1.4.2. Elementos de la urgencia psiquiátrica

En la aproximación a la urgencia psiquiátrica deben considerarse cuatro elementos:

- El paciente, con su cuadro clínico, que requerirá de estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario.
- El ambiente humano circundante, que debe ser evaluado en su influencia para la acción procedente.
- El ambiente físico, que debe ser examinado por el médico para identificar peligros o facilidades potenciales.
- El médico que, como experto, habrá de resolver la urgencia. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.

1.4.3. Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas

Hay, esquemáticamente, cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas:

- **Intervención verbal:** la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.
- **Intervención farmacológica:** referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Así, es indispensable el conocimiento profundo de la psicofarmacología.
- **Intervención física:** implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás. El médico comandará con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.
- **Solicitud de ayuda:** que deberá ser hecha sin demora, cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

1.4.4. Evaluación de la urgencia psiquiátrica

La aproximación al paciente en urgencia psiquiátrica es, en principio, similar a la de cualquier urgencia médica. En el curso de la intervención la entrevista tomará la dirección que la información y los hallazgos le indiquen para establecer el diagnóstico. La entrevista y el examen se adecuarán, lógicamente, a las circunstancias. Si, por definición, la urgencia demanda intervención pronta, hay que ser, sin embargo, cuidadosos y conservadores ante la sospecha de un cuadro orgánico; igualmente, en algunas urgencias de etiología psicológica es pertinente obtener toda la información posible, pues podría tomarse difícil su consecución ulterior. Marciano y cols. (2012) destacan que una correcta formación de los médicos de urgencias favorece el nivel de la atención médica recibida por los pacientes así como la tranquilidad de los profesionales a la hora de enfrentarse con este tipo de patología. En este mismo sentido Van der Post y cols. (2013) destacan en un estudio realizado en Ámsterdam que un aumento en la satisfacción del paciente con respecto a su atención en urgencias, disminuye de manera considerable el número de reingresos hospitalarios.

El médico debe realizar una rápida evaluación mental y proceder al examen físico, recordando que muchas enfermedades orgánicas tienen una expresión psicológica. Siempre considerará seriamente las ideas e intentos de suicidio u homicidio, así como los riesgos de agresión.

Si la información ofrecida por el paciente no fuera digna de crédito o hubiere imposibilidad de obtenerla directamente, se recurrirá a los familiares o acompañantes. En la evaluación debe ponerse especial énfasis en lo siguiente:

1. HISTORIA CLÍNICA

- Referencia detallada de la queja principal.
- Cambios recientes en el curso de su vida (especialmente enfermedades físicas y pérdidas).
- Niveles de ajuste anteriores a la urgencia.
- Uso de drogas.
- Historia anterior de enfermedades médicas psiquiátricas y respuesta al tratamiento.
- Historia familiar.
- Historia personal.

2. EXAMEN MENTAL

Debe realizarse de forma tan completa como sea posible, haciendo especial hincapié en todos los datos relacionados con la personalidad del paciente, el ambiente familiar así como el grado de integración social.

3. EXAMEN FÍSICO

En los casos difíciles, debe ser realizado con la inmediatez que la situación de urgencia demande.

4. SOLICITUD DE EXÁMENES AUXILIARES PERTINENTES

5. DISPOSICIONES Y TRATAMIENTO

De acuerdo a las disquisiciones clínicas y al diagnóstico presuntivo.

Una vez realizada la correcta atención de la urgencia psiquiátrica, el médico de urgencias debe tomar la decisión de consultar o no con el especialista en Psiquiatría. En este sentido Jelinek y cols. (2012) publican un artículo en el cual destacan que los médicos de urgencias en Australia solamente consultan con especialista en Psiquiatría cuando se encuentran ante problemas psiquiátricos complejos, ya que poseen un amplio conocimiento y formación en este campo, lo cual no ocurre en general en nuestro sistema sanitario. Incluso Brennam(2012) destaca el papel de la enfermería y promulga que estos profesionales en situaciones de saturación de los servicios de urgencias y/o en situaciones de crisis, son perfectamente capaces de discernir entre la patología psiquiátrica grave y la banal; efectivamente en los sistemas de triaje el papel de la enfermera es fundamental, como se expondrá más adelante.

1.4.5. Urgencias psiquiátricas prioritarias

En una urgencia psiquiátrica se emplean criterios diagnóstico-clínicos o bien criterios comportamentales : los primeros requieren una intervención desde el análisis y encuadre de los síntomas o síndromes, y un tratamiento adecuado más a largo plazo; los segundos precisan una intervención inmediata, es decir, una actuación en un escenario de crisis que es algo más compleja y requieren de una resolución inmediata, no siendo normalmente el tratamiento instaurado en estos momentos el prescrito al paciente en el momento del alta hospitalaria.

Además, también hay urgencias psiquiátricas representadas por crisis agudas de subfondo nosológico multivariado, limitándose a los estados de crisis y a la continuidad de ésta. La actuación se iniciará encontrando los síntomas más relevantes, e intentando resolverlos lo antes posible; según esos síntomas, los pacientes podrían clasificarse en autoagresivos o heteroagresivos, ansiosos, obnubilados, agitados, estuporosos, delirantes, etc., en quienes subyacerán cuadros psiquiátricos variados con la particularidad de que un mismo trastorno psiquiátrico puede contener los cuadros antes citados. **El diagnóstico no siempre está claro al inicio del trastorno**, por lo que es preciso esperar controlando la situación inicialmente para luego concretar el diagnóstico, sin perder de vista los posibles riesgos (suicidio, organicidad, agitación del epiléptico, etc.), y sin olvidar, por ejemplo, que la agresividad puede ser la máscara de la organicidad (hematoma subdural, distimias epilépticas temporales, intoxicaciones, etc.). Cabe recordar también que algunos pacientes pueden ser “molestos” para el equipo, y que pueden llegar a ser violentos si se hacen las cosas mal, aunque el paciente violento no acostumbra a relacionarse con el equipo asistencial.

Conviene saber atender, escuchar, dejar que los pacientes se expresen, intentar reconocer las quejas o molestias fundamentales, no moralizar ni imponer porque sí algún tratamiento y no rechazar por prejuicios o miedos.

Será inevitable soportar mucho estrés en la urgencia, pero esto hay que aceptarlo así, porque en numerosas ocasiones el profesional no puede resolver los problemas de los pacientes por falta de soportes o medios.

En Medicina, en general, antes de instaurar un tratamiento hay que realizar, cuando menos, una aproximación diagnóstica, aunque no siempre es posible; incluso a veces, primero debe tratarse al paciente y después establecer el diagnóstico, como ya se ha comentado. A ello hay que añadir la necesidad de un manejo y una contención rápidos en muchos casos, como

meta inicial asistencial. Dado que en este servicio no hay suficiente disponibilidad de tiempo, la escasa o nula colaboración del paciente o incluso la saturación de pacientes explica la complejidad del quehacer urgente. Por otra parte, la frecuente falta de especificidad de los cuadros de estado, las posibles suplencias y el origen multicausal de las enfermedades condiciona el diagnóstico, tan necesario para una premura terapéutica. Debe tenerse en cuenta también que determinados cuadros psicopatológicos se encuentran a mitad de camino entre la Psiquiatría y la Neurología, como destacan Alekseeva y cols. (2011), siendo fundamental la colaboración entre ambas especialidades.

Por ello, en urgencias son necesarios **modelos diagnósticos sencillos** que sean apropiados para la toma de decisiones en esas circunstancias. Las agrupaciones sindrómicas por categorías no siempre están adscritas a etiologías específicas, aunque sí tienen predilección comportamental por determinados síndromes que facilitan la orientación diagnóstica y, por otra parte, a veces suelen correlacionarse la acción de ciertos psicofármacos y las agrupaciones psicopatológicas sindrómicas, lo cual facilitará la intervención terapéutica. Wright y cols. (2012) destacan la importancia de una correcta estructuración de los servicios de urgencias para la evaluación del enfermo psiquiátrico.

Si se consideran los modelos sindrómicos vistos en urgencias en sus vertientes, conductual y psicopatológica, se observa que cuando prima la urgencia asistencial el profesional actúa a nivel conductual; mientras que por el contrario, cuando es posible a partir de las condiciones del paciente, se afinará más a nivel clínico y fenomenológico para establecer un síndrome clínico pensando, además, que cada cuadro sindrómico es un continuo que va desde la expresión más clara del trastorno hasta aquellas manifestaciones más atípicas e, incluso, enmascaradas. Se buscan, pues, criterios para mejorar la actividad asistencial que, en definitiva, es de lo que se trata.

Con harta frecuencia, en urgencias se observan cuadros de agresividad (heteroagresividad, autoagresividad) y también compromisos de la psicomotilidad (hiperactividad e hipoactividad), que ofrecerán dimensiones conductuales de agitación psicomotora, estupor, conductas suicidas, hostilidad hacia los demás, etc. De esta manera, existen tipos de síndromes de alteración o perturbación conductual basados en comportamientos, conductas que resultan fáciles de objetivar, lo que permite una decisión rápida y otra ordenación principalmente psicopatológica: ello lo constituirían los síndromes

clínicos de urgencia propiamente dichos. Desde luego, la primera ordenación sólo se usará cuando, no disponiendo de las condiciones apropiadas, sea imposible usar la segunda.

De todas formas, con frecuencia es muy pretencioso que con el tiempo del que se dispone en urgencias pueda realizarse un diagnóstico rápido y preciso.

Según (Chinchilla 2009) entre los síndromes de perturbación conductual se encuentran los siguientes:

Agitación psicomotora. Cuando se acompaña del compromiso del nivel de conciencia, la agitación psicomotora dificulta el control verbal del paciente, conlleva riesgos agresivos y/o biológicos, puede contaminarse a terceros en agresividad y necesita un descarte orgánico si a su vez hay un estrechamiento de conciencia y éste es reciente. Cualquier enfermedad psiquiátrica la puede provocar, pero en mayor medida el consumo de alcohol y/o drogas, manía, epilepsia, histeria, esquizofrenia, trastorno de la personalidad, etc. Aquí se incluyen asaltos, violaciones, epilepsias temporales, trastornos de personalidad sociopática y borderline fundamentalmente, bajo ingesta de tóxicos en esquizofrenia, depresión psicótica no congruente, paranoias pleitistas o colopatías, algunos cuadros de manía disfórica, psicosis tóxicas u orgánicas, suicidios ampliados, ambientes, dinámica de malos tratos, abusos, marginaciones, situaciones especiales como toxicomanías, etc... Passamar y cols. (2011) publican un trabajo en el cual indican que las sedaciones en este tipo de cuadros de agitación debe ser lo más temprana posible y en su justa medida, siendo contraproducente un uso excesivo y prolongado de la sedación desde el punto de vista del paciente y del incremento del gasto sanitario.

Del-Ben y cols. (2010) hacen énfasis en la importancia de un tratamiento óptimo en urgencias en el primer episodio de psicosis y de realizar un correcto diagnóstico para el manejo adecuado del paciente.

Estupor. El estupor fluctúa entre el enlentecimiento y la inmovilidad, en ocasiones con otros agregados como estereotipias, flexibilidad cética y un amplio espectro catatónico. Hay que distinguirlo del coma, de la depresión en forma sindrómica inhibida, de la histeria conversiva y/o disociativa, y de las lesiones cerebrales.

Intento/conducta suicida. Estos y otros tipos de autolesiones, intentos, pseudointentos, suicidios frustrados, ideación, etc. Depresión, trastornos de la personalidad, situaciones de conflicto, crisis, esquizofrenia, suelen estar detrás. Este es uno de los puntos

claves en la urgencia psiquiátrica por la razonable duda que siempre le queda al psiquiatra tras dar el alta a un paciente con una ideación suicida por la dificultad que entraña determinar el grado de riesgo suicida. Las atenciones de intentos suicidas en servicios de urgencias parecen ser muy prevalentes en diferentes países, así en el estudio de Chang y cols. (2011) calculan que en Estados Unidos se atendieron unos 12 millones de urgencias médicas relacionadas con la enfermedad mental y el uso de drogas, de las cuales 650.000 pacientes fueron evaluados por intentos de suicidio. Por otra parte la investigación de Kweon y cols. (2012) les lleva a publicar un estudio donde encuentran que hasta el 42,9% de los adolescentes con intento de suicidio lo intentaron a través de la ingesta de paracetamol, siendo la depresión el cuadro más frecuentemente encontrado; destacan la importancia de realizar una intervención temprana para tratar de identificar los individuos con riesgo suicida.

Ya que la identificación de estos casos es de una extraordinaria importancia es fundamental la atención y derivación de estos pacientes; en este sentido Allen y cols. (2013) trataron de identificar aquellos pacientes con riesgo de suicidio y encuentra que de 137 pacientes con intentos de suicidio previo, 35 de ellos tienen riesgo de suicidio real de los cuales 25 fueron admitidos en servicios médicos y 10 recibieron atención psiquiátrica y ninguno de ellos fue admitido directamente en el servicio de psiquiatría. Baca y cols. (2004), en un estudio realizado en nuestro país, analizan las atenciones en urgencias en hospitales de Madrid por intentos de suicidio y el 39% de los pacientes fueron atendidos en unidades de psiquiatría, quedando el resto en observación en las puertas de urgencia.

Una vez tipificado y ubicado el síndrome a que pertenece la desviación conductual, interesa buscar una relación etiopatogénica posible, lo que facilitará la toma de decisiones.

Las perturbaciones de origen endogenomorfo son tributarias o requieren, en general, tratamientos psicofarmacológicos a altas dosis o, quizás, algunas otras terapias más especializadas o complejas, además de una alta frecuencia de hospitalización especializada.

Ante un origen exógeno, bien por lesión física o funcional del sistema nervioso central, con frecuencia se necesitará el asesoramiento o requerimiento de otros especialistas, se administraran los psicofármacos con menos frecuencia y dosis, además de dilucidar qué profesional tratará al paciente: el psiquiatra u otro especialista.

Cuando se entrevé un origen psicogenético o psicosocial del trastorno o perturbación, que suele ser secundario a conflictos personales y/o sociales, el abordaje psicológico, quizá

sea lo mejor, si bien puede beneficiarse al añadir pequeñas dosis de psicofármacos; por lo general, la hospitalización es menos necesaria.

Todos estos tipos de alteraciones conductuales sólo tienen validez para el momento más crucial de la urgencia, debiendo intentar siempre una formulación diagnóstica sindrómica a posteriori.

Así pues, entre los síndromes de ordenación patogénica y psicopatológica más frecuentes en las urgencias psiquiátricas se encuentran los siguientes:

Síndrome esquizofrenimorfo. Traducción de una esquizofrenia o de ciertas psicosis tóxicas por drogas, de enfermedades orgánicas, algunas psicosis epilépticas e histéricas.

Síndrome paranoide. El paciente muestra perjuicio, celos, pleitistas, etc..., de trasunto de una paranoia, desarrollos paranoides, epilepsia, psicosis reactivas breves, etc.

Síndrome depresivo. El ánimo triste es la guía, con ideas de culpa, ruina, minusvalía o riesgos suicidas. Según el mayor o menor trasfondo biológico, así serán los hallazgos clínico sintomáticos y sindrómicos. Se incluyen depresión endógena, depresión mayor, distimia, etc.

Síndrome maniaco. Animo hipertímico, verborrea, aceleración psicomotora, actitudes expansivas más o menos megalomaniacas, de confianza, etc. Abarca la manía endógena, pero ciertos síntomas pueden conducir a cuadros cerebrales, endocrinos, intoxicaciones por drogas, etc.

Síndrome alucinatorio. Alucinaciones de cualquier tipo, con o sin perturbación del nivel de conciencia, que originan delirios poco estructurados. Lo frecuente es el consumo de alcohol y de drogas, epilepsia, histeria y psicosis que adoptan la forma parafrénica.

Síndrome obnubilatorio. Existe alteración cuantitativa de la conciencia y disminución general de la actividad psíquica, a veces gradual, con embotamiento, fallos amnésicos, afectividad amortiguada y contenido del pensamiento más o menos deshilvanado. Lo pueden causar fármacos depresores del SNC, drogas, tóxicos, lesiones cerebrales, etc. En ocasiones puede aparecer en cuadros endógenos o psicógenos en algunos momentos evolutivos.

Cuadro de delirio. O confusoonirismo difuso agudo (síndrome de reacción exógena aguda). Alteración cualitativa de enturbiamiento de la conciencia, pérdida de relación con el medio, aparición de falsas percepciones alucinatorias con confusoonirismo, con evolución fluctuante, agravamiento nocturno y acompañado de riesgos físicos vitales, a veces mortales.

Aquí se incluirían básicamente los cuadros de abstinencia de alcohol y/o drogas, así como el efecto de todo tipo de noxa sobre el cerebro como uremia, isquemia, anoxia o toxemias causadas por muy diferentes enfermedades.

Síndrome crepuscular. Alteración cualitativa “especial o peculiar” de la conciencia, estrechamiento de su campo, vivencias en función de un afecto exaltado que dirige la conducta, de interrupción brusca, sin pródromos, que puede evolucionar hacia onirismos más o menos severos, y que termina también de forma brusca. La histeria y la epilepsia son las causas más comunes.

Síndrome demencial. Traducción de merma intelectual que llega a afectar a la funcionalidad sociofamiliar del paciente. Los fallos amnésicos, de juicio y raciocinio, pensamiento abstracto, etc..., conllevan un deterioro de la personalidad. Existe una causa cerebral que hay que etiquetar o también una seudodemencia depresiva o cuadro de Ganser. Algunas pueden ser reversibles. En esta apartado destacamos el desamparo del anciano con estos cuadros demenciales, el cual es dependiente para las actividades de la vida diaria; independientemente de la edad, la malnutrición, el deterioro físico y el riesgo de caídas con las subsiguientes fracturas, el desvalimiento social a que se ven sometidas estas personas es una de las situaciones más dramáticas que nos encontramos en la sociedad moderna. Papaioannou y cols. (2012) publican un artículo en el cual demuestran que no existe suficiente evidencia científica que avale los beneficios de una intervención temprana en el desamparo del anciano, pero que es un tema que tiene que seguir estudiándose y que debe haber un incremento de las medidas sociales para tratar de paliar esta lacra.

Síndrome somatomorfo. Molestias somáticas inespecíficas, difusas, sin que se objetive organicidad, con una presunta relación con factores emocionales. Suele estar detrás de pacientes hipocondríacos, funcionales, enfermos problema, psicosomáticos, etc. Debe diferenciarse de los cuadros conversivos. En un artículo publicado por Boyer y cols. (2013) analizan los desórdenes mentales en adolescentes en un servicio de urgencias psiquiátricas en Francia y encuentran que hasta un 25,4% de los pacientes fueron diagnosticados de trastorno somatomorfo, destacando que hasta el 22,7% de los pacientes tenían ausencia de patología psiquiátrica.

Síndrome conversivo. Presencia de síntomas somáticos, algias, parálisis, ceguera, afonía, etc, que pudieran remedar una enfermedad orgánica, que puede descartarse con exploración cuidadosa. En la patogenia de los síntomas, se postula un mecanismo psicológico,

la disociación, gracias a la cual se evita integrar en la conciencia estímulos de conflictos no resueltos. La existencia de una posible ganancia secundaria de enfermedad puede facilitar su aparición. Tiene un comienzo brusco: el prototipo es la histeria, pero debe descartarse epilepsia y esquizofrenia.

Síndrome disociativo. Síntomas de origen psíquico en los que se postula el mecanismo disociativo antes descrito. Predominan alteraciones de la conciencia, especiales, de identidad y de la psicomotilidad: estupor psicógeno, amnesia, automatismos y fugas, despersonalización múltiple, etc. La histeria es el prototipo y a veces un cuadro orgánico cerebral.

Síndrome angustioso. Angustia patológica, circunscrita o difusa, episódica o crónica. La angustia/ansiedad expectante, el apremio psicofísico y los componentes somáticos de la angustia constituyen el rasgo fundamental. La pueden producir los trastornos de ansiedad generalizada, las crisis de pánico, las alteraciones de la personalidad, las abstinencias y numerosos cuadros médicos, así como los componentes angustiosos de la depresión. Debe descartarse angina, IAM, hipertiroidismo, crisis hipoglucémicas, etc...

Síndrome fóbico. Angustia mórbida ante situaciones que no suponen un peligro verdadero. Conductas de evitación reconocidas por los pacientes como anormales y justificadas sólo por la percepción del temor irracional que lo domina. Aparece en las diferentes fobias, complicándose en crisis de angustia, depresión, etc.

Síndrome sociopático. Predominan las conductas de desadaptación, con respuestas desproporcionadas a conflictos habituales cotidianos, en ausencia de psicosis o demencias. Comportamientos violentos, poco planificados o instintivos, perversiones sexuales, simulaciones, mitomanías y pseudologías, piromanías, etc. Los trastornos de personalidad sociopáticos y límite son los más frecuentes. En este sentido, Vibha y cols. (2010) hablan de la importancia de la carga asistencial que suponen las alteraciones del comportamiento, sobre todo del trastorno límite de la personalidad. Los trastornos de la alimentación han supuesto un incremento en las atenciones en urgencias corroborándolo estudios como el de Dooley-Hash y cols. (2012) en el cual encontraron que hasta el 16% de los pacientes que consultan a un servicio de urgencias de psiquiatría con edades comprendidas entre 14 y 20 años, tienen alteraciones del comportamiento alimenticio.

El hecho de ser mujer, consumidora de sustancias tóxicas y ser de otro país, según el trabajo de Pascual y cols. (2006) se relaciona directamente con el riesgo de ser un “sin techo”; analizaron también el impacto tremendamente eficaz de los planes de salud desarrollados

habiéndose reducido las atenciones en urgencias, haciendo especial hincapié en aquellas personas con un diagnóstico de psicosis y consumo de tóxicos.

Síndrome de impregnación y de abstinencia que pueden ser objetivados. El prototipo lo constituyen las toxicomanías por drogas, alcohol, opiáceas, barbitúricos, etc...

Síndrome de la crisis (o intercrisis) epilépticas. Sobre todo las temporales de presentación brusca, en accesos autolimitados, estereotipados y recurrentes debidos a descargas del SNC, además de los posibles síntomas neurológicos motores, sensitivos, sensoriales, psíquicos con y sin alteración de la conciencia.

Otros síndromes. Innumerables, de carácter patoplástico variado, con grandes componentes psicológico-personales, sociales, étnicos, económicos, etc. En la mayoría de los casos, suelen ser más los problemas sociales que los médicos y siempre presentan cierta atipicidad: enfermos problema, rentosis, simulación, máscaras gananciales, etc.

En general, los diagnósticos de urgencias son bastante fiables y aproximados. El 10-20% de las demandas o visitas a un hospital tienen como causas o motivo principal un trasfondo psiquiátrico, que llega al 38% de enfermedad psiquiátrica activa en pacientes que buscan urgencias por cualquier motivo (Campos 1993).

Una vez instaurado el tratamiento habrá que decidir cómo o dónde derivar al paciente. En este sentido, hay que ver si el problema o la urgencia psiquiátrica se resuelve “in situ”, si mejora y se orienta al especialista externo, si es grave se envía al hospital (urgencias), si se ingresa al paciente o se traslada a otro hospital, etc. Inicialmente dependerá de donde se ha efectuado la urgencia: en ocasiones la asistencia a domicilio puede ser posible y eficaz; en otras, las derivaciones a consultas externas, a hospitales de día, etc., son necesarias, y en otras, están indicadas las remisiones a unidades de corta estancia en las urgencias hospitalarias. Abualenain y cols. (2013) analizan la variación de ingresos hospitalarios psiquiátricos entre diferentes hospitales que varía entre el 27% y el 41%, siendo éste un tema fundamental en la actualidad ya que se da gran importancia a las políticas de contención del gasto sanitario.

1.5. RESPONSABILIDAD EN URGENCIAS: JURISPRUDENCIA

El ejercicio de la medicina ha sufrido en los últimos años una transformación considerable, de tal manera que se ha pasado de una medicina descriptiva y contemplativa a una medicina activa y de toma de decisiones. Antes era suficiente con observar y esperar, sin embargo hoy día es preciso intervenir lo antes posible, incluso se exige anticiparse a la aparición de los síntomas.

Las transformaciones que experimenta la medicina actual son notables, de tal manera que **las técnicas e incluso los propios medicamentos, se vuelven obsoletos, incluso antes de haber demostrado su efectividad terapéutica.** Frente a esta situación, la posición del médico es complicada. Ciertamente debe estar al día en cuanto a nuevas técnicas y terapias. La verdadera dificultad para el facultativo estriba en distinguir entre todas las informaciones que recibe, aquellas que representan realmente un verdadero avance científico. En este punto, es necesario establecer, que cuando se analiza la posible responsabilidad del médico, se parte de la base que lo único que se le debe exigir al facultativo es la obligación de medios, es decir, una obligación de actividad, de diligencia, en el sentido de que se obliga, a poner todos los medios de que dispone de acuerdo con los cánones científicos de ese momento y de las circunstancias del lugar y tiempo en que se efectúa ese trabajo, con el fin de intentar lograr un resultado que en este caso es la curación y que en modo alguno puede garantizar.

Al mismo tiempo que la medicina se transformaba, también evolucionaba la percepción del mundo médico por parte de la sociedad, y la relación médico-paciente adoptaba un aspecto muy diferente. Mientras que hace solo treinta años el interés de la sociedad por los tratamientos médicos era muy limitado, hasta el punto de que solo algunos hipocondríacos hojeaban de vez en cuando alguna enciclopedia sobre salud, en la actualidad los medios de información en general nos bombardean con temas sanitarios, siendo internet una herramienta muy utilizada por la población general para este tipo de consultas. Como consecuencia de este exceso de información, es frecuente que la población exija la efectividad de un determinado tratamiento.

Estas dos situaciones, es decir, los rápidos avances científicos y la amplia información que recibe la población, hace que la relación médico-paciente sea compleja y es el origen de muchas reclamaciones.

La información que se proporciona, al paciente y a sus allegados, es precisamente la pieza clave de la mayoría de las reclamaciones de responsabilidad médica, y supone además un elemento de capital importancia cuando la reclamación lo es por vía judicial.

En ocasiones, se trata de conocer el motivo del fallecimiento ocurrido en el curso de una intervención quirúrgica, o de querer entender porque una prueba aparentemente sin riesgos, ha finalizado con una secuela grave para el paciente, o incluso saber si se pidió opinión a algún profesional con más experiencia. Hoy día la responsabilidad médica se ha convertido en un tema muy preocupante en función de la multiplicación del número de reclamaciones, pero también por las consecuencias psicológicas que provocan y que acaban afectando la relación médico-paciente.

Por último decir, que una actitud demasiado estricta por parte de la sociedad y de la justicia a la hora de exigir responsabilidad al médico, tenga como consecuencia el frenar iniciativa que pudiera beneficiar al enfermo o multiplicar las pruebas de manera absolutamente inútil con la única finalidad de rodearse de garantías en vista a una futura reclamación. Indemnizar a un paciente con graves daños ocurridos en un accidente imprevisible, consecuencia de un estado médico justificado y perfectamente ejecutado, es una posición perfectamente defendible en nombre de la solidaridad, siempre que quede perfectamente aclarada la fuerza mayor que produjo dicho accidente. El peligro estaría en el hecho de que se considerara todo accidente como inevitable y que con esta excusa se llegaran a encubrir negligencias médicas.

En términos generales se entiende por responsabilidad profesional médica a *“La obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e incluso involuntarios, dentro de ciertos límites cometidos en el ejercicio de su profesión”*.

En febrero de 2008 se publicó el Real Decreto 183/2008, en el que se especifican los aspectos formativos durante el periodo de Formación Sanitaria Especializada, haciendo especial hincapié en el grado de supervisión de los futuros especialistas y estableciendo los diferentes niveles de responsabilidad, según la etapa formativa y los conocimientos y habilidades adquiridos.

Dicho Real Decreto establece que desde las Comisiones de Docencia deben implementarse todos estos aspectos, haciendo especial mención al Servicio de Urgencias, importante área tanto a nivel docente como asistencial, en la que ambos aspectos deben

realizarse de forma excelente. La responsabilidad será progresiva pasando de una supervisión muy estrecha durante el primer año a una práctica autonomía durante el cuarto año.

En los medios de comunicación especializados constantemente se están publicando noticias sobre la responsabilidad en urgencias; en una de ellas relatan que **“La falta de médicos y formación especializada hace que los MIR tengan excesiva responsabilidad en Urgencias”**, continuando que los recortes sanitarios que está aplicando el gobierno de la Generalitat de Cataluña están golpeando de lleno a las plantillas hospitalarias, habiendo en algunas guardias ocho residentes y un solo adjunto.

Algunas de las sentencias judiciales dictadas recientemente en España y relacionadas con las urgencias psiquiátricas se describen a continuación:

1.5.1 Dos psiquiatras y dos MIR del Hospital Gregorio Marañón de Madrid son condenados a un año de prisión e inhabilitación y multa, respectivamente, así como a indemnizar a una paciente con 880.000 Euros, por confundir un infarto cerebral con un cuadro de ansiedad, ingresándola en Psiquiatría y atándola a una camilla

El Juzgado de lo Penal nº 20 de Madrid, en Sentencia del 23 de Diciembre de 2010 tramitada por los Servicios Jurídicos de El Defensor del Paciente, ha condenado a 4 facultativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid) a la pena de 1 año de prisión e inhabilitación profesional como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que recibió Doña M. P. y que derivó en graves e irreversibles secuelas. Además, tanto los Psiquiatras condenados como el Hospital deberán indemnizar a Doña M.P. en la cantidad de 880.000Euros,más intereses y costas, por los daños y perjuicios.

El 27 de agosto de 2001, la paciente, de 36 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón, a consecuencia de un cuadro de pérdida de fuerza en el lado derecho y caída al suelo. Estando ingresada los síntomas desaparecieron y le dieron el alta. Al día siguiente, 28 de agosto de 2001 y siendo las 21 horas, Doña M. P. sufrió pérdida de la movilidad en las extremidades derechas, desviación de la comisura bucal y afectación de la capacidad del habla y el entendimiento, razón por la que fue trasladada al Servicio de Urgencias del “Gregorio Marañón”. Allí fue atendida por dos Residentes que no llevaron a cabo una exploración neurológica y desoyeron las indicaciones de la familia acerca de los antecedentes personales por tromboembolismo pulmonar sufrido 4

años antes. Tras perder un tiempo precioso, consultaron el caso con el Psiquiatra Adjunto, quien se negó a valorarla personalmente ni quiso echar un vistazo al Informe del día anterior. La paciente, cuyos síntomas se agravaban por momentos, fue trasladada al pabellón de Psiquiatría a la 1:30 de la madrugada del 28 al 29 de agosto de 2001 donde se recomendó atarla a la camilla (sujeción mecánica). Al día siguiente su esposo acudió al Hospital insistiendo en los antecedentes personales de su esposa, y preguntando si habían descartado la posibilidad de un Infarto Cerebral. Entonces, la afectada se encontraba con las manos y pies atados a la cama, llorando y balbuceando, por orden del Psiquiatra responsable de la paciente en el citado Servicio que también se negó a explorarla neurológicamente y a plantearse la posibilidad de que estuviera sufriendo un cuadro orgánico como podía ser un infarto cerebral. Sin embargo, nada se hizo a pesar de los síntomas y de la insistencia de su esposo acerca de que la paciente no tenía problemas psíquicos y que todo parecía apuntar hacia un Infarto Cerebral. Finalmente, al final del día 29 de agosto se confirmaron las sospechas. Un TAC craneal reveló la existencia de un Infarto Isquémico cerebral que había provocado graves lesiones. A consecuencia de estos hechos, la paciente perdió el hijo que esperaba dado que estaba embarazada: la continuación del embarazo era inviable en tales circunstancias.

Actualmente la paciente sufre una hemiparesia derecha, una afasia que le impide hablar correctamente y una Minusvalía del 88%. Durante los 8 años en que se ha prolongado el procedimiento ni el Hospital, ni los médicos ni las compañías aseguradoras han asumido ningún tipo de responsabilidad y no se han planteado intentar reparar el daño ocasionado para facilitar la vida de Doña M. P. Su familia entonces, decidió acudir a la Asociación El Defensor del Paciente para solicitar ayuda.

La Sentencia, acogiendo los argumentos del Letrado de la Asociación el Defensor del Paciente, condena a los 2 Psiquiatras y a las dos MIR (Residentes) en base a las siguientes conclusiones a las que llegó el tribunal: *“De la prueba practicada se puede concluir que los acusados dejaron que el Ictus o Infarto Cerebral se desarrollara con su falta de diligencia y su obrar incorrecto, omitiendo el tratamiento adecuado que hubiera podido alertar del trastorno neurológico. No se realizaron las pruebas que la praxis médica impondría”. Es más, la sujeción geriátrica dificultaba la apreciación de nuevos síntomas. En el Ictus el tiempo es oro. No se debió descartar por parte de los acusados un proceso neurológico. Podemos señalar sin ningún género de dudas que los acusados no actuaron conforme a la praxis médica exigible”*.

1.5.2. Condenado el Hospital de Móstoles por el suicidio de una paciente

El Servicio Madrileño de Salud (Sermas), dependiente de la Consejería de Sanidad, ha sido condenado por el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Madrid a pagar 200.000 euros, mediante sentencia dictada el **15 de diciembre de 2011**, por el suicidio de una paciente que recibió el alta médica antes de tiempo. El TSJ de Madrid en su sentencia aprecia que le dieron el alta a la enferma antes de tiempo.

Los hechos ocurrieron en febrero de 2008, cuando M. M. O. ingresó en el centro hospitalario. Contaba con antecedentes psiquiátricos con evolución ansioso-depresiva grave. Los repetidos episodios de crisis eran atendidos por el servicio de urgencias del hospital de Móstoles desde 2002. Estaba en tratamiento y seguimiento por Psiquiatría. Desde entonces acudió en numerosas ocasiones a este servicio, en el que demuestra depresión con ideación y amenazas suicidas. En alguna ocasión quedó ingresada por depresión neurótica y trastornos de conducta que la paciente no podía controlar.

Según la asociación del defensor del paciente, el personal de este servicio le dio el alta alegando que la paciente padece de “hospitalismo”, pese a que los familiares estaban en contra. La muerte del marido de la enferma empeoró su situación: sufría una ansiedad de difícil control. La mujer se suicidó el 24 de febrero de 2008.

“Sí se cumplían varios de los requisitos determinantes de un nuevo ingreso expuestos tanto en el informe de la inspección médica como el perito de la parte actora y muy especialmente los referidos a una tendencia clara de suicidio y plan suicida letal con empeoramiento de su sintomatología de carácter depresivo”, refieren los magistrados en su sentencia, que añaden que se puede apreciar mala praxis en la acción de los facultativos.

1.5.3.Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 141/2012, de 2 de julio, acerca del internamiento psiquiátrico involuntario por vía de urgencia

El internamiento psiquiátrico involuntario en España ha sido regulado con importantes carencias a través de la historia. Actualmente incluso existen importantes déficits sobre esta materia y existen también prácticas inadecuadas. Esta Sentencia trata sobre las garantías de esta modalidad de ingreso, especialmente sobre plazos de la resolución judicial, motivación de la misma y derechos procesales del paciente. **Sobre esta materia la sentencia es pionera.**

Nuestro Tribunal Constitucional (TC) aborda, en su STC 141/2012, de 2 de julio, por vez primera de forma sistemática, las garantías que han de concurrir en los ingresos psiquiátricos involuntarios urgentes. Esta Sentencia pudo no haberse dictado, por el desistimiento del demandante que alegó “pérdida de interés legítimo”. Pero el TC –asumiendo la posición del Ministerio Fiscal- rechazó tal desistimiento, debido a la presencia de un interés público, al ser el primer caso “en el que se enjuicia desde la óptica del derecho fundamental a la libertad personal, un caso de internamiento psiquiátrico urgente, con las peculiaridades que éste presenta en nuestro ordenamiento al acordarse *ab initio* sin control judicial” y, además, porque “el colectivo al que afecta esta medida es con alguna frecuencia el de las personas con discapacidad mental, al cual califica [el Ministerio Fiscal] con razón de ‘especialmente vulnerable’, lo que confiere a esta materia una innegable importancia social”.

El 2 de mayo de 2007 el Director del Hospital Universitario San Cecilio de Granada participó al Juez de 1ª Instancia el ingreso urgente -invocando erróneamente el derogado art. 211 CC- de un paciente diagnosticado de “trastorno bipolar”, al que se pautó medicación narcolípica, expresando la pertinencia de continuar la hospitalización. El Juzgado recibe tal comunicación el 3 de mayo y dicta providencia al día siguiente ordenando la incoación del correspondiente procedimiento y requiriendo la emisión de un dictamen facultativo del médico forense. El 9 de mayo se procedió al examen judicial del ingresado, sin detallar ninguna conducta anómala del mismo. En el Acta no hay constancia de que se hubiera informado al paciente de su situación legal ni del derecho que le asiste a designar procurador y abogado y a solicitar pruebas. El mismo día se levantó Acta de Peritación Médico Forense, en un impreso con espacios en blanco, y en el que consta: “T. Bipolar. Refiere que lo trajo la ambulancia del SDS desde Almuñécar el 2-5-07. Tiene trastorno bipolar y tratamiento con litio. Dice que tiene problemas familiares y que le pidió la separación por [palabra ilegible] a su mujer”. Añade en formato estereotipado: “Dado su estado sería conveniente la continuidad

del ingreso en el centro”. El Ministerio Fiscal presenta escrito no oponiéndose al ingreso el 14 de mayo.

El 16 de mayo el Director del Hospital Universitario de San Cecilio participa al Juzgado el alta del paciente, pero aun así el día 21 el Juzgado autoriza el internamiento. El paciente apeló invocando la vulneración del derecho fundamental a la libertad personal por el incumplimiento por exceso (19 días) del plazo máximo de 72 horas de que disponía el Juzgado para resolver y por la falta de procedimiento contradictorio. La Audiencia Provincial desestimó el recurso el 1 de abril de 2009.

El art. 5.1 Convenio Europeo para protección de los Derechos Humanos (CEDH) remite a la legislación nacional la determinación de los supuestos de privación de libertad y el procedimiento a seguir. Pero nuestro marco normativo sobre la materia adolece de un importante déficit jurídico-formal, la ausencia de regulación por Ley Orgánica de los aspectos sustantivos del internamiento involuntario, por lo que nace la STC 141/2012 para tratar de paliar esta carencia.

Como criterios de ingreso cabe citar los siguientes:

- a) Entidad clínica del trastorno. Es decir que la “enfermedad mental sea grave”.
- b) Carencia de autonomía. La enfermedad mental afecta no sólo a la salud -psíquica- del paciente, lo cual ya es grave, sino también, lo que es mucho más, a su capacidad de autodecisión.
- c) La situación clínica ha de comportar un riesgo para el propio paciente o para terceros.

Enfatiza la STC 141/2012 (FJ 4) la relevancia de los requisitos de necesidad y proporcionalidad. El principio de necesidad alude a la “indicación terapéutica”. La finalidad del internamiento ha de ser exclusivamente sanitaria, ha de tener un fin terapéutico, debiendo acabar cuando desaparezca tal fin. En cuanto a la proporcionalidad este principio tiene las siguientes dimensiones (congruencia, menor restricción de libertad y temporalidad).

Para poder realizar un internamiento en contra de la voluntad del paciente se precisa la “existencia de un informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato: si bien el responsable del centro médico está facultado para tomar *ab initio* la decisión de internar a la persona, es evidente que esto se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y

proporcionalidad de la medida, de la que ha de informarse al interesado hasta donde le sea comprensible, debiendo quedar plasmado por escrito el juicio médico para su posterior control por la autoridad judicial” . Por lo tanto afirma que **“resulta evidente que nadie puede ser privado de libertad sin conocer los motivos que lo determinan, como proclama el art. 17.2 CE para la detención”**. Salvo que el paciente se oponga a ello, los motivos de admisión y retención se comunicarán a sus familiares.

El conjunto probatorio o, como denomina la STC 141/2012 (FJ 7), “el material de convicción” de que dispone el Juzgado para resolver acerca de la ratificación o no de un ingreso psiquiátrico involuntario urgente está integrado, en resumidas cuentas, por: a) El informe médico del establecimiento en donde tuvo lugar el ingreso, b) el Acta del examen judicial, en el que se incluirán a su vez las manifestaciones que lleve a cabo la persona ingresada, c) el dictamen que emita el Ministerio Fiscal, d) el dictamen del médico expresamente designado por el Juzgado, e) el testimonio de otras personas que cuya comparecencia estimara conveniente el Juzgado y f) eventualmente otro tipo de pruebas.

La resolución judicial que ponga fin a este procedimiento deberá concluir ratificando o no el ingreso involuntario por razón de urgencia. En caso de que el órgano judicial no ratifique la medida se devuelve a la persona concernida el autogobierno que le fue sustraído con motivo del ingreso involuntario urgente. Esto no es obstáculo para que la persona libremente decida la continuación del internamiento, pero bajo la modalidad voluntaria.

1.5.4. Sentencia T.S.J. Galicia 4131/2012 de 20 de julio sobre Reintegro de gastos médicos por utilización de servicios ajenos a la Seguridad Social. Hospitalización en centro psiquiátrico por orden judicial

Antecedentes de hecho: "PRIMERO.- D. Sergio, mayor de edad, presentó al demandado SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS), en fecha 6 de mayo de 2008, una solicitud de reintegro de gastos por su ingreso en el centro psiquiátrico "Los Abetos". La solicitud y la documentación acompañada constan unidas a los autos, y su contenido se da por reproducido. La petición fue rechazada por el demandado en fecha 1 de julio de 2008.- SEGUNDO.- El demandante, que presentaba una esquizofrenia residual con gran deterioro físico y psíquico, fue ingresado el 27 de enero de 2006 en el sanatorio psiquiátrico "Los

Abetos", con autorización judicial del Juzgado de 1.ª Instancia nº 3 de A Coruña.- TERCERO.- En la fecha en que se practicó dicho ingreso en el sanatorio de A Coruña el demandante estaba siendo tratado por el SERVICIO GALLEGO DE SALUD (SERGAS). Así el actor estuvo ingresado en el Hospital de Calde, en fecha 11 de octubre a 31 de octubre de 2005, tras habérselo indicado la Unidad de Salud Mental (USM) de Burela. Además el día 19 de enero de 2006 el demandante acudió al USM de Burela, tras haber estado el día anterior en urgencias al negarse a comer el actor, consulta en que el paciente se negó a ingresar en Calde. En dicha consulta se le dio cita para el 28 de marzo de 2006, a la que no acude.- CUARTO.- El actor reclama 34.920,90 euros como gastos de la asistencia sanitaria.- QUINTO.- Formulada reclamación previa por el demandante en fecha 18 de Julio de 2008, la misma fue desestimada por resolución de 21 de agosto de 2008."

Según consta en la sentencia **"El demandante, que presentaba una esquizofrenia residual con gran deterioro físico y psíquico, un estado caquéctico - extrema delgadez que incluso apenas podía ponerse en pie. Estatura 161 cm peso 35 kg-. El cuadro está en relación con una conducta negativista activa a la ingesta de alimentación sólida y líquida, ligado a una ideación delirante, alucinaciones cenestésicas y dismorfobia psicótica, por lo cual voluntariamente hace todo tipo de maniobras para no engordar, rechazo de alimentos, vómitos provocados e incluso exposición permanente al sol, dentro de su automóvil al objeto de provocarse hipersudoración"**, fue ingresado el 27 de enero de 2006 en el sanatorio psiquiátrico "Los Abetos". Dicho ingreso fue ratificado por el Juzgado de Primera Instancia n.º 3 de La Coruña.

"Además el actor acudió a la Unidad de Salud mental de Burela el día 26 de enero de 2008 y se le dio cita para el 28 de marzo siguiente, fecha en que no acudió porque estaba ingresado en Los Abetos". Lo relevante de este caso es que en la anterior sentencia de 2008 se pasa por alto que el paciente acudió al Centro de Salud mental de Burela donde se aconsejó ingreso hospitalario, que el paciente rechazo, remitiéndole a una nueva cita el día 26, es decir, una semana después; en dicha revisión no consta ninguna recomendación de ingreso y se vuelve a citar para el día 28 de Marzo, no acudiendo el paciente por estar ingresado en el sanatorio psiquiátrico "Los Abetos".

"Pues bien, aplicando tal doctrina al caso de autos la Sala entiende que el recurso ha de prosperar puesto que la situación del recurrente en el momento del ingreso en el hospital psiquiátrico Los Abetos era de urgencia vital y no solo por sus condiciones físicas (estado

caquético, extrema delgadez que incluso apenas podía ponerse en pie. Estatura 161 cm peso 35 kg), sino por la conducta gravemente autolesiva (rechazo de alimentos, vómitos, exposición al sol para provocar hipersudoración) que venía manteniendo desde al menos el día 18 de enero de 2006 ya que ese día estuvo en urgencias por no comer, estimando el psiquiatra del SERGAS su necesidad de ingresar en el Hospital del SERGAS al día siguiente. **Urgencia vital que igualmente se manifiesta por la importante duración del ingreso.**”

“Y se cumple el requisito de la perentoriedad ya que el recurrente acudió a la USM de Burela dependiente del SERGAS el día 19 de enero de 2006, momento en el que ya era aconsejable su ingreso psiquiátrico, y cuando se niega a tal ingreso se le cita para la semana siguiente. Pero la semana siguiente (26 de enero de 2006), cuando **todavía era más evidente su deterioro físico y mental, y por lo tanto, más aconsejable su ingresos psiquiátrico, no consta que se le hubiera indicado de nuevo la necesidad de ingresar, sino que se le da cita para dos meses más tarde.** Por lo tanto no podemos entender que el recurrente hubiera acudido a la medicina privada directamente y prescindiendo de la posibilidad de acudir a la medicina pública.”

Por lo tanto el TSJ de Galicia emite el siguiente fallo: Que estimando el recurso de suplicación interpuesto por la representación de D. Sergio contra la sentencia de fecha 20 de enero de dos mil nueve dictada por el Juzgado de lo Social número 2 de los de Lugo, seguidos a instancia del recurrente frente al SERVICIO GALEGO DE SAÚDE (SERGAS), revocamos la sentencia dictada y estimando íntegramente la demanda presentada declaramos el derecho del recurrente a percibir los gastos reclamados en el presente litigio por importe de 34.920,90 €, condenando al SERGAS al abono de tal cantidad a favor del recurrente.

1.6. GASTO SANITARIO

Por gasto sanitario entendemos todo gasto en bienes y servicios cuya finalidad sea preservar, mantener, recuperar o mejorar el nivel de salud de una población. **La contención del gasto sanitario es uno de los retos más importantes a los que se enfrentan las políticas públicas de los países desarrollados.** En el 2009, el gasto sanitario como proporción del PIB alcanzó 9,6% en España, un gasto ligeramente superior al promedio de 9,5% en los países de la OCDE, según datos procedentes de la OCDE sobre la salud 2012. El porcentaje de PIB

dedicado a la salud en España aumentó en un punto porcentual entre 2007 y 2009, de 8,5% en 2007, a 9% en 2008 y 9,6% en 2009. España se encuentra por debajo del promedio de la OCDE en términos de gastos totales per cápita, con gasto promedio de 3076 Dólares USA en el 2009 mientras que el promedio en la OCDE alcanzó los 3268 Dólares USA en 2010.

El gasto sanitario en España aumentó en términos reales, un 5,6% en promedio anual entre 2000 y 2009 ligeramente más elevado del promedio de la OCDE de 4,7. Tiene una densidad de médicos por habitante más alta que la mayoría de los países OCDE y sin embargo con un promedio de enfermeras de 4,9 enfermeras por cada 1000 habitantes queda muy por debajo de la media que es 8,7. El número de camas en hospital para la atención curativa en España por cada 1000 habitantes alcanzó 2,8 en el 2010, por debajo del promedio de la OCDE de 3,4; la mayoría de los países muestran una tendencia a largo plazo a un descenso del número de camas para la atención curativa e incremento de la cirugía mayor ambulatoria. En España en 2010 el número de resonancias nucleares magnéticas (RNM) alcanzó los 10,7 por millón estando en el resto es de 12,5, siendo la tomografía axial computerizada (TAC) todavía más precario en nuestro país habiendo 15 por cada millón de habitantes siendo el promedio en la OCDE de 22,6. A pesar de lo anterior en 2010 la esperanza de vida al nacer se mantuvo en 82,2 años, 2 años por encima del promedio OCDE con 79,8 años.

Al comienzo del siglo XXI, España presenta uno de los mejores balances del mundo en materia de salud (OMS, 2000), pero su población parece excesivamente dependiente del sistema sanitario. Esta paradoja se da en la mayoría de los países avanzados en los que el acceso de la población a los servicios sanitarios de calidad es universal y masivo, fundamentalmente a través de la sanidad de carácter público. Claramente, la mejora de la salud en estos países se produce mediante una intensificación de la tecnología médico-hospitalario-farmacéutica, de naturaleza curativa, complementada en menor medida con la prevención y el fomento de hábitos y estilos de vida saludables entre la población. Un aspecto indeseable del considerable alcance que en la actualidad tiene el complejo médico-hospitalario-farmacéutico, en cualquier sociedad avanzada, es que al enfatizar la curación antes que la prevención, concentra la toma de decisiones y los recursos en un grupo relativamente reducido de profesionales y autoridades sanitarias, restando protagonismo a la población en lo que se refiere a su propio estado de salud. **En otras palabras, la población depende excesivamente, en ocasiones, del sistema sanitario.** Esta dependencia puede aligerarse de varias maneras. Obviamente, fomentando prácticas y hábitos individuales

conducentes a la salud. Ello ahorraría considerables recursos públicos y privados que podrían destinarse a otros usos. Igualmente, permitiría afrontar con mayor holgura el formidable reto que el envejecimiento supone para los sistemas sanitarios en todos los países.

La gran mayoría de los trabajos publicados analizan los determinantes de la demanda y los de la oferta (Moreno 2007). Así entre los primeros, influyen especialmente el alargamiento de la esperanza de vida, los cambios de patrones de morbilidad donde la inmediatez asistencial cobra importancia creciente, la falta de educación sanitaria y **cultura hospitalocéntrica** sin conciencia de coste y con alto grado de exigencia, el nivel socioeconómico y el aumento poblacional y los cambios sociales.

Entre los factores de la oferta deben destacarse mayor accesibilidad a los centros hospitalarios, la falta de aseguramiento, el irregular desarrollo de la Atención Primaria en general y en particular de sus servicios de urgencias y el uso perverso de los SUH para evitar listas de espera o realizar actividades programadas diferidas.

El individuo elabora un autodiagnóstico tras la pérdida de su nivel de salud y decide acudir al punto donde cree que su **atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto**. Se ha comprobado que no es eficaz potenciar los servicios de urgencias extrahospitalarios, que el copago sólo logra descender un 15% las visitas a urgencias teniendo efecto disuasorio sobre las rentas más bajas y que el progreso social no es la causa fundamental del aumento de la frecuentación y utilización de los SUH. Ante la ineficacia de las intervenciones realizadas, son precisas soluciones que incorporen la realidad al sistema de salud, dado que no parecen ser los ciudadanos los causantes del desequilibrio, sino la escasa adaptabilidad y adecuación de los propios SUH a un modelo social que ha evolucionado con excesiva rapidez. En este sentido, es necesario mejorar y reformar las estructuras físicas y funcionales de los SUH, aumentar la calidad de la actividad y la satisfacción de ambos agentes y, desde luego, potenciar alternativas originales a la hospitalización convencional, procurando la mínima afectación del conjunto del hospital.

Ahn y cols. (2003) en su documento de trabajo argumentan que desde el punto de vista de la demanda, si bien no es realista pretender que la población esté siempre en perfecto estado de salud, sí puede aspirarse a que determinadas políticas preventivas, comportamientos saludables e incentivos de diversos tipos lleven a la población a demandar menores servicios sanitarios por ser éstos menos necesarios. En otras palabras, se trata de reducir la dependencia evitable de la población respecto al sistema sanitario, al mismo tiempo que el envejecimiento

de aquélla la orienta crecientemente hacia el uso de servicios sanitarios de todo tipo por razones de edad. El cambio necesario en los comportamientos (dieta, hábitos saludables, prevención, etc.) ha de concentrarse en los jóvenes, es decir, los futuros adultos, de manera que junto al envejecimiento que se anticipa se produzca la emergencia de individuos más sanos y, por lo tanto, menos dependientes del complejo sanitario. La reducción de este tipo de dependencia es posible mediante adecuadas políticas públicas, sin duda más baratas y rentables a largo plazo que la provisión de medios y protocolos curativos. **Como hemos visto anteriormente, un mayor nivel de alfabetización en salud está asociado, independientemente de la renta, con un mejor estado de salud.** La educación hace a los individuos más conscientes de los riesgos de determinados comportamientos y les lleva a evitarlos, al tiempo que les capacita para una mejor comprensión de los procesos de la enfermedad y su curación; en otras palabras, para la *producción* de salud en su propio entorno familiar.

Por otra parte, no hay que pensar que la oferta de servicios en este ámbito ha de provenir enteramente, ni siquiera de forma mayoritaria, de las instancias públicas, por mucho que la tradición en el ámbito sanitario y de los servicios sociales provenga de ahí. En realidad, estamos hablando de cuidados personales demandados por quienes los necesitan y por los que existe una cierta disposición a pagar, es decir, una demanda solvente. Es cierto que se trata de servicios, en ocasiones, críticos para el bienestar de sus demandantes y que nadie debería quedarse sin ellos por carecer de los medios necesarios para su adquisición. Habiendo, pues, un margen para su provisión pública, no debería dudarse de que la provisión privada de este tipo de servicios ha de ser también parte de la norma. Un reciente análisis de los *costes invisibles de la enfermedad* llega a la muy relevante conclusión de que « [...] el volumen de trabajo remunerado dedicado al cuidado de la salud en España era solamente el 12% del total de horas anualmente dedicadas a ello por el conjunto de la población española.» (Durán 2003). Esta conclusión revela con elocuencia que, a medida que los cambios demográficos y sociales se van intensificando según las tendencias recientemente observadas, el margen para la demanda y oferta de servicios remunerados crecerá apreciablemente. Es impensable que la iniciativa pública pueda abordar por sí sola el coste de la *internalización* de tal volumen de servicios actualmente prestados por las familias estando indicados tanto los subsidios públicos para aquellos pacientes que carezcan de medios como el **copago** por parte del usuario. Recientemente diferentes expertos en distintos medios de comunicación especializada alertan de que el **copago** farmacéutico y el aumento de la lista de espera han multiplicado el número

de enfermos mentales que dejan de tratarse y carecen de control médico; en este sentido Francisco Rodríguez Pulido, presidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, señala que :” La demanda no para de crecer, sobre todo en lo que a urgencias se refiere, y en la mayor parte de los casos se debe al abandono del tratamiento por parte del paciente que se encuentra con que la medicación es muy cara y que le cuesta pagar el porcentaje que le corresponde, así que deja de tomarlo”. Todas estas circunstancias conllevan a un aumento del gasto sanitario por mayor número de consultas, mayor índice de internamiento, etc.

El gasto hospitalario representaba el 54% del gasto sanitario público total, de manera que el resto del gasto sanitario repercute más que proporcionalmente en los adultos de entre 5 y 65 años de edad. Así, por ejemplo, el gasto total de individuos de 26 a 30 años (unos 500 euros) es más del doble que su gasto hospitalario (poco más de 200 euros), mientras que el gasto total de personas de 71 a 75 años (unos 1.650 euros) es algo más de vez y media mayor que su gasto hospitalario, y así sucesivamente. Como consecuencia de este efecto de los individuos de edades intermedias, las diferencias por género entre las edades de 21 y 40 años se agudizan, a la vez que se reducen estas diferencias para edades a partir de los 50 años. Los gastos no hospitalarios tienen mayor importancia entre los niños y niñas de 1 a 10 años.

Cabasés y cols. (2010) realizaron un informe cuyo objetivo era contribuir al debate sobre la financiación sanitaria en sus tres grandes ejes: estimaciones de ingresos públicos y de gasto sanitario, de la necesidad relativa y del impacto sobre la equidad del sistema.

Tras siete años de funcionamiento del modelo, se pone en evidencia la sostenibilidad del sistema de financiación autonómica si no se producen ajustes verticales que recojan la evolución de las necesidades de los diferentes niveles de Gobierno, especialmente en un momento de desaceleración recaudatoria.

A la vista de la evolución esperada del gasto y los ingresos, se sigue constatando que el problema de la financiación sanitaria parece encontrarse más en el ámbito del gasto sanitario, que en los ingresos, lo que sugiere la importancia de ampliar la corresponsabilidad fiscal para adecuar la responsabilidad del gasto a la del ingreso por parte de las comunidades autónomas. La medida de la necesidad relativa ha sido objeto de nuevas estimaciones incorporando otras variables. Se incluye la inexistencia de evidencia de que el envejecimiento sea uno de los principales determinantes del gasto sanitario, destacando otros factores como el progreso tecnológico, la cercanía de la muerte y la descentralización territorial. Con independencia de las disparidades regionales que se detectan, también se observa que, por

encima del envejecimiento, será **el flujo de inmigrantes el factor más condicionante en lo que a demanda de gasto sanitario se refiere**, pues, al menos a corto y medio plazo, la inmigración podría suponer un *alivio* en la presión de los gastos sanitarios, aunque a largo plazo no fuera así, dado que los inmigrantes jóvenes que llegan ahora también se harán mayores y entonces la demanda del bien salud aumentará a un ritmo superior al de la economía.

En resumen, Cabasés y cols. (2010) en su revisión de la literatura relacionada con los determinantes del gasto sanitario desvelan que la consideración del nivel de renta como variable explicativa de dicho gasto depende del nivel de análisis considerado, pudiendo ser los servicios sanitarios tanto un bien de lujo como un bien normal. Por otro lado, **la evidencia empírica no avala el hecho de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales factores causantes del gasto sanitario**, a pesar de ser un factor decisivo de presión por parte de los políticos en los presupuestos sanitarios, además de ser una de las variables de necesidad escogidas en el actual modelo español de financiación autonómica. En cuanto a la teoría de la proximidad a la muerte, está acaparando la mayor parte de la atención de las investigaciones relacionadas con los determinantes del gasto sanitario desde finales de la década de los noventa y, aunque cuenta con ciertas debilidades metodológicas, como la presencia de multicolinealidad entre variables explicativas, presenta la robustez necesaria para afirmar que la mayor parte del gasto sanitario se concentra en los años anteriores a la muerte, independientemente de la edad del individuo. Por último, no está claro que la descentralización territorial sea un factor explicativo clave del aumento del gasto sanitario, siendo un tema abierto y expuesto a debate en función del grado de autonomía y las características del sistema sanitario.

Por un lado, evaluar si la hipótesis de la literatura del federalismo fiscal, según la cual la descentralización de responsabilidades en el ámbito sanitario podría generar ganancias en términos de la salud poblacional, se ha corroborado en los escasos estudios empíricos existentes sobre esta cuestión. Por otro lado, profundizar en las ventajas e inconvenientes de los indicadores para medir la descentralización empleados hasta la fecha: es uno de los principales retos a los que se enfrenta la investigación futura en esta área.

Los resultados de la mayoría de los trabajos empíricos sugieren que la descentralización, generalmente medida en términos fiscales como la proporción de gasto o ingresos a cargo de los niveles de Gobierno Locales, tienen un efecto beneficioso en una serie

de medidas de resultados sanitarios, como el porcentaje de niños inmunizados, la tasa de mortalidad o la mortalidad infantil. Estos estudios están, sin embargo, limitados por la calidad y la escasez de los datos que tratan de medir la descentralización y los resultados de salud. Por un lado, los indicadores de descentralización fiscal, pueden reflejar un nivel erróneo de autonomía política real si los gastos o ingresos locales están controlados por el Gobierno Central. Por otro lado, las medidas de salud basadas en la mortalidad no reflejan fielmente el nivel de salud de una sociedad. Además, la mayoría de los estudios se centran en países de renta media o baja. La evidencia existente es, por tanto, insuficiente para afirmar que los países con sistemas sanitarios más descentralizados tienen mejores resultados sanitarios.

En consecuencia, resulta necesario seguir investigando para comprender mejor el impacto que ejerce la descentralización sobre los servicios relacionados con la salud. Sin embargo, la disponibilidad de datos continuará limitando tanto el número como la solidez de los estudios empíricos al menos a corto plazo. Una de las prioridades de las futuras investigaciones en este campo es encontrar nuevos y mejores indicadores que sean capaces de hacer frente a las complejidades en la medición de las variables de la descentralización y de la salud poblacional.

En resumen, la literatura publicada relacionada con los determinantes del gasto sanitario desvela que la consideración del nivel de renta como variable explicativa de dicho gasto depende del nivel de análisis considerado, pudiendo ser los servicios sanitarios tanto un bien de lujo como un bien normal. Por otro lado, la evidencia empírica no avala el hecho de que el envejecimiento de la población sea uno de los principales factores causantes del gasto sanitario, a pesar de que cuenta con el apoyo de muchos de los expertos en Economía de la Salud y resulta ser un factor decisivo de presión por parte de los políticos en los presupuestos sanitarios, además de ser una de las variables de necesidad escogidas en el actual modelo español de financiación autonómica; Hernández de Cos y cols. (2011) indican que “pese al inevitable envejecimiento de la población será un factor importante que presionará al alza sobre el gasto sanitario futuro, no es el único factor relevante”; por el contrario, Ahn y cols. (2003) en su trabajo indican que “ciertamente, el envejecimiento y la evolución global de la población implicará un mayor gasto sanitario real”. Por último, no está claro que la descentralización territorial sea un factor explicativo clave del aumento del gasto sanitario, siendo un tema abierto y expuesto a debate en función del grado de autonomía y las características institucionales de cada sistema sanitario.

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

II. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

1.1 JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales y **del comportamiento constituyen la octava causa de muerte en España**, siendo causantes de forma directa del 3,2% de las defunciones totales. En las mujeres este porcentaje es ligeramente superior, alcanzando el 4,4% del total de las defunciones y situándose como la sexta causa de muerte. Entre los varones constituyen la décima causa de muerte y suponen el 2,1% de las defunciones totales (INE 2012).

El estudio de la evolución del número de altas hospitalarias con diagnóstico principal “Trastorno Mental” indica que este tipo de enfermedades están generando una creciente demanda asistencial, habiendo experimentado un crecimiento del 8,81% en el período 2002-2012. A lo largo de los últimos años se ha implantado en la Comunidad de Murcia una red de servicios de salud mental, orientada a la perspectiva comunitaria, en consonancia con el modelo para la atención psiquiátrica y a la salud mental preconizado por la Organización Mundial de la Salud y recogido en los referentes legislativos y recomendaciones europeas, nacionales y autonómicas. Deben estar asegurados los **principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso a los servicios**. Los principios fundamentales que inspiran el modelo asistencial son:

1. El paciente es el centro del sistema, siendo fundamental también la participación de los familiares.
2. **El rechazo a la estigmatización, a la discriminación** y a la falta de respeto de los derechos humanos y dignidad de las personas que padecen enfermedades mentales.
3. La **humanización de la asistencia sanitaria** a las personas con enfermedad mental.
4. La prevención del suicidio, considerada como una actuación prioritaria.
5. **La atención integral del paciente**, de acuerdo con el modelo biopsicosocial de la enfermedad mental, siendo integrada la Salud Mental dentro del conjunto de las prestaciones especializadas.
6. La organización territorializada de la asistencia sanitaria a la Salud Mental para facilitar la proximidad y **accesibilidad** de los recursos asistenciales, siendo muy importante la coordinación de la atención a la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria, en especial para la detección precoz y el seguimiento de la enfermedad

mental grave y persistente con diseño de protocolos de actuación y actuaciones a nivel de la rehabilitación social y personal de los pacientes.

7. La actividad asistencial debe ser desarrollada por **equipos multidisciplinares**, estructurados de forma interdisciplinar.
8. **La disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia** que les proporcionen a los pacientes con Trastorno Mental Grave que tienen importantes dificultades para permanecer en su medio tratamiento, rehabilitación y cuidados prolongados, en condiciones de máximo respeto a su dignidad, así como alternativas residenciales sanitarias adaptadas a las necesidades.
9. **La especialización y la formación continuada de los profesionales sanitarios**, imprescindibles para atender adecuadamente a las personas con trastornos mentales. También se debe fomentar la investigación científica de excelencia en todos los ámbitos de la Salud Mental.

Los cambios políticos producidos en España a finales del siglo XX y su situación geográfica han propiciado el **aumento de la inmigración**, que acude en busca de una mejora de su situación en el país de origen. La Comunidad de Murcia alberga uno de los mayores contingentes de inmigrantes en España que acuden a la región como mano de obra para el sector agrario, la construcción o el sector servicios. Este colectivo también tiene su importancia ya que suelen consultar en el Servicio de Urgencias Psiquiátrico no acudiendo a sus citas en los Centros de Salud Mental debido , en gran parte, a la precariedad en sus empleos; además cuando acuden suele ser por patología grave, ya que siguen teniendo el estigma de enfermedad “maligna”, sobre todo en la comunidad musulmana, y sigue habiendo un componente de enfermedad “maldita” secundaria a un castigo divino y sentimiento de vergüenza por parte de la familia, que intenta ocultar al paciente por todos los medios.

Por otra parte, el ejercicio por numerosos profesionales de la medicina defensiva ha producido un aumento del número de pruebas complementarias que se solicitan para este tipo de enfermos, lo que conlleva un aumento espectacular del gasto sanitario. La sanidad ha adquirido una enorme importancia en las últimas décadas como sector que utiliza una gran cantidad de recursos que son escasos y por su creciente participación en el producto interior bruto.

Otro punto clave es la utilización de nuevos tratamientos y protocolos en los servicios de urgencias psiquiátricos como son los antipsicóticos atípicos con menores efectos secundarios y con tendencia a utilizar la vía oral siempre que sea posible, al contrario de lo que ha ocurrido tradicionalmente ya que se usaban antipsicóticos típicos inyectables, conllevando todo un mayor riesgo de efectos adversos para estos pacientes, fundamentalmente efectos extrapiramidales.

También en los últimos años se ha producido un importante avance en la atención a los enfermos psiquiátricos con la creación de los denominados Centros de Salud Mental, que sirven como filtro y en cierta manera hacen de “Atención primaria “en Psiquiatría, reduciendo considerablemente el número de consultas hospitalarias y siendo la referencia para la práctica totalidad de los pacientes psiquiátricos que han sido atendidos en el medio hospitalario.

Estudiar el alcance de los problemas derivados de las urgencias psiquiátricas no resulta habitual, es un fenómeno del que no existen demasiados datos y ha sido escasamente estudiado. Por lo que con este estudio nos propusimos los objetivos relacionados a continuación.

1.2 OBJETIVOS

○ OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto clínico, sociodemográfico y económico de las urgencias psiquiátricas hospitalarias en el Hospital General Básico.

○ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la prevalencia de las urgencias psiquiátricas en un hospital secundario y su relación con las urgencias médico-quirúrgicas, analizando el perfil sociodemográfico de los pacientes que acuden demandando asistencia psiquiátrica urgente.
2. Analizar la frecuencia de las distintas patologías psiquiátricas, los canales de remisión del paciente y las asociaciones con variables sociodemográficas y clínicas del paciente.

3. Conocer los diferentes tratamientos farmacológicos que reciben los pacientes en su visita al hospital, así como las pruebas complementarias, porcentaje de ingresos, voluntariedad de los mismos y la utilización de medios de contención mecánica, así como su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes.
4. Analizar los factores asociados al ingreso hospitalario en planta de psiquiatría y a la utilización de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos en urgencias hospitalarias.
5. Determinar el gasto sanitario que implica la atención de los enfermos psiquiátricos en un servicio de urgencias hospitalario.
6. Evaluar los factores asociados al impacto económico de dichas urgencias.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

3.2.1. Población diana

La población sobre la que queremos extrapolar nuestros resultados es la formada por pacientes que acuden demandando asistencia sanitaria psiquiátrica a un servicio de urgencias hospitalario.

3.2.2. Población de estudio

Un grupo de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena (Murcia) antiguo Hospital Naval del Mediterráneo demandando asistencia sanitaria psiquiátrica en un período comprendido entre el 1 de Noviembre de 2011 y el 30 de Junio de 2012.

3.2.3. Criterios de inclusión

Pacientes que acuden al hospital demandando atención psiquiátrica urgente, independientemente de la patología de base, edad, sexo, estrato social, nivel cultural, raza o cualquier otro condicionante externo.

3.2.4. Criterios de exclusión

Se excluyeron todas aquellas personas que tras explicar los objetivos del estudio y pedir su consentimiento al paciente o a sus familiares o al representante legal, rechazaron formar parte del mismo. También se excluyen todos aquellos pacientes que no presentan patología psiquiátrica.

3.2.5. Tamaño de la muestra y sistema de muestreo

El tamaño de la muestra necesario para estimar la prevalencia de atención en urgencias psiquiátricas por alteraciones debidas al consumo de drogas de abuso en una población de 1495 atenciones psiquiátricas en un servicio de urgencias hospitalario, con una precisión del 4% ($e=0,04$), un nivel de confianza del 95% y una prevalencia previsible del 50% (Flovig y cols. 2009; Bagøien y cols. 2013) es de 391 pacientes. La muestra final está compuesta por 391 pacientes que suponen aproximadamente el 26%, es decir 1 de cada 4 pacientes, del total de las asistencias psiquiátricas que se realizaron en el servicio de urgencias durante el período señalado anteriormente sin declinar ninguno de los pacientes la propuesta de participación en este estudio. El número total de urgencias atendidas durante el estudio asciende a 28.003 de las cuales atenciones psiquiátricas urgentes fueron 1495, lo cual supone un 5,3% del global.

El sistema de muestreo utilizado es un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para conseguir la muestra se realizó una entrevista a cada uno de los pacientes seleccionados aleatoriamente durante el período de tiempo establecido hasta completar la muestra final que se consideró que era estadísticamente significativa para que el muestreo tuviera valor.

3.2.6. Lugar del estudio

El Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena (antiguo Hospital Naval del Mediterráneo) era un hospital de media-alta tecnología. Constaba de 260 camas de internamiento de las cuales 24 camas eran de hospitalización psiquiátrica. Junto con el Hospital Santa María del Rosell y el Hospital de los Arcos eran los encargados de prestar los

servicios sanitarios del Área II de la Comunidad Autónoma de Murcia durante el período del estudio, ya que actualmente este hospital se encuentra cerrado; el Área II de Salud de la Comunidad lo constituyen el Hospital del Rosell y el Hospital General Universitario Santa Lucía y el Área VIII Mar Menor cuyo hospital es Los Arcos.



La actividad asistencial englobaba los servicios de Psiquiatría, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Oncología, Alergia, Rehabilitación y una Unidad de Cuidados Intensivos con 6 boxes. Existían también consultas externas de las especialidades anteriormente expuestas así como de Dermatología, Oftalmología, Aparato Digestivo y Urología. En la actualidad se encuentra desalojado por haberse acabado el concierto del Servicio Murciano de Salud y el Ministerio de Defensa tras la apertura del Hospital Universitario Santa Lucía, siendo en la actualidad de propiedad castrense.

DISTRIBUCION AREAS DE SALUD EN REGION DE MURCIA

En el siguiente gráfico se muestran las Áreas de Salud que entraron en vigor el 11 de septiembre de 2009 en la que hubo una serie de modificaciones.

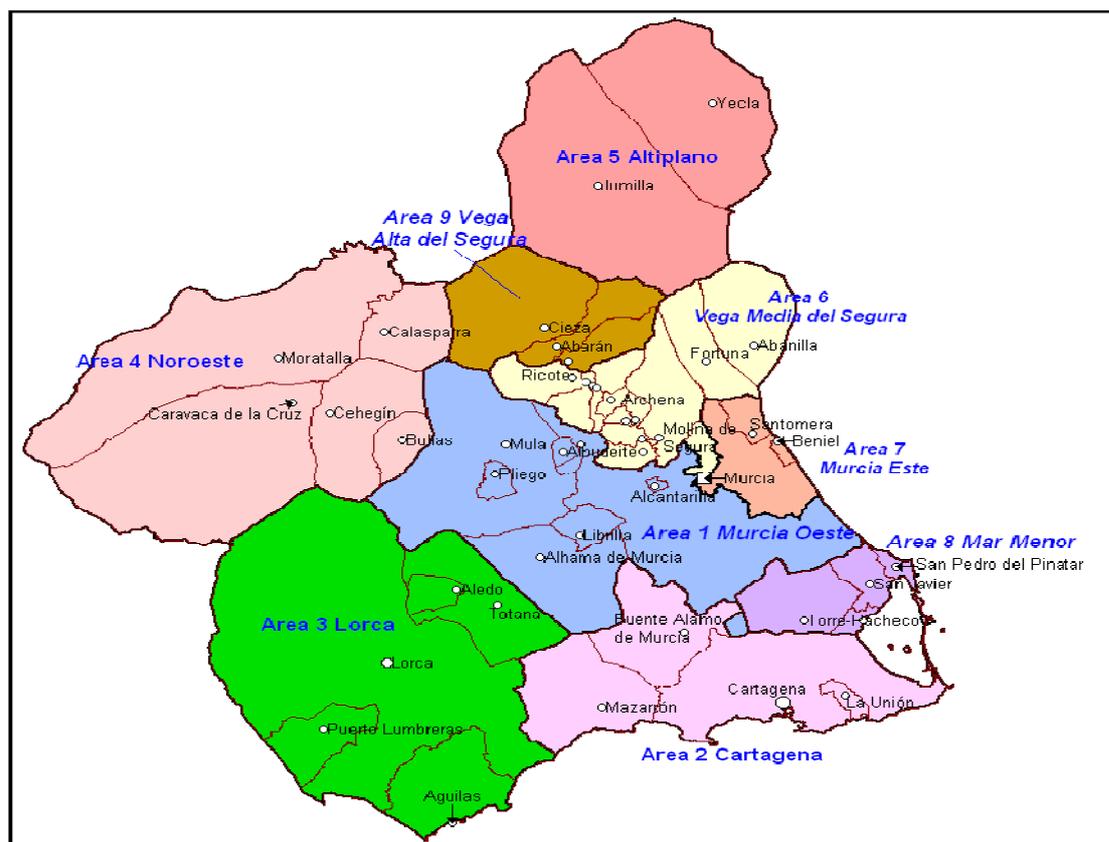


Gráfico 3. Distribución áreas de salud de la Región de Murcia.

Las novedades fueron las siguientes:

Área I (antigua): comprende actualmente el Área I Murcia Oeste cuyo hospital de referencia es Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, el Área VI Vega del Segura cuyo hospital de referencia es el Hospital General Universitario Morales Meseguer y el Área VII Murcia Este, cuyo hospital de referencia es el Hospital Universitario Reina Sofía.

Área II (antigua): comprende actualmente el Área II Cartagena con el Hospital del Rosell y el Hospital General Universitario Santa Lucía y el Área VIII Mar Menor cuyo hospital es Los Arcos.

Área VI (antigua): comprende el Área VI Vega Media del Segura cuyo hospital es el Hospital General Universitario Morales Meseguer y el Área IX Vega Alta del Segura cuyo hospital de referencia es el Hospital Vega del Rio Segura).

Cada Área de Salud tiene asignadas un número de Tarjetas de Identificación Sanitaria (TIS) y distintas zonas de salud. En el momento en que se realizó este estudio los datos son los que se expresan en la siguiente tabla (Tabla 2).

DENOMINACIÓN	POBLACIÓN TIS	Nº ZONAS DE SALUD
ÁREA DE SALUD I – MURCIA OESTE	242.175	14
ÁREA DE SALUD II - CARTAGENA	273.135	17
ÁREA DE SALUD III - LORCA	180.849	11
ÁREA DE SALUD IV - NOROESTE	72.692	6
ÁREA DE SALUD V -ALTIPLANO	62.704	3
ÁREA DE SALUD VI – VEGA MEDIA DEL SEGURA	247.910	17
ÁREA DE SALUD VII – MURCIA ESTE	209.652	12
ÁREA DE SALUD VIII – MAR MENOR	104.172	5
ÁREA DE SALUD IX – VEGA ALTA DEL SEGURA	55.177	4
TOTAL	1.448.848	89

Tabla 2. Tarjetas de identificación sanitaria en cada zona de salud

3.2.7. Recogida de datos

A su llegada al hospital se informó a los pacientes de los objetivos del estudio y se les solicitó a ellos o a sus familiares y/o representantes legales el consentimiento para la participación en el mismo. El 100% de los pacientes y/o familiares a los que se les ofreció participar aceptaron formar parte del proyecto de investigación.

El cuestionario se realizó al ingreso del paciente en el Servicio de Urgencias y se completó a lo largo de la estancia del paciente en el citado servicio. Se adjunta un diagrama representativo del proceso de atención individualizado a cada persona que acude a urgencias y las variables obtenidas en cada una de las fases del estudio (Figura 1).

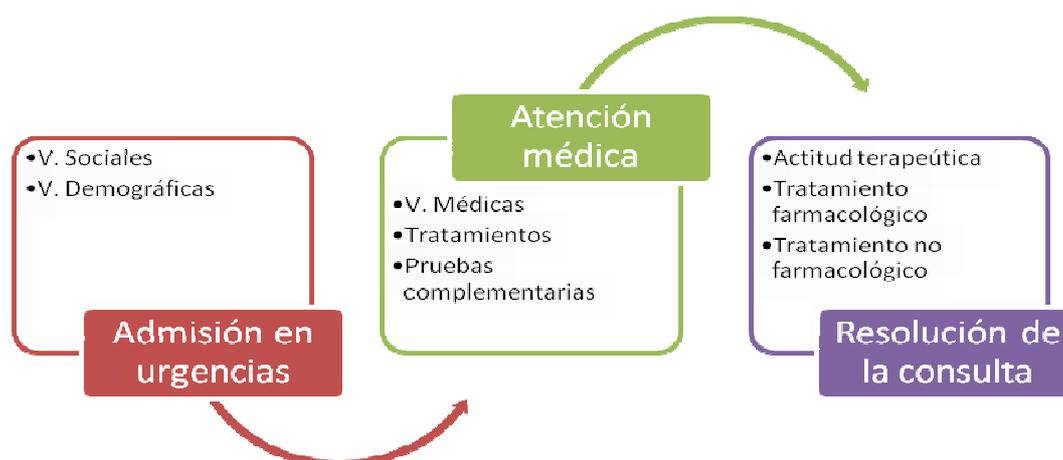


Figura 1. Proceso atención individualizado al paciente

Se diseñó una hoja de recogida de datos consistente en 39 ítems con la colaboración de los psiquiatras del centro, en la cual se recogen variables sociodemográficas, procedencia de los pacientes, así como todos los datos referentes a la patología orgánica/psiquiátrica y a todos los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos a que son sometidos los pacientes.

La hoja de recogida de datos se entregó siempre por el personal que atendió profesionalmente a los pacientes.

La cumplimentación de la hoja de datos se realizó bien en el box de entrevista psiquiátrica bien en las camas de observación psiquiátrica habilitadas en el servicio de urgencias en número de seis, atendidas por un profesional de la enfermería, un auxiliar de clínica y un celador.

Las dudas que surgieron a los profesionales durante la realización de la hoja de recogida de datos fueron resueltas al instante por personal cualificado para ello, en nuestro caso el Psiquiatra.

A cada paciente se le realizó, un cuestionario compuesto por las siguientes variables, algunas de las cuales no se han obtenido del enfermo, siendo los familiares y los servicios de emergencia que lo transportan hasta el hospital, los encargados de transmitir la información:

Variables sociodemográficas (Edad, Sexo, Nivel de Estudios, Situación laboral, Estado Civil, Inmigrantes y tiempo en España) (ítem 1 a 16).

Variables que exploran la procedencia del paciente (ítem 17) y circunstancias temporales de la asistencia al paciente como son el día de la semana y la hora de llegada al servicio de urgencias (ítem 5 y 7 respectivamente).

Variables médicas que abordan aspectos relativos a la patología orgánica concomitante, al tratamiento psiquiátrico previo, y a las visitas a urgencias en los últimos 6 meses; también las variables que inquieran particularidades del proceso que padece el paciente, consumo de tóxicos, motivo de consulta, diagnóstico y si precisa la intervención de los servicios sociales (ítem 18 a 25).

Variables referentes al tratamiento aplicado al paciente, necesidad de contención mecánica, realización de pruebas complementarias, realización de TAC CRANEAL, determinación de tóxicos en orina, y necesidad de despistaje de organicidad (ítem 26 al 31).

Variables que abordan aspectos relativos al ingreso en psiquiatría, criterios primarios y secundarios de ingreso, derivación del paciente y tratamiento al alta (ítem 32 a 39).

Variable que analiza el gasto sanitario de cada una de las urgencias psiquiátricas atendidas calculado en base a las tarifas que aplicaba el Servicio Murciano de Salud publicadas en el BORM N° 31 del sábado 7 de febrero de 2009 por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables, todo ello publicado en la Orden de 23 de enero de 2009 de la Consejería de Economía y Hacienda. Se toman como referencia los siguientes precios:

Consulta de urgencia psiquiátrica: 235,13€

Cama en planta de psiquiatría: 236,17€ por día

Cama de observación en urgencias: 260,1€ por día

Consulta médica por psiquiatra: 84,27€

Consulta médica por médico no psiquiatra: 260,1

Pruebas estándar (ECG, analítica de sangre, radiología):140€

TAC craneal :178,33€

Determinación de drogas en orina: 6,24€

3.2.8. Características de la muestra

La distribución por género de la muestra es de 184 hombres (47%) y 207 mujeres (53%) (Gráfico 4).

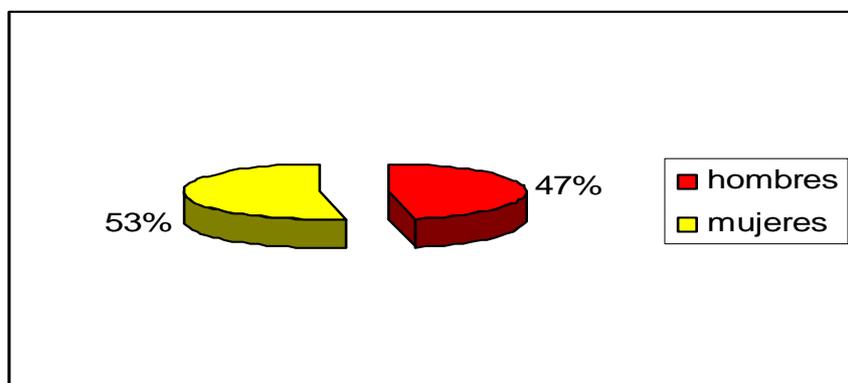


Gráfico 4. Distribución muestra por género

La edad media de los pacientes es de 39,49 años, con un rango de edades comprendido entre 10 y 87 años (Gráfico 5).

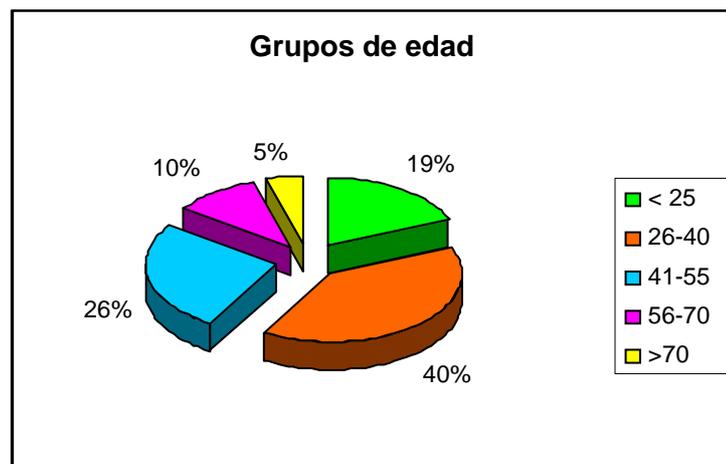
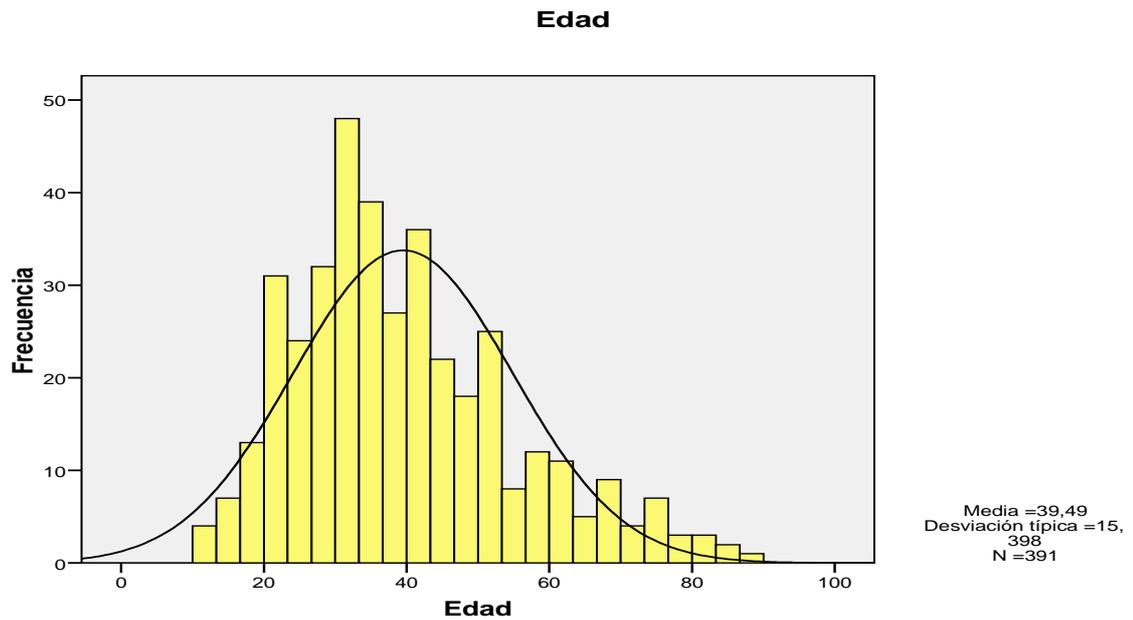


Gráfico 5. Distribución muestra por edad

La distribución por días de la semana nos muestra que el día de mayor afluencia son los miércoles (20%), seguidos por los lunes (19%) (Gráfico 6).

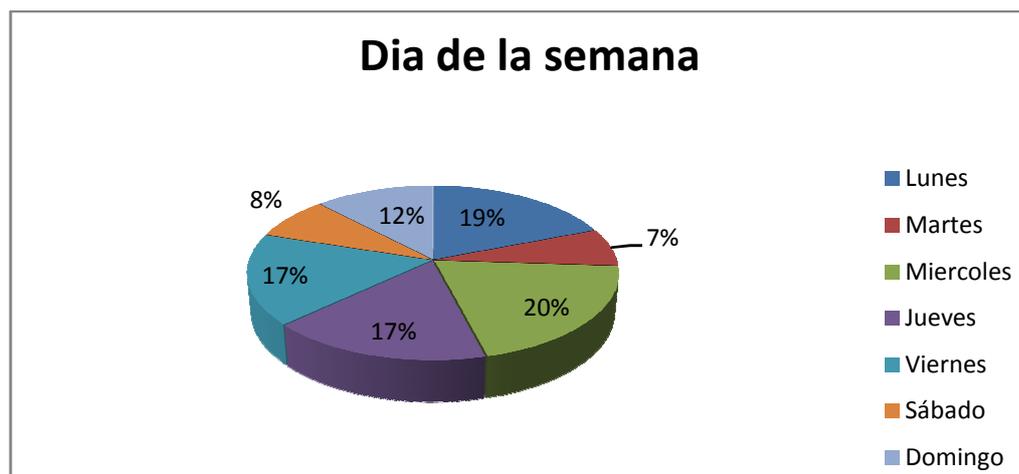


Gráfico 6. Distribución muestra por día de la semana.

3.3. CONTROLES DE CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS

Los controles metodológicos que garantizaron la comparación de los grupos de estudio y la generalización de las conclusiones, es decir, la forma en que se evaluó la validez interna y externa del estudio, se exponen a continuación.

Los datos extraídos de las historias clínicas se consignaron sobre un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) diseñado para este propósito, y que contenía precodificadas las variables del estudio. Se asignó un número de caso a cada paciente evaluado.

La correcta interpretación de los datos obtenidos en los distintos CRDs precisó del control previo de los distintos errores que pudieran haber coincidido en la historia clínica, deteriorando su calidad y limitando el alcance de sus resultados. La calidad de la información recogida dependió de las personas que realizaron tal actividad y todo el proceso de análisis puede ser erróneo si los datos no son recogidos correctamente, por ello se realizó:

a) Un control de los CRDs: se procedió a la revisión y corrección de errores e inconsistencias subsanables de todos y cada uno de estos cuadernos.

b) Un control de la información obtenida realizada como parte integrante y previa al análisis estadístico de los datos cuantitativos. El tratamiento de los datos obtenidos implicó cinco fases:

1. Introducción de datos en el ordenador.
2. Depuración de los datos.
3. Transformación de los datos.
4. Análisis exploratorio o análisis preliminar de los datos.
5. Análisis estadístico de datos propiamente dicho.

1.- La fase de introducción de datos implicó pasar del dato bruto al dato codificado e introducido en el ordenador manualmente mediante el teclado. Por dato bruto se entiende el dato procedente de los folios de resumen de los cuestionarios de cada paciente, tal y como se ha recogido. A continuación se procedió a la transformación de los datos del CRD en símbolos alfanuméricos, es decir, a su codificación. El dato codificado implicó, generalmente, la asignación de números a los distintos valores o categorías de las variables. La introducción de los datos codificados para su almacenamiento en una base de datos informatizada se realizó a través del programa estadístico SPSS 19 (SPSS para Windows 2007. Versión 19.0. Chicago: SPSS Inc.).

La introducción de los datos fue protegida para disminuir los errores de grabación. Se utilizaron como técnicas de detección y corrección de errores las recomendadas en 1989 por Stellman:

- Valores fuera de rango o no permitidos: para la detección de estos errores se realizó un análisis descriptivo de todas las variables que componían el fichero de datos. Así se pudo comprobar si existían valores fuera de rango, es decir, valores que no debían aparecer o que no estaban permitidos.

- Pruebas lógicas y de incoherencia en los datos: se utilizaron tablas de frecuencias cruzadas o tablas de contingencia para comprobar las inconsistencias que podían darse entre dos variables o ítems, y si las distribuciones conjuntas de variables tomaban valores verosímiles.

2.- La depuración de datos consistió en la detección y corrección de los posibles errores que se pudieran haber cometido en la fase anterior, además de comprobar la calidad de los datos. La calidad de los datos tiene que ver con el grado en que los datos codificados e introducidos en el ordenador son fiel reflejo de los datos brutos.

Se hizo una estimación de todos los posibles errores que podía tener la matriz de datos. Este procedimiento no sólo se realizó para detectar y corregir errores, sino también para estimar la calidad de los datos, y de ser necesario repetir la fase de grabación de los mismos.

Con la estimación de errores se perseguían al menos dos objetivos: en primer lugar, conocer la calidad del proceso de introducción de datos en el soporte informático, y en segundo lugar, conocer la calidad de los datos una vez pasados por las técnicas de detección y corrección de errores.

La estimación de estos errores se basó en una muestra de datos que proporcionó información cuantitativa acerca de la cantidad de error que contenía la matriz de datos. Se realizó de la siguiente manera:

1. Se seleccionó una muestra del 10% de los pacientes evaluados (391 casos) mediante muestreo aleatorio sistemático (1 de cada 10).

2. Se detectaron los errores cotejando si los datos codificados e introducidos en la matriz de datos SPSS 19 coincidían con los datos brutos de los CRDs.

3. Se realizó una estimación puntual del porcentaje de errores que existían en la matriz de datos, según la fórmula:

$$\text{Porcentaje de error (PE)} = \frac{\text{Número de errores}}{\text{Nº de casos} \times \text{nº variables}} \times 100$$

Aunque no existen estudios rigurosos sobre el valor estimado que puede tener este porcentaje de errores, este número podría estar cercano al 0,05% o, lo que es lo mismo, un error cada 2.000 datos, antes de pasar por la fase de detección y corrección de errores. Un porcentaje mayor sería inaceptable, ya que podría producir fuertes distorsiones en los análisis estadísticos posteriores.

3.- La transformación de los datos estuvo relacionada con las operaciones que se realizaron a partir de los datos codificados. Tiene que ver con la gestión de variables y sujetos: recodificación, transposición, cálculo de nuevas variables, etc.

4.- En el análisis exploratorio o análisis preliminar de datos. Esta exploración inicial se realizó con el propósito de detectar casos aislados y observaciones atípicas (outliers), para analizar los datos perdidos (missing) y para la comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de los Test que se emplearon en el análisis estadístico.

a) Casos aislados (outliers y extremos): son observaciones con valores extremos en una variable y son reconocibles por ser notoriamente distintos de las restantes observaciones. No todos los casos aislados son necesariamente problemáticos en el análisis estadístico, pero a veces pueden convertirse en observaciones influyentes, distorsionando los resultados.

La existencia de casos aislados (outliers o extremos) se detectó mediante gráficos de Caja o Boxplot. Tras comprobar que no constituían realmente ningún error de introducción de datos o de codificación, es decir, que eran casos que tenían valores extraordinariamente diferentes al resto del grupo, y dado que su presencia podía llevar a cometer graves errores de interpretación de la información, se decidió acudir a estadísticos y contrastes distintos de los habituales. A la hora de informar de nuestros datos hemos incluido también aquellos estadísticos estimadores que menos dependen o que son menos sensibles a la presencia de este tipo de casos (outliers y atípicos) como son los estimadores robustos.

b) Datos perdidos (missing): es frecuente encontrarse con variables en las que o bien faltan sus valores o bien su codificación es confusa, en estos casos se dice que estas variables contienen valores perdidos. La importancia de tener en consideración estos datos se debe a que pueden afectar a la posible generalización de los resultados encontrados, su presencia también tiene impacto sobre los requisitos del tamaño muestral, en ocasiones reduciendo en exceso el tamaño de la muestra y, en consecuencia disminuyendo la potencia de los contrastes que se realicen y aumentando los intervalos de confianza de nuestras estimaciones. Por otra parte es posible que la información que falte no se distribuya de manera aleatoria, sino sistemáticamente, por lo que sería un error dejarlos fuera del análisis.

Para la identificación de los datos perdidos (missing) se utilizó la macro ExaReg para SPSS con la que se obtuvo la descripción de: las variables una vez eliminados los sujetos con algún valor desconocido, la distribución de frecuencias del número de valores desconocidos

por caso, el número total (suma) y número medio de valores desconocidos por variable y por último un listado de casos con algún valor desconocido.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La explotación estadística de los datos de la investigación siguió, como cualquier proceso analítico, un proceso secuencial que se inició con el tratamiento de los datos obtenidos (que implicó las cinco fases mencionadas en el apartado previo).

Tras el análisis exploratorio o análisis preliminar de datos en el que se detectaron los posibles casos extremos o outliers (que podían de algún modo distorsionar los resultados), se analizó la existencia de casos missing, y se procedió a la comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de las técnicas que se emplearon en el análisis estadístico, como son el supuesto de normalidad y el de homocedasticidad.

Se consideraron dos formas de obtener información sobre la normalidad de la distribución: gráficamente y mediante las pruebas de normalidad. A su vez dentro de la opción gráfica se utilizó el Histograma con curva normal y los Gráficos de probabilidad normal con tendencia. La segunda forma de comprobar la normalidad de una distribución se efectuó a través de un contraste de hipótesis. La prueba específica para contrastar si los datos procedían de una población con distribución normal fue la prueba de Lilliefors. Ésta es una derivación del test de Kolmogorov-Smirnov, que resulta especialmente útil en aquellos casos en los que se desconocen las medias y las varianzas poblacionales, teniendo que ser estimadas a partir de los datos muestrales. La hipótesis nula que se pone a prueba es que los datos proceden de una población con distribución normal. El nivel de significación utilizado ha sido $p < 0,05$.

Sin embargo, estos test se deben interpretar con cautela, pues si el número de casos de la muestra es muy grande, bastará una pequeña desviación de la normalidad para que el test arroje un resultado significativo y se rechace la hipótesis de normalidad. Son unos test que se dejan influir mucho por el tamaño de la muestra, por este motivo es conveniente usar una combinación de enfoques para juzgar la adaptación de una variable a la normalidad. Se puede aceptar que una variable sigue una distribución normal si cumple los siguientes tres requisitos:

1.- Prácticamente el 100% de los valores deben estar entre la media y 3 desviaciones estándar por encima y por debajo.

2.- La distribución debe ser simétrica. La asimetría, en valor absoluto, deberá ser menor que dos veces su error estándar.

3.- La distribución deber ser mesocúrtica. La curtosis, en valor absoluto, deberá ser menor que dos veces su error estándar.

Por último, en la fase de análisis de datos propiamente dicha se aplicaron todas las técnicas estadísticas destinadas a dar respuesta a los objetivos propios de la investigación, o a contrastar las hipótesis que se plantearon.

Para describir las características de la muestra, el análisis estadístico realizado constó de una parte descriptiva y otra inferencial. Los resultados, adecuadamente categorizados y variabilizados (anexo I), se analizaron mediante el paquete estadístico SSPS 19.0. Los programas aplicados han sido:

3.4.1. Análisis univariante o distribución simple de frecuencias

Se utiliza la estadística descriptiva: se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar, o típicas, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Cuando las variables analizadas tenían desviaciones elevadas, se incluyó el cálculo de otras medidas de tendencia central, como medianas o modas, y estimadores robustos. La realización de estos análisis se hizo de toda la muestra y también diferenciando por grupos de estudio. Se realizó el cálculo de intervalos de confianza del 95% tanto para medias como para proporciones.

3.4.2. Análisis bivalente o asociación entre variables

Se utilizaron pruebas estadísticas inferenciales: para las comparaciones entre variables se utilizó el análisis bivalente. Se compararon las puntuaciones de cada variable dependiente con las variables independientes mediante métodos estadísticos paramétricos, y no paramétricos cuando no se cumplían los criterios de aplicación de dichos análisis y de dichos valores. Todos los resultados se consideraron significativos estadísticamente a $p < 0,05$.

1) En el caso de que las variables siguieran la distribución normal, se describió una o varias de las técnicas siguientes:

- Si una variable era de tipo cuantitativo y la otra categórica, para la comparación de las medias con una variable dicotómica se utilizó la prueba estadística t de Student. En los casos en que la variable cualitativa tenía más de 2 categorías, se utilizó el análisis de la varianza de una vía (ANOVA). Previamente, se comprobó el supuesto de normalidad de la forma que se ha mencionado anteriormente. Aunque algunos estudios han demostrado que la ANOVA es robusta frente a violaciones de la normalidad, es decir, tiene consecuencias inapreciables sobre las tasa de error Tipo I y Tipo II, a menos que las poblaciones sean muy sesgadas o exista un número muy pequeño de casos.

El supuesto de homocedasticidad (u homogeneidad de varianzas) se comprobó con la prueba de Levene. Cuando se pudo asumir que las varianzas poblacionales eran iguales se utilizó el estadístico F de la ANOVA, a un nivel de significación de p menor de 0,05. Cuando no se pudo asumir que las varianzas poblacionales eran iguales se utilizó el estadístico de Brown-Forsytheo el estadístico de Welch, que representan una alternativa robusta al estadístico F del ANOVA, y que se distribuyen según el modelo de probabilidad F, pero con los grados de libertad corregidos. El estadístico F de la ANOVA (o el estadístico de Brown-Forsythe o el de Welch) únicamente permite contrastar la hipótesis general de que los promedios comparados son iguales.

Para saber qué media difiere de qué otra se utilizaron los contrastes denominados comparaciones múltiples post-hoc o a posteriori:

Cuando se pudo asumir varianzas iguales (prueba de Levene con p mayor de 0,05), y la no igualdad de medias (estadístico F con p menor 0,05) seleccionamos como método de comparación post-hoc (a posteriori) el método de Scheffe, que no requiere que el tamaño de los grupos sea igual.

Cuando no se pudo asumir varianzas iguales (prueba de Levene con p menor de 0,05), y el estadístico de Brown-Forsythe o el estadístico de Welch informan que las medias poblacionales no son iguales (p menor 0,05), utilizamos el método de Games-Howell.

2) En el caso de que las variables no siguieran la distribución normal como ocurre en nuestro trabajo con el gasto sanitario se utilizaron pruebas no paramétricas para la evaluación de si existían diferencias estadísticamente significativas de esta variable en función de variables sociodemográficas, antecedentes clínicos del paciente y variables obtenidas de la urgencia psiquiátrica:

Si una variable era cuantitativa y la otra cualitativa, el test a aplicar fue el test de la U de Mann-Whitney cuando la variable cualitativa tenía 2 niveles, y el test de Ruskall-Wallis si la medición cualitativa estaba formada por 3 niveles o más.

Si ambas variables eran de tipo categórico, no se comprobó la normalidad, y se realizó una tabulación cruzada (tablas de contingencia) empleando el estadístico chi-cuadrado de Pearson para contrastar la hipótesis de independencia (en tablas $r \times s$) o el test de Fisher (en tablas 2×2). Se realizó un análisis de residuos tipificados corregidos con la finalidad de interpretar el significado de la asociación detectada. Los residuos son la diferencia entre las frecuencias observadas y esperadas de cada casilla. Los residuos tipificados corregidos se interpretaron como una variable estandarizada con distribución normal, esto quiere decir que un residuo con un valor superior a $+ 1,96$ indicaba que había una relación entre ambas categorías (de las 2 variables nominales) a un nivel de confianza del 95%, y un valor superior a $+ 2,58$ indicaba que había una relación entre ambas categorías (de las 2 variables nominales) a un nivel de confianza del 99%. Cuanto mayor es el valor del residuo mayor es la relación. El signo $+$ indica la dirección positiva o negativa de la relación. Básicamente, el análisis de los residuos utiliza la idea de la ji-cuadrado para estudiar de una manera más pormenorizada la tabla de contingencia: en lugar de ver si las dos variables están relacionadas estudiamos la relación entre cada pareja de categorías. Como se suele trabajar con un nivel de confianza del 95% basta con fijarse en los residuos mayores o menores que 1,96. Lo que viene a decir el residuo es que la proporción de la “fila” encontrada (en la casilla donde está el residuo) es significativamente mayor (o menor) de lo que pronostica la hipótesis nula de independencia (ausencia de relación entre las variables).

Se trata de saber qué variables se relacionan significativamente entre sí. El programa utilizado aplica el test “chi cuadrado” (estadístico de Pearson), probabilidad obtenida y el

mínimo valor esperado. Hay que subrayar que hemos cruzado entre sí todas las variables en que se desglosó el estudio, buscando las posibles asociaciones.

El proceso seguido si dos variables están relacionadas significativamente es el siguiente: observamos que todas las frecuencias sean mayores que la unidad y que el 20% de todas ellas sean iguales o superiores a 5; si es así, relacionamos como significativas las asociaciones con un estadístico de Pearson que represente una probabilidad P menor o igual a 0,05.

Hemos de aclarar que muchas veces no se cumple la premisa en relación a los valores esperados, debido a una distribución inadecuada de las marcas de clase entre sí (si su contenido lo permite en buena lógica), o eliminando las marcas de clase cuya frecuencia es demasiado pequeña o cuyo contenido no nos interesa. Una vez reestructurada cada variable se vuelve a aplicar el programa para el análisis bivariante.

En las tablas de contingencia 2x2 con grado de libertad 1, hemos aplicado el “Test exacto de Fisher” (test que compara exactamente dos muestras) en aquellos casos que el test de la “chi cuadrado” no podía ser utilizado, al ser el mínimo valor esperado inferior a la unidad.

- V de Kramer:

Medida del grado de asociación que se basa en la Chi cuadrado. Tiene un valor entre 0 y 1, y puede alcanzar el 1 para tablas de cualquier dimensión. Cuando su valor se sitúa en 0, refleja una indiferencia cualquiera y cuando alcanza la unidad indica una dependencia total en las cualidades.

- Coeficiente de contingencia:

Al igual que la V de Kramer, el coeficiente de contingencia se utiliza para describir la fuerza de asociación en una muestra. Su límite superior es el de una función del número de categorías. El índice puede alcanzar la unidad.

- T de Student:

Es una distribución de probabilidad que surge del problema de estimar la media de una población normalmente distribuida cuando el tamaño de la muestra es pequeño.

Aparece de manera natural al realizar la prueba de t de Student para la determinación de las diferencias entre dos medias muestrales y para la construcción del intervalo de confianza para la diferencia entre las medias de dos poblaciones cuando se desconoce la desviación típica de una población y ésta debe ser estimada a partir de los datos de una muestra.

3.4.3. Análisis de varianza factorial

Los modelos factoriales de análisis de varianza (factorial = más de un factor) sirven para evaluar el efecto individual y conjunto de dos o más factores (variables independientes categóricas) sobre una variable dependiente cuantitativa.

En un modelo de dos factores, los efectos de interés son tres: los dos efectos principales (uno por factor) y el efecto de la interacción entre ambos factores. En un modelo de tres factores, los efectos de interés son siete: los tres efectos de las interacciones dobles (uno por cada interacción entre cada dos factores) y el efecto de la interacción triple (entre los tres factores).

El procedimiento univariante incluye todos estos modelos factoriales de ANOVA. Pero, además, ofrece la posibilidad de trabajar tanto con factores de efectos fijos como con factores de efectos aleatorios. También permite llevar a cabo análisis de la covarianza y análisis de regresión, y utilizar modelos aleatorizados en bloques y modelos jerárquicos o con factores anidados.

En un análisis de varianza factorial existe una hipótesis nula por cada factor y por cada posible combinación de factores:

La hipótesis nula referida a un factor afirma que las medias de las poblaciones definidas por los niveles del factor son iguales.

La hipótesis referida al efecto de una interacción afirma que tal efecto es nulo.

Para contrastar estas hipótesis, el ANOVA factorial se sirve de estadísticos F basados en la lógica.

3.4.4. Regresión logística

La regresión logística es probablemente el tipo de análisis multivariante más empleado en Ciencias de la Vida. Las razones más poderosas son:

Permite introducir como variables predictoras de la respuesta (efecto o v. dependiente) una mezcla de variables categóricas y cuantitativas.

A partir de los coeficientes de regresión de las variables independientes introducidas en el modelo se puede obtener directamente la OR de cada una de ellas, que corresponde al riesgo de tener el resultado o efecto evaluado para un determinado valor respecto al valor disminuido en una unidad.

En la regresión logística la variable dependiente es categórica, habitualmente dicotómica (RL binaria), lo que constituye una circunstancia muy frecuente y simple de representar fenómenos en la naturaleza y en ciencias de la vida. Esto hace a este tipo de análisis el ideal para aplicar en los estudios de casos y controles, estudios en los que los casos tienen algo (habitualmente una enfermedad, un efecto o un desenlace) y los controles no.

Lo que se pretende mediante la RL es expresar la probabilidad de que ocurra un evento en cuestión como función de ciertas variables, que se presumen relevantes e influyentes.

3.5. AFIRMACION EXPLICITA DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS Y LEGALES

La presente investigación se ha realizado bajo el compromiso de cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder llevar a cabo este tipo de estudios. Asimismo se ha respetado en todo momento la normativa vigente que garantiza la confidencialidad de los datos de carácter personal y su tratamiento automatizado de acuerdo a la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal.

En concreto se ha tenido especial cuidado en el cumplimiento de los siguientes aspectos éticos:

Confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio.

Almacenaje y mantenimiento de los datos recogidos, debidamente disociados, en lugar seguro impidiendo que ninguna persona que no pertenezca al equipo investigador pueda hacer uso de los mismos.

Inocuidad de los resultados del estudio para todos los participantes en la investigación.

En el Anexo I se recogen todas las variables incluidas en el estudio tal y como fueron registradas en la hoja de recogida de datos, recogándose en el Anexo II la agrupación de diferentes variables.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

4.1. FRECUENCIAS SIMPLES

4.1.1. Variables sociodemográficas

Género

En nuestra muestra encontramos que el 47,1% de los pacientes son varones, siendo el 52,9% mujeres (Tabla 3).

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	184	47,1	47,1
Mujer	207	52,9	100
Total	391	100	

Tabla 3. Distribución por género.

Edad

Con respecto a la variable *edad*, la media encontrada fue de 39,49 años (SD= 15,39), con una edad mínima de 10 años y máxima de 87 años (Tabla 4).

VALIDOS	391
Media	39,49
Desviación típica	15,39
Edad máxima	87
Edad mínima	10

Tabla 4. Rango de edad de la muestra.

A continuación se expone el histograma de la variable edad donde se observa un predominio claro de los individuos en la tercera década de la vida, siendo el rango entre 40 y 50 años también un grupo que constituye una parte importante de la casuística de este trabajo(Figura 2).

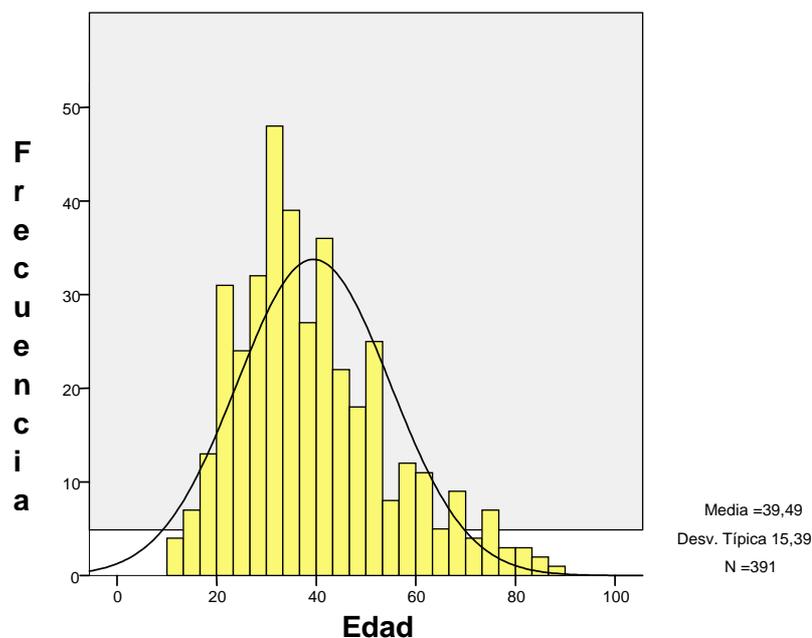


Figura 2 .Histograma de la distribución por edad.

Para la utilización de la variable edad en el estudio agrupamos a los pacientes en cinco grupos etarios: menores de 25 años (18,7%), de 26 a 40 años (39,9%), de 41 a 55 años (26,1%), de 56 a 70 años (10,5%) y mayores de 70 años (4,9 %) (Tabla 5).

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<25	73	18,7	18,7
26-40	156	39,9	58,6
41-55	102	26,1	84,7
56-70	41	10,5	95,1
>70	19	4,9	100
Total	391	100	

Tabla 5. Distribución por grupos de edad.

Estado civil

El porcentaje mayoritario fueron pacientes casados (40,2%), siendo los solteros el segundo grupo más numeroso con un 36.6% y los pacientes en estado de viudedad asciende solamente a un 4.1% del total de casos que son atendidos en el servicio de urgencias (Tabla 6).

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de datos	4	1	1
Soltero	143	36,6	37,6
Casado	157	40,2	77,7
En pareja	27	6,9	84,7
Viudo	16	4,1	88,7
Separado	44	11,3	100
Total	391	100	

Tabla 6. Distribución por estado civil.

Nivel de estudios

El porcentaje mayoritario fue de pacientes con estudios primarios (57,8%) (Tabla 7 y Figura 3).

Nivel de estudios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de datos	54	13,8	13,8
Primarios	226	57,8	71,6
Medios	58	14,8	86,4
Superiores	18	4,6	91
Sin estudios	35	9	100
Total	391	100	

Tabla 7. Distribución por nivel de estudios.

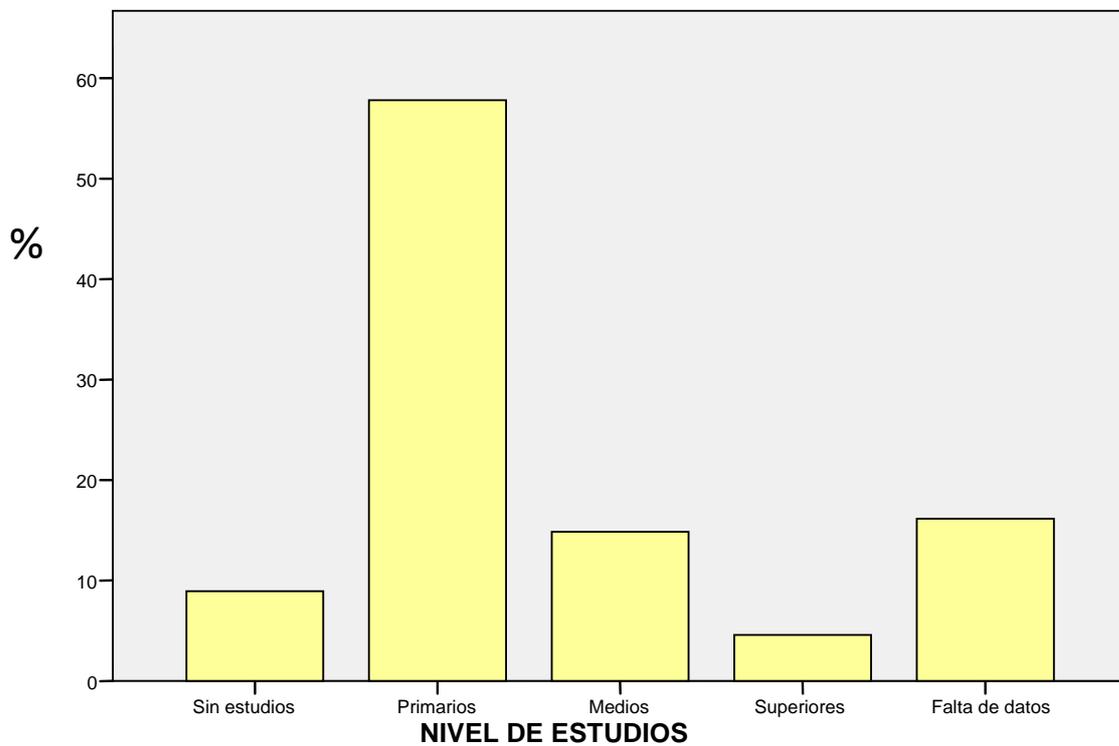


Figura 3. Distribución del nivel de estudios.

Situación laboral

Encontramos una mayoría de pacientes laboralmente activos en el momento del estudio (29,9%), estando en situación de desempleo un 28,9% (Tabla 8).

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de datos	14	3,6	3,6
En activo	117	29,9	33,5
Baja laboral	73	18,7	52,2
Pensión por invalidez	30	7,7	59,8
Jubilados	44	11,3	71,1
Desempleados	113	28,9	100
Total	391	100	

Tabla 8. Distribución por situación laboral.

Hospital de referencia

Con un 97,2% el Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena (antiguo Hospital Naval del Mediterráneo) es el centro de referencia de prácticamente la totalidad de los pacientes (Tabla 9).

Hospital de referencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de datos	1	0,3	0,3
Hospital Naval	380	97,2	97,4
Hospitales del S.M.S	5	1,3	98,7
Hospital extraprovincial	5	1,3	100
Total	391	100	

Tabla 9. Distribución por hospital de referencia.

Inmigrante

El 91,6% de los sujetos de este estudio son españoles, y dentro de la población inmigrante los sudamericanos y los magrebís son los mayoritarios, suponiendo un 3,1% del total. Destaca el bajo porcentaje de pacientes de raza subsahariana, solamente un 0,3%, que solicitan ayuda psiquiátrica urgente (Tabla 10).

Inmigrante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	358	91,6	91,6
Sudamericano	12	3,1	94,6
Magrebí	12	3,1	97,7
Subsahariano	1	0,3	98
Este Europa	7	1,8	99,7
Centroamérica	1	0,3	100
Total	391	100	

Tabla 10. Distribución por procedencia de los inmigrantes.

Tiempo en España

En el grupo de los inmigrantes, hasta el 42,41% vivían en España entre 1-5 años; solamente un 3% de los pacientes estaban en España más de 10 años (Tabla 11).

Tiempo en España	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 1 año	7	21,21	21,2
Entre 1-5 años	14	42,42	63,6
Entre 5-10	11	33,33	97
> 10 años	1	3,03	100
Total	33	100	

Tabla 11. Distribución por tiempo en España de los inmigrantes.

4.1.2. Variables que exploran la cronología de la llegada del paciente y la procedencia

Hora de llegada

Con respecto a la hora de llegada la mayor presión asistencial es desde las doce del mediodía a las seis de la tarde con un 32,7% (Tabla 12).

Hora de entrada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
00.00-06.00	50	12,8	12,8
06.00-12.00	113	28,9	41,7
12.00-18.00	128	32,7	74,4
18.00-00.00	100	25,6	100
Total	391	100	

Tabla 12. Distribución por hora de llegada.

Día de la semana

El día de la semana con mayor frecuentación al servicio de urgencias es el miércoles con el 19,7% y el lunes con un 18,7%, siendo el día con menos afluencia a las urgencias los martes con un 7,2% (Tabla 13 y figura 4).

Día de la semana	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Lunes	73	18,7	18,7
Martes	28	7,2	25,8
Miércoles	77	19,7	45,5
Jueves	67	17,1	62,7
Viernes	66	16,9	79,5
Sábado	32	8,2	87,7
Domingo	48	12,3	100
Total	391	100	

Tabla 13. Distribución por día de la semana.

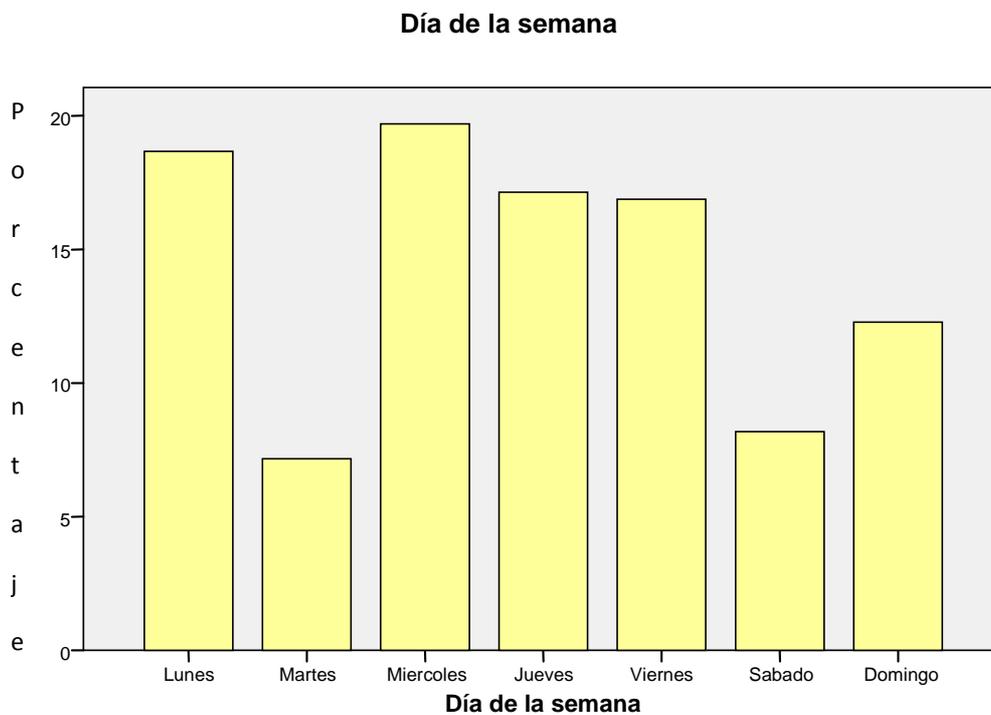


Figura 4. Distribución del día de la semana.

Mes

En cuanto al mes, la muestra del estudio se recoge desde Noviembre de 2011 hasta Junio de 2012; no obstante encontramos que en Mayo con un 19,2% existe la mayor demanda (Tabla 14).

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Noviembre	50	12,8	12,8
Diciembre	46	11,8	24,6
Enero	70	17,9	42,5
Febrero	29	7,4	49,9
Marzo	53	13,6	63,5
Abril	45	11,5	75
Mayo	75	19,2	94,2
Junio	23	5,9	100
Total	391	100	

Tabla 14. Distribución por mes del año.

Remitido a urgencias por

Los pacientes acuden a la consulta de urgencias hospitalarias mayoritariamente a petición propia (34,3%) (Tabla 15).

Remitido por	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Falta de datos	1	0,3	0,3
A petición propia	134	34,3	34,5
Lo lleva la familia	114	29,2	63,7
Por la policía	14	3,6	67,3
Por el 112-061	32	8,2	75,4
Por el SUAP	30	7,7	83,1
Por atención primaria	16	4,1	87,2
Por centro de salud mental	15	3,8	91
Por otra especialidad	2	0,5	91,6
Por otro hospital	33	8,4	100
Total	391	100	

Tabla 15. Distribución por canal de remisión del paciente.

4.1.3. Variables médicas

Patología orgánica concomitante

En cuanto a la patología orgánica concomitante, la gran mayoría (60,4%) no padece comorbilidad física, siendo los problemas cardiovasculares los más frecuentes entre los afectos (10,2%) (Tabla 16).

Patología acompañante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ausencia patol.	236	60,4	60,4
Pat.Cardiovascular	40	10,2	70,6
Pat.Neumológica	18	4,6	75,2
Pat. Ginecológica	2	0,5	75,7
Pat. Neurológica	20	5,1	80,8
Pat. Digestiva	14	3,6	84,4
Pat.Reumatológica	15	3,8	88,2
Pat. Endocrina	27	6,9	95,1
Pat.Infecciosa	14	3,6	98,7
Miscelánea	5	1,3	100
Total	391	100	

Tabla 16. Distribución por patología concomitante.

Tratamiento psiquiátrico previo

El 51,7% de los enfermos llevan tratamiento pautado en el Centro de Salud Mental (Tabla 17).

Tratamiento psiquiátrico/ prescriptor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	79	20,2	20,2
Atención primaria	48	12,3	32,5
En Centro de Salud Mental	202	51,7	84,1
Psiquiatra privado	25	6,4	90,5
Otro especialista	7	1,8	92,3
Por cuenta propia	1	0,3	92,6
En urgencias	29	7,4	100
Total	391	100	

Tabla 17. Distribución por prescripción del tratamiento previo.

Ingresos psiquiátricos previos

En nuestra muestra el 67,3% de los pacientes no tienen ingreso psiquiátrico previo, habiendo estado ingresado el 32,7% (Tabla 18).

Ingresos psiquiátricos previos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	263	67,3	67,3
Sí	128	32,7	100
Total	391	100	

Tabla 18. Distribución por antecedente de ingreso psiquiátrico previo.

Visitas a urgencias en los últimos 6 meses

El 47,6% de los pacientes han acudido al servicio de urgencias en los seis meses previos (Tabla 19).

Visitas últimos 6 meses	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	205	52,4	52,4
Entre 1-5	173	44,2	96,7
Entre 6-11	10	2,6	99,2
Más de 11	3	0,8	100
Total	391	100	

Tabla 19. Distribución por visitas a urgencias en los últimos 6 meses.

Consumo de tóxicos

Encontramos que hasta el 31,7% de los encuestados refieren consumir sustancias tóxicas y entre las diferentes drogas el alcohol destaca con un 14,6% (Tabla 20 y figura 5).

Consumo de tóxicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	267	68,3	68,3
Alcohol	57	14,6	82,9
Cannabis	23	5,9	88,7
Cocaína	38	9,7	98,5
Opiáceos	5	1,3	99,7
Anfetaminas	1	0,3	100
Total	391	100	

Tabla 20. Distribución por consumo de tóxicos.

Consumo de tóxicos

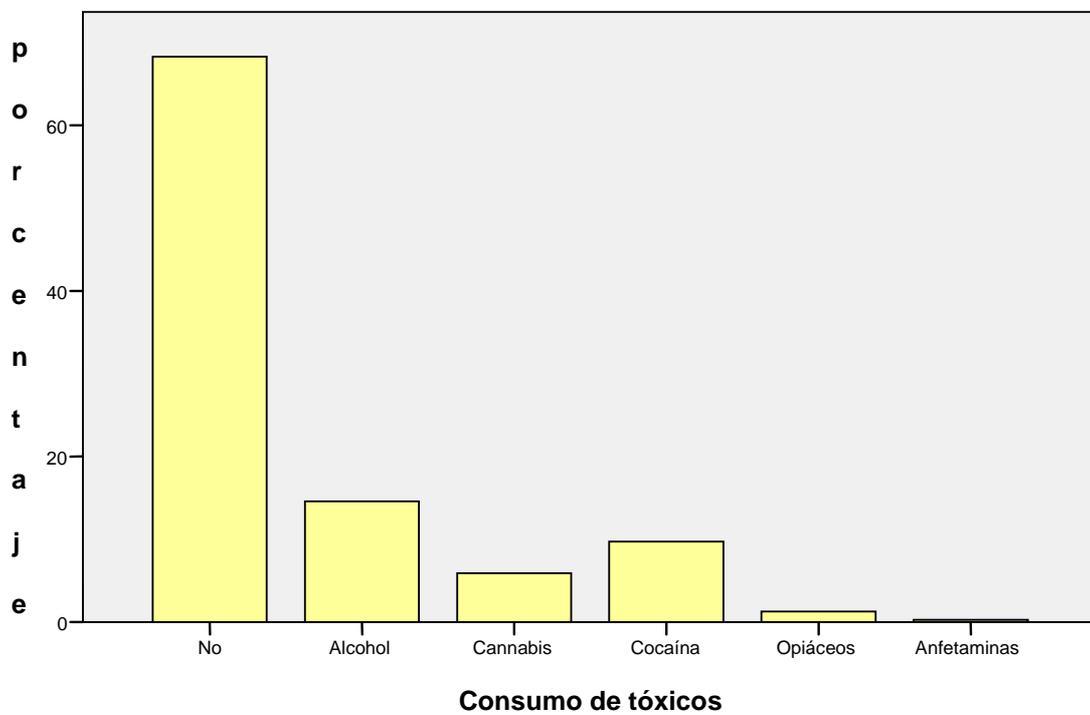


Figura 5. Distribución del consumo de tóxicos.

Motivo de consulta

Analizando nuestros resultados, el motivo de consulta más prevalente fueron las alteraciones de la conducta con un 23,5% (Tabla 21).

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nerviosismo	57	14,6	14,6
Tristeza	70	17,9	32,5
Agitación psicomotriz	36	9,2	41,7
Agresividad	39	10	51,7
Alteración de la conducta	92	23,5	75,2
Intento de autolisis	48	12,3	87,5
Ideación autolítica	26	6,6	94,1
Quejas somáticas	9	2,3	96,4
Confusión/Desorientación	13	3,3	99,7
Otros	1	0,3	100
Total	391	100	

Tabla 21. Distribución por motivo de consulta.

Juicio clínico

Teniendo en cuenta el diagnóstico del psiquiatra, el juicio clínico más prevalente fue el trastorno afectivo con un 38,4% (Tabla 22).

Juicio clínico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastorno orgánico	28	7,2	7,2
Psicosis	46	11,8	18,9
Trastornos afectivos	150	38,4	57,3
Toxicomanías	48	12,3	69,6
Trastornos de la personalidad	106	27,1	96,7
Miscelánea	13	3,3	100
Total	391	100	

Tabla 22. Distribución por juicio clínico.

Intervención de los servicios sociales

En nuestro estudio solo precisó intervención de los servicios sociales el 3,6% de los pacientes (Tabla 23).

Intervención de los servicios sociales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	377	96,4	96,4
Sí	14	3,6	100
Total	391	100	

Tabla 23. Distribución por intervención de los servicios sociales.

4.1.4. Variables referentes al tratamiento y manejo en urgencias del paciente

Tratamiento administrado en urgencias

El fármaco más utilizado en el servicio de urgencias fue la benzodiacepina oral con un 38,9%, siendo el antipsicótico atípico inyectable con un 35,2% la segunda sustancia más utilizada por los facultativos para el tratamiento médico en urgencias (Tabla 24).

Tratamiento en urgencias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin tratamiento	26	6,6	6,6
Antipsicótico típico inyectable	10	2,6	9,2
Antipsicótico atípico inyectable	138	35,2	44,1
Antipsicótico típico oral	10	2,6	47,1
Antipsicótico atípico oral	39	10	57
Benzodiacepina inyectable	16	4,1	61,1
Benzodiacepina oral	152	38,9	100
Total	391	100	

Tabla 24. Distribución por tratamiento administrado en urgencias.

Sin embargo, si se agrupan por familias farmacológicas de manera genérica es más habitual el uso de los neurolepticos con un 50,4% (Tabla 25).

Tratamiento en urgencias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	26	6,6	6,6
Neurolepticos	197	50,4	57
Benzodiacepinas	168	43	100
Total	391	100	

Tabla 25. Distribución por familias farmacológicas utilizadas en urgencias.

Necesidad de contención de mecánica

En nuestro trabajo encontramos que el 11,8% de los pacientes precisó medidas de sujeción mecánica (Tabla 26).

Necesidad de contención mecánica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	345	88,2	88,2
Sí	46	11,8	100
Total	391	100	

Tabla 26. Distribución por necesidad de contención mecánica.

Necesidad de pruebas complementarias

Precisaron la realización de pruebas complementarias el 18,2% de los pacientes (Tabla 27).

Necesidad de pruebas complementarias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	320	81,8	81,8
Sí	71	18,2	100
Total	391	100	

Tabla 27. Distribución por necesidad de realización de pruebas complementarias.

Necesidad de TAC craneal

En el 6,1% de los casos se precisó de esta técnica de neuroimagen para descartar patología estructural del Sistema Nervioso Central (Tabla 28).

Necesidad de TAC craneal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	367	93,9	93,9
Sí	24	6,1	100
Total	391	100	

Tabla 28. Distribución por necesidad de realización de TAC craneal.

Determinación de tóxicos en orina

Se precisó de estudio toxicológico en el 27,4% de los casos (Tabla 29).

Necesidad de tóxicos en orina	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	284	72,6	72,6
Sí	107	27,4	100
Total	391	100	

Tabla 29. Distribución por necesidad de determinación de tóxicos en orina.

Necesidad de valoración por médico no psiquiatra

Hasta un 13,6% de los casos precisaron despistaje de organicidad por parte de un clínico (Tabla 30).

Necesidad del médico no psiquiatra	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	338	86,4	86,4
Sí	53	13,6	100
Total	391	100	

Tabla 30. Distribución por necesidad de valoración por médico no psiquiatra.

4.1.5. Variables relacionadas con el ingreso y tratamiento al alta

Ingreso en planta de psiquiatría

En nuestra experiencia encontramos que precisaron ingreso hospitalario hasta un 17,6% de los pacientes (Tabla 31).

Necesidad de ingreso en planta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	322	82,4	82,4
Sí	69	17,6	100
Total	391	100	

Tabla 31. Distribución por necesidad de ingreso en planta de psiquiatría.

Tipo de ingreso

De los ingresos hospitalarios un 43,5% fueron involuntarios (Tabla 32).

Tipo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Voluntario	39	56,5	56,5
Involuntario	30	43,5	100
Total	69	100	

Tabla 32. Distribución por tipo de ingreso.

Criterios primarios de ingreso

Destaca la psicosis como criterio primario de ingreso con un 38,6%, siendo también muy prevalente la fase maníaca y el intento de autolisis con un 22,9% y 21,4% respectivamente (Tabla 33 y figura 6).

Criterio primario ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Depresión grave	7	10	10
Psicosis	26	38,6	48,6
Fase maniaca	16	22,9	71,4
Intento de autolisis	15	21,4	92,9
Intoxicación aguda	5	7,1	100
Total	69	100	

Tabla 33. Distribución por criterio primario de ingreso.

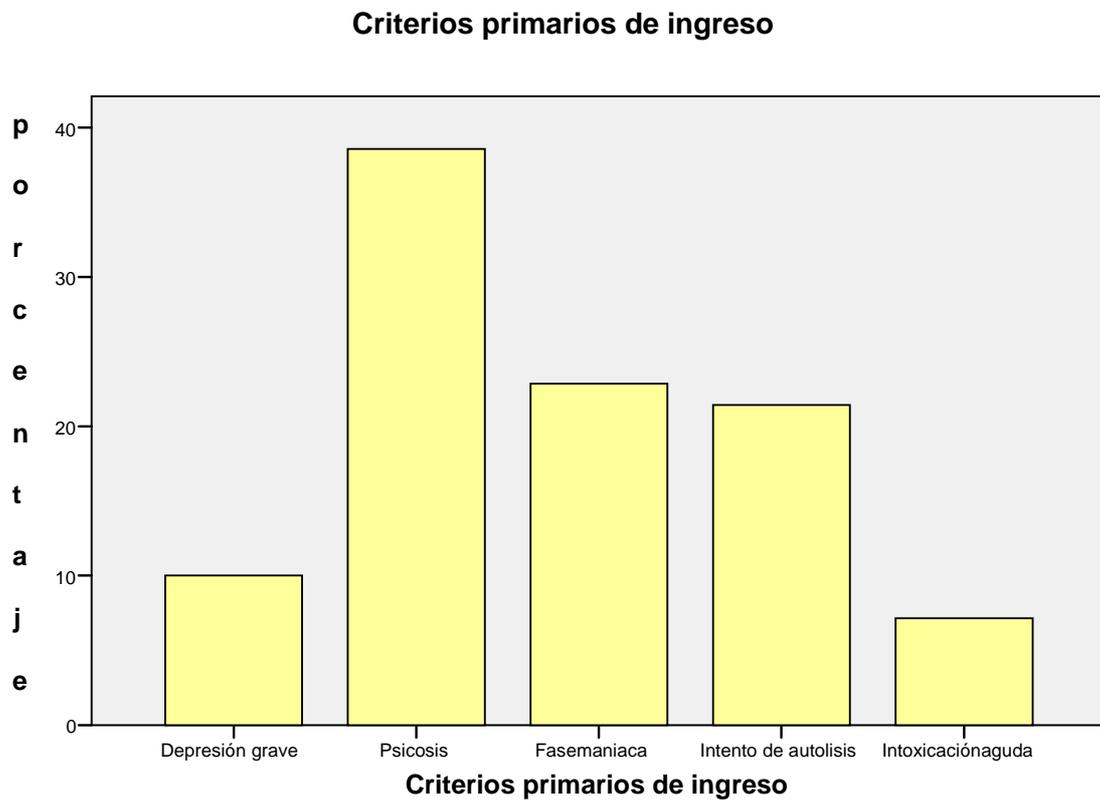


Figura 6. Distribución criterios primarios de ingreso.

Criterios secundarios de ingreso

En cuanto a los criterios secundarios de internamiento, la falta de control ambulatorio con un 35,7% es el más habitual (Tabla 34).

Criterios secundarios de ingreso	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Desintoxicación	5	7,1	7,1
Separación transitoria del entorno	12	17,1	24,3
Falta de control ambulatorio	25	35,7	60
Claudicación familiar	15	21,4	81,4
Heteroagresividad	9	12,9	94,3
Autoagresividad (Riesgo suicida)	4	5,7	100
Total	70	100	

Tabla 34. Distribución por criterios secundarios de ingreso.

Derivación del paciente

Mayoritariamente, hasta el 82,4% de los enfermos, fueron derivados al Centro de Salud Mental (Tabla 35).

Derivación del paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Atención primaria u otra especialidad	43	11	11
Centro de Salud Mental	322	82,4	93,4
Hospital de la red SMS	13	3,3	96,7
Centro concertado	6	1,5	98,2
Centro privado	7	1,8	100
Total	391	100	

Tabla 35. Distribución por derivación del paciente.

Tratamiento farmacológico ambulatorio

Hasta el 63,2% de la población psiquiátrica que demandó atención urgente, sufrió una modificación en su tratamiento previo, siendo solamente el 2,3% de los pacientes dados de alta sin ningún tratamiento (Tabla 36).

Tratamiento farmacológico ambulatorio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	9	2,3	2,3
Mantiene el previo	54	13,8	16,1
Se modifica el previo	247	63,2	79,3
Inicia nuevo tratamiento	81	20,7	100
Total	391	100	

Tabla 36. Distribución por tratamiento farmacológico ambulatorio.

Fármaco principal al alta

Los fármacos predominantes al alta fueron los antidepresivos con un 48,2% y los neurolépticos con un 33,6% (Tabla 37).

Fármaco principal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Neurolépticos	132	33,6	33,6
Antidepresivos	188	48,2	81,8
Benzodiacepinas	39	10	91,8
Litio	13	3,3	95,1
Antiepilépticos	13	3,3	98,5
Aversivos	6	1,5	100
Total	391	100	

Tabla 37. Distribución por fármaco principal al alta.

Tratamiento no farmacológico ambulatorio

Respecto a los tratamientos no farmacológicos que se propusieron a los pacientes destaca la terapia psicológica como alternativa al tratamiento convencional en el 14,3% de los casos, aunque al 78,3% de los enfermos no se le prescribe tratamiento no farmacológico (Tabla 38).

Tratamiento no farmacológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	306	78,3	78,3
Centro de día	27	6,9	85,2
Terapia psicológica	56	14,3	99,5
Asertivo- comunitario	2	0,5	100
Total	391	100	

Tabla 38. Distribución por tratamiento no farmacológico ambulatorio.

4.1.6. Gasto sanitario

El gasto sanitario medio en la atención médica de la urgencia psiquiátrica es de 390,92 €, siendo el mínimo 84,2€ y el máximo 2670,7€ (Figura 7).

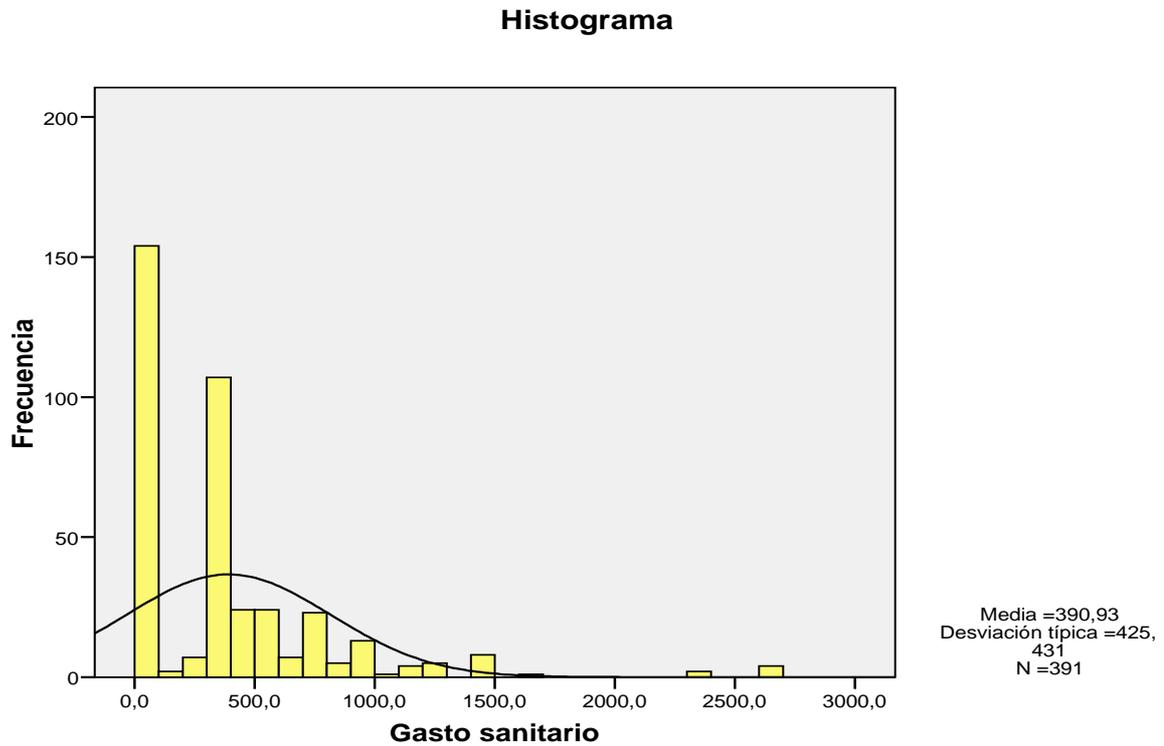


Figura 7. Histograma gasto sanitario.

4.2. ANÁLISIS BIVARIANTE

4.2.1. Análisis de la asociación entre el género y demás variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia

No existen diferencias estadísticamente significativas en la edad, nivel de estudios y país de procedencia según el género del paciente predominando los sujetos entre 26 y 40 años, con estudios primarios y de nacionalidad española en ambos sexos.

La situación laboral y el estado civil se asocian al género, encontrando que el desempleo es mayor en las mujeres y entre los hombres es superior la proporción de sujetos en activo, baja laboral y pensión por invalidez. En los hombres predominan los solteros y las mujeres se encuentran casadas en mayor porcentaje.

En cuanto a las circunstancias temporales de ingreso en el servicio de urgencias en ambos sexos la hora en la que se concentran mayor cantidad de atenciones es entre las doce del mediodía y la seis de la tarde; existe asociación estadísticamente significativa en cuanto al día de la semana, consultando las mujeres más asiduamente los días laborables, siendo los fines de semana cuando más consultan los varones (Tablas 39 y 40).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		SEXO				Chi cuadrado	g.l.	p
		HOMBRE(184)		MUJER(207)				
		N	%	N	%			
Hora de llegada	00.00-06.00	26	14,1	24	11,6	0,66	3	NS
	06.01-12.00	51	27,7	62	30			
	12.01-18.00	60	32,6	68	32,9			
	18.01-23.59	47	25,5	53	25,6			
Día de la semana	Laborable	106	57,6	139	67,1	3,79	1	0,03
	Fin de semana	78	42,4	68	32,9			
Edad en años	Entre 1-25	33	17,9	40	19,3	1,42	4	NS
	Entre 26-40	74	40,2	82	39,6			
	Entre 41-55	52	28,3	50	24,2			
	Entre 56-70	17	9,2	24	11,6			
	Mayor de 70	8	4,3	11	5,3			
Nivel de estudios	Falta de datos	29	15,8	25	12,1	5,9	4	NS
	Primarios	99	53,8	127	61,4			
	Medios	30	16,3	28	13,5			
	Superiores	12	6,5	6	2,9			
	Sin estudios	14	7,6	21	10,1			

Tabla 39. Asociación género con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		SEXO				Chi cuadrado	g.l.	p
		HOMBRE(184)		MUJER(207)				
		N	%	N	%			
Situación laboral	Falta de datos	7	3,8	7	3,4	15,33	5	0,001
	En activo	58	31,5	59	28,5			
	Baja laboral	40	21,7	33	15,9			
	Pensión por invalidez	21	11,4	9	4,3			
	Jubilados	14	7,6	30	14,5			
	Desempleado	44	23,9	69	33,3			
Estado civil	Falta de datos	2	1,1	2	1	10,77	5	0,042
	Soltero	81	44	62	30			
	Casado	69	37,5	88	42,5			
	En pareja	10	5,4	17	8,2			
	Viudedad	4	2,2	12	5,8			
	Separado	18	9,8	26	12,6			
Inmigrante	No	167	90,8	191	92,3	0.28	1	NS
	Sí	17	9,2	16	7,7			

Tabla 40. Asociación género con variables sociodemográficas.

4.2.2. Análisis de la asociación entre el día de la semana y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta.

Cuando agrupamos los días de la semana en días laborables y fin de semana no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre la remisión del paciente y la patología orgánica concomitante (Tabla 41).

Variables médicas		DÍA DE LA SEMANA				Chi cuadrado	g.l.	p
		Laborable		Fin de semana				
		N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	89	30,3	46	31,5	6,49	6	NS
	La familia	69	28,2	45	30,8			
	Servicios de emergencias	46	18,8	30	20,5			
	Primaria/ otro especialista	10	4,1	8	5,5			
	Centro de Salud Mental	13	5,3	2	1,4			
	Otro Hospital	18	7,3	15	10,3			
Patología orgánica acompañante	No	148	60,4	88	60,3	2,85	9	NS
	Cardiovasc.	23	9,4	17	11,6			
	Neumológica	12	4,9	6	4,1			
	Ginecológica	1	0,4	1	0,7			
	Neurológica	15	6,1	5	3,4			
	Digestiva	10	4,1	4	2,7			
	Reumatológ.	9	3,7	6	4,1			
	Endocrina	16	6,5	11	7,5			
	Infeciosa	8	3,3	6	4,1			
	Miscelánea	3	1,2	2	1,4			

Tabla 41. Asociación día de la semana con variables médicas.

Tanto en los días hábiles como en los fines de semana los pacientes que consultan están **mayoritariamente** siendo tratados en el Centro de Salud Mental, no tienen ingresos psiquiátricos previos, mayoritariamente no han demandado este servicio en los últimos seis meses y no consumen tóxicos. Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en su consumo entre días laborables y fines de semana encontramos una mayor prevalencia del consumo de alcohol y cocaína los fines de semana (Tabla 42).

Variables médicas		DÍA DE LA SEMANA				Chi cuadrado	g.l.	p
		Laborable		Fin de semana				
		N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	45	18,4	34	23,3	3,36	4	NS
	AP u otro especialista	35	14,3	20	13,7			
	Centro de Salud Mental	126	51,4	76	52,1			
	Psiquiatra privado	17	6,9	9	6,2			
	Servicio de urgencias	22	9	7	4,8			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	No	127	51,8	78	53,4	3,31	3	NS
	Entre 1-5 veces	107	43,7	66	45,2			
	Entre 6-11 veces	9	3,7	1	0,7			
	Más de 11 veces	2	0,8	1	0,7			
Ingresos psiquiátricos previos	No	170	69,4	93	63,7	1,34	1	NS
	Sí	75	30,6	53	36,3			
Consumo de tóxicos	No	170	69,4	97	66,4	4,72	5	NS
	Alcohol	34	13,9	23	15,8			
	Cannabis	17	6,9	6	4,1			
	Cocaína	22	9	16	11			
	Opiáceos	2	0,8	3	2,1			
	Anfetaminas	0	0	1	0,7			

Tabla 42. Asociación día de la semana con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

El motivo de consulta en un día laborable más frecuente es el nerviosismo/agitación psicomotriz, siendo también el de los días no hábiles con un porcentaje similar; no existen diferencias estadísticamente significativas entre un día y otro en relación con el juicio clínico, la intervención de los servicios sociales, el tratamiento instaurado en urgencias y la contención mecánica (Tabla 43).

Variables médicas		DÍA DE LA SEMANA				Chi cuadrado	g.l.	p
		Laborable		Fin de semana				
		N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	78	31,8	54	37	7,01	6	NS
	Tristeza	57	23,3	39	26,7			
	Intento de autolisis	35	14,3	13	8,9			
	Alteración de la conducta	58	23,7	34	23,3			
	Síndrome confusional	10	4,1	3	2,1			
	Quejas somáticas	7	2,9	2	1,4			
	Otros	0	0	1	0,7			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	18	7,3	10	6,8	6,55	5	NS
	Psicosis	28	11,4	18	12,3			
	Trastorno afectivo	95	38,8	55	37,7			
	Toxicomanía	23	9,4	25	17,1			
	Trastorno de personalidad	71	29	35	24			
	Miscelánea	10	4,1	3	2,1			
Intervención servicios sociales	No	236	96,3	141	96,6	0,016	1	NS
	Sí	9	3,7	5	3,4			
Tratamiento en urgencias	No precisa	19	7,8	7	4,8	2,97	2	NS
	Neuroléptico	116	47,3	81	55,5			
	Ansiolítico	110	44,9	58	39,7			
Contención mecánica	No	219	89,4	126	86,3	0,83	1	NS
	Sí	26	10,6	20	13,7			

Tabla 43. Asociación día de la semana con variables referentes al manejo del paciente.

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los días laborables y los fines de semana en la realización de pruebas complementarias, realización de TAC craneal y tóxicos en orina, aunque en este caso en fin de semana el porcentaje es del 22% frente al 30% en días laborables. No hay diferencias significativas en cuanto a la valoración por médico no psiquiatra y al ingreso en planta.

La fase maniaca y la psicosis son los criterios primarios de ingreso predominantes en los fines de semana y en los días laborables son la psicosis y los intentos de autolisis, con una asociación estadísticamente significativa; destaca en este apartado el hecho de que los intentos de autolisis son más prevalentes los días lectivos. No existen diferencias en cuanto al criterio secundario que es la falta de control ambulatorio en ambos supuestos (Tabla 44).

Variables médicas		DÍA DE LA SEMANA				Chi cuadrado	g.l.	p
		Laborable		Fin de semana				
		N	%	N	%			
Necesidad de prueba compl.	No	198	80,8	122	83,6	0,46	1	NS
	Sí	47	19,2	24	16,4			
Necesidad de TAC	No	230	93,9	137	93,8	0,00	1	NS
	Sí	15	6,1	9	6,2			
Tóxicos en orina	No	171	69,8	113	77,4	2,65	1	NS
	Sí	74	30,2	33	22,6			
Valoración clínica	No	208	84,9	130	89	1,34	1	NS
	Sí	37	15,1	16	11			
Ingreso en planta	No	206	84,1	116	79,5	1,35	1	NS
	Sí	39	15,9	30	20,5			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	5	12,5	2	6,7	10,53	4	0,032
	Psicosis	18	45	9	30			
	Fase maniaca	4	10	12	40			
	Intento autolisis	11	27,5	4	13,3			
	Intoxicación aguda	2	5	3	10			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	4	10	1	3,3	6,25	5	NS
	Separación del entorno	4	10	8	26,7			
	Falta de control ambulatorio	17	42,5	8	26,7			
	Claudicación familiar	8	20	7	23,3			
	Hetero - agresividad	4	10	5	16,7			
	Auto-agresividad	3	7,5	1	3,3			

Tabla 44. Asociación día de la semana con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

No existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la derivación del paciente, mayoritariamente al CSM, ni al tratamiento farmacológico. El fármaco principal al alta en ambos casos son los antidepresivos (Tabla 45).

Variables médicas		DÍA DE LA SEMANA				Chi cuadrado	g.l.	p
		Laborable		Fin de semana				
		N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	28	11,4	15	10,3	4,57	4	NS
	Centro de Salud Mental	203	82,9	119	81,5			
	Hospital SMS	5	2	8	5,5			
	Centro concertado	5	2	1	0,7			
	Centro privado	4	1,6	3	2,1			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	8	3,3	1	0,7	3,41	3	NS
	Mantiene el previo	36	14,7	18	12,3			
	Se modifica el previo	150	61,2	97	66,4			
	Inicia nuevo tratamiento	51	20,8	30	20,5			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	198	80,8	108	74	2,76	3	NS
	Centro de día	14	5,7	13	8,9			
	Terapia psicológica	32	13,1	24	16,4			
	Asertivo - comunitario	1	0,4	1	0,7			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	71	29,1	60	41,1	8,68	5	NS
	Atdepresivo	126	51,6	62	42,5			
	Ansiolítico	29	11,9	10	6,8			
	Litio	7	2,9	6	4,1			
	Antiepilepsia	8	3,3	5	3,4			
	Aversivos	3	1,2	3	2,1			

Tabla 45. Asociación día de la semana con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.3. Análisis de la asociación entre la hora de llegada y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Aunque no existe una asociación estadísticamente significativa entre la hora de la asistencia y quien remite al paciente sí observamos que entre las seis de la mañana y las seis de la tarde el paciente acude a urgencias mayoritariamente a petición propia, de las seis de la tarde a las doce de la noche mayoritariamente lo lleva la familia y entre las doce de la noche y las seis de la mañana es remitido con mayor frecuencia por los servicios de emergencia. La gran mayoría no padece patología concomitante siendo la más frecuente independientemente de la hora de ingreso en urgencias la cardiovascular (Tabla 46).

Variables médicas		HORA								Chi cuadrado	g.l	p
		0 - 6		6 -12		12 -18		18-0				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	12	24	46	40,7	50	39,1	27	27	27,68	18	NS
	La familia	12	24	33	29,2	31	24,2	38	38			
	Servicios de emergencias	17	34	14	12,4	23	18	22	22			
	Primaria/ otro especialista	2	4	5	4,4	7	5,5	4	4			
	Centro de Salud Mental	1	2	8	7,1	5	3,9	1	1			
	Otro Hospital	6	12	7	6,2	12	9,4	8	8			
Patología orgánica acompañante	No	29	58	73	64,6	75	58,6	59	59	24,31	27	NS
	Cardiovasc.	6	12	12	10,6	13	10,2	9	9			
	Neumológica	5	10	4	3,5	5	3,9	4	4			
	Ginecológica	0	0	2	1,8	0	0	0	0			
	Neurológica	3	6	4	3,5	7	5,5	6	6			
	Digestiva	2	4	5	4,4	4	3,1	3	3			
	Reumatológ.	1	2	2	1,8	5	3,9	7	7			
	Endocrina	1	2	7	6,2	9	7	10	10			
	Infeciosa	3	6	3	2,7	7	5,5	1	1			
	Miscelánea	0	0	1	0,9	3	2,3	1	1			

Tabla 46. Asociación hora de llegada con variables médicas.

No existe una asociación estadísticamente significativa entre la hora de ingreso y quién ha prescrito el tratamiento al paciente, ni la existencia de visitas a urgencias en los últimos seis meses, ni ingresos previos. El alcohol es el tóxico más frecuentemente consumido por los pacientes independientemente de la hora de ingreso, excepto para pacientes que acuden a urgencias entre las doce de mediodía y seis de la tarde donde la cocaína es la sustancia más utilizada, aunque sin existir diferencias estadísticamente significativa (Tabla 47).

Variables médicas		HORA								Chi cuadrado	g.l.	p
		0-6		6-12		12-18		18-0				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	10	20	16	14,2	27	21,1	26	26	8,59	12	NS
	AP u otro especialista	7	14	19	16,8	18	14,1	11	11			
	Centro de Salud Mental	28	56	60	53,1	66	51,6	48	48			
	Psiquiatra privado	3	6	7	6,2	7	5,5	9	9			
	Servicio de urgencias	2	4	11	9,7	10	7,8	6	6			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	No	23	46	61	54	68	53,1	53	53	5,47	9	NS
	Entre 1-5 veces	25	50	47	41,6	56	43,8	45	45			
	Entre 6-11 veces	2	4	3	2,7	4	3,1	1	1			
	Más de 11 veces	0	0	2	1,8	0	0	1	1			
Ingresos psiquiátricos previos	No	31	62	72	63,7	88	68,8	72	72	2,42	3	NS
	Sí	19	38	41	36,3	40	31,3	28	28			
Consumo de tóxicos	No	29	58	75	66,4	96	75	67	67	23,12	15	NS
	Alcohol	9	18	19	16,8	10	7,8	19	19			
	Cannabis	8	16	6	5,3	6	4,7	3	3			
	Cocaína	4	8	10	8,8	15	11,7	9	9			
	Opiáceos	0	0	2	1,8	1	0,8	2	2			
	Anfetaminas	0	0	1	0,9	0	0	0	0			

Tabla 47. Asociación hora de llegada con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

La necesidad de colaboración del trabajador social y la utilización de contención mecánica son significativamente más frecuentes en las urgencias entre las doce del mediodía y las seis de la tarde y entre las doce de la noche y las seis de la mañana, respectivamente.

El motivo de consulta más repetido es el nerviosismo/agitación psicomotriz y el juicio clínico en todos los horarios es el trastorno afectivo; en cuanto al tratamiento en urgencias los neurolépticos son los más utilizados excepto entre las seis y las doce de la mañana donde se usan más los ansiolíticos (Tabla 48).

Variables médicas		HORA								Chi cuadrado	g.l.	p
		0-6		6-12		12-18		18-0				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	23	46	39	34,5	37	28,9	33	33	22,77	18	NS
	Tristeza	9	18	29	25,7	37	28,9	21	21			
	Intento de autolisis	9	18	12	10,6	13	10,2	14	14			
	Alteración de la conducta	8	16	26	23	33	25,8	25	25			
	Síndrome confusional	1	2	7	6,2	3	2,3	2	2			
	Quejas somáticas	0	0	0	0	5	3,9	4	4			
	Otros	0	0	0	0	0	0	1	1			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	1	2	7	6,2	10	7,8	10	10	17,17	15	NS
	Psicosis	7	14	9	8	18	14,1	12	12			
	Trastorno afectivo	22	44	43	38,1	52	40,6	33	33			
	Toxicomanía	5	10	11	9,7	13	10,2	19	19			
	Trastorno de personalidad	14	28	37	32,7	30	23,4	25	25			
	Miscelánea	1	2	6	5,3	5	3,9	1	1			
Intervención servicios sociales	No	50	100	112	99,1	117	91,4	98	98	14,27	3	0,003
	Sí	0	0	1	0,9	11	8,6	2	2			
Tratamiento en urgencias	No precisa	2	4	8	7,1	5	3,9	11	11	9,53	6	NS
	Neuroléptico	29	58	48	42,5	69	53,9	51	51			
	Ansiolítico	19	38	57	50,4	54	42,2	38	38			
Contención mecánica	No	38	76	104	92	115	89,8	88	88	9,10	3	0,028
	Sí	12	24	9	8	13	10,2	12	12			

Tabla 48. Asociación hora de llegada con variables referentes al manejo del paciente.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la hora en que se acude a urgencias y la necesidad de pruebas complementarias, determinación de tóxicos en orina, de valoración de médico no psiquiatra y de ingreso en planta, ya que todas estas actuaciones son con mayor frecuencia requeridas entre las doce de la noche y las seis de la mañana.

El criterio de ingreso primario más habitual es la psicosis excepto entre las seis y las doce de la mañana que predominan la fase maniaca y los intentos de autolisis con idéntico porcentaje; el criterio secundario de ingreso varía ya que entre las doce de la noche y las seis de la mañana predomina la claudicación familiar, entre las seis de la mañana y las seis de la tarde la falta de control ambulatorio y por último entre las seis de la tarde y las doce de la noche la separación del entorno(Tabla 49).

Variables médicas		HORA								Chi Cuadrado	g.l.	p
		0-6		6-12		12-18		18-0				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	35	70	99	87,6	107	83,6	79	79	8,05	3	0,04
	Sí	15	30	14	12,4	21	16,4	21	21			
Necesidad de TAC	No	45	90	107	94,7	123	96,1	92	92	3,13	3	NS
	Sí	5	10	6	5,3	5	3,9	8	8			
Tóxicos en orina	No	31	62	92	81,4	95	74,2	66	66	9,60	3	0,02
	Sí	19	38	21	18,6	33	25,8	34	34			
Valoración clínica	No	36	72	103	91,2	113	88,3	86	86	11,4	3	0,01
	Sí	14	28	10	8,8	15	11,7	14	14			
Ingreso en planta	No	38	76	104	92	101	78,9	79	79	10,5	3	0,01
	Sí	12	24	9	8	27	21,1	21	21			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	0	0	2	20	3	11,1	2	10	14,4	12	NS
	Psicosis	5	41,7	2	20	11	40,7	9	43			
	Fase maniaca	1	8,3	3	30	4	14,8	8	38			
	Intento autolisis	4	33,3	3	30	6	22,2	2	9			
	Intoxicación aguda	2	16,7	0	0	3	11,1	0	0			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	1	8,3	1	10	1	3,7	2	9	14,5	15	NS
	Separación del entorno	1	8,3	1	10	4	14,8	6	29			
	Falta de control ambulatorio	3	25	4	40	12	44,4	6	29			
	Claudicación familiar	4	33,3	2	20	4	14,8	5	24			
	Hetero - agresividad	3	25	0	0	4	14,8	2	10			
	Auto - agresividad	0	0	2	20	2	7,4	0	0			

Tabla 49. Asociación hora de llegada con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Encontramos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables derivación del paciente, tratamiento farmacológico y no farmacológico ambulatorio y fármaco principal al alta con respecto a la hora de llegada al servicio de urgencias (Tabla 50).

Variables médicas		HORA								Chi cuadrado	g.l	p
		0-6		6-12		12-18		18-0				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	6	12	14	12,4	14	10,9	9	9	11,15	12	NS
	Centro de Salud Mental	41	82	94	83,2	107	83,6	80	80			
	Hospital SMS	3	6	1	0,9	4	3,1	5	5			
	Centro concertado	0	0	3	2,7	1	0,8	2	2			
	Centro privado	0	0	1	0,9	2	1,6	4	4			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	2	4	3	2,7	2	1,6	2	2	9,51	9	NS
	Mantiene el previo	6	12	17	15	17	13,3	14	14			
	Se modifica el previo	31	62	75	66,4	87	68	54	54			
	Inicia nuevo tratamiento	11	22	18	15,9	22	17,2	30	30			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	40	80	87	77	108	84,4	71	71	11,89	9	NS
	Centro de día	2	4	7	6,2	7	5,5	11	11			
	Terapia psicológica	7	14	19	16,8	12	9,4	18	18			
	Asertivo – comunitario	1	2	0	0	1	0,8	0	0			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	21	42	32	28,3	39	30,7	39	39	11,89	9	NS
	Atdepresivo	22	44	6	53,1	64	50,4	42	42			
	Ansiolítico	4	8	12	10,6	13	10,2	10	10			
	Litio	1	2	5	4,4	4	3,1	3	3			
	Antiepilepsia	0	0	3	2,7	7	5,5	3	3			
	Aversivos	2	4	1	0,9	0	0	3	3			

Tabla 50. Asociación hora de llegada con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.4. Análisis de la asociación entre el género y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta.

Tanto hombres como mujeres acuden en la mayoría de las ocasiones a petición propia, destacando a pesar de no relacionarse con la variable género, que un alto porcentaje de hombres, prácticamente uno de cada cuatro son remitidos por los servicios de emergencia; cabe destacar que la familia es la que lleva al paciente para valoración psiquiátrica en una alta proporción, sin distinción entre sexos (Tabla 51).

Variables médicas		GÉNERO				Chi cuadrado	g.l.	p
		Hombre(184)		Mujer(207)				
		N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	57	31	77	37,2	10,25	6	NS
	La familia	49	26,6	65	31,4			
	Servicios de emergencias	43	23,4	33	15,9			
	Primaria/ otro especialista	9	4,9	9	4,3			
	Centro de Salud Mental	11	6	4	1,9			
	Otro Hospital	14	7,6	19	9,2			
Patología orgánica acompañante	No	105	57,1	131	63,3	16,21	9	NS
	Cardiovasc.	19	10,3	21	10,1			
	Neumológica	9	4,9	9	4,3			
	Ginecológica	0	0	2	1			
	Neurológica	10	5,4	10	4,8			
	Digestiva	10	5,4	4	1,9			
	Reumatológ.	4	2,2	11	5,3			
	Endocrina	12	6,5	15	7,2			
	Infecciosa	11	6	3	1,4			
	Miscelánea	4	2,2	1	0,5			

Tabla 51. Asociación género con variables médicas.

Solamente en el consumo de tóxicos existe una asociación significativa con el género, mientras que solamente son consumidoras el 20% de las mujeres, sí lo hacen el 45% de los pacientes varones. Los tóxicos más consumidos por ambos son el alcohol y la cocaína aunque con porcentajes superiores en el caso de los varones 22% frente a 8% y 13% frente a 6% respectivamente. En ambos casos y en porcentaje similar llevan tratamiento prescrito en el Centro de Salud Mental. Las mujeres previamente habían consultado con mayor frecuencia el servicio de urgencias (Tabla 52).

Variables médicas		GÉNERO				Chi cuadrado	g.l.	p
		Hombre(184)		Mujer(207)				
		N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	45	24,5	34	16,4	6,71	4	NS
	AP u otro especialista	23	12,5	32	15,5			
	Centro de Salud Mental	95	51,6	107	51,7			
	Psiquiatra privado	12	6,5	14	6,8			
	Servicio de urgencias	9	4,9	20	9,7			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	No	107	58,2	98	47,3	6,67	3	NS
	Entre 1-5 veces	73	39,7	100	48,3			
	Entre 6-11 veces	4	2,1	6	2,9			
	Más de 11 veces	0	0	3	1,4			
Ingresos psiquiátricos previos	No	119	64,7	144	69,6	1,05	1	NS
	Sí	65	35,3	63	30,4			
Consumo de tóxicos	No	102	55,4	165	79,7	27,80	5	0,001
	Alcohol	40	21,7	17	8,2			
	Cannabis	14	7,6	9	4,3			
	Cocaína	24	13	14	6,8			
	Opiáceos	3	1,6	2	1			
	Anfetaminas	1	0,5	0	0			

Tabla 52. Asociación género con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

En los hombres el motivo de consulta más frecuente fue el nerviosismo y en las mujeres la tristeza, siendo el juicio clínico más frecuente en ambos géneros el trastorno afectivo, seguido por el trastorno de la personalidad en ambos sexos con un porcentaje del 27%; cabe destacar que en los hombres se objetivan más casos de psicosis y de toxicomanías en relación con las mujeres, prácticamente duplicando el porcentaje en ambos casos con significación estadística. En ambos sexos el tratamiento de elección en urgencias fueron los neurolepticos y tanto la colaboración de los servicios sociales como el uso de medidas de contención física fueron requeridas con mayor frecuencia por el género masculino, existiendo una relación estadísticamente significativa (Tabla 53).

Variables médicas		GÉNERO				Chi cuadrado	g.l.	p
		Hombre(184)		Mujer(207)				
		N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/ Agitación	77	44,8	55	26,6	21,75	6	0,01
	Tristeza	30	16,3	66	31,9			
	Intento de autolisis	18	9,8	30	14,5			
	Alteración de la conducta	48	26,1	44	21,3			
	Síndrome confusional	8	4,3	5	2,4			
	Quejas somáticas	3	1,6	6	2,9			
	Otros	0	0	1	0,5			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	9	4,9	19	9,2	19,06	5	0,002
	Psicosis	28	15,2	18	8,7			
	Trastorno afectivo	59	32,1	91	44			
	Toxicomanía	33	17,9	15	7,2			
	Trastorno de personalidad	50	27,2	56	27,1			
	Miscelánea	5	2,7	8	3,9			
Intervención servicios sociales	No	174	94,6	203	98,1	3,46	1	0,004
	Sí	10	5,4	4	1,9			
Tratamiento en urgencias	No precisa	8	4,3	18	8,7	4,56	2	NS
	Neuroléptico	101	54,9	96	46,4			
	Ansiolítico	75	40,8	93	44,9			
Contención mecánica	No	153	83,2	192	92,8	8,65	1	0,003
	Sí	31	16,8	15	7,2			

Tabla 53. Asociación género con variables referentes al manejo del paciente.

En la necesidad de pruebas complementarias, determinación de tóxicos en orina y valoración clínica por médico no psiquiatra existen diferencias estadísticamente significativas según el género del paciente, siendo los hombres los que precisan con mayor frecuencia esta utilización de recursos sanitarios.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre los variables criterios secundarios de ingreso, tratamiento no farmacológico y fármaco principal al alta con respecto al género; el criterio secundario de ingreso predominante en los hombres es la falta del control ambulatorio que junto a la claudicación familiar en igual porcentaje supone el criterio secundario de ingreso más prevalente en las mujeres. Un 15% de las mujeres son internadas por problemas relacionados con las toxicomanías, no existiendo ningún hombre en nuestro estudio que tenga ese criterio secundario de ingreso. El tratamiento más frecuente en ambos géneros son los antidepresivos, siendo los neurolépticos más utilizados en varones con un 39% y las benzodiacepinas en las mujeres con un 14%. Destaca también la mayor utilización por parte del hombre de los centro de día y de las mujeres de las consultas de los psicólogos (Tablas 54 y 55).

Variables médicas		GÉNERO				Chi cuadrado	g.l	p
		Hombre(184)		Mujer(207)				
		N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	143	77,7	177	85,5	3,97	1	0,046
	Sí	41	22,3	30	14,5			
Necesidad de TAC	No	169	91,8	198	95,7	2,44	1	NS
	Sí	15	8,2	9	4,3			
Tóxicos en orina	No	125	67,9	159	76,8	3,82	1	0,049
	Sí	59	32,1	48	23,2			
Valoración clínica	No	152	82,6	186	89,9	4,36	1	0,037
	Sí	32	17,4	21	10,1			
Ingreso en planta	No	146	79,3	176	85	2,16	1	NS
	Sí	38	20,7	31	15			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	5	13,2	2	6,3	3,66	4	NS
	Psicosis	17	44,7	10	31,3			
	Fase maniaca	7	18,4	9	28,1			
	Intento autolisis	6	15,8	9	28,1			
	Intoxicación aguda	3	7,9	2	6,3			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	0	0	5	15,6	12,58	5	0,028
	Separación del entorno	6	15,8	6	18,8			
	Falta de control ambulatorio	16	42,1	9	28,1			
	Claudicación familiar	6	15,8	9	28,1			
	Hetero - agresividad	8	21,1	1	3,1			
	Auto-agresividad	2	5,3	2	6,3			

Tabla 54. Asociación género con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Variables médicas		GÉNERO				Chi cuadrado	g.l.	p
		Hombre(184)		Mujer(207)				
		N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	18	9,8	25	12,1	5,88	4	NS
	Centro de Salud Mental	150	81,5	172	83,1			
	Hospital SMS	10	5,4	3	1,4			
	Centro concertado	2	1,1	4	1,9			
	Centro privado	4	2,2	3	1,4			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	4	2,2	5	2,4	3,33	3	NS
	Mantiene el previo	28	15,2	26	12,6			
	Se modifica el previo	108	58,7	139	67,1			
	Inicia nuevo tratamiento	44	23,9	37	17,9			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	145	78,8	161	77,8	20,90	3	0,001
	Centro de día	22	12	5	2,4			
	Terapia psicológica	17	9,2	39	18,8			
	Asertivo - comunitario	0	0	2	1			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	71	38,8	60	29	12,52	5	0,028
	Atdepresivo	81	44,3	107	51,7			
	Ansiolítico	11	6	28	13,5			
	Litio	8	4,4	5	2,4			
	Antiepilep.	8	4,4	5	2,4			
	Aversivos	4	2,2	2	1			

Tabla 55. Asociación género con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.5. Análisis de la asociación entre la edad y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta.

Mayoritariamente los pacientes que acuden al servicio de urgencias fueron acompañados por la familia excepto en los grupos de edad entre los 26 y los 55 años que acuden por voluntad propia, en los pacientes con edades inferiores a 55 años predomina la ausencia de patología acompañante siendo la cardiovascular la más prevalente a partir de esa edad. Independientemente de la edad la mayoría de los pacientes llevan tratamiento prescrito del Centro de Salud Mental, sin embargo, en los pacientes mayores de 70 años la prescripción más frecuente es de los centros de atención primaria u otro especialista. El grupo de pacientes entre 41 y 55 años han sido ingresados previamente uno de cada dos pacientes. El 43% de los pacientes menores de 25 años consumen algún tipo de droga siendo la cocaína la y el cannabis la más consumida (Tablas 56 y 57).

Variables médicas		EDAD										Chi cuadrado	g.l.	p
		<25		25-40		41-55		56-70		>70				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	14	19,2	66	42,3	40	39,2	13	31,7	2	10,5	56,45	24	0,001
	La familia	28	38,4	35	22,4	20	19,6	20	48,8	11	57,9			
	Servicios de emergencias	12	16,4	36	23,1	21	20,6	4	9,8	3	15,8			
	Primaria/ otro especialista	3	4,4	5	3,2	6	5,9	0	0	0	0			
	Centro de Salud Mental	2	2,7	7	4,5	9	8,8	2	4,9	1	5,3			
	Otro Hospital	14	19,2	7	4,5	9	8,8	2	4,9	1	5,3			
Patología orgánica acompañante	No	52	71,2	118	75,6	57	55,9	8	19,5	1	5,3	162,3	36	0,001
	Cardiovasc.	0	0	5	3,2	13	12,7	11	26,8	11	57,9			
	Neumológica	7	9,6	5	3,2	4	3,9	0	0	2	10,5			
	Ginecológica	0	0	2	1,3	0	0	0	0	0	0			
	Neurológica	4	5,5	4	2,6	2	2	6	14,6	4	21,1			
	Digestiva	3	4,1	2	1,3	7	6,9	2	4,9	0	0			
	Reumatológ	0	0	6	3,8	4	3,9	5	12,2	0	0			
	Endocrina	2	2,7	7	4,5	10	9,8	7	17,1	1	5,3			
	Infeciosa	5	6,8	5	3,2	3	2,9	1	2,4	0	0			
	Miscelánea	0	0	2	1,3	2	2	1	2,4	0	0			

Tabla 56. Asociación rango de edad con variables médicas.

Variables médicas		EDAD										Chi cuadrado	g.l.	p
		<25		25-40		41-55		56-70		>70				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	22	30,1	28	17,9	19	18,6	10	24,4	0	0	51,63	16	0,03
	AP u otro especialista	6	8,2	18	11,5	13	12,7	7	17,1	11	57,9			
	Centro de Salud Mental	38	52,1	87	55,8	58	56,9	14	34,1	5	26,3			
	Psiquiatra privado	4	5,5	11	7,1	7	6,9	4	9,8	0	0			
	Servicio de urgencias	3	4,1	12	7,7	5	4,9	6	14,6	3	15,8			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	No	35	47,9	68	43,6	63	61,8	27	65,9	12	63,2	16,67	12	NS
	Entre 1-5 veces	35	47,9	81	51,9	37	36,3	14	34,1	6	31,6			
	Entre 6-11 veces	3	4,1	5	3,2	1	1	0	0	1	5,3			
	Más de 11 veces	0	0	2	1,3	1	1	0	0	0	0			
Ingresos psiquiátricos previos	No	47	64,4	99	64,5	60	58,8	37	90,2	18	94,7	20,37	4	0,03
	Sí	26	35,6	57	35,5	42	41,2	4	9,8	1	5,3			
Consumo de tóxicos	No	42	57,5	94	60,3	68	66,7	34	82,9	19	100	48,45	20	0,01
	Alcohol	8	11	17	10,9	25	24,5	7	17,1	0	0			
	Cannabis	9	12,3	11	7,1	3	2,9	0	0	0	0			
	Cocaína	12	16,4	21	13,5	5	4,9	0	0	0	0			
	Opiáceos	2	2,7	13	8,3	0	0	0	0	0	0			
	Anfetaminas	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0			

Tabla 57. Asociación rango de edad con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

Tanto en los pacientes menores de 25 años como en los mayores de 70 el motivo de consulta más frecuente son alteraciones de la conducta, el nerviosismo entre los 25 y 55 años y la tristeza en los mayores de 56 años. El juicio clínico entre los 25 y los 70 años más frecuente es el trastorno afectivo, siendo el trastorno de la personalidad en menores de 25 años y el trastorno orgánico en mayores de 70 años el más frecuente con diferencias estadísticamente significativas. Hasta uno de cada diez de los mayores de 70 años precisan intervención de los servicios sociales. El tratamiento instaurado en urgencias más frecuente son los neurolépticos excepto entre los 56 y 70 años que son los ansiolíticos (Tabla 58).

Variables médicas		EDAD										Chi cuadrado	g.l	p
		<25		25-40		41-55		56-70		>70				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	20	27,4	62	39,7	35	34,3	8	19,5	7	36,8	76,6	24	0,003
	Tristeza	11	15,1	36	23,1	32	31,4	16	39	1	5,3			
	Intento de autolisis	17	23,3	15	9,6	9	8,8	7	17,1	0	0			
	Alteración de la conducta	24	32,9	36	23,1	22	21,6	2	4,9	8	42,1			
	Síndrome confusional	1	1,4	5	3,2	1	1	3	7,3	3	15,8			
	Quejas somáticas	0	0	2	1,3	2	2	5	12,2	0	0			
	Otros	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	2	2,7	4	2,6	2	2	6	14,6	14	73,7	197	20	0,001
	Psicosis	7	9,6	28	17,9	11	10,8	0	0	0	0			
	Trastorno afectivo	17	23,3	50	32,1	53	52	27	65,9	3	15,8			
	Toxicomanía	9	12,3	30	19,2	8	7,8	1	2,4	0	0			
	Trastorno de personalidad	34	46,6	40	25,6	26	25,5	5	12,2	1	5,3			
	Miscelánea	4	5,5	4	2,6	2	2	2	4,9	1	5,3			
Intervención servicios sociales	No	71	97,3	153	98,1	97	95,1	39	95,1	17	89,5	4,76	4	NS
	Sí	2	2,7	3	1,9	5	4,9	2	4,9	2	10,5			
Tratamiento en urgencias	No precisa	7	9,6	6	3,8	6	5,9	5	12,2	2	10,5	12,3	8	NS
	Neuroléptico	42	57,5	80	51,3	47	46,1	16	39	12	63,2			
	Ansiolítico	24	32,9	70	44,9	49	48	20	48,8	5	26,3			
Contención mecánica	No	64	87,7	135	86,5	88	86,3	39	95,1	19	100	5,23	4	NS
	Sí	9	12,3	21	13,5	14	13,7	2	4,9	0	0			

Tabla 58. Asociación rango de edad con variables referentes al manejo del paciente.

La mayor necesidad de pruebas complementarias la tiene el grupo de pacientes entre 56 y 70 años al igual que la realización de técnicas de neuroimagen, siendo los menores de 25 años los que precisan mayor número de determinación de tóxicos en orina. El mayor porcentaje de ingresos lo tienen los de 25 años con un 24,7% siendo el criterio primario de ingreso más frecuente la psicosis en menores de 40 años, la depresión y el intento de autolisis en igual porcentaje entre los 56 y los 70 años y la fase maniaca en el resto, destacando que el 100% de los mayores de 70 años padecen esta última patología. En cuanto al criterio secundario de ingreso destaca la falta del control ambulatorio y la claudicación familiar especialmente en los pacientes mayores de 70 años (Tabla 59).

Variables médicas		EDAD										Chi Cuadrado	g.l	p
		<25		25-40		41-55		56-70		>70				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	61	83,8	128	82,1	83	81,4	31	75,6	17	89,5	1,98	4	NS
	Sí	12	16,4	28	17,9	19	18,6	10	24,4	2	10,5			
Necesidad de TAC	No	70	95,9	151	96,8	94	92,2	35	85,4	17	89,5	9,13	4	0,04
	Sí	3	4,1	5	3,2	8	7,8	6	14,6	2	10,5			
Tóxicos en orina	No	47	64,4	106	67,9	78	76,5	34	82,9	19	100	14,32	4	0,02
	Sí	26	35,6	50	32,1	24	23,5	7	17,1	0	0			
Valoración clínica	No	62	84,9	140	89,7	85	83,3	34	82,9	17	89,5	3,01	4	NS
	Sí	11	15,1	16	10,3	17	16,7	7	17,1	2	10,5			
Ingreso en planta	No	55	75,3	130	83,3	82	80,4	37	90,2	18	94,7	6,6	4	NS
	Sí	18	24,7	26	16,7	20	19,6	4	9,8	1	5,3			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	1	5,6	1	3,8	3	14,3	2	50	0	0	32,08	16	0,01
	Psicosis	10	55,6	12	46,2	5	23,8	0	0	0	0			
	Fase maniaca	0	0	5	19,2	10	47,6	0	0	1	100			
	Intento autolisis	5	27,8	5	19,2	3	14,3	2	50	0	0			
	Intoxicación aguda	2	11,1	3	11,5	0	0	0	0	0	0			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	2	11,1	3	11,5	0	0	0	0	0	0	22,54	20	NS
	Separación del entorno	2	11,1	4	15,4	4	19	2	50	0	0			
	Falta de control ambulatorio	8	44,4	5	19,2	11	52,4	1	25	0	0			
	Claudicación familiar	3	16,7	7	26,9	4	19	0	0	1	100			
	Hetero - agresividad	3	16,7	4	15,9	2	9,5	0	0	0	0			
	Auto-agresividad	0	0	3	11	0	0	1	25	0	0			

Tabla 59. Asociación rango de edad con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad del paciente y el fármaco principal al alta así como la prescripción de tratamiento no farmacológico; los antidepresivos son el fármaco de elección excepto en los mayores de 70 años, donde mayoritariamente son los neurolépticos. Precisan tratamiento no farmacológico los menores de 25 años sobre todo terapia psicológica y los mayores de 70 son remitidos a centros de día (Tabla 60).

Variables médicas		EDAD										Chi cuadrado	g.l.	p
		<25		25-40		41-55		56-70		>70				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	8	11	14	9	9	8,8	5	12,2	7	36,8	21,29	16	NS
	Centro de Salud Mental	60	82,2	129	82,7	85	83,3	36	87,8	12	63,2			
	Hospital SMS	1	1,4	7	4,5	5	4,9	0	0	0	0			
	Centro concertado	2	2,7	3	1,9	1	1	0	0	0	0			
	Centro privado	2	2,7	3	1,9	2	2	0	0	0	0			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	2	2,7	4	2,6	3	2,9	0	0	0	0	15,1	12	NS
	Mantiene el previo	14	19,2	21	13,5	12	11,8	7	17,1	7	17,1			
	Se modifica el previo	39	53,4	99	63,5	73	71,6	21	51,2	21	51,2			
	Inicia nuevo tratamiento	18	24,7	32	20,5	14	13,7	13	31,7	13	31,7			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	46	63	131	84	79	77,5	35	85,4	15	78,9	26,88	12	0,003
	Centro de día	7	9,6	8	5,1	5	4,9	3	7,3	4	21,1			
	Terapia psicológica	20	27,4	16	10,3	17	16,7	3	7,3	0	0			
	Asertivo - comunitario	0	0	1	0,6	1	1	0	0	0	0			
Fármaco principal al alta	Neuróléptico	29	39,7	59	37,8	25	24,8	5	12,2	13	68,4	50,08	20	0,001
	Atdepresivo	36	49,3	59	37,8	59	58,4	31	75,6	13	15,8			
	Ansiolítico	6	8,2	23	14,7	7	6,9	1	2,4	2	10,5			
	Litio	1	1,4	4	2,6	5	5	2	4,9	1	5,3			
	Antiepilepsia	1	1,4	9	5,8	2	2	1	2,4	0	0			
	Aversivos	0	0	2	1,3	3	3	1	2,4	0	0			

Tabla 60. Asociación rango de edad con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.6. Análisis de la asociación entre el nivel de estudios y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Aunque no existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de estudios del paciente y quién/es lo remiten al servicio de urgencias, observamos que mientras los pacientes con algún tipo de estudio mayoritariamente acuden por voluntad propia, aquellos sin estudios fundamentalmente son remitidos por la familia (Tabla 61).

Variables médicas		NIVEL DE ESTUDIOS								Chi cuadrado	g.l.	p
		Sin estudios		Primarios		Medios		Superiores				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	10	28,6	76	38,8	26	44,8	9	50	11,85	9	NS
	La familia	12	34,3	65	28,9	12	20,7	4	22,2			
	Servicios de emergencias	7	20	41	18,2	16	26,7	4	6,9			
	Aten. Primaria /CSM/Otro hospital	6	17,1	43	19,1	4	6,9	3	16,7			
Patología orgánica acompañante	Cardiovascular	5	38,5	24	27,6	3	13	2	25	20,4	24	NS
	Neumológica	2	15,4	10	11,5	3	13	1	12,5			
	Ginecológica	0	0	1	1,1	1	4,3	0	0			
	Neurológica	0	0	11	12,6	1	4,3	2	25			
	Digestiva	1	7,7	5	5,7	5	21,7	0	0			
	Reumatológ.	0	0	9	10,3	3	13	1	12,5			
	Endocrina	2	15,4	15	17,2	4	17,4	2	25			
	Infeciosa	3	23,1	8	9,2	2	8,7	0	0			
Miscelánea	0	0	4	4,46	1	4,3	0	0				

Tabla 61. Asociación nivel de estudios con variables médicas.

El tratamiento fue prescrito en la mayoría de los pacientes independiente del nivel de estudios por el Centro de Salud Mental, no acudiendo a urgencias de manera habitual. Sin embargo destacamos que solamente acudieron a urgencias en los últimos 6 meses más de 11 veces los que tienen estudios primarios con una prevalencia del 2,6%. Ingresaron más en una unidad de psiquiatría los que tienen estudios medios con un 41,4%, sin evidenciarse ninguna asociación estadísticamente significativa (Tabla 62).

Variables médicas		Nivel de estudios								Chi cuadrado	g.l.	p
		Sin estudios		Primarios		Medios		Superiores				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	6	17,1	45	19,9	10	17,2	3	16,7	19,46	12	NS
	AP u otro especialista	5	14,3	29	12,8	6	10,3	5	27,8			
	Centro de Salud Mental	22	62,9	119	52,7	34	58,6	6	33,3			
	Psiquiatra privado	1	2,9	12	5,3	6	10,3	4	22,2			
	Servicio de urgencias	1	2,9	21	9,3	2	3,4	0	0			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	16	100	106	90,6	25	92,6	18	100	2,6	6	NS
	Entre 6-11 veces	0	0	8	6,8	2	7,4	0	0			
	Más de 11 veces	0	0	3	2,6	0	0	0	0			
Ingresos psiquiátricos previos	No	21	60	147	65	34	58,6	14	77,8	2,5	3	NS
	Sí	14	40	79	35	24	41,4	4	22,2			
Consumo de tóxicos	Alcohol	3	27,3	35	48,6	8	44,4	4	66,7	14,46	12	NS
	Cannabis	3	27,3	13	18,1	3	16,7	0	0			
	Cocaína	3	27,3	22	60,6	7	38,9	2	33,3			
	Opiáceos	1	9,1	2	2,8	0	0	0	0			
	Anfetaminas	1	9,1	0	0	0	0	0	0			

Tabla 62. Asociación nivel de estudios con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

En cuanto al juicio clínico existe una asociación estadísticamente significativa con el nivel de estudios encontrando que el trastorno afectivo es el principal diagnóstico en los pacientes con algún tipo de estudios, siendo la psicosis el juicio clínico más frecuente en sujetos sin estudios. Aunque no existe una relación estadísticamente significativa observamos que el tratamiento con neurolépticos fue el más utilizado en pacientes que no tienen estudios o solamente estudios básicos, siendo las benzodiazepinas el fármaco más utilizado entre los que poseen estudios medios o superiores (Tabla 63).

Variables médicas		Nivel de estudios								Chi cuadrado	g.l.	p
		Sin estudios		Primarios		Medios		Superiores				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	14	40	70	31	23	39,7	9	50	21,3	18	NS
	Tristeza	3	8,6	62	27,4	17	29,3	4	22,2			
	Intento de autolisis	3	8,6	37	16,4	4	64	1	5,6			
	Alteración de la conducta	12	34,3	47	20,8	13	22,4	4	22,2			
	Síndrome confusional	1	2,9	6	2,7	1	1,7	0	0			
	Quejas somáticas	2	5,7	3	1,3	0	0	0	0			
	Otros	0	0	1	0,4	0	0	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	5	14,3	5	2,2	1	1,7	3	16,7	38	15	0,001
	Psicosis	8	22,9	21	9,3	9	15,5	2	11,1			
	Trastorno afectivo	7	20	103	45,6	21	36,2	6	33,3			
	Toxicomanía	5	14,3	25	11,1	7	12,1	1	5,6			
	Trastorno de personalidad	7	20	67	29,6	18	31	4	22,2			
	Miscelánea	3	8,6	5	2,2	2	3,4	2	11,1			
Intervención servicios sociales	No	35	100	219	96,9	56	96,6	16	88,9	47	3	NS
	Sí	0	0	7	3,1	2	3,4	2	11,1			
Tratamiento en urgencias	No precisa	0	0	16	7,1	3	5,2	1	5,6	7,53	6	NS
	Neuroléptico	21	60	118	51,2	23	39,7	8	44,4			
	Ansiolítico	14	40	92	40,7	32	55,2	9	50			
Contención mecánica	No	31	88,6	203	89,8	47	81	18	100	5,8	3	NS
	Sí	4	11,4	23	10,2	11	19	0	0			

Tabla 63. Asociación nivel de estudios con variables referentes al manejo del paciente.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la determinación de tóxicos en orina y el nivel de estudios de los pacientes siendo menor la frecuencia de dicha prueba en los pacientes universitarios ya que el juicio clínico de toxicomanías fue el menos frecuente entre estos sujetos.

Aunque sin diferencias estadísticamente significativas señalar que la psicosis fue el criterio primario de ingreso más frecuente en los pacientes sin estudios y con preparación media, siendo el intento de autolisis en aquellos con formación primaria y la fase maniaca en los universitarios. El criterio secundario de ingreso más habitual en los licenciados y en los de preparación media es la claudicación familiar constituyendo la falta de control ambulatorio el criterio predominante en el resto de los grupos.

Existe una asociación estadística entre la derivación del paciente y su nivel de estudios destacando que pacientes universitarios en un alto porcentaje fueron remitidos a centros privados. Cabe destacar que los pacientes con preparación superior recurren en mayor porcentaje a los centros de día y a las terapias psicológicas que el resto de grupos aunque sin significación estadística (Tablas 64 y 65).

Variables médicas		Nivel de estudios								Chi Cuadrado	g.l.	P
		Sin estudios		Primarios		Medios		Superiores				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	31	88,6	184	81,4	52	89,7	16	88,9	3,36	3	NS
	Sí	4	11,4	42	18,6	6	10,3	2	11,1			
Necesidad de TAC	No	34	97,1	212	93,8	54	93,1	18	100	1,89	3	NS
	Sí	1	2,9	14	6,2	4	6,9	0	0			
Tóxicos en orina	No	31	88,6	157	69,5	43	74,1	16	88,9	8,1	3	0,04
	Sí	4	11,4	69	30,5	15	25,9	2	11,1			
Valoración clínica	No	34	97,1	197	87,2	49	84,5	17	94,4	4,4	3	NS
	Sí	1	2,9	29	12,8	9	15,5	1	5,6			
Ingreso en planta	No	27	77,1	185	81,9	47	81	15	83,3	6,4	3	NS
	Sí	8	22,9	41	18,1	11	19	3	16,7			

Tipo de ingreso	Voluntario	7	87,5	20	48,8	6	50	3	100	6,6	3	NS
	Involuntario	1	12,5	21	51,2	6	50	0	0			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	1	12,5	3	7,3	3	25	0	0	16,83	12	NS
	Psicosis	4	50	11	26,8	6	50	1	33,3			
	Fase maniaca	1	12,5	12	29,3	1	8,3	2	66,7			
	Intento autolisis	1	12,5	13	31,7	0	0	0	0			
	Intoxicación aguda	1	12,5	2	4,9	2	16,7	0	0			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	0	0	3	7,3	1	8,3	0	0	15,6	15	NS
	Separación del entorno	0	0	9	22	1	8,3	0	0			
	Falta de control ambulatorio	6	75	14	34,1	3	25	0	0			
	Claudicación familiar	1	12,5	8	19,5	4	33,3	2	66,7			
	Hetero - agresividad	0	0	5	12,2	2	16,7	1	33,3			
	Auto-agresividad	1	12,5	2	4,9	1	8,3	0	0			

Tabla 64. Asociación nivel de estudios con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Variables médicas		Nivel de estudios								Chi cuadrado	g.l.	p
		Sin estudios		Primarios		Medios		Superiores				
		N	%	N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	6	17,1	19	8,4	3	5,2	4	22,2	38,7	12	0,03
	Centro de Salud Mental	26	74,3	197	87,2	51	87,9	11	61,1			
	Hospital SMS	3	8,6	5	2,2	3	5,2	0	0			
	Centro concertado	0	0	2	0,9	1	1,7	0	0			
	Centro privado	0	0	3	1,3	0	0	3	16,7			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	1	2,9	2	0,9	0	0	1	5,6	7,91	9	NS
	Mantiene el previo	7	20	34	15	6	10,3	3	16,7			
	Se modifica el previo	20	57,1	148	65,5	40	69	9	50			
	Inicia nuevo tratamiento	7	20	42	18,6	12	20,7	6	27,8			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	31	88,6	174	77	45	77,6	11	61,1	11,89	9	NS
	Centro de día	1	2,9	13	5,8	5	8,6	3	16,7			
	Terapia psicológica	3	8,6	38	16,8	7	12,1	4	22,2			
	Asertivo - comunitario	0	0	1	0,4	1	1,7	0	0			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	13	37,1	70	31	16	27,6	7	38,9	15,08	15	NS
	Atdepresivo	15	42,9	121	53,5	28	48,3	7	38,9			
	Ansiolítico	3	8,6	17	7,5	11	19	1	5,6			
	Litio	1	2,9	7	3,1	2	3,4	2	11,1			
	Antiepilépticos	2	5,7	8	3,5	1	1,7	1	5,6			
	Aversivos	1	2,9	3	1,3	0	0	0	0			

Tabla 65. Asociación nivel de estudios con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.7. Análisis de la asociación entre la situación laboral y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la situación laboral y la patología orgánica acompañante siendo la más frecuente la cardiovascular en pacientes en activo con un 33% y en jubilados con un 48%, la endocrina fue la más habitual en desempleados con un 25%, la patología neurológica con un 24% entre los que perciben una pensión por invalidez, siendo las enfermedades endocrinas y reumatológicas las que en mayor medida afectaban a los pacientes en baja laboral. La familia es la responsable de la visita a urgencias de los que se encuentran en una situación de invalidez y en los jubilados, yendo por voluntad propia el resto de los pacientes (Tabla 66).

Variables médicas		Situación laboral										Chi cuadrado	g.l.	p
		Activo		Baja laboral		P. invalidez		Jubilados		Desempleados				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	48	41	23	31,5	8	27,6	10	22,7	42	37,2	17,9	12	NS
	La familia	24	20,5	19	26	10	34,5	22	50	32	28,3			
	Servicios de emergencias	24	20,5	14	19,2	7	24,1	7	15,9	22	19,5			
	Aten. Primaria /CSM/Otro hospital	21	17,9	17	23,3	4	13,8	5	11,4	17	15			
Patología orgánica acompañante	Cardiovasc	15	33,3	2	6,5	2	15,4	18	48,8	3	10,7	67,31	32	0,03
	Neumológica	8	17,8	2	6,5	2	15,4	1	2,7	4	14,5			
	Ginecológica	0	0	3	9,7	0	0	0	0	0	0			
	Neurológica	3	6,7	3	9,7	4	24,1	8	21,6	3	10,7			
	Digestiva	5	11,1	3	9,7	2	15,4	2	5,4	2	7,1			
	Reumatológ	4	8,9	6	19,4	1	7,7	1	2,7	3	10,7			
	Endocrina	9	20	6	19,4	0	0	5	13,5	7	25			
	Infeciosa	1	2,2	3	9,7	3	23,1	1	2,7	6	21,4			
	Miscelánea	0	0	4	12,9	0	0	1	2,7	0	0			

Tabla 66. Asociación situación laboral con variables médicas.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre quien les prescribió el tratamiento anterior y la situación laboral encontrando que los pacientes con pensión por invalidez llevaban un tratamiento prescrito por un psiquiatra privado hasta en el 14% de los casos; el Centro de Salud Mental es el responsable del tratamiento en todos los casos, teniendo un porcentaje muy próximo en los pacientes jubilados la instauración del tratamiento por parte de atención primaria u otro especialista. Pacientes con pensión por invalidez y desempleados tiene porcentajes más elevados de ingresos psiquiátricos previos (Tabla 67).

Variables médicas		Situación laboral										Chi Cuadrado	g.l.	p
		Activo		Baja laboral		P. invalidez		Jubilados		Desempleados				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	26	22,2	11	15,1	4	13,3	5	11,4	29	25,7	34,3	16	0,03
	AP u otro especialista	19	16,2	7	9,6	1	3,3	14	31,8	12	10,6			
	Centro de Salud Mental	59	60,4	47	64,4	21	70	18	40,9	52	46			
	Psiquiatra privado	6	5,1	3	4,1	4	13,3	2	4,5	11	9,7			
	Servicio de urgencias	7	8	5	6,8	0	0	11	9,7	9	8			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	48	94,1	34	89,5	16	94,1	15	93,8	57	93,4	4,8	8	NS
	Entre 6-11 veces	3	5,9	2	5,3	1	5,9	1	6,3	3	4,9			
	Más de 11 veces	0	0	2	5,3	0	0	0	0	1	1,6			
Ingresos psiquiátricos previos	No	86	73,5	50	68,5	10	33,3	40	90,9	66	58,4	32,7	4	0,03
	Sí	31	26,5	23	31,5	20	66,8	4	9,1	47	41,6			
Consumo de tóxicos	Alcohol	23	59	12	38,7	1	16,7	2	100	18	41,9	12,8	16	NS
	Cannabis	7	17,9	7	22,6	2	33,3	0	0	7	16,3			
	Cocaína	9	23,1	11	35,5	3	50	0	0	15	34,9			
	Opiáceos	0	0	1	3,2	0	0	0	0	2	4,7			
	Anfetaminas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,3			

Tabla 67. Asociación situación laboral con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

El motivo de consulta más frecuente fue el nerviosismo en los sujetos activos y en los parados, la tristeza entre los que estaban en situación de baja laboral y los jubilados y la alteración de la conducta en aquellos en situación de invalidez. El juicio clínico más frecuente fue el trastorno afectivo excepto en los jubilados que fue el trastorno orgánico hasta en el 45%. Los porcentajes más elevados de diagnóstico de toxicomanías se obtuvieron en sujetos desempleados y en baja laboral (Tabla 68).

Variables médicas		Situación laboral										Chi cuadrado	g.l.	p
		Activo		Baja laboral		P. invalidez		Jubilados		Desempleados				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	40	34,2	20	27,4	10	33,3	10	22,7	46	40,7	4,83	24	0,003
	Tristeza	34	29,1	23	31,5	4	13,3	11	25	20	17,7			
	Intento de autolisis	14	12	11	15,1	2	6,7	3	6,8	16	14,2			
	Alteración de la conducta	26	22,2	15	20,5	12	40	10	22,7	27	23,9			
	Síndrome confusional	3	2,6	2	2,7	1	3,3	5	11,4	2	1,8			
	Quejas somáticas	0	0	1	1,4	1	3,3	5	11,4	2	1,8			
	Otros	0	0	1	1,4	0	0	0	0	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	1	0,9	0	0	5	16,7	20	45,5	1	0,9	153	20	0,002
	Psicosis	6	5,1	11	15,1	7	23,3	1	2,3	19	16,8			
	Trastorno afectivo	52	44,4	34	46,6	10	33,3	16	36,4	36	31,9			
	Toxicomanía	11	9,4	9	12,3	3	10	0	0	23	20,4			
	Trastorno de personalidad	43	36,8	17	23,3	5	16,7	5	11,4	30	26,5			
	Miscelánea	4	3,4	2	2,7	0	0	2	4,5	4	3,5			
Intervención servicios sociales	No	116	99,1	71	97,3	30	100	41	93,2	106	93,8	8,76	4	NS
	Sí	1	0,9	2	2,7	0	0	3	6,8	7	6,2			
Tratamiento en urgencias	No precisa	5	4,3	7	9,6	0	0	6	13,6	6	5,3	10,5	8	NS
	Neuroléptico	59	50,4	39	53,4	18	60	22	50	53	46,9			
	Ansiolítico	53	45,3	27	37	12	40	16	36,4	54	47,8			
Contención mecánica	No	99	84,6	63	86,3	25	83,3	42	95,5	102	90,3	4,86	4	NS
	Sí	18	15,4	10	13,7	5	16,7	2	4,5	11	9,7			

Tabla 68. Asociación situación laboral con variables referentes al manejo del paciente.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la determinación de tóxicos en orina y la situación laboral encontrando que los desempleados y los que se encuentran en activo precisan mayor número de determinaciones con un 33% y un 29% respectivamente. Los pacientes en situación de invalidez ingresan de manera más frecuente en las unidades de internamiento psiquiátrico (Tablas 69).

Variables médicas		Situación laboral										Chi Cuadrado	g.l.	p
		Activo		Baja laboral		P. invalidez		Jubilados		Desempleados				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	91	77,8	58	79,5	29	96,7	37	84,1	92	81,4	6,63	4	NS
	Sí	26	22,2	15	20,5	1	3,3	7	15,9	21	18,6			
Necesidad de TAC	No	110	94	66	90,4	30	100	38	86,4	109	96,5	8,7	4	NS
	Sí	7	6	7	9,6	0	0	6	13,6	4	3,5			
Tóxicos en orina	No	82	70,1	52	71,2	26	86,7	39	88,6	75	66,4	11,3	4	0,02
	Sí	35	29,9	21	28,8	4	13,3	5	11,4	38	33,6			
Valoración clínica	No	98	83,8	61	83,6	29	96,7	39	88,6	98	86,7	4,02	4	NS
	Sí	19	16,2	12	16,4	1	3,3	5	11,4	15	13,3			
Ingreso en planta	No	105	89,7	53	72,6	20	66,7	41	93,2	91	80,5	17,9	4	0,01
	Sí	12	10,3	20	27,4	10	33,3	3	6,8	22	19,5			
Tipo de ingreso	Voluntario	7	53,8	10	50	5	50	3	100	12	54,5	2,75	4	NS
	Involuntario	6	46,2	10	50	5	50	0	0	10	45,5			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	2	15,4	3	15	1	10	1	33,3	0	0	25,5	16	NS
	Psicosis	3	23,1	7	35	3	30	1	33,3	12	54,5			
	Fase maniaca	4	30,8	3	15	6	60	1	33,3	2	9,1			
	Intento autolisis	4	30,8	6	30	0	0	0	0	4	18,2			
	Intoxicación aguda	0	0	1	5	0	0	0	0	4	18,2			

Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	0	0	2	10	0	0	0	0	3	13,6	27,7	20	NS
	Separación del entorno	3	23,1	5	25	2	20	0	0	2	9,1			
	Falta de control ambulatorio	2	15,4	2	25	5	50	1	33,3	12	54,5			
	Claudicación familiar	4	30,8	3	15	3	30	1	33,3	2	9,1			
	Hetero - agresividad	4	30,8	2	10	0	0	0	0	3	13,6			
	Auto-agresividad	0	0	3	15	0	0	1	33,3	0	0			

Tabla 69. Asociación situación laboral con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Existe una relación estadísticamente significativa entre el tratamiento farmacológico ambulatorio y la situación laboral, encontrando que hasta el 30% de los pacientes en activo iniciaron tratamiento nuevo, siendo lo más frecuente en el resto la modificación del tratamiento previo. En cuanto al fármaco al alta fueron los antidepresivos los fármacos prescritos con mayor frecuencia, siendo los neurolépticos el tratamiento de elección en los pacientes que percibían una pensión por invalidez (Tabla 70).

Variables médicas		Situación laboral										Chi cuadrado	g.l.	p
		Activo		Baja laboral		P. Invalidez		Desempleados		Jubilados				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	14	12	4	5,5	3	10	9	20,5	11	9,7	24,33	16	NS
	Centro de Salud Mental	94	80,3	65	89	23	76,7	34	77,3	97	85,8			
	Hospital SMS	5	4,3	3	4,1	3	10	0	0	1	0,9			
	Centro concertado	0	0	0	0	1	3,3	1	2,3	3	2,7			
	Centro privado	4	3,4	1	1,4	0	0	0	0	1	0,9			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	3	2,6	0	0	2	6,7	0	0	3	2,7	26,04	12	0,01
	Mantiene el previo	14	12	10	13,7	4	13,3	4	9,1	19	16,8			
	Se modifica el previo	65	55,6	56	76,7	23	76,7	28	63,8	65	60,2			
	Inicia nuevo tratamiento	35	29,9	7	9,6	1	3,3	12	27,3	23	20,4			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	94	80,3	58	79,5	28	93,3	35	79,5	86	76,1	18,36	12	NS
	Centro de día	7	6	2	2,7	1	3,3	7	15,9	6	5,3			
	Terapia psicológica	15	12,8	13	17,8	1	3,3	2	4,5	20	17,7			
	Asertivo - comunitario	1	0,9	0	0	0	0	0	0	1	0,9			
Fármaco principal al alta	Neuróléptico	34	29,1	19	26	14	48,3	17	38,6	41	36,3	55,77	20	0,01
	Antidepresivo	63	53,8	45	61,6	6	20,7	22	50	47	41,6			
	Ansiolítico	13	11,1	3	4,1	0	0	3	6,8	17	15			
	Litio	5	4,3	2	2,7	4	13,8	1	2,3	1	0,9			
	Antiepilepsia	1	0,9	2	2,7	5	17,2	1	2,3	4	3,5			
	Aversivos	1	0,9	2	2,7	0	0	0	0	3	2,7			

Tabla 70. Asociación situación laboral con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.8. Análisis de la asociación entre el estado civil y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta.

En el análisis de la remisión del paciente existe una asociación estadísticamente significativa con la variable estado civil; los pacientes solteros se remiten mayoritariamente al servicio de urgencias por la familia, siendo por su propia voluntad el resto de los casos, y encontramos un alto porcentaje de pacientes separados y/o viudos que son llevados por los servicios de emergencia (Tabla 71).

Variables médicas		Estado civil						Chi cuadrado	g.l.	p
		Solteros		Casados o en pareja		Separados o viudos				
		N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	38	26,8	72	39,1	21	35	18,33	6	0,007
	La familia	54	38	43	23,4	16	26,7			
	Servicios de emergencias	30	21,1	29	15,8	17	28,3			
	Aten. Primaria /CSM/Otro hospital	20	14,1	40	21,7	6	10			
Patología orgánica acompañante	Cardiovasc.	4	10,5	28	33,7	8	24,2	30,24	16	0,001
	Neumológica	6	15,8	8	9,6	4	12,1			
	Ginecológica	1	2,6	1	1,2	0	0			
	Neurológica	6	15,8	7	8,4	7	21,2			
	Digestiva	4	10,5	10	12	0	0			
	Reumatológ.	4	10,5	7	8,4	4	12,1			
	Endocrina	3	7,9	7	8,4	4	12,1			
	Infeciosa	9	23,7	3	3,6	2	6,1			
	Miscelánea	1	2,6	2	2,4	2	6,1			

Tabla 71. Asociación estado civil con variables médicas.

Casi el 50% de los pacientes solteros que acudieron al servicio de urgencias tenían antecedentes de ingreso psiquiátrico previo frente a un 20% en el resto de los sujetos, siendo estadísticamente significativa esta relación.

El consumo de alcohol en pacientes viudos y separados supuso el doble que los sujetos solteros, siendo la cocaína y el cannabis más consumidos por pacientes solteros o en pareja (Tabla 72).

Variables médicas		Estado civil						Chi cuadrado	g.l.	p
		Solteros		Casados o en pareja		Viudos o separados				
		N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	32	22,4	33	17,9	13	21,7	24,35	8	0,0002
	AP u otro especialista	8	5,6	32	17,4	14	23,3			
	Centro de Salud Mental	86	60,1	91	49,5	24	40			
	Psiquiatra privado	9	6,3	9	4,9	7	11,7			
	Servicio de urgencias	9	5,8	19	10,3	2	3,3			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	78	95,1	68	89,5	25	96,2	47,84	4	NS
	Entre 6-11 veces	4	4,9	5	6,6	1	3,8			
	Más de 11 veces	0	0	3	3,9	0	0			
Ingresos psiquiátricos previos	No	79	55,2	135	73,4	46	76,7	14,88	2	0,001
	Sí	64	44,8	49	26,6	14	23,3			
Consumo de tóxicos	Alcohol	22	36,1	20	47,6	14	70	11,13	8	NS
	Cannabis	15	24,6	6	14,3	2	10			
	Cocaína	20	32,8	14	33,3	4	20			
	Opiáceos	4	6,6	1	2,4	0	0			
	Anfetaminas	0	0	1	2,4	0	0			

Tabla 72. Asociación estado civil con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

El motivo de consulta y el juicio clínico se asociaron significativamente con el estado civil del paciente encontrando que la agitación psicomotriz es el principal motivo de consulta excepto en los viudos y/o separados en los que predominó la tristeza; en cuanto al juicio clínico el trastorno de la personalidad fue el más prevalente entre pacientes solteros, siendo el trastorno afectivo el más recurrente en el resto de sujetos.

En general no se precisa la actuación de los servicios sociales, siendo éstos un poco más utilizados por pacientes viudos y/o separados, no existiendo diferencias significativas en el uso de contención mecánica ni en el fármaco de elección en urgencias (Tabla 73).

Variables médicas		Estado civil						Chi cuadrado	g.l.	p
		Solteros		Casados o en pareja		Viudos o separados				
		N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	53	37,1	64	34,8	15	25	21,94	12	0,038
	Tristeza	25	17,5	54	29,3	16	26,7			
	Intento de autolisis	19	13,3	22	12	7	11,7			
	Alteración de la conducta	42	29,4	29	15,8	18	30			
	Síndrome confusional	2	1,4	9	4,9	18	30			
	Quejas somáticas	2	1,4	9	4,9	18	30			
	Otros	1	0,7	0	0	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	6	4,2	12	6,5	9	15	22,71	10	0,012
	Psicosis	24	16,8	14	7,6	7	11,7			
	Trastorno afectivo	42	29,4	83	45,1	23	38,3			
	Toxicomanía	22	15,4	18	9,8	8	13,3			
	Trastorno de personalidad	44	30,8	51	27,7	11	18,3			
	Miscelánea	5	3,5	6	3,3	2	3,3			
Intervención servicios sociales	No	140	97,9	178	96,7	55	91,7	4,81	2	NS
	Sí	3	2,1	6	3,3	5	8,3			
Tratamiento en urgencias	No precisa	9	6,3	15	8,2	2	3,3	4,8	4	NS
	Neuroléptico	78	54,5	83	45,1	34	56,7			
	Ansiolítico	56	39,2	86	46,7	24	40			
Contención mecánica	No	125	87,4	164	89,1	52	86,7	0,39	2	NS
	Sí	18	12,6	20	10,9	8	13,3			

Tabla 73. Asociación estado civil con variables referentes al manejo del paciente.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el ingreso en planta según el estado civil del paciente siendo necesario hasta en el 23% de viudos /separados, 22% en solteros y solamente un 12% en los sujetos casados / en pareja (Tabla 74).

Variables médicas		Estado civil						Chi cuadrado	g.l.	p
		Solteros		Casados o en pareja		Viudos o separados				
		N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba compl.	No	119	83,2	151	82,1	46	76,7	1,25	2	NS
	Sí	24	16,8	33	17,9	14	23,3			
Necesidad de TAC	No	137	95,8	171	92,9	55	91,7	1,69	2	NS
	Sí	6	4,2	13	7,1	5	8,3			
Tóxicos en orina	No	95	66,4	141	76,6	45	75	4,41	2	NS
	Sí	48	33,6	43	23,4	15	25			
Valoración clínica	No	123	86	156	84,8	55	91,7	1,83	2	NS
	Sí	20	14	28	15,2	5	8,3			
Ingreso en planta	No	112	78,3	162	88	46	76,7	7,1	2	0,029
	Sí	31	21,7	22	12	14	23,3			
Tipo de ingreso	Voluntario	14	45,2	13	56,5	10	71,4	2,75	2	NS
	Involuntario	17	54,8	10	43,5	4	28,6			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	2	6,5	2	8,7	3	21,4	13,96	8	NS
	Psicosis	16	51,6	7	30,4	3	21,4			
	Fase maniaca	3	9,7	6	26,1	6	42,9			
	Intento autolisis	6	19,4	7	30,4	2	14,3			
	Intoxicación aguda	4	12,9	1	4,3	0	0			

Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	2	6,5	3	13	0	0	9,21	10	NS
	Separación del entorno	6	19,4	5	21,7	1	7,1			
	Falta de control ambulatorio	11	35,5	5	21,7	8	57,1			
	Claudicación familiar	6	19,4	6	26,1	3	21,4			
	Hetero - agresividad	5	16,1	2	8,7	1	7,1			
	Auto-agresividad	1	3,2	2	8,7	1	7,1			

Tabla 74. Asociación estado civil con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la variable fármaco al alta y la variable estado civil siendo los neurolépticos los fármacos de elección en los solteros y los antidepresivos los más utilizados por el resto de los pacientes, presentando en todos los casos una prevalencia de aproximadamente el 50%(Tabla 75).

Variables médicas		Estado civil						Chi cuadrado	g.l.	p
		Solteros		Casados o en pareja		Viudos o separados				
		N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	2	6,5	3	13	0	0	9,21	10	NS
	Centro de Salud Mental	6	19,4	10	43,4	8	57,1			
	Hospital SMS	11	35,5	5	21,7	1	7,1			
	Centro concertado	5	16,1	2	8,7	1	7,1			
	Centro privado	1	3,2	2	8,7	1	7,1			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	6	4,2	3	1,6	0	0	9,6	8	NS
	Mantiene el previo	25	17,5	24	13	5	8,3			
	Se modifica el previo	88	61,5	117	63,6	40	66,7			
	Inicia nuevo tratamiento	24	16,8	40	21,7	15	25			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	105	73,4	152	82,6	45	75	7,5	6	NS
	Centro de día	14	9,8	9	4,9	4	6,7			
	Terapia psicológica	24	16,8	22	12	10	16,7			
	Asertivo - comunitario	0	0	1	0,5	1	1,7			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	62	43,7	49	26,6	18	30	21,12	10	0,002
	Atdepresivo	55	38,7	101	54,9	31	51,7			
	Ansiolítico	16	11,3	19	10,3	3	5			
	Litio	2	1,4	6	5,3	5	8,3			
	Antiepilepsia	6	4,2	5	2,7	2	3,3			
	Aversivos	1	0,7	4	2,2	2	3,3			

Tabla 75. Asociación estado civil con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.9. Análisis de la asociación entre sujeto inmigrante y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Los pacientes inmigrantes fueron llevados a urgencias mayoritariamente por los servicios de emergencia, sin embargo los sujetos nacionales a petición propia ; un alto porcentaje de los inmigrantes no tienen patología orgánica acompañante, siendo la patología más frecuente entre inmigrantes la neumológica, en contraste con los pacientes nativos en los cuales la patología cardiovascular fue la más prevalente (Tabla 76).

Variables médicas		INMIGRANTE				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	130	36,3	5	15,2	10,01	6	NS
	La familia	105	29,3	9	27,3			
	Servicios de emergencias	64	17,9	12	36,4			
	Primaria/ otro especialista	16	4,5	2	6,1			
	Centro de Salud Mental	14	3,9	1	3			
	Otro Hospital	29	8,1	4	12,1			
Patología orgánica acompañante	No	210	58,7	26	78,8	12,24	9	NS
	Cardiovasc.	38	10,6	2	6,1			
	Neumológica	15	4,2	3	9,1			
	Ginecológica	2	0,6	0	0			
	Neurológica	20	5,6	0	0			
	Digestiva	14	3,9	0	0			
	Reumatológ.	14	3,9	1	3			
	Endocrina	27	7,5	0	0			
	Infecciosa	14	3,9	0	0			
	Miscelánea	4	1,1	1	3			

Tabla 76. Asociación inmigrante con variables médicas.

Prácticamente uno de cada dos foráneos no lleva ningún tratamiento previo, sin embargo, más del 80% de los pacientes nacionales si llevan tratamiento psiquiátrico.

Los pacientes inmigrantes en general acudieron a urgencias en los últimos 6 meses en menor proporción que los pacientes españoles, y el consumo de tóxicos fue ligeramente inferior entre estos sujetos.

El alcohol y el cannabis fue la sustancia más utilizada por los pacientes inmigrantes frente a la cocaína y los opiáceos en sujetos españoles, en los cuales también predominó el consumo de alcohol (Tabla 77).

Variables médicas		INMIGRANTE				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	63	17,6	16	48,5	21,33	4	0,001
	AP u otro especialista	49	13,7	6	18,2			
	Centro de Salud Mental	193	53,9	9	27,3			
	Psiquiatra privado	26	7,3	0	0			
	Servicio de urgencias	27	7,5	2	6,1			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	No	185	51,7	20	60,6	1,85	3	NS
	Entre 1-5 veces	160	44,7	13	39,4			
	Entre 6-11 veces	10	2,8	0	0			
	Más de 11 veces	3	0,8	0	0			
Ingresos psiquiátricos previos	No	238	66,5	25	75,8	1,18	1	NS
	Sí	120	33,5	8	24,2			
Consumo de tóxicos	No	249	69,6	18	54,5	9,61	5	NS
	Alcohol	49	13,7	8	24,2			
	Cannabis	18	5	5	15,2			
	Cocaína	36	10,1	2	6,1			
	Opiáceos	5	1,4	0	0			
	Anfetaminas	1	0,3	0	0			

Tabla 77. Asociación inmigrante con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

Existen diferencias estadísticamente significativas en el juicio clínico de los pacientes, siendo más frecuente la psicosis en los pacientes inmigrantes y los trastornos afectivos en sujetos nacionales. No hay diferencias estadísticamente significativas en el motivo de consulta ni en el uso de la contención mecánica ni la intervención de los servicios sociales (Tabla 78).

Variables médicas		INMIGRANTE				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/ Agitación	121	33,8	11	33,3	6,19	6	NS
	Tristeza	93	26	3	9,1			
	Intento de autolisis	42	11,7	6	18,2			
	Alteración de la conducta	81	22,6	11	33,3			
	Síndrome confusional	12	3,4	1	3			
	Quejas somáticas	8	2,2	1	3			
	Otros	1	0,3	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	27	7,5	1	3	18,18	5	0,003
	Psicosis	35	9,8	11	33,3			
	Trastorno afectivo	142	39,7	8	24,2			
	Toxicomanía	44	12,3	4	12,1			
	Trastorno de personalidad	97	27,1	9	27,3			
	Miscelánea	13	3,6	0	0			
Intervención servicios sociales	No	346	96,6	31	93,9	0,65	1	NS
	Sí	12	3,4	2	6,1			
Tratamiento en urgencias	No precisa	24	6,7	2	6,1	1,54	2	NS
	Neuroléptico	117	49,4	20	60,6			
	Ansiolítico	157	43,9	11	33,3			
Contención mecánica	No	317	88,5	28	84,8	0,39	1	NS
	Sí	41	11,5	5	15,2			

Tabla 78. Asociación inmigrante con variables referentes al manejo del paciente.

Tanto en la realización de pruebas complementarias como en la determinación de tóxicos en orina, así como en la valoración por un médico clínico, el hecho de ser inmigrante duplicó el porcentaje de actuaciones con respecto a los pacientes nacionales. Aunque solamente 6 pacientes inmigrantes fueron ingresados en planta de psiquiatría, en todos los

casos la psicosis justificó el ingreso, sin embargo, en pacientes nacionales el ingreso fue debido a distintos criterios primarios de ingreso (Tabla 79).

Variables médicas		INMIGRANTE				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	300	83,8	20	60,6	10,93	1	0,001
	Sí	58	16,2	13	39,4			
Necesidad de TAC	No	337	94,1	30	90,9	0,51	1	NS
	Sí	21	5,9	3	9,1			
Tóxicos en orina	No	267	74,6	17	51,5	8	1	0,004
	Sí	91	25,4	16	48,5			
Valoración clínica	No	313	87,4	25	75,8	3,51	1	0,043
	Sí	45	12,6	8	24,2			
Ingreso en planta	No	295	82,4	27	81,8	0,017	1	NS
	Sí	63	17,6	6	18,2			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	7	10,9	0	0	10,45	4	0,033
	Psicosis	21	32,8	6	100			
	Fase maniaca	16	25	0	0			
	Intento autolisis	15	23,4	0	0			
	Intoxicación aguda	5	7,8	0	0			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	5	7,8	0	0	4,76	5	NS
	Separación del entorno	11	17,2	1	16,7			
	Falta de control ambulatorio	22	34,4	3	50			
	Claudicación familiar	15	23,4	0	0			
	Hetero - agresividad	7	10,9	2	33,3			
	Auto-agresividad	4	6,3	0	0			

Tabla 79. Asociación inmigrante con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la nacionalidad de los pacientes y el mantenimiento del tratamiento al ingreso, así en los pacientes inmigrantes en ningún caso se mantuvo el tratamiento previo y en uno de cada dos se inició un tratamiento nuevo. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes españoles se modificó el tratamiento previo. Aunque sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento farmacológico al alta, a los inmigrantes se les prescribió en mayor porcentaje neurolepticos y a los pacientes españoles, antidepresivos (Tabla 80).

Variables médicas		INMIGRANTE				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	36	10,1	7	21,2	5,83	4	NS
	Centro de Salud Mental	298	83,2	24	72,7			
	Hospital SMS	11	3,1	2	6,1			
	Centro concertado	6	1,7	0	0			
	Centro privado	7	2	0	0			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	7	2	2	6,1	26,14	3	0,001
	Mantiene el previo	54	15,1	0	0			
	Se modifica el previo	233	65,1	14	42,4			
	Inicia nuevo tratamiento	64	17,9	17	51,5			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	275	76,8	31	93,9	5,30	3	NS
	Centro de día	26	7,3	1	3			
	Terapia psicológica	55	15,4	1	3			
	Asertivo - comunitario	2	0,6	0	0			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	115	32,2	16	48,5	5,19	5	NS
	Atdepresivo	176	49,3	12	36,4			
	Ansiolítico	36	10,1	3	9,1			
	Lítio	13	3,6	0	0			
	Antiepilepsia	12	3,4	1	3			
	Aversivos	5	1,4	1	3			

Tabla 80. Asociación inmigrante con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.10. Análisis de la asociación entre el juicio clínico y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Los pacientes con trastorno orgánico y psicosis fueron llevados mayoritariamente a los servicios de urgencias por la familia, mientras que los que padecían un trastorno afectivo y de la personalidad por petición propia, siendo los pacientes con toxicomanías remitidos por los servicios de emergencia .La patología cardiovascular es la dominante excepto en la psicosis y en las toxicomanías donde predominó la patología infecciosa mientras que en los trastornos de la personalidad fueron más frecuentes los problemas neurológicos (Tabla 81).

Variables médicas		Juicio clínico										Chi cuadrado	g.l.	p
		T. orgánico		Psicosis		T. afectivo		Toxicomanías		T. personalidad				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	4	14,3	12	20,1	61	40,9	13	27,1	38	35,8	29,18	12	0,004
	La familia	16	57,1	16	34,8	42	28,2	13	27,1	22	20,8			
	Servicios de emergencias	6	21,4	13	28,3	19	12,8	14	29,2	24	22,6			
	Aten. Primaria /CSM/Otro hospital	2	7,1	5	10,9	27	18,1	8	16,7	22	20,8			
Patología orgánica acompañante	Cardiovasc	11	45,8	2	22,2	19	30,2	1	5,9	6	15	80,4	32	0,002
	Neurológica	1	4,2	1	11,1	6	9,5	1	5,9	9	22,5			
	Ginecológica	0	0	1	11,1	1	1,6	0	0	0	0			
	Neurológica	8	33,3	1	11,1	7	11,1	1	5,9	2	5			
	Digestiva	1	4,2	0	0	2	3,3	5	29,4	6	15			
	Reumatológ	0	0	0	0	9	14,3	2	11,8	4	10			
	Endocrina	3	12,5	0	0	16	25,4	1	5,9	7	17,5			
	Infecciosa	0	0	3	33,3	1	1,6	6	35,3	4	10			
	Miscelánea	0	0	1	11,1	2	3,3	0	0	2	5			

Tabla 81. Asociación juicio clínico con variables médicas.

Destacar que un tercio de los pacientes con toxicomanías no llevaban ningún tipo de tratamiento prescrito con anterioridad siendo inferior este porcentaje en el resto de las causas. En cuanto a los ingresos psiquiátricos previos destaca la psicosis con un elevado porcentaje de internamiento que contrasta con el trastorno orgánico dentro del cual sólo existe un paciente con dicho antecedente.

En cuanto al consumo de tóxicos, en la psicosis predomina el consumo de cannabis y en pacientes diagnosticados de toxicomanía la cocaína, en el resto el alcohol fue la droga más consumida (Tabla 82).

Variables médicas		Juicio clínico										Chi Cuadrado	g.l.	p
		T. orgánico		Psicosis		T. afectivo		Toxicomanía		T. personalidad				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	4	14,3	10	21,7	27	18	15	31,3	19	17,6	35,07	16	0,04
	AP u otro especialista	8	28,6	2	4,3	24	16	3	6,3	13	12,3			
	Centro de Salud Mental	13	46,4	30	65,2	66	44	27	56,3	62	58,5			
	Psiquiatra privado	0	0	3	6,5	13	8,7	3	6,3	7	6,6			
	Servicio de urgencias	3	10,7	1	2,2	20	13,3	0	0	6	4,7			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	11	100	23	95,8	67	89,3	25	96,2	44	93,6	3,5	8	NS
	Entre 6-11 veces	0	0	1	4,2	6	8	1	3,8	2	4,3			
	Más de 11 veces	0	0	0	0	2	2,7	0	0	1	2,1			
Ingresos psiquiátricos previos	No	27	96,4	18	39,1	118	72	28	58,3	74	69,8	29,57	4	0,03
	Sí	1	3,6	28	60,9	45	28	20	41,7	32	30,2			
Consumo de tóxicos	Alcohol	2	100	3	21,4	15	75	16	35,6	20	48,8	40,65	16	0,01
	Cannabis	0	0	7	50	5	25	3	6,7	8	19,5			
	Cocaína	0	0	4	28,6	0	0	21	46,7	12	29,3			
	Opiáceos	0	0	0	0	0	0	5	11,1	0	0			
	Anfetaminas	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2,4			

Tabla 82. Asociación juicio clínico con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

El motivo de consulta que predominó en los trastornos orgánicos y en la psicosis fue la alteración de la conducta, en los trastornos afectivos la tristeza y en el resto el nerviosismo/agitación psicomotriz. El tratamiento en urgencias predominante fueron los

neurolépticos salvo en los trastornos afectivos que fueron los antidepresivos. El 33% de los pacientes toxicómanos precisaron de medidas de contención mecánica, frente a porcentajes inferiores en el resto de pacientes. En general los pacientes afectos de psicosis y toxicomanías son los que con mayor frecuencia precisan tratamiento neuroléptico urgente y medidas de contención física consultando por agitación psicomotriz y por alteraciones de la conducta, constituyendo junto a los intentos de autolisis, las urgencias psiquiátricas más graves y de más difícil manejo (Tabla 83).

Variables médicas		Juicio clínico										Chi cuadrado	g.l.	p
		T. orgánico		Psicosis		T. afectivo		Toxicomanías		T. personalidad				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	10	35,7	21	45,7	36	24	22	45,8	36	34	102,3	24	0,03
	Tristeza	1	3,6	1	2,2	62	41,3	4	8,3	26	24,5			
	Intento de autolisis	0	0	0	0	21	14	6	12,5	20	18,9			
	Alteración de la conducta	12	42,9	23	50	26	17,3	10	20,8	20	18,9			
	Síndrome confusional	2	7,1	0	0	2	1,3	4	8,3	4	3,8			
	Quejas somáticas	3	10,7	1	2,2	2	1,3	2	4,2	0	0			
	Otros	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0			
Intervención servicios sociales	No	25	89,3	45	97,8	145	96,7	46	95,8	13	97,2	4,47	4	NS
	Sí	3	10,7	1	2,2	5	3,3	2	4,2	3	2,8			
Tratamiento en urgencias	No precisa	4	14,3	3	6,5	8	5,3	3	6,3	8	7,5	26,08	8	0,01
	Neuroléptico	12	42,9	36	78,3	66	44	31	64,6	50	47,2			
	Ansiolítico	12	42,9	7	15,2	76	50,7	14	29,2	48	45,3			
Contención mecánica	No	26	92,9	36	78,3	141	94	32	66,7	97	91,5	31,04	4	0,03
	Sí	2	7,1	10	21,7	9	6	16	33,3	9	8,5			

Tabla 83. Asociación juicio clínico con variables referentes al manejo del paciente.

Los pacientes que acuden al servicio de urgencias por un problema de toxicomanía precisaron la realización de mayor cantidad de pruebas complementarias, de TAC y determinación de tóxicos en orina, siendo ingresados en planta de psiquiatría en un porcentaje sensiblemente menor que el resto de los grupos. Cabe destacar que los pacientes con problemas de psicosis suelen ser valorados por médicos no psiquiatras en numerosas ocasiones (hasta un 50% de los casos) y que un tercio de los pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo son ingresados en planta de psiquiatría. Aunque no posee significación estadística encontramos que los pacientes con juicio clínico de toxicomanía ingresaron de manera involuntaria en un porcentaje muy elevado al igual que los psicóticos, frente al resto de los pacientes.

El criterio primario de ingreso más frecuente fue la fase maniaca en los trastornos orgánicos y en los afectivos, siendo el intento de autolisis mucho más frecuente entre los diagnosticados de trastorno de la personalidad. Los criterios secundarios fueron la falta de control ambulatorio o la separación del entorno en la psicosis y en los trastornos afectivos, en los trastornos de personalidad la falta de control ambulatorio y en las toxicomanías la necesidad de tratamiento específico (Tabla 84).

Variables médicas		Juicio clínico										Chi Cuadrado	g.l.	p
		T. orgánico		Psicosis		T. afectivo		Toxicomanías		T. personalidad				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	25	89,3	38	82,6	128	85,3	27	56,3	92	86,8	25,37	4	0,004
	Sí	3	10,7	8	17,4	22	14,7	21	43,8	14	13,2			
Necesidad de TAC	No	26	92,9	43	93,5	143	85,3	42	57,5	101	95,3	54,45	4	0,004
	Sí	2	7,1	18	6,4	22	14,7	31	42,5	34	32,1			
Tóxicos en orina	No	25	89,3	39	84,8	135	90	33	66,8	96	90,6	165,4	4	0,02
	Sí	3	10,7	7	15,2	15	10	15	31,3	10	9,4			
Valoración clínica	No	27	96,4	25	54,5	124	82,7	39	81,3	95	89,6	32,03	4	0,003
	Sí	1	3,6	21	45,7	26	17,3	9	18,8	11	10,4			

Ingreso en planta	No	105	89,7	53	72,6	20	66,7	41	93,2	91	80,5	17,95	4	0,001
	Sí	12	10,3	20	27,4	10	33,3	3	6,8	22	19,5			
Tipo de ingreso	Voluntario	1	100	11	52,4	17	63	2	22	7	63,6	5,4	8	NS
	Involuntario	0	0	10	47,6	10	37	7	78	4	36,4			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	0	0	0	0	6	22,2	0	0	1	1,91	107,3	16	0,002
	Psicosis	0	0	21	100	0	0	2	22,2	4	36,4			
	Fase maniaca	1	100	0	0	15	55,6	0	0	0	0			
	Intento autolisis	0	0	0	0	6	22,2	2	22,2	6	61,69			
	Intoxicación aguda	0	0	0	0	0	0	5	55,6	0	0			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	0	0	0	0	0	0	4	44,4	1	9,1	36,9	20	0,001
	Separación del entorno	0	0	9	42,9	8	29,6	1	11,1	1	9,1			
	Falta de control ambulatorio	0	0	9	42,9	9	33,3	1	11,1	6	54,5			
	Claudicación familiar	1	100	6	28,6	4	14,8	1	11,1	2	18,2			
	Hetero - agresividad	0	0	3	11,1	3	14,3	2	22,2	1	9,1			
	Auto-agresividad	0	0	1	4,8	3	11,1	0	0	0	0			

Tabla 84. Asociación juicio clínico con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Los pacientes con trastorno orgánico fueron derivados a Atención Primaria u otras especialidades alrededor del 30% siendo muy superior esta cifra al resto de pacientes. Los pacientes afectos de trastorno de la personalidad fueron derivados de manera significativa a terapia psicológica frente a los pacientes con otros diagnósticos. El fármaco principal al alta son los neurolépticos excepto en los pacientes con trastorno afectivo y con trastorno de la personalidad donde fue más generalizado el uso de antidepresivos (Tabla 85).

Variables médicas		Juicio clínico										Chi cuadrado	g.l.	p
		T. orgánico		Psicosis		T. afectivo		Toxicomanías		T. personalidad				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	8	28,6	0	0	16	10,7	3	6,3	11	10,4	51,26	16	0,004
	Centro de Salud Mental	19	67,9	39	84,8	125	83,3	40	83,3	91	85,8			
	Hospital SMS	0	0	6	13	6	4	0	0	1	0,9			
	Centro concertado	1	3,6	0	0	0	0	4	8,3	1	0,9			
	Centro privado	0	0	1	2,2	3	2	1	2,1	2	2,19			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	5	17,8	0	0	26	17,3	6	12,5	10	10	16,2	12	NS
	Mantiene el previo	6	21,42	15	32,6	36	24	14	29,1	30	30			
	Se modifica el previo	6	21,42	15	32,6	38	25,3	14	29,1	30	30			
	Inicia nuevo tratamiento	11	39,2	16	34,7	50	33,3	14	29,1	30	30			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	21	75	40	87	126	84	36	75	74	69,8	39,42	12	0,004
	Centro de día	7	25	4	8,7	2	1,3	5	10,4	9	8,5			
	Terapia psicológica	0	0	1	2,2	21	14	7	14,6	23	21,7			
	Asertivo - comunitario	0	0	1	2,2	1	0,7	0	0	0	0			
Fármaco principal al alta	Neuróléptico	16	57,1	39	84,8	24	16,1	16	33,3	34	32,1	155,91	20	0,001
	Atdepresivo	5	17,9	4	8,7	97	65,1	14	29,2	59	55,7			
	Ansiolítico	5	17,9	2	4,3	12	8,1	10	20,8	87	7,5			
	Litio	1	3,6	0	0	12	8,1	2	4,2	51	4,7			
	Antiepilep.	1	3,6	1	2,2	12	8,1	0	0	0	0			
	Aversivos	0	0	0	0	4	2,7	2	4,2	5	4,7			

Tabla 85. Asociación juicio clínico con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.11. Análisis de la asociación entre el consumo de tóxicos y las variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia

El género y la edad se asocian significativamente al consumo de tóxicos, encontrando que los hombres eran mayores consumidores de sustancias de abuso que las mujeres y además entre aquellos que se encontraban entre los 26 y los 40 años de edad (Tabla 86).

Variables demográficas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Género	Hombre	102	38,2	82	66,1	26,507	1	0,0002
	Mujer	165	61,8	42	33,9			
Hora	00.00-06.00	29	10,9	21	16,9	5,37	3	NS
	06.01-12.00	75	28,1	38	30,6			
	12.01-18.00	96	36	32	25,8			
	18.01-23.59	67	25,1	33	26,6			
Día de la semana	Laborable	170	63,7	75	60,5	0,367	1	NS
	Fin de semana	97	36,3	49	39,5			
Edad	<25	42	15,7	31	25	17,09	4	0,002
	26-40	104	39	52	41,9			
	41-55	68	25,5	34	27,4			
	56-70	34	12,7	7	5,6			
	>70	19	7,1	0	0			

Tabla 86. Asociación consumo de tóxicos con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas.

Prácticamente uno de cada dos solteros utilizaban este tipo de sustancias de abuso y los pacientes en activo y desempleados, eran los pacientes que en mayor proporción consumían tóxicos, mientras que en el grupo de no consumidores predominaban el grupo de pacientes con actividad laboral.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas señalar que el porcentaje de consumidores inmigrantes fue el doble que en pacientes españoles (Tabla 87).

Variables demográficas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Nivel de estudios	Sin estudios	24	10,4	11	10,3	0,037	3	NS
	Primarios	154	67	72	67,3			
	Secundarios	40	17,4	18	16,8			
	Superiores	12	5,2	6	5,6			
Inmigrante	No	249	93,3	109	87,9	3,142	1	NS
	Sí	18	6,7	15	12,1			
Situación laboral	En activo	78	30,5	39	32,2	22,86	4	0,002
	Baja laboral	42	16,4	31	25,6			
	Pensión por invalidez	24	9,4	6	5			
	Jubilados	42	16,4	2	1,7			
	Desempleados	70	27,3	43	35,5			
Estado civil	Soltero	82	31,1	61	49,6	14,67	2	0,001
	Casado o en pareja	142	53,8	42	34,1			
	Viudedad o separado	40	15,2	20	16,3			

Tabla 87. Asociación consumo de tóxicos con variables sociodemográficas.

4.2.12. Análisis de la asociación entre el consumo de tóxicos y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

El 42% de los consumidores tenían antecedentes de ingresos previos en unidades de psiquiatría frente a los no consumidores de sustancias de abuso (28%), pero en menor proporción llevaban tratamiento previo. Fueron remitidos por los servicios de emergencia mayoritariamente frente a los no consumidores quienes fundamentalmente fueron acompañados al servicio de urgencias por familiares (Tabla 88).

Variables médicas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Prescriptor del tratamiento	No lleva	63	17,6	16	48,5	21,33	4	NS
	AP u otro especialista	49	13,7	6	18,2			
	Centro de Salud Mental	193	53,9	9	27,3			
	Psiquiatra privado	26	7,3	0	0			
	Servicio de urgencias	27	7,5	2	6,1			
Visitas a urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	109	93,2	64	92,8	0,055	2	NS
	Entre 6-11 veces	6	5,1	4	5,8			
	Más de 11 veces	2	1,7	1	1,4			
Ingresos psiquiátricos previos	No	192	71,9	71	57,3	8,25	1	0,004
	Sí	75	28,1	53	42,7			
Lleva tratamiento previo	No	44	16,5	35	28,2	7,24	1	0,007
	Sí	223	83,5	89	71,8			
El paciente es remitido por	Petición propia	101	38	33	26,6	19,39	3	0,0001
	La familia	82	30,8	32	25,8			
	Servicios de emergencias	36	13,5	40	32,3			
	AP/CSM/ Otro hospital	47	17,7	19	15,3			

Tabla 88. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

El motivo de consulta más frecuente en los pacientes consumidores de tóxicos fue el nerviosismo/agitación, disminuyendo casi a la mitad en pacientes no consumidores y el juicio clínico más prevalente el antecedente de toxicomanía, constituyendo el trastorno de la personalidad una patología también altamente implicada en el consumo de sustancias. El fármaco más utilizado en estos pacientes en el servicio de urgencias fue los neurolépticos, siendo necesaria en uno de cada 4 pacientes la utilización de medidas de contención

mecánica, siendo significativamente inferior ambas proporciones en pacientes no consumidores (Tabla 89).

Variables médicas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	76	28,5	56	45,2	16,92	6	0,01
	Tristeza	79	29,6	17	13,7			
	Intento de autolisis	32	12	16	12,9			
	Alteración de la conducta	64	24	28	22,6			
	Síndrome confusional	8	3	5	4			
	Quejas somáticas	7	2,6	2	1,6			
	Otros	1	0,4	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	26	9,7	2	1,6	120,51	5	0,0007
	Psicosis	32	12	14	11,3			
	Trastorno afectivo	130	48,7	20	16,1			
	Toxicomanía	3	1,1	45	36,3			
	Trastorno de personalidad	65	24,3	41	33,1			
	Miscelánea	11	4,1	2	1,6			
Intervención servicios sociales	No	260	97,4	117	94,4	2,42	1	NS
	Sí	7	2,6	7	5,6			
Tratamiento en urgencias	No precisa	21	7,9	5	4	10,31	2	0,006
	Neuroléptico	120	44,9	77	62,1			
	Ansiolítico	126	47,2	42	33,9			
Contención mecánica	No	253	94,8	92	74,2	34,49	1	0,0001
	Sí	14	5,2	32	25,8			

Tabla 89. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al manejo del paciente.

Entre los pacientes consumidores de drogas se observa un mayor utilización de pruebas complementarias, TAC craneal, determinación de tóxicos en orina y valoración clínica, siendo fundamental la actuación del médico no psiquiatra para el despistaje de organicidad, frente al resto de los pacientes.

El criterio primario de ingreso más habitual entre estos pacientes frente al resto fue la psicosis y el secundario la separación del entorno (Tabla 90).

Variables médicas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	234	87,6	86	69,4	19,051	1	0,001
	Sí	33	12,4	38	30,6			
Necesidad de TAC	No	255	95,5	112	90,3	3,94	1	0,007
	Sí	12	4,5	12	9,7			
Tóxicos en orina	No	226	84,6	58	46,8	61,094	1	0,0005
	Sí	41	15,4	66	53,2			
Valoración clínica	No	244	91,4	94	75,8	17,53	1	0,0003
	Sí	23	8,6	30	24,2			
Ingreso en planta	No	224	83,9	98	79	1,37	1	NS
	Sí	43	16,1	26	21			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	6	13,6	1	3,8	13,056	4	0,011
	Psicosis	15	34,1	12	46,2			
	Fase maniaca	13	29,5	3	11,5			
	Intento autolisis	10	22,7	5	19,2			
	Intoxicación aguda	0	0	5	19,2			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	0	0	5	19,2	21,98	5	0,001
	Separación del entorno	5	11,4	7	26,9			
	Falta de control ambulatorio	19	43,2	6	23,1			
	Claudicación familiar	13	29,5	2	7,7			
	Hetero - agresividad	3	6,8	6	23,1			
	Auto-agresividad	4	9,1	0	0			

Tabla 90. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el tratamiento farmacológico, no farmacológico y fármaco al alta con el consumo de tóxicos encontrando que en una de cada dos pacientes se modificó el tratamiento previo, siendo los psicólogos los profesionales cuyos servicios fueron requeridos por este tipo de pacientes en mayor número de ocasiones siendo el fármaco más usado los neurolépticos frente al resto de los pacientes quienes en mayor proporción se prescribieron antidepresivos al alta (Tabla 91).

Variables médicas		CONSUMO DE TÓXICOS				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	34	12,7	9	7,3	9,504	4	NS
	Centro de Salud Mental	217	81,3	105	84,7			
	Hospital SMS	11	4,1	2	1,6			
	Centro concertado	2	0,7	4	3,2			
	Centro privado	3	1,1	4	3,2			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	4	1,5	5	4	11,12	3	0,011
	Mantiene el previo	28	10,5	26	21			
	Se modifica el previo	179	67	68	54,8			
	Inicia nuevo tratamiento	56	21	25	20,2			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	211	79	95	76,6	8,902	3	0,031
	Centro de día	14	5,2	13	10,5			
	Terapia psicológica	42	15,7	14	11,3			
	Asertivo - comunitario	0	0	2	1,6			
Fármaco principal al alta	Neuróléptico	77	28,9	54	43,5	26,26	5	0,0008
	Atdepresivo	144	54,1	44	35,5			
	Ansiolítico	25	9,4	44	11,3			
	Litio	11	4,1	2	1,6			
	Antiepilepsia	9	3,4	4	3,2			
	Aversivos	0	0	6	4,8			

Tabla 91. Asociación consumo de tóxicos con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.13. *Análisis de la asociación entre la contención mecánica y las variables sociodemográficas y circunstancias temporales de la asistencia*

Existen diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de contención mecánica según la hora de llegada destacando que entre el mediodía y las seis de la tarde se concentra el mayor porcentaje de los pacientes que lo precisan, seguido por el tramo comprendido entre la medianoche y las seis de la mañana. En relación a la edad uno de cada dos pacientes que precisan esta medida se encuentra entre los 26 y los 40 años, llevándose a cabo fundamentalmente en días laborables (Tabla 92).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Hora de llegada	00.00-06.00	38	11	12	26,1	9,107	3	0,028
	06.01-12.00	104	30,1	9	19,6			
	12.01-18.00	115	33,3	13	28,3			
	18.01-23.59	88	25,6	12	26			
Edad en años	Menor de 25	64	18,6	9	19,6	5,23	4	NS
	Entre 26-40	135	39,1	21	45,7			
	Entre 41-55	88	25,5	14	30,4			
	Entre 56-70	39	11,3	2	4,3			
	Mayor de 70	19	5,5	0	0			
Día de la semana	Laborable	219	63,5	26	56,5	0,839	1	NS
	Fin de semana	126	36,5	20	43,5			

Tabla 92. Asociación contención mecánica con circunstancias temporales de la asistencia y variables sociodemográficas.

El perfil sociodemográfico del sujeto que precisa medidas de sujeción mecánica independientemente de su patología es un sujeto en activo, con estudios primarios, casado o en pareja y solamente uno de cada diez pacientes que se ven sometidos a esta medida terapéutica es inmigrante (Tabla 93).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Si				
		N	%	N	%			
Situación laboral	En activo	99	29,9	18	39,1	4,86	4	NS
	Baja laboral	63	19	10	21,7			
	Pensión por invalidez	25	7,6	5	10,9			
	Jubilados	42	12,7	2	4,3			
	Desempleado	102	30,8	11	24			
Estado civil	Soltero	125	36,7	18	39,1	0,369	2	NS
	Casado o en pareja	164	48,1	20	43,5			
	Viudedad o separado	52	15,2	8	17,4			
Nivel de estudios	Sin estudios	31	10,4	4	10,5	5,9	3	NS
	Primarios	203	67,9	23	60,5			
	Medios	47	15,7	11	28,9			
	Superiores	18	6	0	0			
Inmigrante	No	317	91,9	41	89,1	0,398	1	NS
	Sí	28	8,1	5	10,9			

Tabla 93. Asociación contención mecánica con variables sociodemográficas.

4.2.14. Análisis de la asociación entre la contención mecánica y variables médicas, variables referentes al tratamiento y manejo del paciente en urgencias y variables relacionadas con el tratamiento al alta

Los servicios de emergencias fueron los responsables mayoritariamente de la remisión de la mayor parte de los pacientes que posteriormente precisaron contención mecánica; asimismo y en cuanto a la patología concomitante destacan las enfermedades infecciosas, destacando el bajo porcentaje de pacientes con problemas cardiovasculares (Tabla 94).

Variables médicas		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
El paciente es remitido por	Petición propia	133	38,7	1	2,2	86,46	3	0,001
	La familia	106	30,8	8	17,4			
	Servicios de emergencias	44	12,8	32	69,6			
	Centro de Salud Mental/Otro Hospital/AP	61	17,7	5	10,9			
Patología orgánica acompañante	Cardiovascular	38	29	2	8,3	44,83	8	0,001
	Neumológica	14	10,7	4	16,7			
	Ginecológica	2	1,5	0	0			
	Neurológica	18	13,7	2	8,3			
	Digestiva	8	6,1	6	25			
	Reumatológ.	15	11,5	0	0			
	Endocrina	26	19,8	1	4,2			
	Infecciosa	5	3,8	8	37,5			
	Miscelánea	5	3,8	0	0			

Tabla 94. Asociación contención mecánica con variables médicas.

Entre los pacientes que necesitaron contención mecánica el 35% no llevaba ningún tratamiento prescrito frente al 18% entre los pacientes que no necesitaron dicha medida. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la utilización de contención mecánica e ingresos psiquiátricos previos, el 56,5% de los pacientes que son retenidos mecánicamente tuvieron ingresos previos; sin embargo, entre los pacientes que no necesitaron esta medida esta cifra disminuyó al 29%.

El 63% de los pacientes que necesitaron contención mecánica consultaron por nerviosismo/ agitación psicomotriz, el 35% fueron diagnosticados de toxicomanía y el 87% recibió como tratamiento en urgencias un neuroléptico. Por el contrario entre los sujetos que no necesitaron contención mecánica en los motivos de consulta existió un mayor porcentaje de nerviosismo/agitación psicomotriz, seguido por la tristeza y alteración de la conducta, siendo inferior el porcentaje de prescripción de neurolépticos y mayor el de ansiolíticos (Tablas 95 y 96).

Variables médicas		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Lleva tratamiento / prescriptor	No lleva	63	18,3	16	34,8	15,66	4	0,004
	AP u otro especialista	55	15,9	0	0			
	Centro de Salud Mental	175	50,7	27	58,7			
	Psiquiatra privado/ Automedicación	24	7	2	4,3			
	Servicio de urgencias	28	8,1	1	2,2			
Visitas urgencias últimos 6 meses	Entre 1-5 veces	147	93,6	26	89,7	2,173	2	NS
	Entre 6-11 veces	7	4,5	3	10,3			
	Más de 11 veces	3	1,9	0	0			
Ingresos psiquiátricos previos	No	243	70,4	20	43,5	13,39	1	0,001
	Sí	102	29,6	26	56,5			
Consumo de tóxicos	Alcohol	48	52,2	9	28,1	6,23	4	NS
	Cannabis	15	16,3	9	25			
	Cocaína	25	27,2	13	40,6			
	Opiáceos	3	3,3	2	6,3			
	Anfetaminas	1	1,1	0	0			

Tabla 95. Asociación contención mecánica con variables referentes al tratamiento y manejo del paciente.

Variables médicas		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	103	29,9	29	63	27,3	6	0,001
	Tristeza	94	27,2	2	4,3			
	Intento de autolisis	42	12,2	6	13			
	Alteración de la conducta	86	24,9	6	13			
	Síndrome confusional	10	2,9	3	6,5			
	Quejas somáticas	9	2,6	0	0			
	Otros	0	0	0	0			
Juicio clínico	Trastorno orgánico	26	7,5	2	4,3	34,12	5	0,002
	Psicosis	36	10,4	10	21,7			
	Trastorno afectivo	141	40,9	9	19,6			
	Toxicomanía	32	9,3	16	34,8			
	Trastorno de personalidad	97	28,1	9	19,6			
	Miscelánea	13	3,7	0	0			
Intervención servicios sociales	No	333	96,5	44	95,7	0,089	1	NS
	Sí	12	3,5	2	4,3			
Tratamiento en urgencias	No precisa	24	7	2	4,3	28,5	2	0,001
	Neuroléptico	157	45,5	40	87			
	Ansiolítico	164	47,5	4	8,7			

Tabla 96. Asociación contención mecánica con variables referentes al manejo del paciente.

Los pacientes que requirieron contención mecánica utilizaron mayor número de recursos que aquellos que no las necesitaron en pruebas complementarias, TAC craneal, tóxicos en orina y valoración por médico no psiquiatra. La psicosis y la heteroagresividad fueron los criterios primarios y secundarios de ingreso respectivamente más frecuentes en estos pacientes (Tabla 97).

Variables médicas		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Necesidad de prueba comp.	No	301	87,2	19	41,3	57,64	1	0,0002
	Sí	44	12,8	27	58,7			
Necesidad de TAC	No	331	95,9	36	78,3	22,02	1	0,0005
	Sí	14	4,1	10	21,7			
Tóxicos en orina	No	276	80	8	17,4	80,04	1	0,0008
	Sí	69	20	38	82,6			
Valoración clínica	No	316	91,6	22	47,8	66,35	1	0,0003
	Sí	29	8,4	24	52,2			
Ingreso en planta	No	297	86,1	25	54,3	28,13	1	0,0002
	Sí	48	13,9	21	45,7			
Criterios primarios de ingreso	Depresión grave	7	14,3	0	0	14,58	4	0,006
	Psicosis	15	30,6	12	57,1			
	Fase maniaca	13	26,5	3	14,3			
	Intento autolisis	13	26,5	2	9,5			
	Intoxicación aguda	1	2	4	19			
Criterios secundarios de ingreso	Tratamiento toxicomanías	1	2	4	19	25,64	5	0,0002
	Separación del entorno	8	16,3	4	19			
	Falta de control ambulatorio	24	49	1	4,8			
	Claudicación familiar	10	20,4	5	23,8			
	Hetero - agresividad	2	4,1	7	33,3			
	Auto-agresividad	4	8,2	0	0			

Tabla 97. Asociación contención mecánica con variables referentes a valoración orgánica y psiquiátrica del paciente.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre las variables derivación del paciente y fármaco al alta con respecto a la variable contención mecánica, así el 80,4% de los pacientes con necesidad de esta medida son derivados al Centro de Salud Mental, y el fármaco principal al alta con un 54,3% fueron los neurolépticos, duplicando el uso de antidepresivos entre aquellos pacientes que no necesitaron sujeción física (Tabla 98).

Variables médicas		CONTENCIÓN MECÁNICA				Chi cuadrado	g.l.	p
		No		Sí				
		N	%	N	%			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	41	11,9	2	4,3	14,66	4	0,005
	Centro de Salud Mental	285	82,6	37	80,4			
	Hospital SMS	8	2,3	5	10,9			
	Centro concertado	4	1,2	2	4,3			
	Centro privado	7	2	0	0			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No precisa	7	2	2	4,3	1,33	3	NS
	Mantiene el previo	49	14,2	5	10,9			
	Se modifica el previo	218	63,2	29	63			
	Inicia nuevo tratamiento	71	20,6	10	21,1			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	270	78,3	36	78,3	5,15	3	NS
	Centro de día	22	6,4	5	10,9			
	Terapia psicológica	52	15,1	4	8,7			
	Asertivo - comunitario	1	0,3	1	2,2			
Fármaco principal al alta	Neuroléptico	106	30,8	25	54,3	31,87	5	0,001
	Atdepresivo	176	51,2	12	26,1			
	Ansiolítico	36	10,5	3	6,5			
	Litio	11	3,2	2	4,3			
	Antiepilepsia	13	3,8	0	0			
	Aversivos	2	0,5	4	8,4			

Tabla 98. Asociación contención mecánica con variables referentes al tratamiento al alta.

4.2.15. Análisis de los factores asociados a la contención mecánica y al ingreso hospitalario

Debido a las implicaciones médico-legales que supone la utilización de la contención mecánica y el impacto económico del ingreso en planta del paciente en las urgencias psiquiátricas analizamos los factores asociados a estas decisiones adoptadas por el médico.

Dentro de los factores que influyen en el ingreso en planta y según se observa en la tabla 99 el factor de riesgo más importante asociado al ingreso en planta de psiquiatra es la variable juicio clínico donde su categoría psicosis se asoció con un riesgo 16,51 veces mayor de ser ingresado en el medio hospitalario que aquellos diagnosticados de trastorno orgánico. (IC del 95%: 1,39-48,294).

El segundo factor más importante de riesgo de necesidad de ingreso en planta de psiquiatría resultó ser la remisión del paciente donde su categoría atención primaria o centro de salud mental se asoció a un riesgo 7,31 veces mayor y la remisión por parte de los servicios de emergencia supuso un incremento del riesgo 4,82 veces mayor de ser ingresado con respecto a los que acuden por voluntad propia. Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos tienen un riesgo 5,9 veces mayor de necesitar ingreso. La necesidad de valoración por médico no psiquiatra supuso un aumento del riesgo de 4,2 veces con respecto a los que no lo precisaron, al igual que aquellos que precisaron contención mecánica cuyo riesgo de internamiento se incrementa en 3,2 veces con respecto aquellos pacientes que no precisaron dicha medida. La necesidad de determinación de tóxicos en orina supuso un incremento del riesgo de ingreso psiquiátrico en 2,33 veces de ser ingresado frente a los que no precisaron la determinación de psicótrpos en orina.

Ingreso en planta de psiquiatría

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			10,474	3	0,015	1	ref.	ref.
Por la familia	0,907	0,579	2,456	1	0,117	2,477	0,797	7,702
Serv. Emergencias	1,431	0,676	4,474	1	0,034	4,182	1,111	15,745
AP o CSM	1,99	0,628	10,034	1	0,002	7,317	2,136	25,068
Ingresos psiquiátricos previos								
Sí	1,776	0,387	21,114	1	0,00001	5,907	2,769	12,602
Necesidad de contención mecánica								
Sí	1,169	0,566	4,273	1	0,039	3,219	1,062	9,751
Necesidad de tóxicos en orina								
Sí	0,849	0,429	3,905	1	0,048	2,337	1,007	5,422
Necesidad valoración orgánica								
Sí	1,443	0,521	7,662	1	0,006	4,233	1,524	11,759
Juicio clínico								
T. orgánico			12,437	4	0,014	1	ref.	ref.
Psicosis	2,782	1,250	4,954	1	0,026	16,158	1,394	48,294
T. afectivos	2,218	1,227	3,269	1	0,071	9,189	0,830	51,731
Toxicomanías	1,081	1,280	0,713	1	0,398	2,948	0,240	36,266
T. personalidad	1,396	1,247	1,254	1	0,263	4,040	0,351	46,548

Tabla 99. Factores de riesgo asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatra.

En la tabla 100 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de contención mecánica fue quién remite al paciente al servicio de urgencias, donde tomando como referencia el paciente que acude por voluntad propia se halló que cuando el paciente es remitido por los servicios de emergencia suponía 24,757 veces más riesgo de necesidad de sujeción física (IC del 95%: 2,868-53,68).

El segundo factor más importante de riesgo de necesidad de contención mecánica resultó ser la necesidad de determinación de tóxicos en orina que se asoció a un riesgo 5,31 veces mayor frente a los que no lo precisan. Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos tienen 2,93 veces más probabilidad de ser sometidos a sujeción física y aquellos que precisan pruebas complementarias tienen un incremento de riesgo de 2,86 veces de precisar contención mecánica que aquellos pacientes que no han estado ingresados y que no precisan pruebas complementarias, respectivamente.

Por otra parte señalar que los pacientes cuyo motivo de consulta fueron las alteraciones de la conducta tienen menos riesgo de precisar contención mecánica que aquellos cuyo motivo de consulta fue la agitación psicomotriz.

Contención mecánica

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia				3	0,001	1	ref.	ref.
Por la familia	1,466	1,170	1,571	1	0,210	4,331	0,438	42,876
Serv. Emergencias	3,209	1,100	8,515	1	0,004	24,757	2,868	53,686
AP o CSM	1,895	1,199	2,495	1	0,114	6,653	0,635	69,764
Motivo de consulta								
Agitación psicomotriz			10,894	5	0,054	1	ref.	ref.
Tristeza	-1,488	0,947	2,467	1	0,116	0,226	0,035	1,446
Intento de autolisis	-1,275	0,681	3,505	1	0,061	0,279	0,074	1,062
Alteraciones conducta	-1,466	0,628	5,454	1	0,020	0,231	0,67	0,79
Sdme. Confusional	1,169	1,226	0,909	1	0,340	3,219	0,291	35.600
Quejas somáticas	-17,98	12714,7	0,000	1	0,999	0,000	0,0000	0,0000
Ingresos psiquiátricos previos								
Sí	1,078	0,520	4,297	1	0,038	2,939	1,060	8,143
Necesidad de tóxicos en orina								
Sí	1,671	0,531	9,901	1	0,002	5,319	1,878	15,065
Necesidad pruebas complementarias								
Sí	1,053	0,520	4,104	1	0,043	2,867	1,035	7,943

Tabla 100. Factores de riesgo asociados a la variable contención mecánica.

4.2.16. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario según características sociodemográficas de los pacientes

El gasto sanitario medio en la atención médica de la urgencia psiquiátrica es de 390,92 €, siendo el mínimo 84,2€ y el máximo 2670,7€, lo cual nos sirve de referencia para analizar las medias que a continuación se exponen (Figura 8).

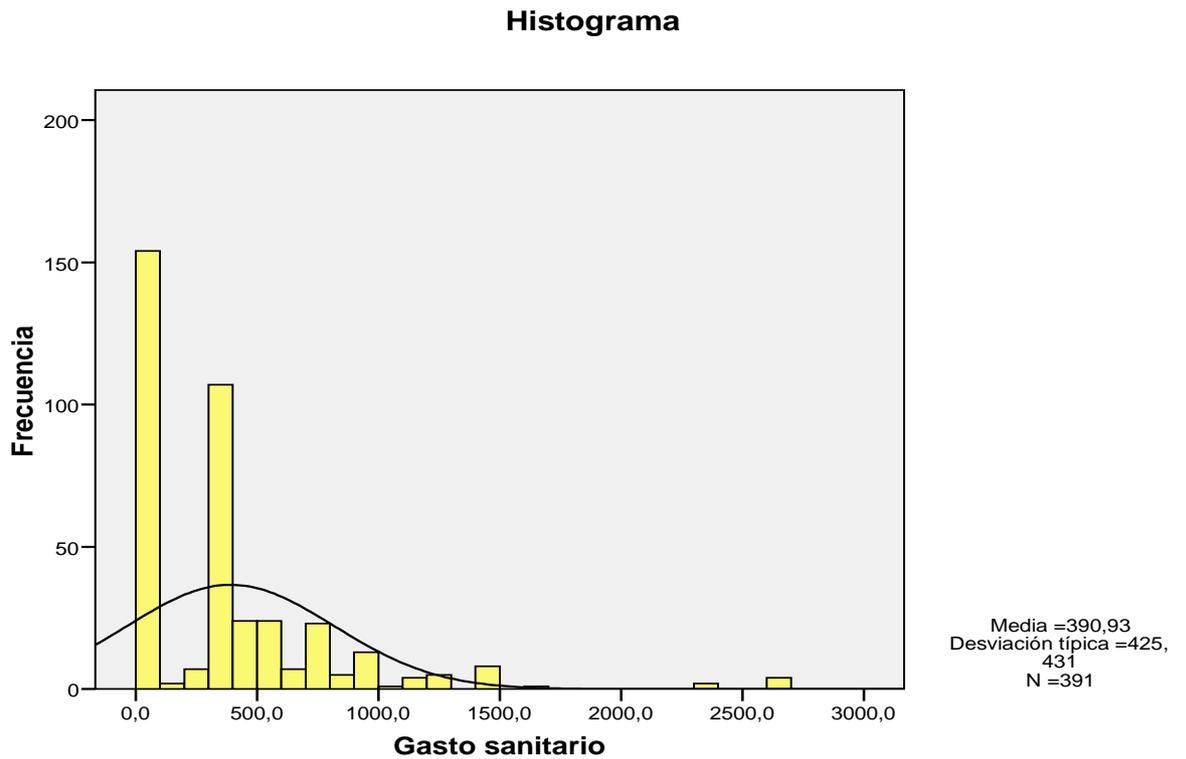


Figura 8. Histograma gasto sanitario.

Género

Las mujeres gastan unos 396€ de media, constituyendo el gasto masculino unos 383€ de promedio (Tabla 101).

Género	Media	N	Desviación típica	p
Hombre	382,66	184	368,35	0,498
Mujer	395,99	207	471,54	
Total	389,72	391	425,63	

Tabla 101. Distribución de gasto por género.

Edad

La media más alta del gasto sanitario es en el grupo de edad de los menores de 25 años con 446,05€, disminuyendo a medida que aumenta la edad hasta los 70 años, aumentando en los pacientes mayores (Tabla 102).

Rango de edad	Media	N	Desviación típica	p
<25	446,05	73	532	0,079
25-40	413,45	156	424,60	
41-55	370,08	102	390,45	
56-70	298,05	41	302,28	
>70	306,47	19	363,37	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 102. Distribución de gasto por rango de edad.

Estado civil

Con 404€, los solteros son los que mayor media de gasto presentan (Tabla 103).

Estado civil	Media	N	Desviación típica	p
Soltero	403,75	145	392,47	0,116
Casado o en pareja	382,68	185	451,82	
Viudo o separado	351,07	61	319,2	
Total	385,56	391	411,50	

Tabla 103. Distribución de gasto por estado civil.

Nivel de estudios

Existen diferencias estadísticamente significativas en el gasto según el nivel de estudios de los pacientes, así los pacientes con estudios primarios son los que mayor gasto sanitario provocan con unos 418€ y los que poseen estudios superiores solamente utilizan de media unos 187€ (Tabla 104 y figura 9).

Nivel de estudios	Media	N	Desviación típica	p
Sin estudios	294,91	50	220,55	0,047
Primarios	418,10	239	463,85	
Medios	382,96	71	383,78	
Superiores	187,96	31	189,27	
Total	386,96	391	423,62	

Tabla 104. Distribución de gasto por nivel de estudios

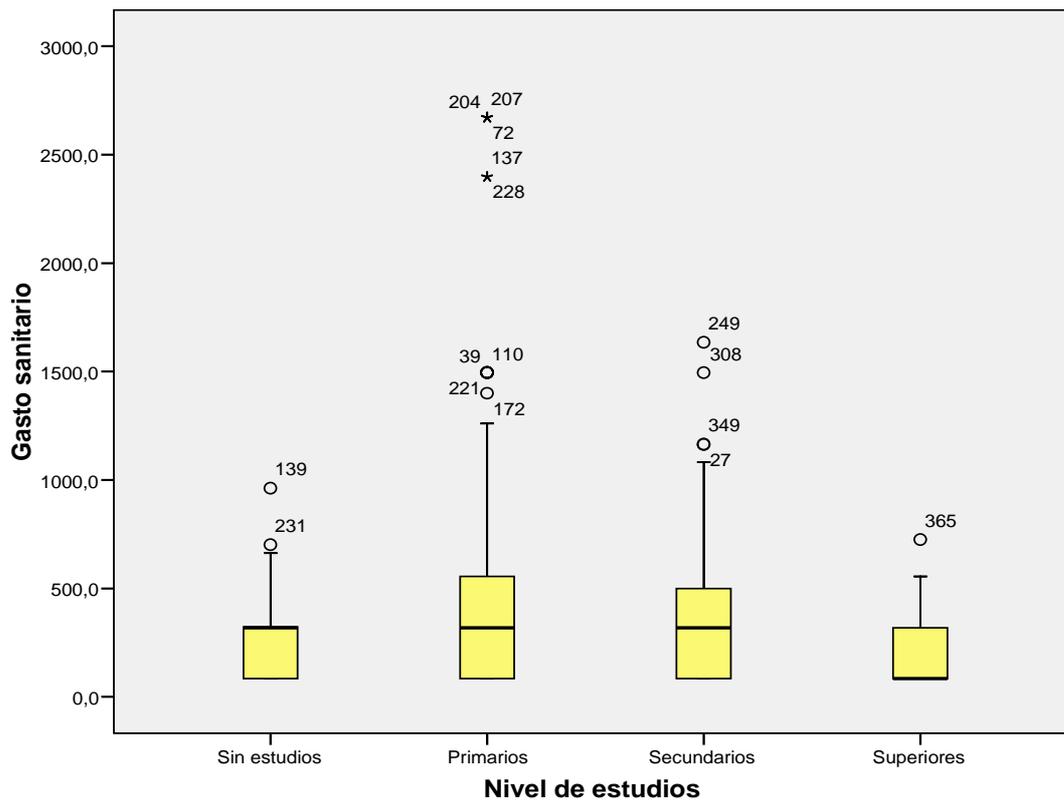


Figura 9. Gasto por nivel de estudios.

Situación laboral

Los pacientes en situación de baja laboral son los que mayor número de recursos consumen con casi una media de 500€, siendo los jubilados los que menos dinero emplean, alrededor de 300€ (Tabla 105 y figura 10).

Situación laboral	Media	N	Desviación típica	p
En activo	362,13	120	378,17	0,045
Baja laboral	492,54	76	510,24	
Pensión por invalidez	377,27	32	331,31	
Jubilados	296,28	47	311,22	
Desempleados	419,37	116	478,07	
Total	398,06	391	430,25	

Tabla 105. Distribución de gasto por situación laboral.

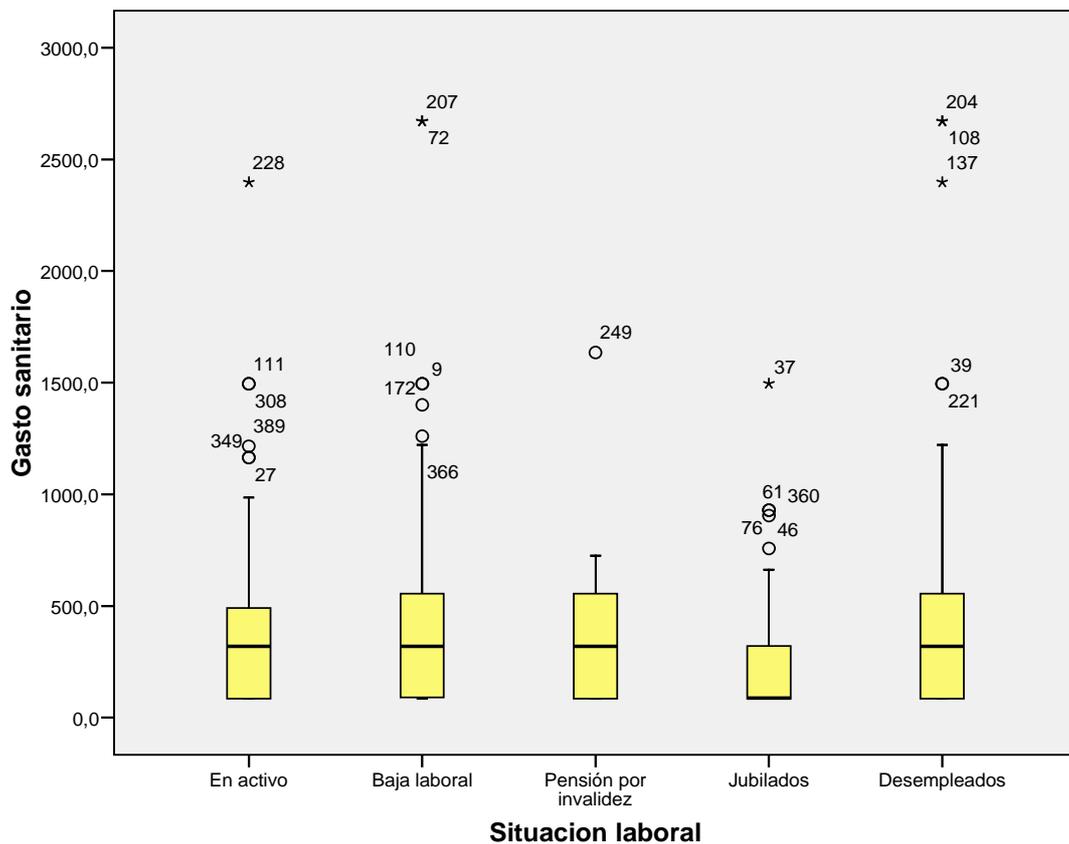


Figura 10. Gasto por situación laboral.

Inmigrante

La media más elevada del gasto sanitario según la nacionalidad de los pacientes la presentan los sujetos de nacionalidad distinta a la española con una media de 465€ (Tabla 106).

Inmigrante	Media	N	Desviación típica	P
No	384,18	358	418,02	0,149
Sí	464,01	33	500,34	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 106. Distribución de gasto por la condición de inmigrante.

4.2.17. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con la cronología de llegada del paciente y la procedencia

Día de la semana

El martes es el día de la semana donde mayor es el gasto con una media de 567€, siendo el domingo cuando el gasto sanitario es menor con un gasto medio de 315€ (Tabla 107).

Día de la semana	Media	N	Desviación típica	p
Lunes	345,76	73	366,44	0,29
Martes	566,16	28	577,03	
Miércoles	379,84	77	355,74	
Jueves	449,01	67	541,33	
Viernes	370,02	66	432,06	
Sábado	402,37	32	437,36	
Domingo	315,17	48	267,08	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 107. Distribución de gasto por día de la semana.

Hora de llegada

La media más elevada del gasto sanitario según la hora de entrada del paciente a urgencias fue entre las doce de la noche y las seis de la mañana con una media de 502€, siendo el más bajo entre las seis de la mañana y las doce del mediodía con 350€ de media (Tabla 108).

Hora de entrada	Media	N	Desviación típica	p
00.00-06.00	502,8	50	476,55	0,176
06.01-12.00	351,98	113	438,98	
12.01-18.00	367,88	128	365,07	
18.01-23.59	408,47	100	450,06	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 108. Distribución de gasto por hora de llegada.

Paciente remitido por

Los pacientes que acudieron a urgencias llevados por los servicios de emergencia tuvieron un gasto medio de 610€, siendo los que acuden por voluntad propia los que menos recursos utilizaron con una media de 320€ (Tabla 109 y figura 11).

Remitido por	Media	N	Desviación típica	P
A petición propia	318,68	135	455,51	0,0001
Lo lleva la familia	356,31	114	362,34	
Por 112	610,08	76	494,60	
Por A.P/ otra especialidad/Otro hospital / C.S.M.	342,16	66	280,88	
Total	390,44	391	425,87	

Tabla 109. Distribución de gasto por remisión del paciente.

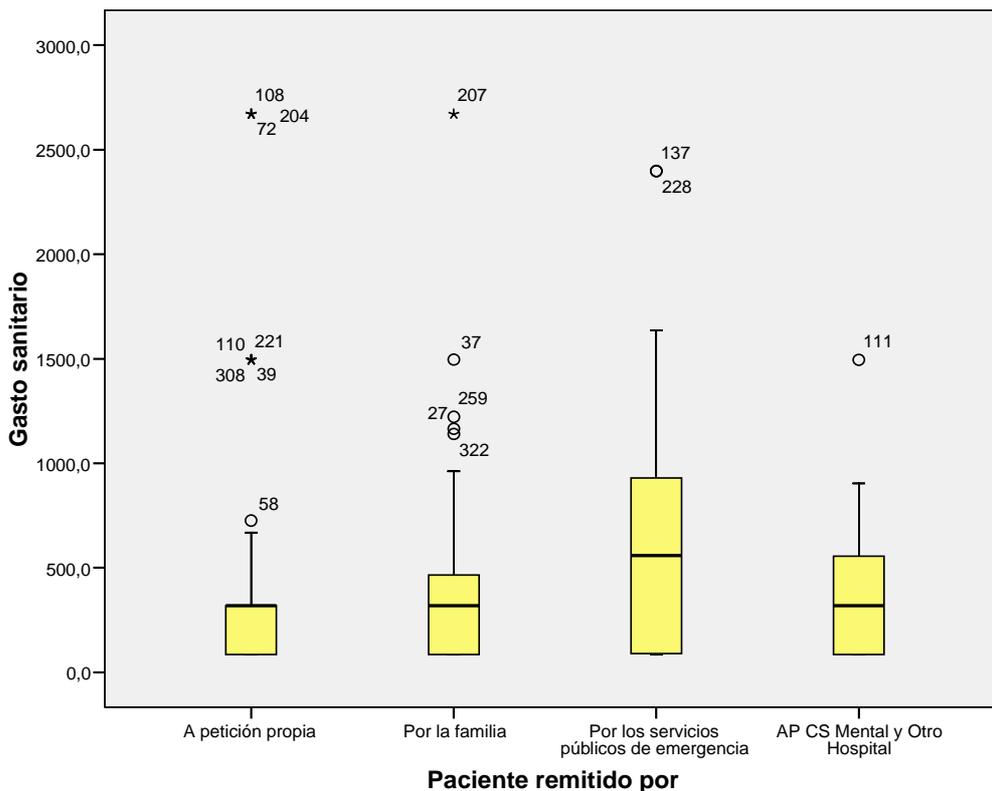


Figura 11. Gasto por remisión del paciente.

4.2.18. *Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con variables médicas*

Patología orgánica concomitante

Los pacientes con patología infecciosa supusieron un gasto medio de 1000€, siendo los pacientes con patología reumática los que menos recursos utilizaron con unos 200€ de gasto medio (Tabla 110 y figura 12).

Patología acompañante	Media	N	Desviación típica	P
Pat.Cardiovascular	304,17	40	335,26	0,001
Pat.Neumológica	501,07	18	473,02	
Pat. Ginecológica	440,6	2	162,58	
Pat. Neurológica	308,52	20	267,16	
Pat. Digestiva	515,06	14	400,69	
Pat.Reumatológica	199,62	15	192,18	
Pat. Endocrina	238,67	27	251,63	
Pat.Infecciosa	1040,3	14	688,13	
Miscelánea	468,7	5	368,87	
Total	398,68	155	430,16	

Tabla 110. Distribución de gasto por patología concomitante.

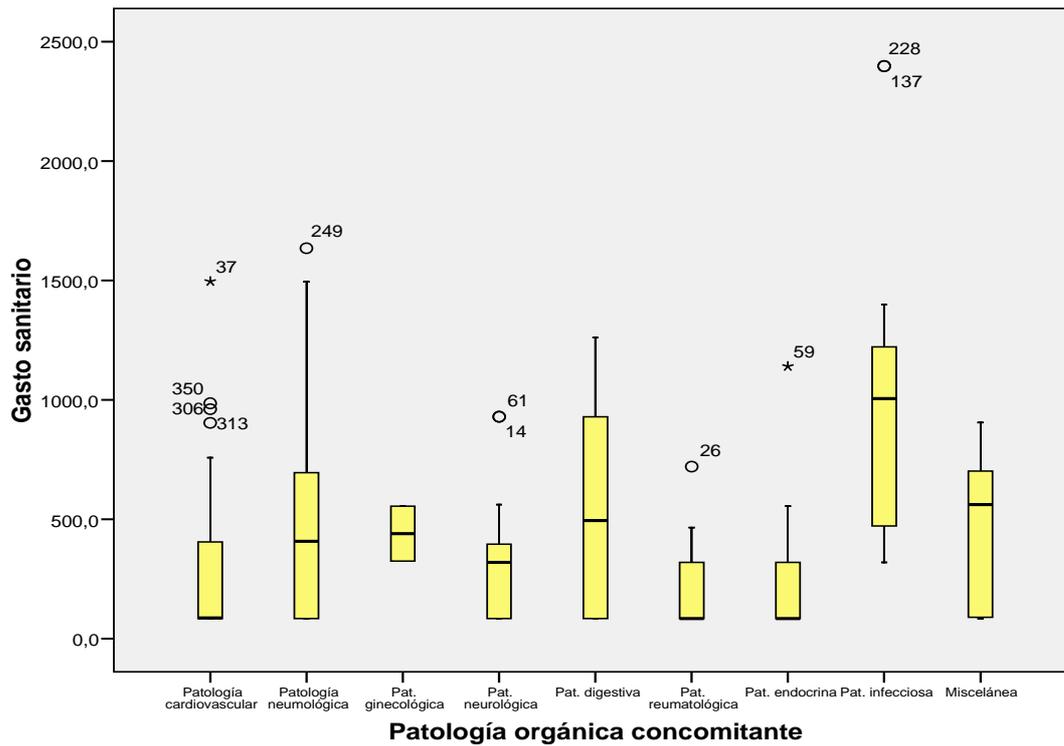


Figura 12. Gasto por patología orgánica concomitante.

Tratamiento psiquiátrico previo

Los pacientes que llevan tratamiento instaurado en una anterior visita a urgencias supusieron un gasto de 580€, siendo el gasto medio en urgencias de los pacientes con tratamiento instaurado en atención primaria el más bajo (Tabla 111 y en la figura 13).

Tratamiento psiquiátrico/ prescriptor	Media	N	Desviación típica	p
No	404,04	79	417,63	0,0012
Atención primaria/Otro especialista	174,94	55	192,45	
En Centro de Salud Mental	425,70	202	448,54	
Psiquiatra privado/ Automedicación	325,21	26	319,37	
En urgencias	581,49	29	534,66	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 111. Distribución de gasto por prescriptor del tratamiento psiquiátrico.

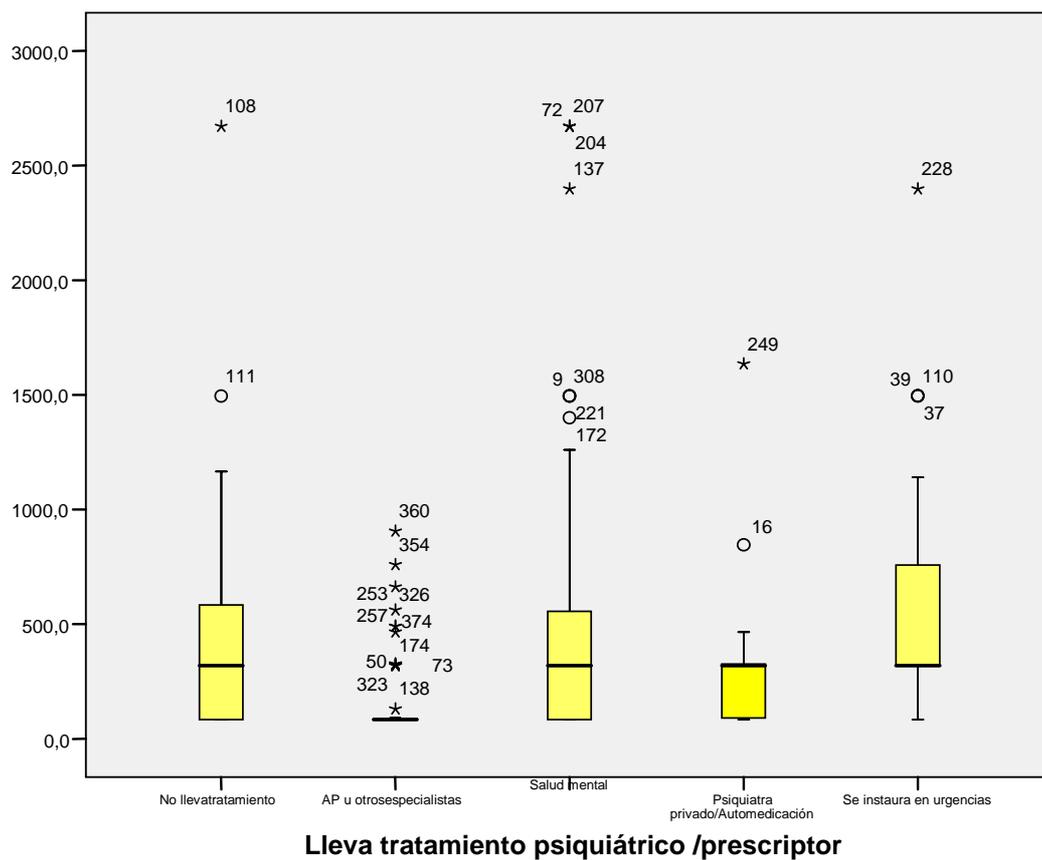


Figura 13. Gasto por prescriptor del tratamiento psiquiátrico.

Ingresos psiquiátricos previos

Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos supusieron un gasto medio de 504€ frente a los pacientes de primer ingreso con un gasto significativamente inferior (Tabla 112 y figura 14).

Ingresos psiquiátricos previos	Media	N	Desviación típica	p
No	335,74	263	433,77	0,0001
Sí	504,29	128	385,19	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 112. Distribución de gasto por ingresos psiquiátricos previos.

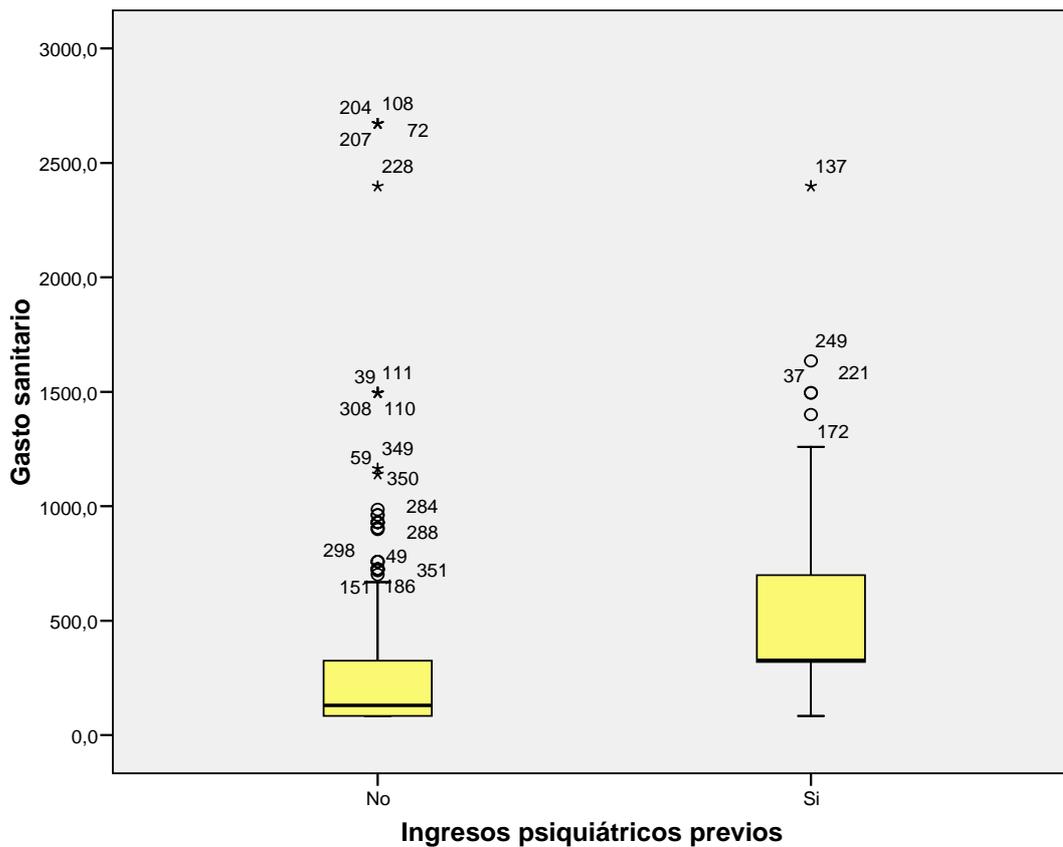


Figura 14. Gasto por ingreso psiquiátrico previo.

Visitas a urgencias en los últimos 6 meses

Existen diferencias estadísticamente significativas en el gasto medio según el número de visitas previas a urgencias en los últimos 6 meses, a medida que aumentó el número de visitas previas del paciente aumentó el gasto sanitario del paciente en la urgencia evaluada por nosotros (Tabla 113 y figura 15).

Visitas últimos 6 meses	Media	N	Desviación típica	p
Entre 1-5	512,82	173	304,77	0,0001
Entre 6-11	1689,89	10	375,61	
Más de 11	2670,7	3	0	
Total	610,91	186	483,75	

Tabla 113. Distribución de gasto por visita a urgencias en los últimos seis meses.

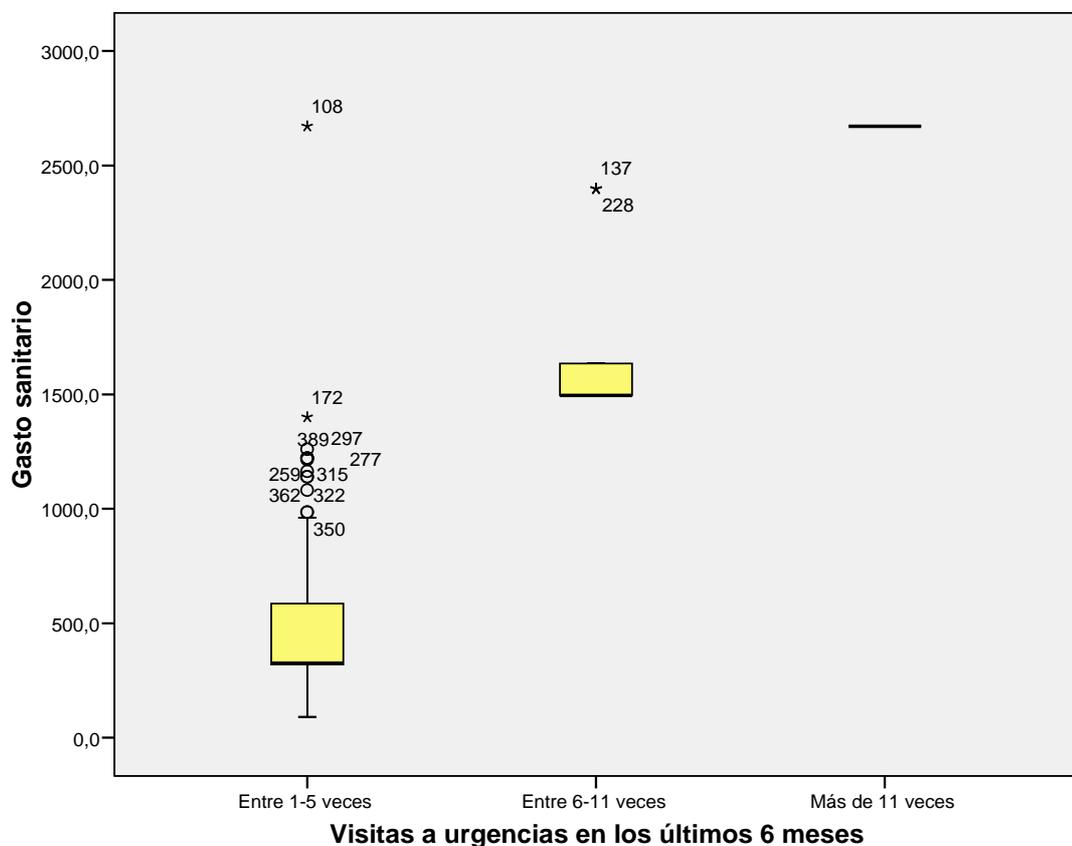


Figura 15. Gasto por visita a urgencias en los últimos seis meses.

Consumo de tóxicos

Los pacientes consumidores de tóxicos supusieron un gasto significativamente mayor que los pacientes no consumidores (Tabla 114y figura 16).

Consumo de tóxicos	Media	N	Desviación típica	p
No	326,69	267	353,61	0,0001
Sí	529,23	124	524,6	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 114. Distribución de gasto por consumo de tóxicos.

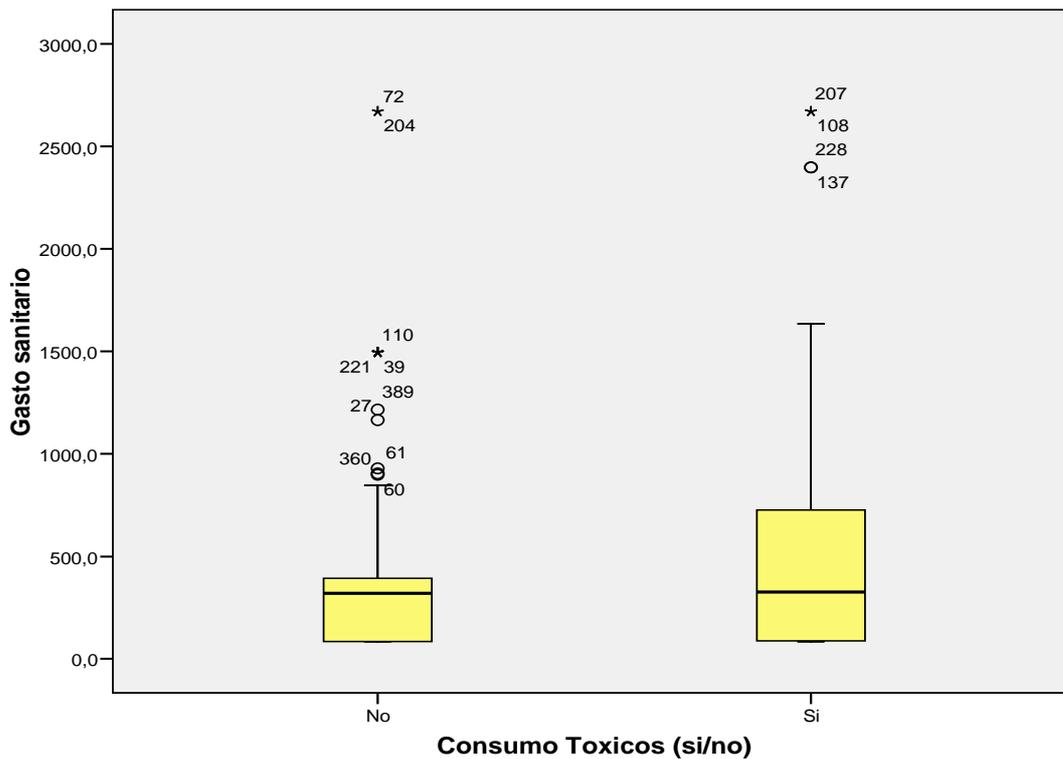


Figura 16. Gasto por consumo de tóxicos.

No existen diferencias estadísticamente significativas en el gasto sanitario en urgencias según el tipo de tóxico consumido entre los pacientes consumidores de cannabis y opiáceos tuvieron la media más elevada de gasto (Tabla 115).

Tóxico consumido	Media	N	Desviación típica	p
Alcohol	440,83	57	463,72	0,107
Cannabis	636,29	23	568,44	
Cocaína	596,36	38	568,26	
Opiáceos	623,30	5	638,16	
Anfetaminas	84,27	1	0	
Total	529,23	124	524,66	

Tabla 115. Distribución de gasto por estupefaciente consumido.

Motivo de consulta

Las personas que consultaron con un síndrome confusional agudo supusieron un gasto medio de 540€, siendo los pacientes que acuden por quejas somáticas los menos gravosos (Tabla 116 y figura 17).

Motivo de consulta	Media	N	Desviación típica	p
Nerviosismo/ Agitación psicomotriz	452,19	132	471,49	0,011
Tristeza	321,78	96	437,84	
Intento de autolisis	403,98	48	423,63	
Alteración de la conducta	363,7	92	342,17	
Síndrome confusional agudo	541,94	13	434,72	
Quejas somáticas	228,3	9	201,23	
Otros	319,4	1		
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 116. Distribución de gasto por motivo de consulta.

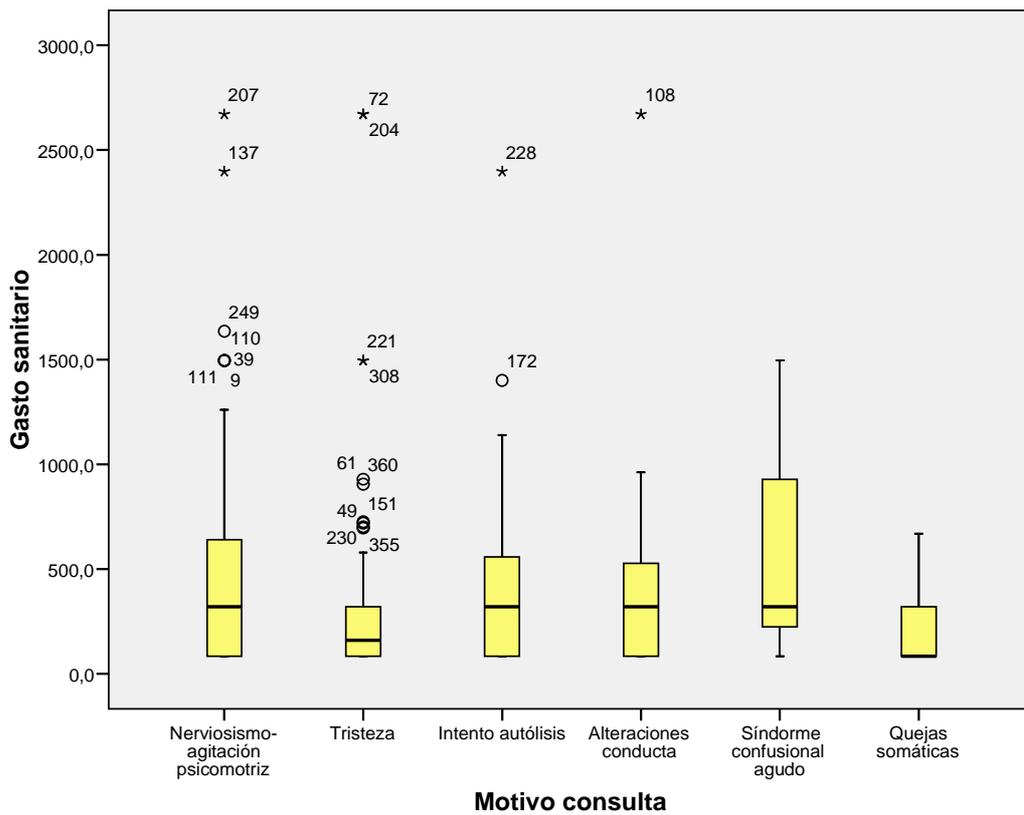


Figura 17. Gasto por motivo de consulta.

Juicio clínico

Las toxicomanías fueron el diagnóstico que mayor gasto supuso al servicio de salud con 533€ (Tabla 117 y figura 18).

Juicio clínico	Media	N	Desviación típica	p
Trastorno orgánico	335,73	28	528,56	0,0001
Psicosis	464,56	46	422,45	
Trastornos afectivos	389,69	150	424,7	
Toxicomanías	533,47	48	404,6	
Trastornos de la personalidad	326,39	106	409,79	
Miscelánea	263,22	13	265,38	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 117. Distribución de gasto por juicio clínico.

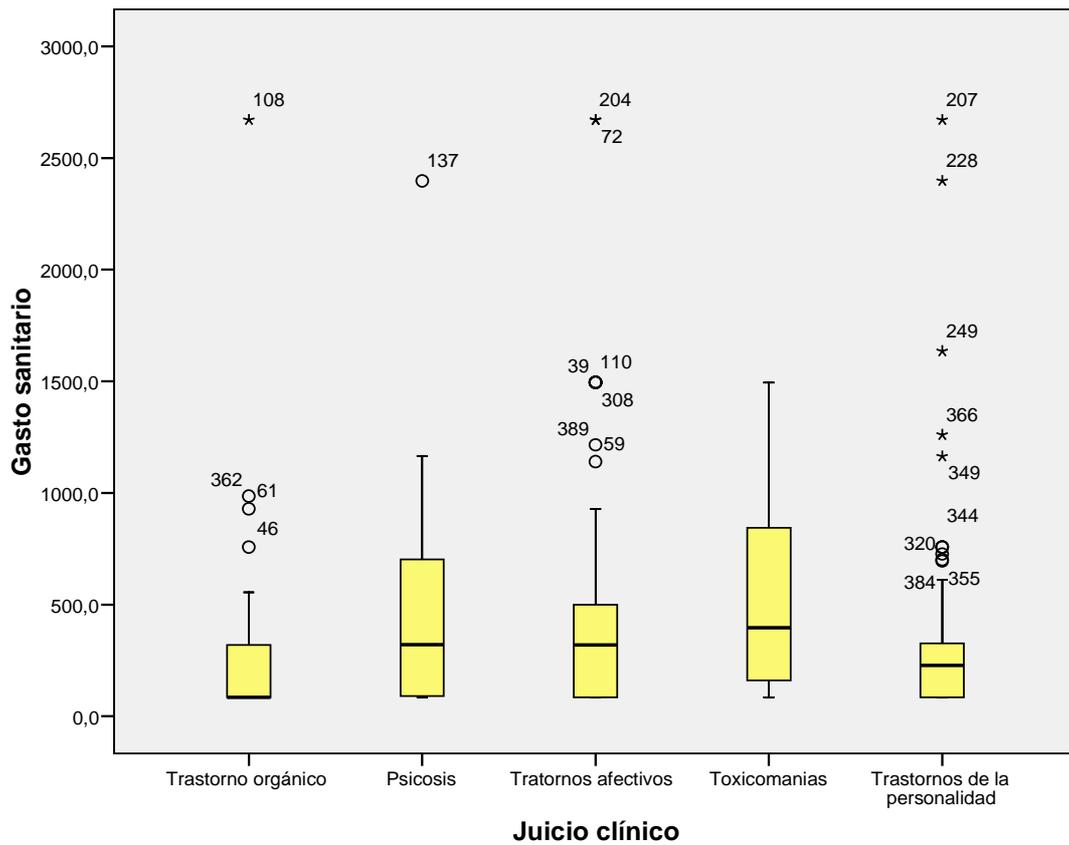


Figura 18. Gasto por juicio clínico.

Servicios sociales

No existen diferencias estadísticamente significativas entre el gasto en urgencias según la necesidad o no de intervención de los servicios sociales (Tabla 118).

Intervención servicios sociales	Media	N	Desviación típica	P
No	387,45	377	428,92	0,085
Sí	484,32	14	314,55	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 118. Distribución de gasto por intervención de los servicios sociales.

4.2.19. Análisis de las diferencias de las medias del gasto sanitario relacionadas con el tratamiento y el manejo en urgencias del paciente

Tratamiento en urgencias

El mayor gasto sanitario con 480€ corresponde a los pacientes que fueron tratados con neurolépticos (Tabla 119 y figura 19).

Tratamiento en urgencias	Media	N	Desviación típica	P
Sin tratamiento	358,8	26	358,57	0,002
Neurolépticos	480,05	197	474,72	
Benzodiazepinas	291,38	168	345,58	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 119. Distribución de gasto por tratamiento en urgencias.

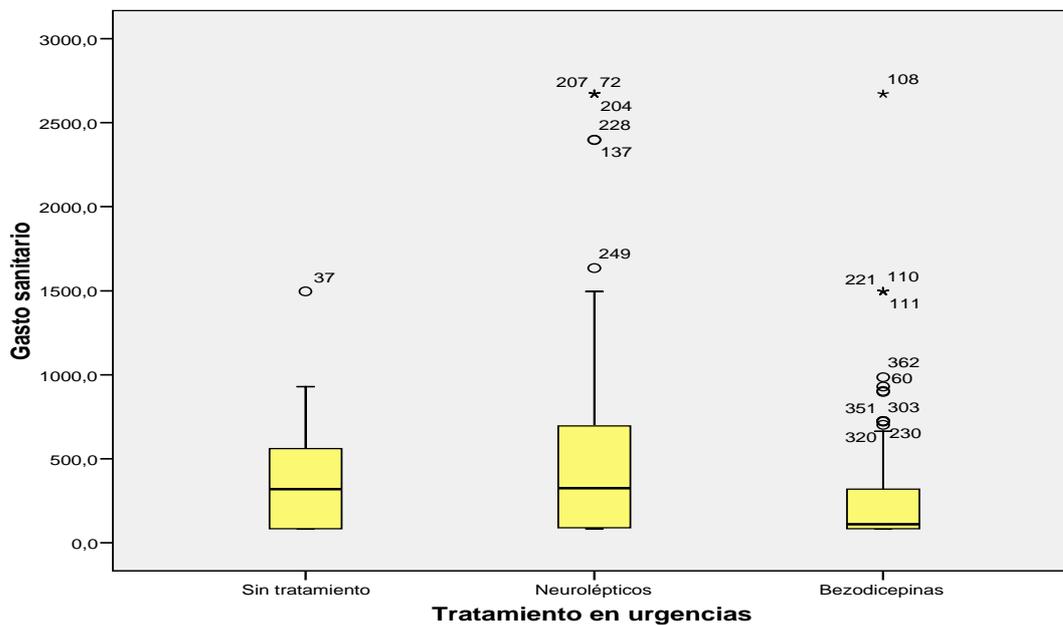


Figura 19. Gasto por tratamiento en urgencias.

Necesidad de pruebas complementarias

La realización de pruebas complementarias durante la atención en el servicio de urgencias, implicó un mayor consumo de recursos con una media de 730€ (Tabla 120 y figura 20).

Necesidad de pruebas compl.	Media	N	Desviación típica	P
No	315,56	320	390,22	0,0001
Sí	730,56	71	414,08	
Total	348,33	391	407,25	

Tabla 120. Distribución de gasto por necesidad de realización de pruebas complementarias.

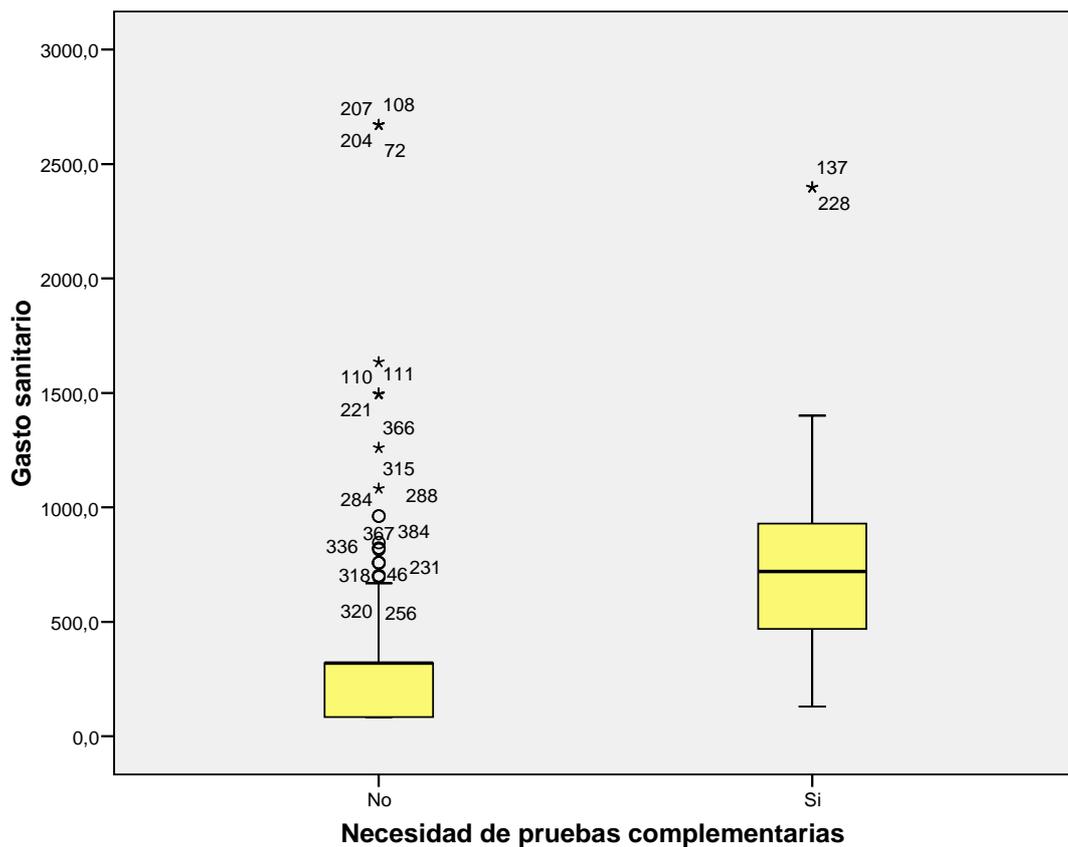


Figura 20. Gasto por necesidad de realización de pruebas complementarias.

Necesidad de TAC craneal

Solamente precisan la realización de un TAC craneal 24 pacientes de la muestra, lo que supuso un gasto medio por atención de 899,10€ (Tabla 121 y figura 21).

Necesidad de TAC craneal	Media	N	Desviación típica	P
No	357,69	367	414,43	0,0001
Sí	899,10	24	220,69	
Total	418,66	391	407,25	

Tabla 121. Distribución de gasto por necesidad de realización de TAC craneal.

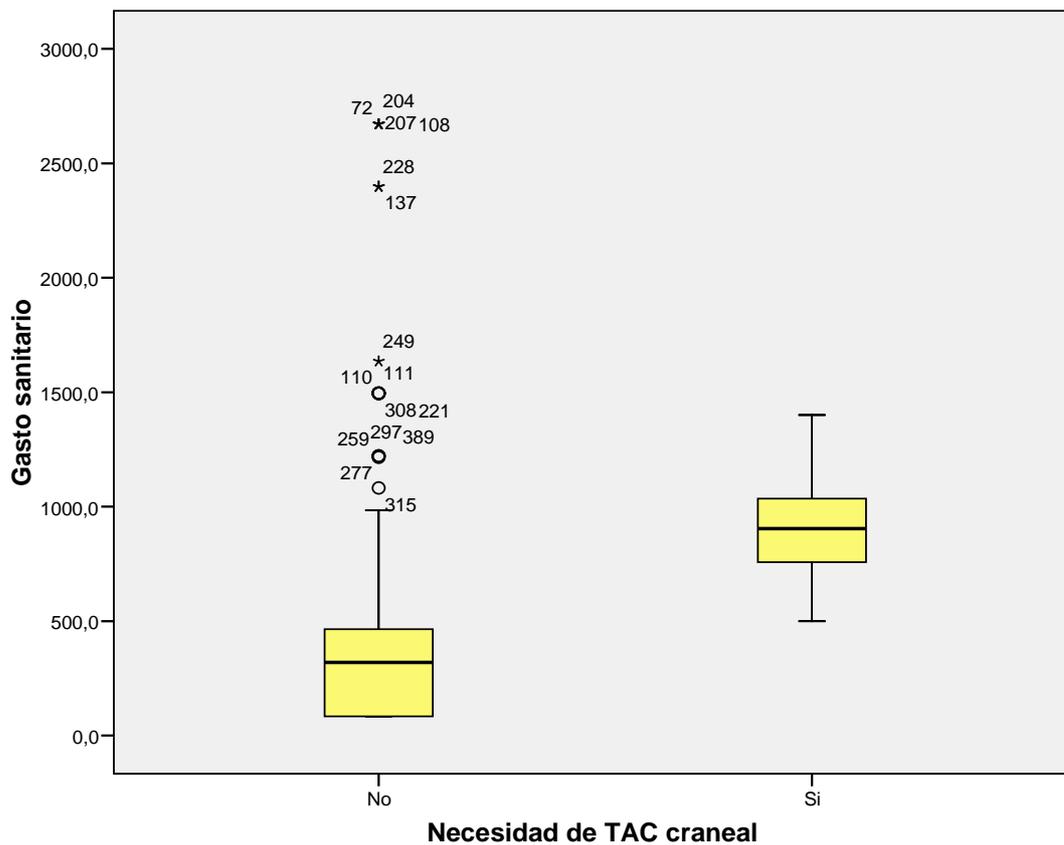


Figura 21. Gasto por realización de TAC craneal.

Necesidad de determinación de tóxicos en orina

Los enfermos que precisaron una determinación de tóxicos en orina gastaron 604,58€ de media (Tabla 122 y figura 22).

Necesidad de tóxicos orina	Media	N	Desviación típica	P
No	310,42	284	403,25	0,0001
Sí	604,58	107	410,25	
Total	348,33	391	425,43	

Tabla 122. Distribución de gasto por necesidad de determinación de tóxicos en orina.

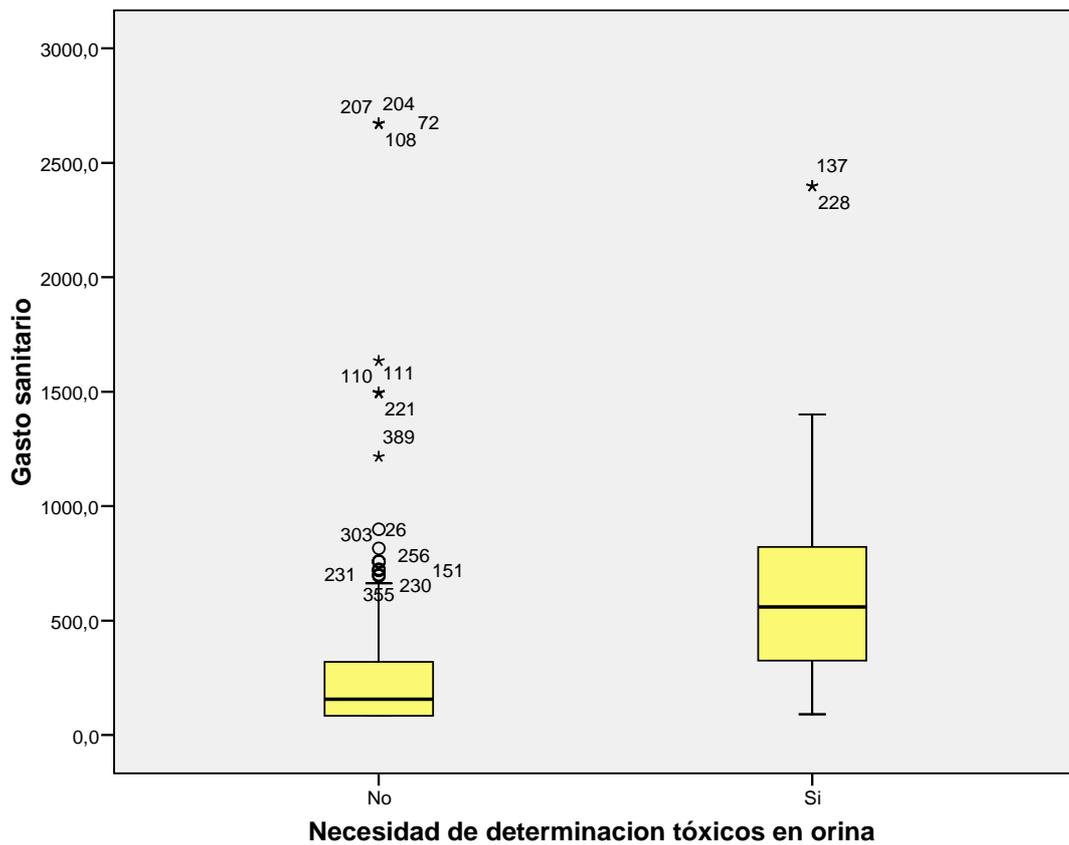


Figura 22. Gasto por necesidad de determinación de tóxicos en orina.

Necesidad de valoración por médico no psiquiatra

Se objetiva un incremento del consumo de recursos cuando se solicitó valoración orgánica por médico del servicio de urgencias, con una media de 919,9€ (Tabla 123 y figura 23).

Necesidad de médico no psiquiatra	Media	N	Desviación típica	P
No	307,97	338	371,07	0,0001
Sí	919,93	53	367,58	
Total	408,33	391	369,32	

Tabla 123. Distribución de gasto por necesidad de valoración por médico no psiquiatra.

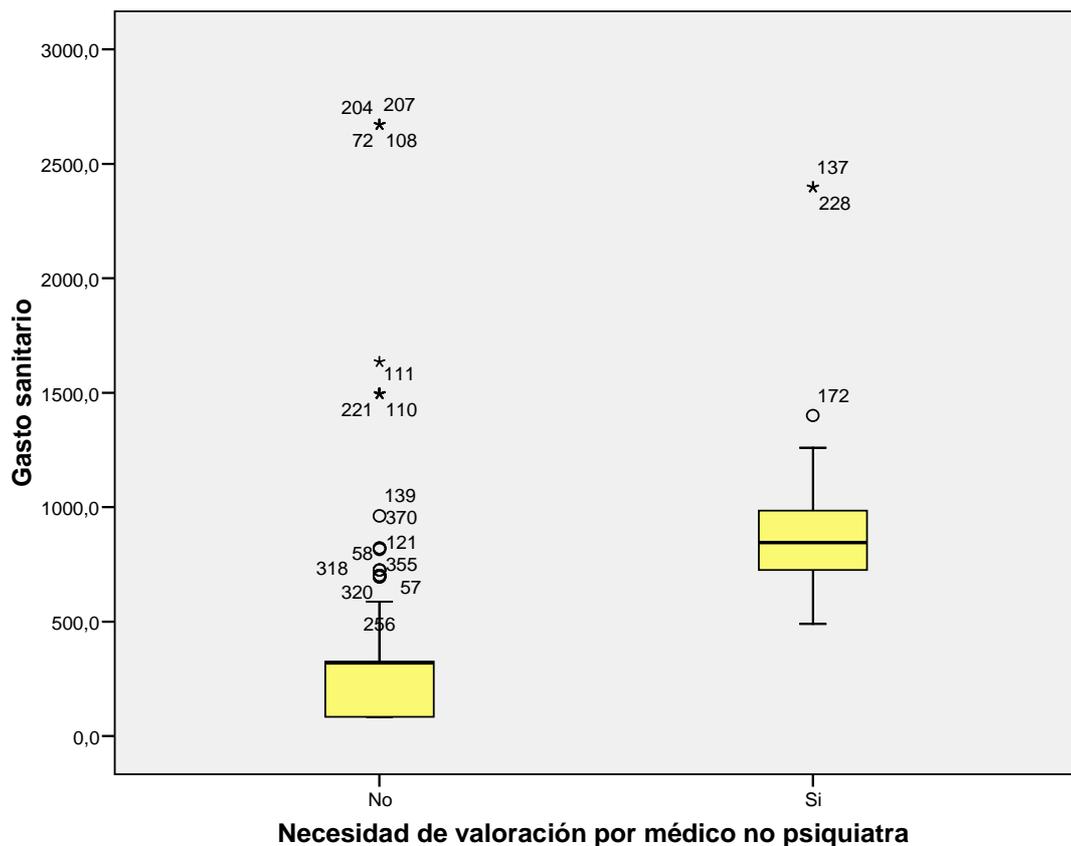


Figura 23. Gasto por necesidad de valoración por médico no psiquiatra.

Tipo de ingreso

El gasto medio de los enfermos que fueron ingresados de manera involuntaria fue de media 900€, descendiendo a 560€ en aquellos que lo hicieron de manera voluntaria (Tabla 125 y figura 25).

Tipo de ingreso	Media	N	Desviación típica	p
Voluntario	559,3	39	242,99	0,00001
Involuntario	903,55	30	499,92	
Total	711,75	69	413,33	

Tabla 125. Distribución de gasto por tipo de ingreso.

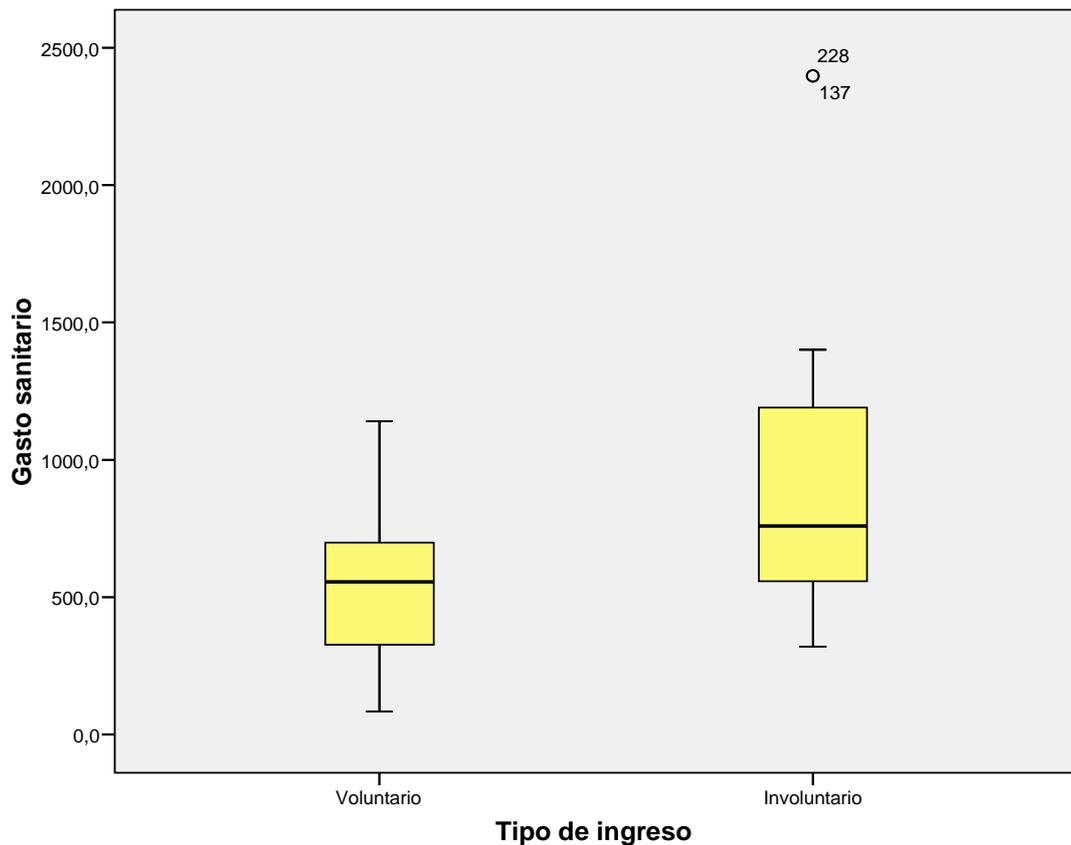


Figura 25. Gasto por tipo de ingreso.

Criterios primarios de ingreso

La media de gasto de pacientes cuyo criterio primario de ingreso fue una intoxicación aguda asciende a 960€ (Tabla 126).

Criterios primarios ingreso	Media	N	Desviación típica	p
Depresión grave	576,01	7	298,87	0,161
Psicosis	734,26	27	456,56	
Fase maniaca	572,18	16	210,26	
Intento de autolisis	799,74	15	516,19	
Intoxicación aguda	962,92	5	371,9	
Total	711,75	70	413,33	

Tabla 126. Distribución de gasto por criterios primarios de ingreso.

Criterios secundarios de ingreso

La desintoxicación fue el criterio secundario de ingreso más costoso para el sistema sanitario con 1034€, siendo el riesgo suicida el que supuso un menor gasto medio con unos 525€ (Tabla 127 y figura 26).

Criterios secundarios de ingreso	Media	N	Desviación típica	p
Desintoxicación	1034,25	5	426,11	0,003
Separación transitoria del entorno	874,67	12	526,96	
Falta de control ambulatorio	525,62	25	166,39	
Claudicación familiar	699,43	15	539,23	
Heteroagresividad	935,75	9	305,26	
Autoagresividad (Riesgo suicida)	525,39	4	276,34	
Total	711,75	70	413,33	

Tabla 127. Distribución de gasto por criterios secundarios de ingreso.

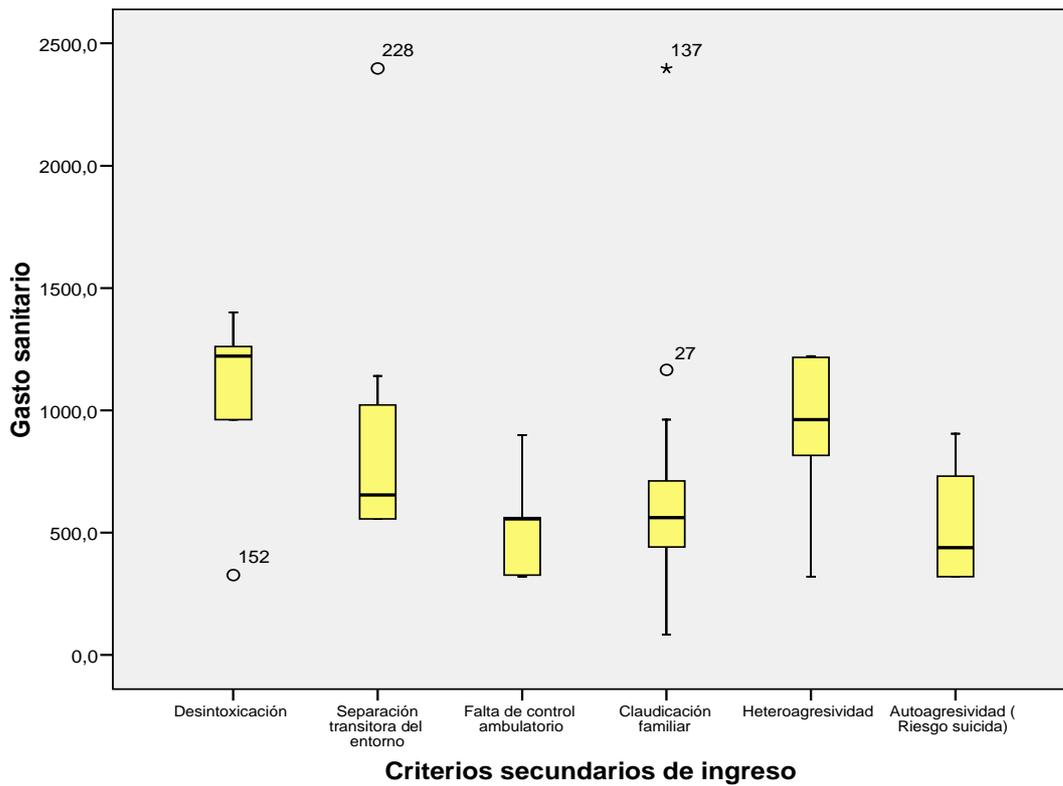


Figura 26. Gasto por criterios secundarios de ingreso.

Derivación del paciente

Los pacientes que fueron derivados a un centro concertado supusieron una media de gasto de 730€, siendo el gasto medio de las urgencias de aquellos pacientes que fueron derivados a un centro privado el gasto sanitario más bajo (Tabla 128 y figura 27).

Derivación del paciente	Media	N	Desviación típica	p
Atención primaria u otra especialidad	296,31	43	340,27	0,0001
Centro de Salud Mental	392,37	322	433,7	
Hospital de la red SMS	639,85	13	338,49	
Centro concertado	729,4	6	568,36	
Centro privado	153,23	7	115,68	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 128. . Distribución de gasto por derivación del paciente.

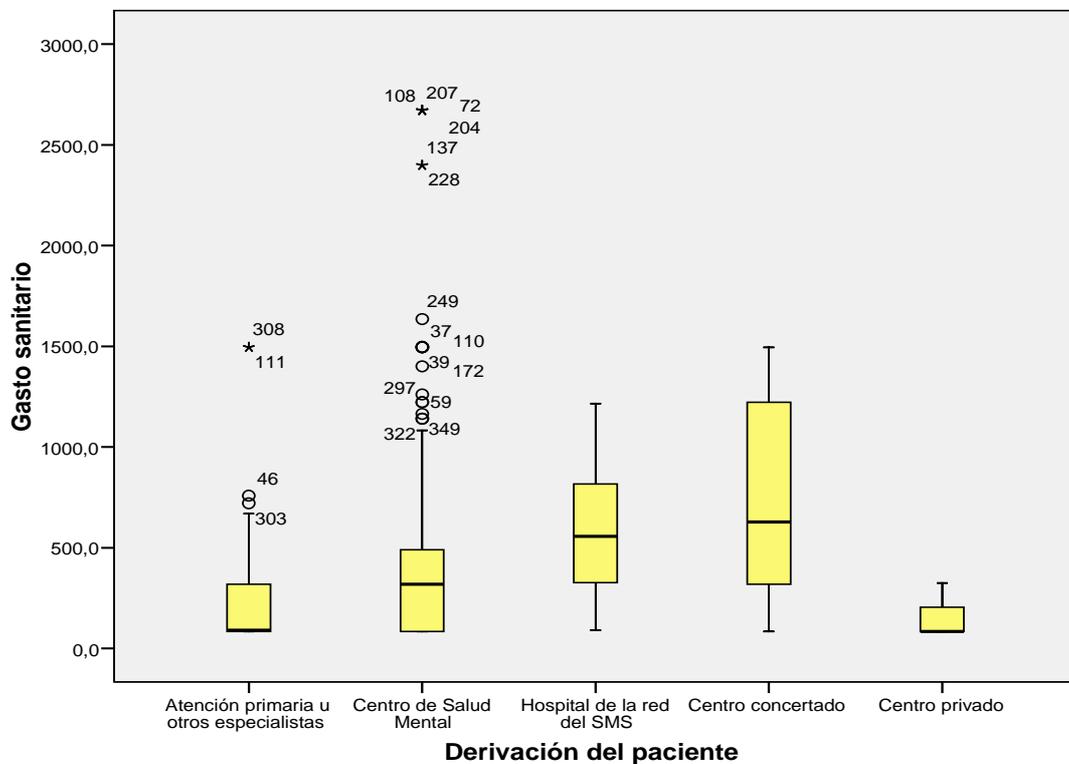


Figura 27. Gasto por derivación del paciente.

Tratamiento farmacológico ambulatorio

Los pacientes que no recibieron tratamiento al alta, supusieron el gasto sanitario más bajo (Tabla 129).

Tratamiento farmacológico ambulatorio	Media	N	Desviación típica	p
No	336,23	9	2265,14	0,08
Mantiene el previo	386,79	54	458,25	
Se modifica el previo	408,1	247	407,29	
Inicia nuevo tratamiento	347,36	81	472,11	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 129. Distribución de gasto por tratamiento farmacológico ambulatorio.

Fármaco principal del tratamiento

El gasto sanitario en urgencias de los pacientes cuyo tratamiento principal fueron los fármacos aversivos fue el más elevado con una media de 814€, por el contrario, los pacientes con anticomiciales supusieron el gasto más bajo (Tabla 130y figura 28).

Fármaco principal	Media	N	Desviación típica	p
Neurolépticos	479,32	131	479,2	0,0001
Antidepresivos	331,98	188	375,89	
Benzodiacepinas	375,17	39	513,51	
Litio	379,09	14	244,81	
Antiepilépticos	239,1	13	133,53	
Aversivos	814,1	6	202,09	
Total	391,72	391	425,69	

Tabla 130. Distribución de gasto por fármaco principal al alta

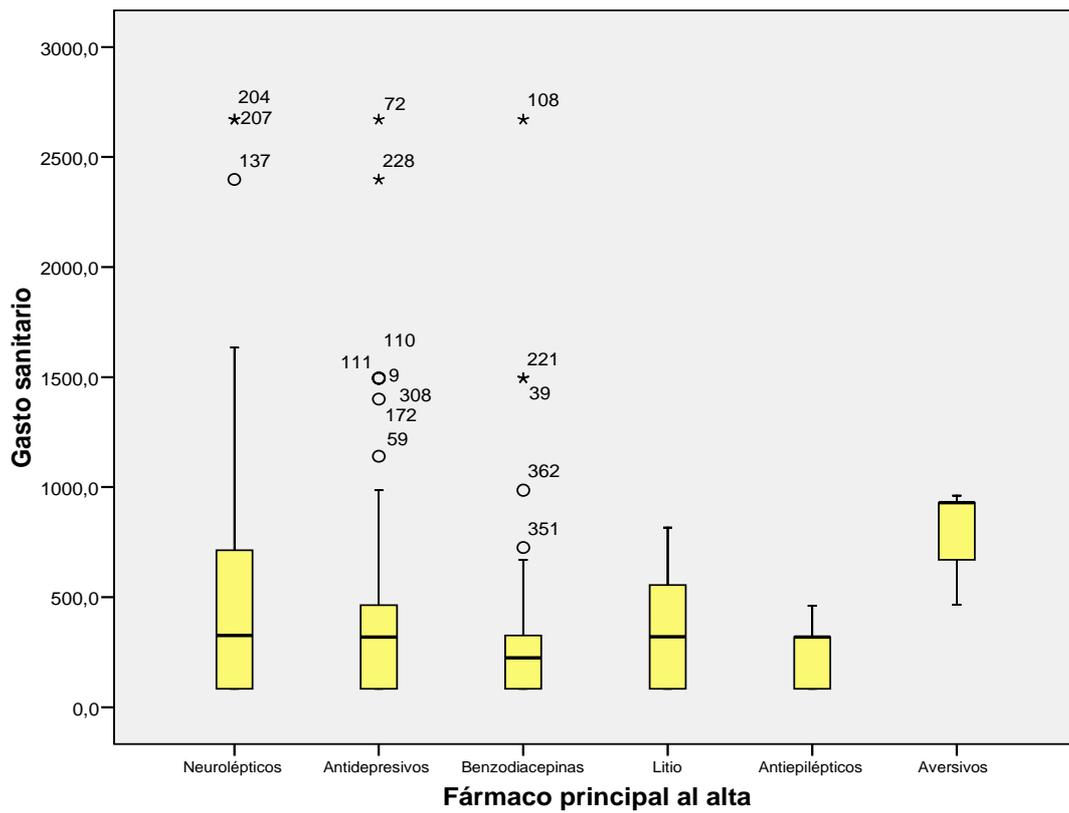


Figura 28. Gasto por fármaco principal al alta.

Tratamiento no farmacológico ambulatorio

En función del tratamiento no farmacológico el gasto sanitario de los pacientes con terapia asertivo-comunitaria fue el más elevado con una media de 760€ (Tabla 131).

Tratamiento no farmacológico	Media	N	Desviación típica	p
No	397,24	306	432,07	0,102
Centro de día	412,45	27	386,22	
Terapia psicológica	332,78	56	408,95	
Asertivo- comunitario	761,86	2	282,91	
Total	390,92	391	425,43	

Tabla 131. Distribución de gasto por tratamiento no farmacológico ambulatorio.

4.3. ANÁLISIS DE LA VARIANZA FACTORIAL

Para evaluar el efecto individual y conjunto de los distintos factores (variables independientes categóricas) sobre la variable dependiente cuantitativa “gasto sanitario” realizamos un análisis de varianza factorial.

En la tabla 132 se exponen las variables independientes categóricas, las cuales fueron evaluadas tanto individualmente como en conjunto sobre la variable dependiente cuantitativa gasto sanitario.

Tabla - Factores inter-sujetos

		Etiqueta de valor	N
Paciente remitido por	1	A petición propia	134
	2	Por la familia	114
	3	Servicios de emergencia	76
	4	Atención primaria o Centro de Salud Mental	66
Patología orgánica concomitante	0	Sin patología acompañante	236
	1	Patología cardiovascular	40
	2	Patología neumológica	18
	3	Patología ginecológica	2
	4	Patología neurológica	20
	5	Patología digestiva	13
	6	Patología reumatológica	15
	7	Patología endocrina	27
	8	Patología infecciosa	14
	9	Miscelánea	5
Prescriptor del tratamiento	0	No lleva tratamiento	78
	1	Atención primaria u otros especialistas	55
	2	Centro de Salud Mental	202
	3	Psiquiatra privado o automedicación	26
	4	Se instaura en urgencias	29
Ingresos psiquiátricos previos	0	No	262
	1	Sí	128
Visitas a urgencias en los últimos 6 meses	0	No	204
	1	Entre 1-5 veces	173
	2	Entre 6-11 veces	10
	3	Más de 11 veces	3

Tabla 132. Variables independientes categóricas en relación con el gasto sanitario.

Teniendo en cuenta la tabla 133 se obtiene que las variables “paciente remitido por”, “patología orgánica concomitante” y “visita a urgencias en los últimos seis meses” tienen una repercusión estadísticamente significativa en la variable gasto sanitario dentro de los grupos definidos en cada una de ellas. En cuanto a las interacciones de las diferentes variables independientes con respecto al gasto sanitario, se objetiva que la interacción entre la variable “remitido por” y “patología orgánica”, y “remitido por” e “ingresos psiquiátricos previos” poseen efectos significativos sobre el gasto sanitario. Se observa también una interacción estadísticamente significativa entre las variables “lleva tratamiento previo” e “ingresos previos”, “patología orgánica” y “visita a urgencias los últimos 6 meses” e “ingresos previos” y “visita a urgencias los últimos 6 meses” con respecto al gasto sanitario en la atención psiquiátrica urgente. Los factores incluidos en el modelo están explicando el 84,3% de la varianza.

Pruebas de los efectos intersujetos

Variable dependiente: Gasto sanitario

Fuente	Suma de cuadrados tipo III	g.l.	Medía cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	594594,748 ^a	156	381150,197	8,007	0,0004
Intersección	35392877,069	1	3539877,1	743,48	0,0006
Paciente remitido por	800040,680	3	266680,227	5,602	0,001
Patología orgánica concomitante	867127,976	9	96347,553	2,024	0,038
Lleva tratamiento/prescriptor	116994,398	4	29248,600	0,614	0,653
Ingresos psiquiátricos previos	54951,037	1	54951,037	1,154	0,284
Visitas a urgencias en los últimos 6 meses	17124833,614	3	5708277,87	119,912	0,00005
Remitido por + Patología orgánica	1741179,654	20	87058,983	1,829	0,019
Remitido por + Lleva tratamiento	398885,068	10	39888,507	0,838	0,055
Patología orgánica concomitante + Lleva tratamiento	247760,629	14	17697,188	0,372	0,982

Remitido por + Ingresos previos	411918,541	3	137306,180	2,884	0,036
Patología orgánica concomitante + Ingresos previos	43162,757	7	6166,108	0,130	0,996
Lleva tratamiento+ ingresos previos	446663,468	4	111665,867	2,346	0,0048
Remitido por + visitas últimos 6 meses	178807,463	4	44701,866	0,939	0,442
Patología orgánica concomitante + visitas últimos 6 meses	455723,954	4	113930,988	2,393	0,043
Lleva tratamiento+ visitas últimos 6 meses	238208,967	5	47641,793	1,001	0,418
Ingresos previos + visitas últimos 6 meses	606767,473	5	121353,495	2,549	0,029
ErrorTotalTotal corregida	11091733,503130004759,37055 1164,251	2333903 89	47604,006		

a.R cuadrado = ,843 (R cuadrado corregida = ,738)

Tabla 133. Variables con relación estadísticamente significativa con el gasto sanitario.

4.4. REGRESION LOGÍSTICA MULTIVARIANTE

Para evaluar los factores asociados a cada una de las variables que componen el gasto sanitario de las urgencias psiquiátricas realizamos distintos análisis multivariantes.

4.4.1. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de valoración por médico no psiquiatra.

En la tabla 134 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de valoración por médico no psiquiatra fue quién remite al paciente al servicio de urgencias, donde tomando como referencia a ingreso por voluntad del propio paciente se halló que cuando el ingreso es remitido por los servicios de emergencia suponía 20,693 veces más riesgo de necesidad de valoración por médico no psiquiatra (IC del 95%: 5,5-77,2).

El segundo factor más importante de riesgo de valoración por médico no psiquiatra resultó ser la variable patología orgánica concomitante donde su categoría patología infecciosa se asoció a un riesgo 10,19 veces mayor de valoración por médico no psiquiatra que cuando el paciente no padece patología somática asociada.

Por otra parte señalar que los pacientes con tratamiento en urgencias con benzodiacepinas tienen menos riesgo de valoración por médico no psiquiatra que aquellos que no recibieron tratamiento.

Necesidad de valoración por médico no psiquiatra

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			28,447	3	0,001	1	ref.	ref.
Por la familia	1,458	0,691	4,448	1	0,035	4,298	1,109	16,665
Serv. Emergencias	3,030	0,672	20,321	1	0,035	20,693	5,543	77,258
AP o CSM	1,490	0,759	3,854	1	0,045	4,436	1,002	19,632
Trat. en urgencias								
No			6,985	2	0,030	1	ref.	ref.
Neurolépticos	-0,872	0,656	1,766	1	0,184	0,418	0,116	1,513
Benzodiazepinas	-1,777	0,723	6,046	1	0,014	0,169	0,041	0,697
Patología orgánica								
No			18,970	9	0,025	1	ref.	ref.
Cardiovascular	1,116	0,539	4,293	1	0,038	3,054	1,062	8,779
Neumológica	-0,298	0,825	0,131	1	0,718	0,742	0,147	3,738
Ginecológica	-19,26	27990,5	0,0002	1	0,999	0,000	0,000	
Neurológica	0,213	0,885	0,058	1	0,810	1,237	0,218	7,008
Digestiva	1,609	0,667	5,820	1	0,016	4,986	1,352	18,459
Reumatológica	-0,603	1,118	0,290	1	0,590	0,547	0,061	4,899
Endocrina	-0,835	1,089	0,588	1	0,443	0,434	0,051	3,668
Infecciosa	2,322	0,741	9,807	1	0,002	10,197	2,384	43,613
Miscelánea	0,064	1,218	0,003	1	0,958	1,066	0,098	11,599

Tabla 134. Factores de riesgo asociados a la variable valoración por médico no psiquiatra.

4.4.2. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatría

Según se observa en la tabla 135 el factor de riesgo más importante asociado al ingreso en planta de psiquiatra fue la variable patología orgánica concomitante donde su categoría patología miscelánea se asoció a un riesgo 18,011 veces mayor de ingreso en planta de psiquiatría que cuando el paciente no padece patología somática asociada. (IC del 95%: 1,95-66,1).

Los pacientes con juicio clínico psicosis tienen un riesgo 10,36 veces mayor de ser ingresados en planta de psiquiatría que aquellos diagnosticados de trastorno orgánico y aquellos que son remitidos por los servicios de emergencia un riesgo de ser ingresados incrementado en 5,38 veces que los que acuden por voluntad propia.

Por otra parte señalar que los pacientes con ingreso previo en planta de psiquiatría tienen 4,5 veces más riesgo de reingreso que los que no han sido internados.

Ingreso en planta de psiquiatría

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	R	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			10,562	3	0,014	1	ref.	ref.
Por la familia	1,360	0,543	6,284	1	0,012	3,898	1,346	11,292
Serv. Emergencias	1,684	0,561	8,995	1	0,003	5,387	1,792	16,190
AP o CSM	1,644	0,588	7,803	1	0,005	5,174	1,633	16,394
Ingresos psiquiátricos previos								
Sí	1,489	0,377	15,579	1	0,00001	4,434	2,116	9,288
Patología orgánica								
No			18,650	9	0,028	1	ref.	ref.
Cardiovascular	-1,141	0,985	1,343	1	0,246	0,319	0,046	2,200
Neumológica	0,678	0,778	0,759	1	0,384	1,969	0,429	9,051
Ginecológica	0,206	1,466	0,020	1	0,888	1,229	0,069	21,759
Neurológica	1,251	0,782	2,561	1	0,110	3,494	0,755	16,170
Digestiva	0,235	0,877	0,072	1	0,789	1,265	0,227	7,050
Reumatológica	0,213	0,880	0,058	1	0,809	1,237	0,220	6,943
Endocrina	0,695	0,637	1,191	1	0,275	2,004	0,575	6,985
Infeciosa	2,267	0,773	8,610	1	0,003	9,654	2,123	43,901
Miscelánea	2,891	1,133	6,505	1	0,11	18,011	1,953	66,100
Juicio clínico								
T. orgánico			10,817	4	0,028	1	ref.	ref.
Psicosis	2,338	1,234	3,590	1	0,048	10,363	0,923	61,403
T. afectivos	1,415	1,181	1,436	1	0,231	4,115	0,407	41,637
Toxicomanías	1,030	1,241	0,688	1	0,407	2,800	0,246	31,890
T. personalidad	0,621	1,207	0,265	1	0,607	1,861	0,175	19,806

Tabla 135. Factores de riesgo asociados a la variable ingreso en planta de psiquiatra.

4.4.3. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de pruebas complementarias

En la tabla 136 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de pruebas complementarias fue quién remite al paciente al servicio de urgencias, donde tomando como referencia el paciente que acude por voluntad propia se halló que cuando el paciente es remitido por los servicios de emergencia suponía 6,055 veces más riesgo de necesidad de valoración por pruebas complementarias (IC del 95%: 2,634-13,92).

El segundo factor más importante de riesgo de necesidad de pruebas complementarias resultó ser el consumo de tóxicos donde su categoría consumo de opiáceos se asoció a un riesgo 5,33 veces mayor de necesidad de pruebas complementarias que cuando el paciente no consume sustancias tóxicas. Los pacientes inmigrantes tienen un riesgo 2,42 veces mayor de necesitar pruebas complementarias con respecto a los pacientes nacionales.

Por otra parte señalar que los pacientes con tratamiento farmacológico ambulatorio tienen menos riesgo de necesidad de pruebas complementarias que aquellos que no recibieron tratamiento.

Necesidad de pruebas complementarias

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			20,746	3	0,001	1	ref.	ref.
Por la familia	0,617	0,441	1,955	1	0,162	1,853	0,781	4,398
Serv. Emergencias	1,801	0,425	17,978	1	0,035	6,055	2,634	13,920
AP o CSM	0,784	0,485	2,612	1	0,106	2,189	0,847	5,662
Inmigrante								
Sí	0,885	0,426	4,231	1	0,038	2,424	1,052	5,587
Tto. farmacológico ambulatorio								
Sí	-1,650	0,860	3,682	1	0,045	0,192	0,036	1,036
Consumo de tóxicos								
No			10,945	4	0,027	1	ref.	ref.
Alcohol	0,825	0,380	4,700	1	0,030	2,281	1,082	4,807
Cannabis	1,038	0,520	3,988	1	0,046	2,825	1,019	7,828
Cocaína	0,927	0,435	4,544	1	0,033	2,528	1,078	5,929
Opiáceos	1,674	0,975	2,951	1	0,032	5,334	0,790	36,026

Tabla 136. Factores de riesgo asociados a la variable necesidad de pruebas complementarias.

4.4.4. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de TAC craneal

Según se observa en la tabla 137 el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de TAC craneal fue quien remite al paciente al servicio de urgencias, donde tomando como referencia acudir a urgencias por voluntad propia se halló que cuando el paciente es remitido por los servicios de emergencia existe 41,30 veces más probabilidad de realización de TAC craneal (IC del 95%: 2,85-59,54).

El segundo factor más importante de necesidad de TAC craneal resultó ser la variable motivo de consulta donde su categoría síndrome confusional se asoció a un riesgo 17,122 veces mayor de necesidad de prueba de neuroimagen que cuando el paciente es diagnosticado de nerviosismo/agitación psicomotriz.

Los pacientes que consumen opiáceos tienen un riesgo 13,78 veces mayor de necesitar TAC craneal que aquellos no consumidores de tóxicos y a aquellos que se les instaura el tratamiento en urgencias tienen un riesgo de necesitar prueba de neuroimagen incrementado en 2,12 veces que los que no llevan tratamiento a su llegada a urgencias.

Por otra parte señalar que los pacientes con tratamiento pautado por el centro de salud mental tienen menos riesgo de necesidad de TAC craneal que aquellos que no recibieron tratamiento.

Necesidad de TAC craneal

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			9,511	3	0,023	1	ref.	ref.
Por la familia	2,313	1,298	3,176	1	0,075	10,104	0,794	20,585
Serv. Emergencias	3,721	1,363	7,451	1	0,006	41,309	2,856	59,542
AP o CSM	2,692	1,406	3,668	1	0,016	14,767	0,939	32,224
Motivo consulta								
Nerviosismo/ Agit.			13,515	5	0,019	1	ref.	ref.
Tristeza	-0,045	0,941	0,002	1	0,962	0,956	0,151	6,041
In. autolisis	-0,751	0,837	0,807	1	0,369	0,472	0,092	2,431
Alt. conducta	0,451	0,751	0,361	1	0,548	1,570	0,360	6,842
S. confusional	2,840	0,957	8,810	1	0,003	17,122	2,624	30,710
Q. somáticas	2,132	1,507	2,003	1	0,157	8,432	0,440	21,535
Consumo de tóxicos								
No			11,927	4	0,018	1	ref.	ref.
Alcohol	1,66	0,630	6,994	1	0,008	5,293	1,539	18,200
Cannabis	-0,665	1,170	0,323	1	0,570	0,514	0,052	5,099
Cocaína	-0,862	1,057	0,664	1	0,415	0,422	0,053	3,354
Opiáceos	2,622	1,343	3,811	1	0,045	13,760	1,1	30,307
Lleva tratamiento /prescriptor								
No			10,664	4	0,031	1	ref.	ref.
A.P. u otros espec.	-0,443	0,830	0,285	1	0,594	0,642	0,126	3,267
Centro Salud Mental	-1,836	0,696	6,953	1	0,008	0,159	0,041	0,624
Psiquiatra privado /Auto	-18,87	6853,15	0,000	1	0,998	0,000	0,000	
Se instaure en urgen.	0,752	0,817	0,848	1	0,357	2,122	0,428	10,518

Tabla 137. Factores de riesgo asociados a la variable necesidad de TAC craneal.

4.4.5. Análisis multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable necesidad de determinación de tóxicos en orina

En la tabla 138 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de determinación de tóxicos en orina fue el consumo de tóxicos, donde tomando como referencia los no consumidores se halló que cuando existía consumo de cocaína suponía 12,63 veces más riesgo de necesidad de determinación de tóxicos en orina (IC del 95%: 5,046-31,64).

El segundo factor más importante de riesgo de necesidad de determinación de tóxicos en orina resultó ser la variable remisión del paciente donde su categoría remitido por los servicios de emergencia se asoció a un riesgo 6,39 veces mayor que cuando el paciente acude por voluntad propia.

Los pacientes que precisan intervención de los servicios sociales tienen un riesgo 4,41 veces mayor de necesitar determinación de tóxicos en orina que aquellos que no precisan dicha intervención y aquellos que han acudido a urgencias en los últimos seis meses tienen un riesgo de necesitar prueba de detección de tóxicos en orina incrementado en 1,75 veces que los que no habían acudido a urgencias.

Necesidad de determinación de tóxicos en orina

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
Voluntad propia			18,855	3	0,0001	1	ref.	ref.
Por la familia	0,939	0,418	5,044	1	0,025	2,558	1,127	5,805
Serv. Emergencias	1,856	0,429	18,755	1	0,006	6,397	2,762	14,815
AP o CSM	1,076	0,468	5,282	1	0,022	2,932	1,172	7,337
Visitas a urgencias en los últimos 6 meses								
Sí	0,564	0,305	3,433	1	0,055	1,758	1,01	3,194
Intervención servicios sociales								
Sí	1,482	0,762	3,783	1	0,061	4,401	1,989	19,587
Consumo de tóxicos								
No			40,143	4	0,0004	1	ref.	ref.
Alcohol	1,151	0,378	9,257	1	0,002	3,161	1,506	6,634
Cannabis	2,079	0,549	14,341	1	0,0001	7,995	2,726	23,448
Cocaína	2,537	0,468	29,328	1	0,00032	12,636	5,046	31,644
Opiáceos	1,449	1,597	0,824	1	0,364	4,259	0,186	97,342

Tabla 138. Factores de riesgo asociados a la variable determinación de tóxicos en orina.

4.4.6. Análisis del porcentaje de urgencias psiquiátricas en relación con los diferentes tramos de gasto sanitario

En las tablas que se adjuntan se refleja el porcentaje de urgencias psiquiátricas que superan los diferentes tramos de gasto sanitario de 200, 300,400 y 500€.

200 EUROS

En nuestra muestra encontramos que el 60% de las atenciones psiquiátricas urgentes generan un gasto sanitario mayor de 200€ (Tabla 139).

Gasto sanitario de 200€	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor o igual 200	156	39,9	39,9
Mayor 200	235	60,1	100
Total	391	100	

Tabla 139. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 200€.

300 EUROS

El 58,3% de las urgencias psiquiátricas de nuestro estudio supusieron una inversión por parte del sistema público superior a 300€ (Tabla 140).

Gasto sanitario de 300€	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor o igual 300	163	41,7	41,7
Mayor 300	228	58,3	100
Total	391	100	

Tabla 140. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 300€.

400 EUROS

Analizando nuestros resultados objetivamos que hasta en el 30,9% de las ocasiones el gasto sanitario de la atención psiquiátrica urgente es mayor a 400€ (Tabla 141).

Gasto sanitario de 400€	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor o igual 400	270	69,1	69,1
Mayor 400	121	30,9	100
Total	391	100	

Tabla 141. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 400€.

500 EUROS

El porcentaje de urgencias psiquiátricas con un gasto superior a 500€ es del 24,8% (Tabla 142).

Gasto sanitario de 500€	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menor o igual 500	294	75,2	75,2
Mayor 500	97	24,8	100
Total	391	100	

Tabla 142. Porcentaje de urgencias en relación con el tramo de gasto de 500€.

4.4.7. Análisis bivariante y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 200 euros

A continuación se adjuntan las tablas bivariantes de las diferentes variables que se asocian significativamente al gasto por urgencia mayor de 200€ (Tablas 143 y 144).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(I)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<200		>200				
		N	%	N	%			
Situación laboral	En activo	53	45,3	64	54,7	10,79	4	0,029
	Baja laboral	19	26	54	74			
	Pensión por invalidez	11	36,7	19	63,3			
	Jubilados	23	52,3	21	47,7			
	Desempleado	41	36,6	72	63,7			
Estado civil	Soltero	46	32,2	97	67,8	6,635	2	0,036
	Casado o en pareja	85	46,2	99	53,8			
	Viudedad o separado	25	41,7	35	58,3			
Nivel de estudios	Sin estudios	14	40	21	60	9,024	3	0,029
	Primarios	83	36,7	143	63,3			
	Medios	25	43,1	33	56,9			
	Superiores	13	72,2	5	27,8			

Edad	<25	26	35,6	47	64,4	9,92	4	0,042
	25-40	52	33,3	104	66,7			
	41-55	45	44,1	57	55,9			
	56-70	22	53,7	19	46,3			
	>70	11	57,9	8	42,1			
Paciente remitido por	A petición propia	64	47,8	70	52,2	9,32	3	0,025
	Por la familia	45	39,5	69	60,5			
	Servicios de Emergencia	20	26,3	56	73,7			
	A.P. o Centro de S. Mental	27	40,9	39	59,1			
Lleva tratamiento/ prescriptor	No lleva	31	39,2	48	60,8	46,81	4	0,001
	AP u otro especialista	43	78,2	12	21,8			
	Centro Salud Mental	70	34,7	132	65,3			
	Psi. Priv. / Automedicac	9	34,6	17	65,4			
	Instaurado en urgencias	3	10,3	26	89,7			
Visita a urgencias últimos 6 meses	Ninguna	155	75,6	50	24,4	229,19	3	0,0004
	Entre 1-5 veces	1	0,6	172	99,4			
	Entre 6-11 veces	0	0	13	100			
Contención mecánica	No	156	45,42	189	54,8	34,608	1	0,0003

Tabla 143. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a doscientos euros.

VARIABLES DEMÓGRAFICAS Y MÉDICAS(II)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<200		>200				
		N	%	N	%			
Consumo de tóxicos	No	119	44,6	148	55,4	12,95	4	0,011
	Alcohol	22	38,6	35	61,4			
	Cannabis	5	21,7	18	78,3			
	Cocaína	7	18,4	31	81,6			
	Opiáceos	2	40	2	40			
Tratamiento en urgencias	Sin tratamiento	12	46,2	14	53,8	18,34	2	0,0004
	Neurolépticos	58	29,4	139	70,6			
	Benzodiacepinas	86	51,2	82	48,8			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No	4	44,4	5	55,6	11,47	3	0,009
	Mantiene el previo	22	40,7	32	59,3			
	Se modifica el previo	85	34,4	162	65,6			
	Inicia nuevo tratamiento	45	55,6	36	44,4			
Juicio clínico	T. orgánico	17	60,7	11	39,3	16,57	4	0,012
	Psicosis	12	26,1	34	73,9			
	T. afectivo	56	37,3	94	62,7			
	Toxicomanía	12	25	36	75			
	T. personalid.	51	48,1	55	51,9			
Fármacos al alta	Neurolépticos	41	31,3	90	66,7	12,35	5	0,031
	Antidepresiv.	87	46,3	101	53,7			
	Benzodiacep.	18	46,2	21	53,8			
	Litio	4	30,8	9	69,2			
	Antiepilep.	5	26,3	14	73,7			

Derivación del paciente	AP u otro especialista	23	53,5	20	46,5	13,26	4	0,01
	Centro Salud Mental	126	39,1	196	60,9			
	Hospital SMS	1	7,7	12	92,6			
	Centro concertado	1	16,7	5	83,3			
	Centro privado	5	71,4	2	28,6			
Consumo de tóxicos	No	119	44,6	148	55,4	7,62	1	0,006
	Sí	37	29,8	87	70,2			

Tabla 144. Variables médicas asociadas a un gasto superior a doscientos euros.

En la tabla 145 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a un gasto sanitario superior a 200 € fue el juicio clínico, donde tomando como referencia el trastorno orgánico se halló que cuando el paciente era diagnosticado de trastorno de la personalidad suponía 2,87 veces más riesgo realizar un consumo de recursos sanitarios por encima de 200€ (IC del 95%: 1,084-7,319).

El segundo factor más importante de riesgo de gasto superior a 200€ resultó ser la variable grupo de edad donde su categoría edad comprendida entre los 41 y 55 años se asoció a un riesgo 2,33 veces mayor de gastar por encima de 200€.

Por otra parte señalar que los pacientes que no llevan tratamiento psiquiátrico previo ni ingresos psiquiátricos previos tienen menos probabilidad de suponer un gasto superior a 200 € su consulta en urgencias.

Gasto sanitario de 200 euros

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Grupo de edad								
< 25 años			6,342	4	0,175	1	ref.	ref.
26-40 años	0,081	0,348	0,054	1	0,817	1,084	0,548	2,142
41-55 años	0,847	0,407	4,333	1	0,037	2,334	1,051	5,182
56-70 años	-0,111	0,571	0,038	1	0,846	0,895	0,292	2,742
> 70 años	0,694	0,571	1,481	1	0,224	2,003	0,655	6,128
Lleva tratamiento /prescriptor								
No lleva			20,996	4	0,0001	1	ref.	ref.
A.P. u otros espec.	-1,900	0,815	5,434	1	0,020	0,150	0,030	0,739
Centro Salud Mental	-3,574	0,858	17,340	1	0,006	0,028	0,005	0,151
Psiquiatra privado /Auto	-2,143	0,787	7,405	1	0,0007	0,117	0,025	0,549
Se instaure en urgen.	-2,237	0,908	6,069	1	0,014	0,107	0,018	0,633
Ingresos psiquiátricos previos								
Sí	-1,530	0,338	20,514	1	0,041	0,216	0,112	0,420
Juicio clínico								
T. orgánico			7,207	4	0,125	1	ref.	ref.
Psicosis	-0,912	0,785	1,350	1	0,245	0,042	0,086	1,871
T. afectivos	0,376	0,474	0,627	1	0,428	1,456	0,575	3,690
Toxicomanías	0,352	0,315	1,243	1	0,265	1,421	0,766	2,638
T. personalidad	1,036	0,487	4,519	1	0,0002	2,817	1,084	7,319

Tabla 145. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a doscientos euros.

4.4.8. Análisis bivariante y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados la variable gasto sanitario mayor de 300 euros

A continuación se adjuntan las tablas bivariantes de las diferentes variables que se asocian significativamente al gasto por urgencia mayor de 300€. Éstas fueron incluidas en el análisis multivariante tipo regresión logística (Tablas 146 y 147).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(I)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<300		>300				
		N	%	N	%			
Situación laboral	En activo	56	47,9	61	52,1	11,84	4	0,019
	Baja laboral	20	27,4	53	72,6			
	Pensión por invalidez	11	36,7	19	63,3			
	Jubilados	24	54,5	20	45,5			
	Desempleado	43	38,1	70	61,9			
Estado civil	Soltero	47	32,9	96	67,1	8,54	2	0,014
	Casado o en pareja	90	48,9	94	51,1			
	Viudedad o separado	26	43,3	34	56,7			
Nivel de estudios	Sin estudios	14	40	21	60	7,47	3	0,048
	Primarios	89	39,4	137	60,6			
	Medios	25	43,1	33	56,9			
	Superiores	13	72,2	5	27,8			
Edad	<25	26	35,6	47	64,4	9,92	4	0,042
	25-40	52	33,3	104	66,7			
	41-55	45	44,1	57	55,9			
	56-70	22	53,7	19	46,3			
	>70	11	57,9	8	42,1			

Paciente remitido por	A petición propia	66	49,3	68	50,7	8,24	3	0,041
	Por la familia	47	41,2	67	58,8			
	Servicios de Emergencia	22	28,9	54	71,1			
	A.P. o Centro de S. Mental	28	42,4	38	57,6			
Lleva tratamiento/ prescriptor	No lleva	36	45,6	43	54,4	46,07	4	0,001
	AP u otro especialista	43	78,2	12	21,8			
	Centro Salud Mental	71	35,1	131	64,9			
	Psi. Priv. / Automedicac.	10	38,5	16	61,5			
	Instaurado en urgencias	3	10,3	26	89,7			
Visita a urgencias últimos 6 meses	Ninguna	162	79	43	21	247,12	3	0,0004
	Entre 1-5 veces	1	0,6	172	99,4			
	Entre 6-11 veces	0	0	13	100			
Visita a urgencias últimos 6 meses	No	162	79	43	21	247,12	1	0,002
	Sí	1	0,5	185	99,5			

Tabla 146. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a trescientos euros.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(II)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<300		>300				
		N	%	N	%			
Consumo de tóxicos	No	125	46,8	142	53,2	13,55	4	0,009
	Alcohol	22	38,2	35	61,4			
	Cannabis	5	21,7	18	78,3			
	Cocaína	8	21,7	30	78,9			
	Opiáceos	2	40	3	60			
Tratamiento en urgencias	Sin tratamiento	12	46,2	14	53,8	17,47	2	0,006
	Neurolépticos	62	31,5	135	68,5			
	Benzodiacepinas	89	53	79	47			
Tratamiento farmacológico ambulatorio	No	4	44,4	5	55,6	17,67	3	0,001
	Mantiene el previo	22	40,7	32	59,3			
	Se modifica el previo	87	40,7	160	64,8			
	Inicia nuevo tratamiento	50	61,7	31	38,3			
Juicio clínico	T. orgánico	17	60,7	11	39,3	17,07	4	0,002
	Psicosis	12	26,1	34	73,9			
	T. afectivo	59	39,3	91	60,7			
	Toxicomanía	13	27,1	35	72,9			
	T. personalid.	54	50,9	52	49,1			
Fármacos al alta	Neurolépticos	42	32,1	89	67,9	15,31	5	0,009
	Antidepresiv.	90	47,9	98	52,1			
	Benzodiacep.	21	53,8	18	46,2			
	Litio	4	30,8	9	69,2			
	Antiepilep.	5	26,3	14	73,7			

Derivación del paciente	AP u otro especialista	27	62,8	16	37,2	18,5	4	0,001
	Centro Salud Mental	129	40,1	193	59,9			
	Hospital SMS	1	7,7	12	92,3			
	Centro concertado	1	17,6	5	83,3			
	Centro privado	5	71,4	2	28,6			
Consumo de tóxicos	No	125	46,8	142	53,2	9,109	1	0,002
	Sí	38	30,6	86	69,4			
Ingresos psiquiátricos previos	No	139	52,9	124	47,1	41,18	1	0,0001
	Sí	24	18,8	104	81,3			
Contención mecánica	No	163	47,2	182	52,8	37,27	1	0,003
	Sí	0	0	46	100			

Tabla 147. Variables médicas asociadas a un gasto superior a trescientos euros.

En la tabla 148 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a un gasto sanitario superior a 300 € fue el juicio clínico, donde tomando como referencia el trastorno orgánico se halló que cuando el paciente era diagnosticado de trastorno afectivo suponía 25,226 veces más riesgo realizar un consumo de recursos sanitarios por encima de 300€ (IC del 95%: 1,942-32,676).

El segundo factor más importante de riesgo de gasto superior a 300€ resultó ser la variable patología orgánica donde su categoría patología digestiva se asoció a un riesgo 25,12 veces mayor de gastar por encima de 300€. Los pacientes que se encuentran en la grupo de edad entre los 41 y 55 años tienen un riesgo 10,445 veces mayor de suponer un gasto superior a 300€ que los menores de 25 años. Por otra parte señalar que los pacientes que tienen ingreso psiquiátrico previo tienen menos riesgo de suponer un gasto sanitario superior a 300€ con respecto a los que no tienen ingresos previos.

Gasto sanitario de 300 euros

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Grupo de edad								
<25 años			12,867	4	0,012	1	ref.	ref.
26-40años	0,143	0,842	0,029	1	0,865	0,867	0,166	4,518
41-55 años	2,346	0,830	7,983	1	0,005	10,445	2,052	53,171
56-70 años	1,621	1,521	1,136	1	0,287	0,198	0,010	3,897
> 70 años	1,675	1,325	1,579	1	0,206	5,340	0,397	71,739
Lleva tratamiento /prescriptor								
No lleva			4,150	4	0,386	1	ref.	ref.
A.P. u otros espec.	0,556	0,876	0,404	1	0,525	0,573	0,103	3,189
Centro Salud Mental	1,328	0,769	2,983	1	0,044	0,265	0,059	1,196
Psiquiatra privado	1,273	1,211	1,105	1	0,293	0,280	0,026	3,004
Se instaura en urgen.	1,609	2,189	0,540	1	0,462	4,999	0,068	36,080
Ingresos psiquiátricos previos								
Sí	1,752	0,819	4,580	1	0,032	0,173	0,035	0,863
Juicio clínico								
T. orgánico			6,804	4	0,147	1	ref.	ref.
Psicosis	34,66	3131,3	0,000	1	0,991	0,000	0,000	
T. afectivos	3,228	1,308	6,088	1	0,014	25,226	1,942	32,676
Toxicomanías	2,235	1,140	3,847	1	0,048	9,351	1,002	87,300
T. personalidad	2,792	1,262	4,891	1	0,027	16,321	1,374	19,674

Patología orgánica								
No			8,620	9	0,743	1	ref.	ref.
Cardiovascular	0,452	0,907	0,248	1	0,618	1,571	0,266	9,291
Neumológica	1,829	1,444	1,605	1	0,205	6,230	0,368	10,550
Ginecológica	17,04	28547,	0,000	1	1	0,000	0,000	
Neurológica	1,265	1,319	0,920	1	0,337	3,545	0,267	47,043
Digestiva	3,219	1,482	4,716	1	0,030	25,012	1,369	47,049
Reumatológica	2,457	1,630	2,271	1	0,132	0,086	0,004	2,093
Endocrina	17,07	2207,0	0,000	1	0,994	0,000	0,000	
Infecciosa	16,07	8905,6	0,000	1	0,999	9549684,	0,000	
Miscelánea	1,430	2,025	0,498	1	0,480	0,239	0,005	12,667

Tabla 148. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a trescientos euros.

4.4.9. Análisis bivariante y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 400 euros

A continuación se adjuntan las tablas bivariantes de las diferentes variables que se asocian significativamente al gasto por urgencia mayor de 400€. Éstas fueron incluidas en el análisis multivariante tipo regresión logística (Tablas 149 y 150).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(I)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<400		>400				
		N	%	N	%			
Hora	00.00-06.00	27	54	23	46	8,61	3	0,035
	06.07-12.00	86	76,1	27	23,9			
	12.01-18.00	91	71,1	37	28,9			
	18.01-23.59	66	66	34	34			

Paciente remitido por	A petición propia	116	86,6	18	13,4	51,92	3	0,0004
	Por la familia	81	71,1	33	28,9			
	Servicios de Emergencia	39	39,5	46	60,5			
	A.P. o Centro de S. Mental	43	65,2	23	34,8			
Intervención servicios sociales	No	265	70,3	112	29,7	7,52	1	0,009
	Sí	5	35,7	9	64,3			
Motivo de consulta	Nerviosismo/Agitación	83	62,9	49	37,1	14,7	5	0,011
	Tristeza	78	81,3	18	18,8			
	Intento de autolisis	28	58,3	20	41,7			
	Alt. de la conducta	65	70,7	27	29,3			
	Sdme. Confusio.	7	53,8	6	46,2			
	Quejas somáticas	8	88,9	1	11,1			
Lleva tratamiento/prescriptor	No lleva	50	63,3	29	36,7	13,07	4	0,011
	AP u otro especialista	48	87,3	7	12,7			
	Centro Salud Mental	133	65,8	69	34,2			
	Psi. Priv. / Automedicac.	21	80,8	5	19,2			
	Instaurado en urgencias	18	62,1	11	37,9			
Visita a urgencias últimos 6 meses	Ninguna	176	85,9	29	14,1	73,62	3	0,0004
	Entre 1-5 veces	94	54,3	79	45,7			
	Entre 6-11 veces	0	0	13	100			
Visita a urgencias últimos 6 meses	No	176	85,9	94	50,5	56,91	1	0,0001
	Sí	29	14,1	92	49,5			

Tabla 149. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a cuatrocientos euros.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(II)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<400		>400				
		N	%	N	%			
Consumo de tóxicos	No	200	74,9	67	25,1	17,2	4	0,004
	Alcohol	36	63,2	21	36,8			
	Cannabis	10	43,5	13	56,5			
	Cocaína	20	52,6	18	47,4			
	Opiáceos	3	60	2	40			
Tratamiento en urgencias	Sin tratamiento	18	69,2	8	30,8	25,004	2	0,006
	Neurolépticos	114	57,9	83	42,1			
	Benzodiacepinas	138	82,1	30	17,9			
Juicio clínico	T. orgánico	22	78,6	6	21,4	12,15	4	0,016
	Psicosis	29	63	17	37			
	T. afectivo	105	70	45	30			
	Toxicomanía	24	50	24	50			
	T. personalid.	80	75,5	26	24,5			
Fármacos al alta	Neurolépticos	80	61,1	51	38,9	25,66	5	0,009
	Antidepresiv.	140	74,5	48	25,5			
	Benzodiacep.	30	76,9	9	23,1			
	Litio	7	53,8	6	46,2			
	Antiepilep.	12	65,1	7	36,9			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	33	76,7	10	23,3	14,26	4	0,006
	Centro Salud Mental	223	69,3	99	30,7			
	Hospital SMS	4	30,8	9	69,2			
	Centro concertado	3	50	3	50			
	Centro privado	7	100	0	0			

Consumo de tóxicos	No	200	74,9	67	25,1	13,49	1	0,002
	Sí	70	56,5	54	43,5			
Ingresos psiquiátricos previos	No	204	77,6	59	22,4	27,24	1	0,0001
	Sí	66	51,6	62	48,4			
Contención mecánica	No	270	78,3	75	21,7	116,33	1	0,0008
	Sí	0	0	46	100			

Tabla 150. Variables médicas asociadas a un gasto superior a cuatro cientos euros.

En la tabla 151 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a un gasto sanitario superior a 400 € fue la visita a urgencias en los últimos seis meses, donde tomando como referencia la ausencia de atenciones en la urgencia psiquiátrica se halló que cuando el paciente acudía a urgencias en los últimos seis meses suponía 11,073 veces más riesgo realizar un consumo de recursos sanitarios por encima de 400€ (IC del 95%: 5,767-21,261).

El segundo factor más importante de riesgo resultó ser la variable sobre quien remite al paciente al servicio de urgencias donde su categoría remisión por los servicios de emergencia se asoció a un riesgo 10,36 veces mayor de gastar por encima de 400€. Los pacientes cuyo juicio clínico fue toxicomanías tienen un riesgo 5,215 veces mayor de suponer un gasto superior a 400€ que los diagnosticados de trastorno orgánico. En el caso de existir intervención de los servicios sociales el riesgo de gastar por encima de 400€ se multiplica por 3,46. Los pacientes con patología orgánica concomitante tienen un riesgo de 2,021 veces mayor de consumir por encima de 400€ de recursos sanitarios.

Por otra parte señalar que los pacientes que tienen prescrito tratamiento previo tienen menos riesgo de suponer un gasto sanitario superior a 400€ con respecto a los que no tienen tratamiento.

Gasto sanitario de 400 euros

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
A petición propia			30,680	3	0,0001	1	ref.	ref.
Por la familia	0,838	0,384	4,730	1	0,03	2,304	1,086	4,888
Serv. Emergencias	2,339	0,429	29,730	1	0,006	10,369	4,473	24,037
AP o CSM	1,177	0,436	7,270	1	0,007	3,244	1,379	7,631
Visitas a urgencias en los últimos 6 meses								
Sí	2,405	0,333	52,195	1	0,0025	11,073	5,767	21,261
Intervención servicios sociales								
Sí	1,243	0,675	3,392	1	0,046	3,468	0,923	13,024
Juicio clínico								
T. orgánico			9,583	4	0,048	1	ref.	ref.
Psicosis	0,887	0,724	1,500	1	0,221	2,427	0,587	10,028
T. afectivos	1,140	0,621	3,366	1	0,067	3,126	0,925	10,563
Toxicomanías	1,652	0,693	5,685	1	0,017	5,215	1,342	20,071
T. personalidad	0,497	0,651	0,582	1	0,445	1,644	0,459	5,890
Trat. en urgencias								
No			10,520	2	0,005	1	ref.	ref.
Neurolépticos	-0,073	0,568	0,017	1	0,898	0,929	0,305	2,830
Benzodiacepinas	-1,072	0,594	3,253	1	0,071	0,342	0,107	1,097
Patología orgánica								
Sí	0,704	0,308	5,230	1	0,022	2,021	1,106	3,695
Lleva tratamiento /prescriptor								
Sí	-0,796	0,366	5,230	1	0,03	0,451	0,220	0,925

Tabla 151. Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a cuatrocientos euros.

4.4.10. Análisis bivariante y multivariante tipo regresión logística de los factores asociados a la variable gasto sanitario mayor de 500 euros

A continuación se adjuntan las tablas bivariantes de las diferentes variables que se asocian significativamente al gasto por urgencia mayor de 500€. Éstas fueron incluidas en el análisis multivariante tipo regresión logística (Tabla 152 y 153).

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(I)		GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p
		<500		>500				
		N	%	N	%			
Hora	00.00-06.00	31	62	19	38	9,76	3	0,021
	06.07-12.00	95	84,1	18	15,9			
	12.01-18.00	95	74,2	33	25,8			
	18.01-23.59	73	73	27	27			
Paciente remitido por	A petición propia	122	91	12	9	47,72	3	0,0004
	Por la familia	88	77,2	26	22,8			
	Servicios de Emergencia	37	48,7	39	51,3			
	A.P. o Centro de S. Mental	47	71,2	19	28,8			
Intervención servicios sociales	No	287	76,1	90	23,9	4,9	1	0,026
	Sí	7	50	7	50			
Tratamiento no farmacológico ambulatorio	No precisa	228	74,5	78	25,5	8,72	3	0,034
	Centro de día	19	70,4	8	29,6			
	Terapia psicol.	47	83,9	9	16,1			
	Asertivo-comunitar.	0	0	2	100			

Lleva tratamiento/ prescriptor	No lleva	57	72,2	22	27,8	16,73	4	0,002
	AP u otro especialista	51	92,7	4	7,3			
	Centro Salud Mental	142	70,3	60	29,7			
	Psi. Priv. / Automedicac.	24	92,3	2	7,7			
	Instaurado en urgencias	20	69	9	31			
Visita a urgencias últimos 6 meses	Ninguna	186	90,7	19	9,3	81,05	3	0,0004
	Entre 1-5 veces	108	62,4	65	37,6			
	Entre 6-11 veces	0	0	13	100			
Visita a urgencias últimos 6 meses	No	186	90,7	108	58,1	56,78	1	0,002
	Sí	19	9,3	78	41,9			
Tipo de ingreso	Voluntario	14	35,9	25	64,1	6,4	1	0,011
	Involuntario	3	9,7	28	90,3			

Tabla 152. Variables demográficas y médicas asociadas a un gasto superior a quinientos euros.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y MÉDICAS(II)	GASTO SANITARIO				Chi cuadrado	g.l.	p	
	<500		>500					
	N	%	N	%				
Consumo de tóxicos	No	214	80,1	53	19,9	13,56	4	0,009
	Alcohol	40	70,2	17	29,8			
	Cannabis	13	56,5	10	43,5			
	Cocaína	23	60,5	15	39,5			
	Opiáceos	3	60	2	40			

Tratamiento en urgencias	Sin tratamiento	19	73,1	7	26,9	20,11	2	0,006
	Neurolépticos	130	66	67	34			
	Benzodiacepinas	145	86,3	23	13,7			
Juicio clínico	T. orgánico	23	82,1	5	17,9	13,14	4	0,011
	Psicosis	30	65,2	16	34,8			
	T. afectivo	113	75,3	37	24,7			
	Toxicomanía	29	60,4	19	39,6			
	T. personalid.	89	84	17	16			
Fármacos al alta	Neurolépticos	87	66,4	44	33,6	28,69	5	0,009
	Antidepresiv.	153	81,4	35	18,6			
	Benzodiacep.	32	82,1	7	17,9			
	Litio	7	53,8	6	46,2			
	Antiepilep.	14	73,7	5	26,3			
Derivación del paciente	AP u otro especialista	35	81,4	8	18,6	19,11	4	0,001
	Centro Salud Mental	245	76,1	77	23,9			
	Hospital SMS	4	30,8	9	69,2			
	Centro concertado	3	50	3	50			
	Centro privado	7	100	0	0			
Consumo de tóxicos	No	214	80,1	53	19,9	11,09	1	0,0001
	Sí	80	64,5	44	35,5			
Ingresos psiquiátricos previos	No	218	82,9	45	17,1	25,52	1	0,0001
	Sí	76	59,4	52	40,6			
Contención mecánica	No	284	82,3	61	17,7	79,85	1	0,002
	Sí	10	21,7	36	78,3			

Tabla 153. Variables médicas asociadas a un gasto superior a quinientos euros.

En la tabla 154 se observa que el factor de riesgo más importante asociado a un gasto sanitario superior a 500 € fue el fármaco principal al alta, donde tomando como referencia el tratamiento con neurolépticos se halló que cuando el paciente era tratado con fármacos aversivos suponía 42,137 veces más probabilidad de que el gasto de la urgencia supere los 500€ (IC del 95%: 3,338-53,871).

El segundo factor más importante de riesgo resultó ser la variable visita a urgencias en los últimos seis meses que se asoció a un riesgo 18,341 veces mayor de gastar por encima de 500€ con respecto a los que no acudieron a urgencias. Aquellos enfermos que precisaron contención mecánica tienen un riesgo 16,76 veces mayor de realizar un gasto sanitario superior a 500 €. Los pacientes que son derivados a un centro concertado tienen un riesgo de 11,902 veces mayor de consumir por encima de 500€ de recursos sanitarios con respecto a los que son enviados a Atención Primaria y/o a otros especialistas. Los pacientes cuya remisión al hospital es a través de los servicios de emergencia tienen un riesgo 11,265 veces mayor de suponer un gasto superior a 500€ que los que acuden por voluntad propia.

Por otra parte señalar que los pacientes que tienen prescrito tratamiento previo tienen menos riesgo de suponer un gasto sanitario superior a 500€ con respecto a los que no tienen tratamiento.

Gasto sanitario de 500 euros

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
							Inferior	Superior
Paciente remitido por								
A petición propia			29,482	3	0,0001	1	ref.	ref.
Por la familia	0,825	0,446	3,428	1	0,03	2,282	0,953	5,463
Serv. Emergencias	2,422	0,446	27,030	1	0,0004	11,265	4,521	28,069
AP o CSM	1,292	0,503	6,593	1	0,01	3,641	1,368	9,763
Visitas a urgencias en los últimos 6 meses								
Sí	2,909	0,421	47,678	1	0,0032	18,341	8,032	41,883
Trat. en urgencias								
No			5,188	2	0,015	1	ref.	ref.
Neurolépticos	-0,035	0,601	0,003	1	0,898	0,965	0,297	3,132
Benzodiacepinas	-0,902	0,633	2,033	1	0,154	0,406	0,117	1,402
Derivación del paciente								
			10,578	4	0,032	1	ref.	ref.
A.P. u otros espec.	-0,382	0,549	0,484	1	0,487	0,682	0,233	2,003
C. de Salud Mental	1,553	0,955	2,646	1	0,104	4,726	0,727	30,707
Hospital SMS	2,477	1,277	3,763	1	0,041	11,902	1,975	20,324
Fármaco principal alta								
Neurolepticos			10,743	5	0,037	1	ref.	ref.
Antidepresivos	-0,036	0,374	0,009	1	0,923	0,964	0,463	2,008
Benzodiacepinas	0,188	0,596	0,100	1	0,752	1,207	0,375	3,880
Sales de litio	1,126	0,833	1,827	1	0,177	3,082	0,602	15,770
Antiepilépticos	-20,69	9499,6	0,0004	1	0,998	0,000	0,0000	
Aversivos	3,741	1,294	8,362	1	0,004	42,137	3,338	53,871

Lleva tratamiento /prescriptor								
Si	-0,762	0,404	3,561	1	0,039	0,467	0,212	1,030
Contención mecánica								
Sí	2,819	0,384	53,807	1	0,0001	16,76	7,89	35,597

Tabla 154 . Factores de riesgo asociados a un gasto sanitario superior a quinientos euros.

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

La atención psiquiátrica de urgencias debe estar integrada dentro del ámbito asistencial de respuesta a las urgencias médico-quirúrgicas, entre otras muchas razones por la elevada frecuencia con que se asocian problemas somáticos y psiquiátricos en un mismo sujeto. El que las urgencias psiquiátricas estén integradas en el contexto del resto de las urgencias médico-quirúrgicas generales facilitaría una mejor asistencia para todos los enfermos la vez que mejoraría la vieja lacra estigmatizante de lo “psiquiátrico”, sin distinción de patologías.

La urgencia psiquiátrica sería toda aquella situación o estado clínico que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata, bien venga vehiculada por el paciente, la familia, los amigos, otros especialistas de la propia urgencia, las instituciones sociales, una orden judicial, etc. Hay que tener en cuenta que en numerosas ocasiones las demandas del servicio de urgencias son un tanto imprevisibles, cuando no innecesarias, ambiguas o irrazonables, y que muchas veces la derivación hospitalaria no siempre coincide con el punto de vista del psiquiatra de guardia. La mayoría de las urgencias pueden ser resueltas de forma extra hospitalaria, bien sea por los equipos de salud mental o por atención primaria, aunque en realidad se suelen resolver enviándolas al hospital, sobre todo los cuadros de agitación o confusionales o de alto riesgo vital, psíquico o somático.

En las urgencias psiquiátricas (en realidad en toda urgencia médica) se necesita una atención y actuación inmediata con fines mixtos, diagnósticos y terapéuticos, sin olvidar que esta premura en demanda y actuación conlleva a veces conflictos con los pacientes, familiares u otros profesionales, que requieren en ocasiones gran habilidad y tacto para no empeorar las cosas, como por ejemplo, ante la necesidad de un ingreso que puede agravar la situación del paciente o de sus familiares. El profesional se va a encontrar más que con diagnósticos con situaciones que se traducirán por síntomas psíquicos más o menos claros, síntomas somáticos y conductas o alteraciones del comportamiento. La creencia, no obstante, es que la urgencia psiquiátrica tiene menos repercusión o exigencias de inmediatez que la urgencia médica.

De una y otra manera, la demanda de consulta psiquiátrica de urgencia está condicionada por múltiples factores: el dramatismo; el lugar y ambiente físico y psicológico; las dificultades y premuras de diagnóstico, al menos de situación; el factor tiempo; la

naturaleza de la toma de decisiones, generalmente sin dilaciones, y las expectativas del personal y de los pacientes.

No es infrecuente que los pacientes “problema” que no encajan o se encuadran en el ámbito de otra especialidad se deriven o asignen a psiquiatría, al igual que los que no aportan historias claras o presentan conductas alteradas, desagradables, impertinentes o demandantes. Además también encontramos problemas en la urgencia psiquiátrica como la escasez de camas, la falta de soportes de asistencia social, la escasez de medios tanto diagnósticos como terapéuticos, los consumidores habituales de urgencias, ciertas comorbilidades o patologías duales, con sus consecuencias médicas propias y psíquicas y las dificultades de derivación.

De una u otra manera la intervención en urgencias psiquiátricas debe ser puntual, inmediata, intensiva y de duración suficiente. Pero no debe olvidarse el tema de la seguridad, tanto para el paciente como para los profesionales, y así el emplazamiento de la urgencia psiquiátrica debe estar en el de la urgencia general, en zonas con, al menos, mínima seguridad, fácil acceso y fácil evacuación, con buena funcionalidad técnica, competente y satisfactoria, seguridad asistencial para evitar riesgos y posibles daños, con garantías y responsabilidades que protejan a todos: pacientes y profesionales. De ahí que se haga necesario el uso de protocolos para evitar descuidos o riesgos innecesarios, para el paciente especialmente.

Un porcentaje elevado de urgencias suele estar motivado por crisis reactivas a diferentes situaciones o motivos: pérdidas, vivencias de inferioridad ante los demás, situaciones de “callejón sin salida” o imposibilidad de escape, sobrecargas emocionales o sentimentales (p. ej. agresiones, reacciones primitivas ante catástrofes, etc.), o de factores psicofísicos (menopausia con su trasfondo de disfunción hormonal, pérdidas de rol, aislamientos afectivos), o incluso sociales (patologías de la inmigración y de diferentes etnias).

En la actualidad aparecen cada vez más problemas de personalidad, de ansiedad y neuróticos en general, desadaptaciones, consecuencias de toxicomanías, crisis, conductas suicidas, en personas más jóvenes, con comorbilidad, con mayor intolerancia, lo que de alguna manera puede suponer el 30-40% de las urgencias. Sin embargo en las personas de mayor edad que acuden suelen observarse más problemas depresivos, esquizofrenias y cuadros delirantes, agitaciones /agresividad, etc. En ambas franjas de edad se detectan con frecuencia trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sus múltiples consecuencias.

En la tercera edad depresiones, intolerancias a los tratamientos, problemas sociales, abandonos, etc.

Testa y cols. (2013 a, b, c) realizan una exhaustiva revisión donde analizan la repercusión de las urgencias psiquiátricas en las urgencias generales, la coexistencia de síntomas psiquiátricos y orgánicos en un mismo paciente (comorbilidad), la posibilidad de que una enfermedad orgánica puede esconderse detrás de una psiquiátrica e intentar discernir si la problemática es producida por uso de sustancias, por trastorno psiquiátrico de base o por ambas cosas (patología dual). En la primera parte se tratan los trastornos psiquiátricos que se presentan con síntomas orgánicos (ansiedad, trastornos conversivos y psicósomáticos) como respuesta a los mecanismos fisiológicos de estrés (activación del sistema nervioso simpático y activación del eje hipofisario-adrenal con la subsiguiente producción de cortisol).

En los últimos años hemos asistido a un importante desarrollo de los servicios de salud mental. Entre ellos se encuentran los dispositivos de atención de urgencias psiquiátricas integrados en el servicio de urgencias general, como respuesta a un incremento de las demandas por una mayor sensibilidad sanitaria y social a los problemas de salud mental. Es importante contar con datos que dimensionen cuantitativa y cualitativamente las características de esta demanda para el diseño de los servicios de urgencias y la asignación de recursos humanos. En el presente trabajo ofrecemos un análisis descriptivo de la demanda urgente atendida por el equipo de urgencias y de psiquiatría del Hospital General Básico de la Defensa de Cartagena (anteriormente Hospital Naval del Mediterráneo) con una población asignada de unos 348.000 habitantes.

La muestra de nuestro trabajo está formada por 391 pacientes que suponen aproximadamente el 26% del total de las asistencias psiquiátricas que se realizaron en el servicio de urgencias durante el período señalado anteriormente (1 de noviembre de 2011 hasta 30 de junio de 2012) que asciende a un total de 1495 atenciones. El total de urgencias asistidas durante ese período en el área de salud objeto del estudio ascendió a 144.015 casos por lo que la urgencia psiquiátrica supuso el 1,5% del total de las atenciones datos coincidentes con el estudio de Hernández y cols. (1998) realizado en el Hospital Central de Asturias el cual pone de manifiesto que las urgencias psiquiátricas supusieron el 1,3% del total de atenciones.

5.1. ANÁLISIS SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS Y SU ASOCIACIÓN CON OTRAS VARIABLES

En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes psiquiátricos la distribución por **géneros** de la muestra es de 184 hombres (47%) y 207 mujeres (53%) del total de pacientes que acuden demandando atención psiquiátrica urgente. Comparando nuestros resultados con otros estudios similares realizados en urgencias psiquiátricas encontramos coincidencias con los de Hernández y cols. (1998) con un porcentaje de mujeres de 55,4% y con Chinchilla (2009) que refieren un porcentaje de mujeres del 56%. Baca y cols. (2007) realizaron un estudio que recogió 34368 pacientes que acudieron a urgencias psiquiátricas en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 2004 a la Fundación Jiménez Díaz de Madrid , de los cuales 10025 acudieron al menos diez veces en el período del estudio y encontraron un porcentaje de mujeres en este subgrupo del 61,7%. Por el contrario, los resultados en el estudio de Conde y cols. (2009) objetivan un mayor porcentaje de varones con un 55,7% en su trabajo realizado en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla del total de atenciones psiquiátricas urgentes en el periodo comprendido entre 1999 y 2003. Luque y cols. (2001) señalan a la mujer como mayor usuaria de la urgencia y al hombre que consulta con menor frecuencia pero cuando lo hace es por patología más grave. (Gráfico 7).

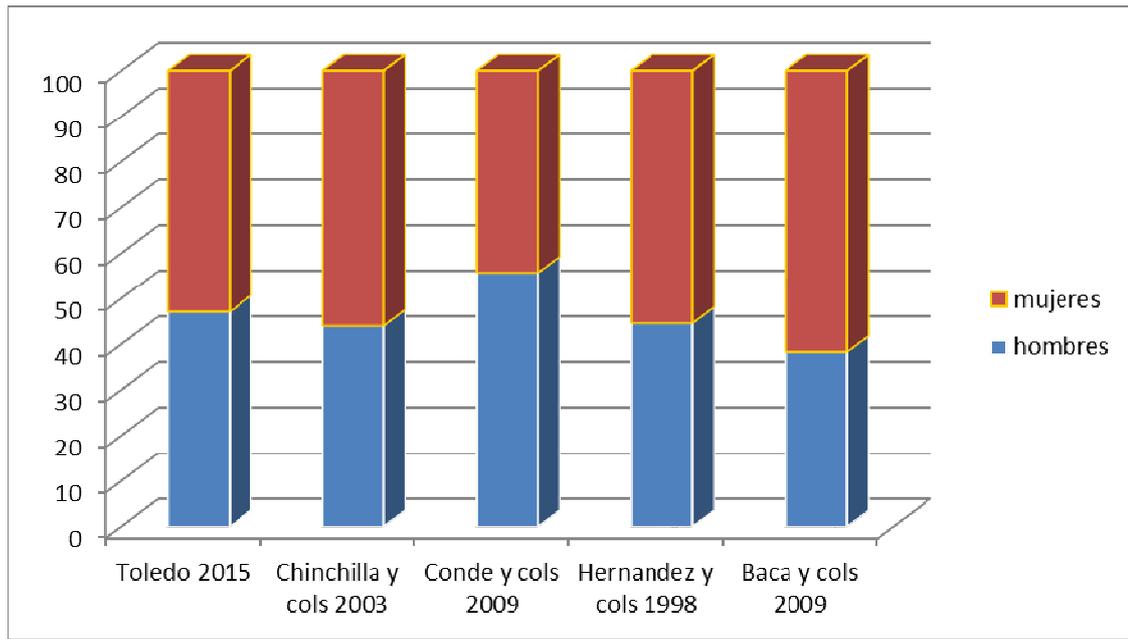


Gráfico 7. Distribución por géneros de los pacientes que acuden a urgencias en distintos hospitales.

Los hombres consultan mayoritariamente por nerviosismo/ agitación casi en el 50% de los casos y sin embargo, las mujeres por tristeza (32%) siendo el juicio clínico más repetido los trastornos afectivos en ambos géneros, aunque superior en las mujeres (44% vs 32, 1%). Los trastornos de la personalidad, es sin duda, la patología psiquiátrica que más está creciendo en la actualidad y supone en ambos géneros en nuestro estudio un porcentaje alrededor del 27%, hecho que destacan distintos autores como Conde y cols. (2009). Destaca también que las mujeres consultan en mayor número de ocasiones por intentos de autolisis y sin embargo los varones lo hacen por agresividad y/o consumo de sustancias psicoactivas duplicando en porcentaje al género femenino, resultados similares a los que han registrado Conde y cols. (2009) en el Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) donde encuentran que las mujeres doblan en porcentaje los intentos de autolisis con respecto a los varones.

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de visitas a urgencias el 52,16% de las mujeres habían acudido previamente en los 6 últimos meses frente al 41,8% de los hombres, destacando que 3 mujeres de la muestra lo habían hecho más de 11 veces.

Con respecto a la **hora de consulta** la mayor presión asistencial es desde las doce del mediodía a las seis de la tarde con un 32,7% como en los trabajos de Hernández y cols. (1998) y Conde y cols. (2009), donde se registró una mayor presión asistencial entre las tres de la tarde y las diez de la noche del 43% y 42% respectivamente. La franja horaria de menor presión asistencial en nuestro estudio fue desde la medianoche hasta las seis de la mañana con un 12%, coincidiendo con los autores anteriormente citados donde la frecuencia en dicho tramo horario fue de un 19% y un 5,5% respectivamente.

La remisión de los pacientes al servicio de urgencias fue distinta según el tramo horario así los pacientes acudieron por voluntad propia durante el día, trasladados por la familia por la tarde-noche y por los servicios de emergencia fundamentalmente por la madrugada.

Hemos encontrado una asociación significativa entre la hora de llegada al servicio de urgencias y la utilización de contención mecánica ya que los pacientes que acuden entre las doce de la noche y las seis de la mañana en el 24% de las ocasiones necesitó medidas físicas dentro de su abordaje terapéutico; esto podría explicar que el motivo de consulta más frecuente en esa franja horaria fue el nerviosismo/agitación psicomotriz y que el 58% de los pacientes durante ese horario recibieron neurolépticos como tratamiento en urgencias. También durante esa franja horaria los pacientes que ingresaron en urgencias precisaron la realización de mayor número de pruebas complementarias, determinación de tóxicos en orina, realización de TAC y valoración clínica por médico no psiquiatra. En este mismo sentido, en dicha franja horaria el número de pacientes que quedaron ingresados en el hospital fue significativamente superior siendo los criterios primarios de ingreso más frecuentes la psicosis y el intento de autolisis y los secundarios la claudicación familiar y la hetero/autoagresividad.

En cuanto a los **días de la semana** las visitas a urgencias fueron más frecuentes los miércoles (20 %) y menos los martes (7%); en cambio Hernández y cols. (1998) encontraron que el día de máxima demanda fue el viernes y el de menos el domingo y Conde y cols. (2009) señalan que el día con más asistencia fue el sábado y el de menor frecuencia el viernes (Gráfico 8).

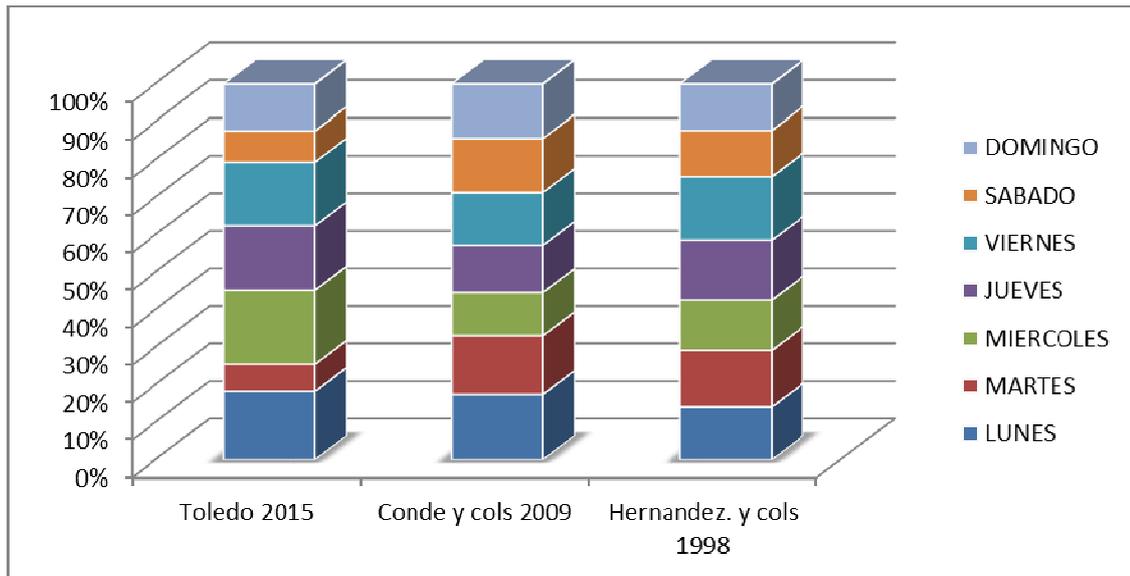


Gráfico 8. Distribución por días de la semana de ingresos en urgencias en distintos hospitales.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el día de la semana que acuden a urgencias según el género del paciente ya que los varones consultaron significativamente más que las mujeres en fines de semana (42,4% vs 32,9%). Hemos analizado los datos comparando los pacientes que acudían en día laborable o en fin de semana y no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas si lo comparamos con las variables médicas habituales; solamente encontramos una asociación significativa con los criterios primarios de ingreso siendo más prevalente el ingreso en urgencias de pacientes psicóticos (45%) en los días laborables. Los intentos de autolisis y la depresión grave son más prevalentes en días laborables siendo la fase maniaca, con una prevalencia del 40%, o las intoxicaciones agudas más habituales en los fines de semana.

La edad media de los pacientes de nuestra muestra fue de 39,49 años, con un rango de edad comprendido entre 10 y 87 años, siendo el grupo mayoritario los pacientes comprendidos entre los 26 y 40 años (39,9%) y el menor los enfermos mayores de 70 años con un 4,5%, datos que coinciden con los resultados obtenidos por Hernández y cols. (1998) que obtuvieron una edad media en sus pacientes de 42,53 años siendo el intervalo comprendido entre los 21 y 35 años el más prevalente y el menos frecuente los mayores de 65 años. Sin embargo, nuestros resultados difieren del trabajo de Fulbrook y cols. (2015) donde la edad media de pacientes psiquiátricos que acudieron a urgencias fue de 50,2 años.

Los pacientes menores de 25 años y mayores de 56 fueron mayoritariamente trasladado al servicio de urgencias por la familia frente a los pacientes con edades comprendidas entre 26 y 55 años que acudieron a este servicio por decisión propia.

En nuestra muestra no existe una asociación significativa entre la edad y el género de los pacientes. Sin embargo otros autores encuentra un mayor predominio del género femenino en pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas en los grupos de menor edad (Kweon y cols. 2012, Boyer y cols. 2013).

En cuanto a la patología orgánica concomitante existe aproximadamente comorbilidad entre el 20-25% de los pacientes menores de 40 años, porcentaje que asciende al 55% en el grupo de edad entre 41-55 años, al 80% entre 56 y 70 años y es del 95% en sujetos mayores de 70 años. En estos casos predomina fundamentalmente la patología cardiovascular y neumológica.

En relación al tratamiento psiquiátrico previo hay que destacar que los pacientes mayores de 70 años llevaban tratamiento prescrito y pautado en Atención Primaria o por especialistas en el 58% de los casos, mientras que en los demás grupos de edad mayoritariamente estaba indicado por el Centro de Salud Mental.

Existe una asociación significativa entre la edad y el consumo de tóxicos. La prevalencia de consumidores disminuye con la edad, siendo del 43% en los menores de 25 años, del 40% en los pacientes entre 25-40 años, del 34% en sujetos entre 41-55 años y del 17% entre los pacientes de 56-70 años. El alcohol es la sustancia más consumida entre pacientes mayores de 41 años y la cocaína en los menores. En relación al consumo de cocaína Sanjurjo y cols. (2006) refieren que en pacientes que acudieron por consumo de cocaína al servicio de urgencias entre 2002 y 2004 la edad media fue de 31 años, el 53% de los pacientes consultaron durante el fin de semana y el 53% acudió al servicio de urgencias entre las cero horas y las doce de la mañana.

Diez y cols. (2005) encontraron que en pacientes que acudían a un servicio de urgencias por consumo de sustancias el 52,2% tenían entre 25 y 62 años, existiendo un predominio de consumo de cocaína y opiáceos en pacientes jóvenes y de alcohol en pacientes de mayor edad. Sanjurjo y cols. (2005) refieren una edad media de los pacientes que acuden a urgencias y consumen sustancias de 29,7 años, con un rango entre los 16 y los 63 años. Estudios centrados en pacientes adolescentes que acuden a urgencias por consumo de sustancias como el de Arias y cols. (2010) confirman un consumo mayoritario de alcohol

acompañado en un tercio de los casos por el consumo de otro tipo de sustancias, siendo los pacientes mayoritariamente varones con problemas de conducta y/o antecedentes psiquiátricos.

El motivo de consulta más frecuente en todos los rangos de edad fue el nerviosismo/agitación excepto en menores de 25 años en los que el motivo fue las alteraciones de la conducta (33%) y en los pacientes entre 56 y 70 años donde predominó la tristeza.

Los menores de 25 años tuvieron como juicio clínico más frecuente el trastorno de la personalidad y en los mayores de 70 años el trastorno orgánico, siendo la patología afectiva la más prevalente en las demás grupos de edad. Los fármacos antidepresivos fueron de elección entre los pacientes menores de 70 años, siendo los neurolépticos los fármacos más utilizados en los mayores de 70 años y también los fármacos usados en segundo lugar con mayor frecuencia en el resto de grupos de edad.

Aunque no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje de ingreso en planta según la edad de los pacientes, sí que observamos una disminución progresiva del porcentaje de ingresos a medida que aumenta la edad del paciente, así en pacientes menores de 25 años se realizó el ingreso en el 25% de los casos, mientras que en mayores de 70 solamente quedaron ingresados un 5%. El criterio primario de ingreso más frecuente fue la psicosis en los menores de 41 años y la fase maniaca en los pacientes de más edad. Los pacientes menores de 25 años también precisaron con mayor frecuencia apoyo psicológico.

En relación al **nivel de estudios** de los pacientes de nuestra muestra observamos que habían alcanzado estudios primarios el 57%, secundarios el 15% y superiores el 4,6%. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros autores en estudios anteriores en relación al nivel de estudios ingresados en urgencias psiquiátricas como el de Hernández y cols. (1998) y Artal y cols. (1998). Este porcentaje tan bajo del nivel de estudios superiores entre estos pacientes probablemente tenga relación con el deterioro personal y social que sufren los enfermos psiquiátricos, teniendo menores oportunidades para la realización de estudios superiores, por el propio núcleo familiar en el que se desarrolla el individuo, así como por las dificultades y el rechazo que suelen encontrar estas personas en el entorno que les rodea.

Por el contrario otros autores como Baca y cols. (2007) en un estudio realizado con un total de 34368 pacientes en urgencias psiquiátricas durante 12 años encontraron que sólo

un 6,2% de los pacientes no tenían estudios, un 24% estudios primarios, un 36,1% secundarios y un 24,8% estudios universitarios.

Si analizamos la relación entre el nivel de estudios y la remisión del paciente al servicio de urgencias psiquiátricas encontramos que mayoritariamente los enfermos acuden al hospital a petición propia, excepto los pacientes que no tienen estudios que fueron acompañados en mayor proporción por la familia. Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas destaca que el 100% de los pacientes con estudios superiores han realizado visitas a urgencias psiquiátricas en los 6 meses previos, porcentaje que disminuye al 50% en los otros niveles educativos. Algunos pacientes con estudios primarios y secundarios han acudido más de 6 veces a consultas urgentes psiquiátricas previas. En este sentido, en un estudio realizado en Israel por Visiger y cols. (1984) señalan que la asociación entre el nivel de estudios y el uso de los servicios de urgencia no es lineal, siendo los usuarios más frecuentes los que tienen una educación más básica. En este mismo sentido en una investigación realizada por Luque y cols. (2001) se observa una mayor utilización de las urgencias en los niveles educativos más bajos.

Por otra parte, aunque no existe una asociación significativa entre el nivel de estudios de los pacientes y haber sido ingresado en planta de psiquiatría previamente el 22% de sujetos con estudios superiores habían sido ingresados, ascendiendo este porcentaje al 35-42% en otros niveles educativos.

Nosotros encontramos una asociación no estadísticamente significativa entre el nivel de estudios y haber tenido ingresos psiquiátricos previos y así los pacientes con estudios superiores hasta en un 77,8% no han estado hospitalizados en una unidad de psiquiatría y sin embargo los pacientes con estudios primarios hasta el 40% han sido ingresados en planta de psiquiatría con anterioridad. También queremos señalar que los pacientes con estudios superiores en ningún caso precisaron contención mecánica necesitando esta medida entre el 10 y 20% de los pacientes con otros niveles educativos.

Hallamos diferencias estadísticamente significativas entre el juicio clínico y el nivel de estudios de los pacientes, así en pacientes sin estudios fue la psicosis el juicio más prevalente siendo en el resto los problemas afectivos. En este sentido distintos autores como Steinert y cols. (2013) destacan la importancia de poder confirmar el diagnóstico precoz y certero de esquizofrenia para de evitar el deterioro social y el “estigma” que supone este diagnóstico y pautar el tratamiento adecuado a la patología subyacente que redundara en una menor

exclusión social. En este mismo sentido Roncero y cols. (2012b) señalan la importancia de la identificación de factores de riesgo de síntomas psicóticos y consumo de cocaína con el fin de realizar una intervención precoz para evitar la marginación social y dar la oportunidad a estos pacientes de poder obtener una formación adecuada. También hay que destacar que hasta el 30% de los sujetos con estudios primarios padece un trastorno de la personalidad lo cual suele llevar a un fracaso escolar temprano y a una sobreutilización de los servicios de urgencias, suponiendo un mayor riesgo de exclusión social. De Toledo y cols. (2013) publican un trabajo que demuestra que el riesgo de suicidio está íntimamente ligado niveles socioculturales bajos y a la comorbilidad psiquiátrica, factores habituales en los enfermos de nuestro estudio ya que solamente el 20% de los pacientes tienen cursados estudios medios y superiores.

La derivación del paciente se asoció significativamente con el nivel de estudios, así pacientes con estudios superiores se derivaron con mayor frecuencia a centros de Atención Primaria y a centros privados que el resto de los pacientes, probablemente estas decisiones de los profesionales estén relacionadas con evitar la estigmatización de la enfermedad mental.

La situación **laboral** más frecuente de los pacientes fue estar en activo con un 29,9%, el 28,9% desempleados, y solamente el 7,7% pensionistas por invalidez. Contrasta con los datos encontrados por Hernández y cols. (1998) donde el 36,5% de los pacientes estaban en activo, el 18,8% cobraba una pensión por invalidez, el 17,3% estaba en situación de desempleo, el 16,6% jubilados y el 5,6% se encontraban en situación de incapacidad laboral transitoria. Cabe reseñar que entre ambos estudios ha transcurrido más de una década, pero el nivel de población psiquiátrica que desarrolla una actividad laboral es similar, habiendo descendido de manera significativa las pensiones por invalidez y los jubilados probablemente por el mayor control en la concesión de incapacidades permanentes. Por otra parte comprobamos que se ha triplicado el número de pacientes en baja laboral y desempleados, fiel reflejo de la situación socioeconómica actual. Los resultados del Eurobarómetro del 2006 muestran que mientras la tasa de desempleo general de la Unión Europea era del 7,1%, el 12,7% de las personas con algún trastorno mental se encontraba sin empleo. En el 2010 esta tasa de desempleo era del 18,2% en los enfermos mentales, manteniéndose en el 7,1% en la población general. Los datos de este informe muestran también que quienes más sufren el desempleo dentro de este colectivo son los varones de un nivel educativo bajo. Este mismo estudio revela que la creencia sobre la peligrosidad de estas personas refleja actitudes

estigmatizantes dentro del mismo marco laboral, lo cual, según los autores, es lamentable, especialmente en los países con una tasa de desempleo general más elevado.

Sin embargo, el objetivo de integrar a estas personas en el mundo laboral está aún lejos de cumplirse. Se estima que sólo entre un 5-15% de las personas con enfermedad mental tienen un trabajo, así en un estudio llevado a cabo en 2005 por la Universidad Complutense de Madrid, sólo el 5% de las personas con enfermedad mental entrevistadas tenían un trabajo regular.

Alrededor del 80% de las personas que viven con algún tipo de enfermedad mental en España están en desempleo, una situación en "estancamiento" que se propone revertir la Fundación Empleo y Salud Mental, creada por la Federación Española de Asociaciones de Familiares de enfermos de salud mental (Feafes) Empleo. La fundación impulsada por la Asociación Feafes Empleo pretende mejorar el acceso al mercado laboral de los ciudadanos con trastornos mentales, más de un millón en España en la actualidad.

Por otra parte Iglesias y cols. (2014) publicaron un trabajo realizado en Asturias en el cual la variación de los indicadores socioeconómicos observados en el período de crisis evaluado (2000-2010) no se asoció con un incremento en la demanda asistencial por problemas mentales, es decir, el incremento en la tasa de paro se asoció a una clara disminución de la demanda incidente y prevalente en salud mental. En este mismo sentido Sáiz y cols. (2014) realizaron un análisis utilizando como indicador de crisis el número anual de desempleados, no encontrando asociación entre dicho indicador y el número de suicidios; sin embargo cuando se compara la variación anual del número de desempleados con la variación anual del número de suicidios si se encuentra asociación entre ambos estimándose que cada 10% de crecimiento anual en el desempleo incrementa un 1,25% el número de suicidios. Observamos que en la población psiquiátrica las diferencias según el género en la situación laboral son similares a las de población general, así encontramos que los hombres que consultan se encuentran en activo en el 31,5% de las ocasiones mientras que las mujeres están desempleadas en un 33,3%.

En nuestro trabajo encontramos que el grupo de pacientes que se encuentran en activo el 26,5% han tenido ingresos psiquiátricos previos y también el 41,6% de los pacientes que se encuentran en situación de desempleo, desconociendo si la patología psiquiátrica es causa del desempleo o la situación laboral ha influido sobre la esfera psíquica.

En cuanto al juicio clínico encontramos que un 9.4% de los sujetos en activo fueron diagnosticados de consumo de tóxicos y el 20,4% de los pacientes en desempleo, destacando el alto porcentaje de trastornos de la personalidad en ambos grupos, 36,8 y 26,5% respectivamente. En la Encuesta Domiciliaria de Alcohol y Drogas en España en 2007 se seleccionaron 15.082 personas en activo, observando que el 3,4% de la población activa hacía un consumo de alto riesgo de alcohol, el 2,3% consumía a diario hipnosedantes, el 7,9% habían consumido cannabis en los últimos 30 días y el 11,9% alguna droga ilegal en los últimos doce meses. Benavides y cols. (2013) encontraron que en los hombres el consumo de hipnosedantes (OR=1,68; IC95%:1,04-2,73), cannabis (OR=1,28;IC95%:1,06-1,55) y otras drogas ilegales (OR=1,28;IC95%:1,09-1,51) fue superior en los desempleados sin que se detectaran diferencias significativas en el consumo de riesgo de alcohol; en las mujeres determinaron una diferencia significativa en el consumo de hipnosedantes entre las desempleadas (OR=1,70 IC95%: 1,23-2,34) que no se encontró para el resto de los consumos.

En referencia al **estado civil** de los pacientes el 40,2% están casados, solteros el 37,6%, viven en pareja 6,9% y separados el 11,3%. Estos datos contrastan con los de Hernández y cols. (1998) ya que en los pacientes de su estudio los solteros suponían el 50,3%, los casados el 31,6%, los que vivían en pareja 1,6%, viudos 8,2% y separados el 8,3%. Baca y cols. (2007) en el estudio realizado en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid obtuvo unos resultados similares a Hernández y cols. (1998) encontrando que el porcentaje de solteros asciende al 52,7%, los casados al 29,2%, separados 3,2% y viudos 6,2% (Gráfico 9).

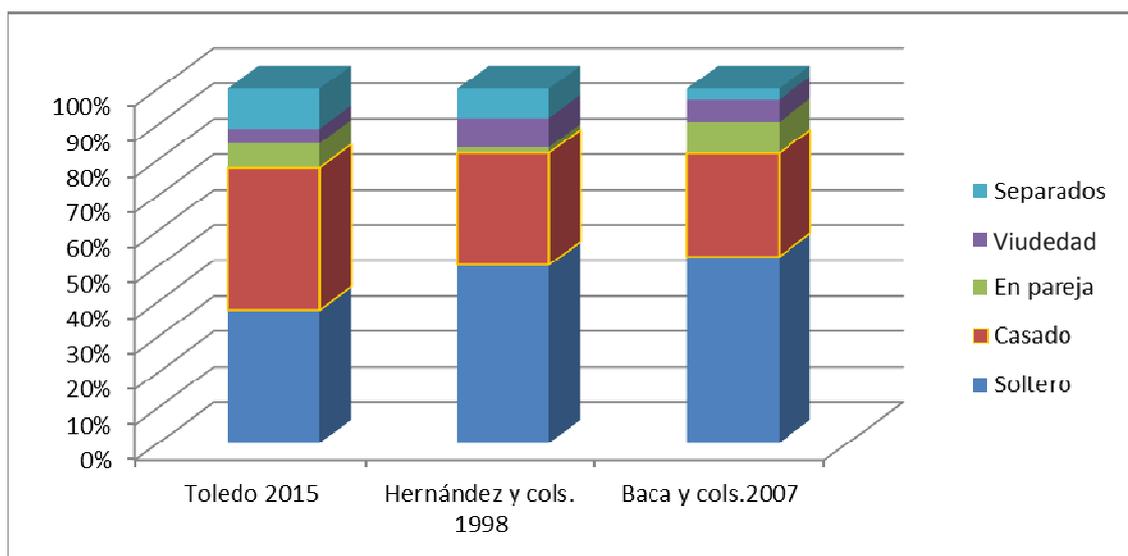


Gráfico 9. Distribución por estado civil de los pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas.

En relación al estado civil de los pacientes varones predominan los solteros con un 44% y en las mujeres las casadas (37,6%). Baca y cols. (2007) objetivan un mayor porcentaje de pacientes psiquiátricos solteros con respecto a los casados, pero sin hacer distinción de géneros.

Los porcentajes de visitas a urgencias previas y los ingresos psiquiátricos previos son estadísticamente superiores en pacientes solteros que en aquellos que se encuentran viviendo en pareja o han convivido con anterioridad. Probablemente estos datos apuntan a una mayor gravedad del paciente lo que puede suponer una seria dificultad para la convivencia en pareja. El número de ingresos psiquiátricos también es significativamente superior en aquellos pacientes que se encuentran en situación de soledad conyugal.

Disney y cols. (2012) en su trabajo encontraron una relación entre el divorcio y diferentes trastornos de la personalidad de tal manera que el trastorno paranoide y el trastorno histriónico de la personalidad se asoció con un aumento del número de separaciones, teniendo los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación una asociación negativa.

El movimiento migratorio no es nuevo sino que ha sido, y es, una constante en la historia de la humanidad. Por tanto, es un fenómeno natural que sirvió como vehículo de transmisión e intercambio del conocimiento, de la cultura y el impulsor del desarrollo y la civilización humana. El proceso de **inmigración** es un fenómeno complejo que implica dejar un “modelo de vida” y de identidad para incorporar otro “nuevo”. Psicológicamente supone un cambio radical, un acontecimiento vital estresante. Asimismo se trata de un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes le rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante; es decir, involucra a los **inmigrantes**, a sus familiares y a la sociedad receptora.

Las crecientes desigualdades entre los países pobres y países ricos, están provocando desplazamientos masivos de personas que intentan dejar atrás la pobreza en la que se ven sumidos en sus países. En España, es a partir de los años 80 cuando empezamos a asistir a un progresivo incremento de la llegada de inmigrantes, convirtiéndonos de este modo en país de acogida. La presencia de estos nuevos ciudadanos plantea la necesidad de respuestas en un intento de adaptación a la nueva y cambiante realidad. En este sentido, la política migratoria en nuestro país se centra fundamentalmente en tres líneas: el establecimiento de cupos para el control de los flujos migratorios, favorecerla integración de la población inmigrante y la cooperación para el desarrollo. El 12,17% de la población de España, más de 5,7 millones de personas, es inmigrante. Es el segundo Estado miembro de la Unión Europea por número de

residentes extranjeros. Sin embargo, en contra de una percepción ciudadana cada vez más extendida, menos del 1% de los perceptores de pensiones son extranjeros de los cuales más de la mitad son europeos, según un informe publicado por la Fundación La Caixa en su sección de Estudios Sociales por Moreno y cols. (2011).

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que implica unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Anchotegui (2009, 2012) define el concepto de **Síndrome de Ulises** como Síndrome del duelo migratorio extremo o síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple, señalando recientemente un incremento de este problema debido al contexto actual de grave crisis económica, produciéndose por un lado mayor número de banalizaciones del problema y por otro una sobremedicación de los pacientes al no reconocerse el duelo migratorio.

En nuestro estudio el 8,4% de los pacientes son inmigrantes siendo el 3,1% magrebí y sudamericanos, el 1,8% de Europa del Este y el 0,3% subsaharianos y centroamericanos, viviendo la gran mayoría de ellos entre 1-5 años en España. Agrupados los pacientes por continentes el 39,3% son iberoamericanos, el 39,3% africanos y el 21,21% europeos. Sanz y cols. (2007) en un estudio realizado en Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid entre la población inmigrante refieren que el 49,5% eran de origen iberoamericano, el 29,5% africano y un 18,9% europeo. Destaca que el porcentaje de iberoamericanos es mayor en el estudio de Sanz y cols., pero en nuestro trabajo realizado en la región de Murcia la población inmigrante de origen marroquí o subsahariano es una de las más elevadas en nuestro país.

En nuestro trabajo los inmigrantes acudieron al hospital fundamentalmente derivados por los servicios de emergencia (36,4%) y por la familia (27,3%), siendo solamente un 15,2% los que acudieron a petición propia, situación diferente a la de los pacientes españoles que consultaron en un 36,3% de las ocasiones por decisión personal y en el 18% de las ocasiones trasladados por los servicios sanitarios. Probablemente la mayor derivación de los pacientes inmigrantes a través de los servicios de emergencia se deba al estigma cultural que supone entre estos pacientes las enfermedades psiquiátricas, las cuales en determinadas culturas son relacionadas con asuntos religiosos y místicos, lo que conlleva a un retraso en la atención psiquiátrica por temor y/o desconocimiento, lo que redundará en una mayor gravedad en la patología. En relación a la gravedad de la estigmatización de la patología mental en el tercer mundo, Jones y cols. (2009) se hacen eco de la situación social y sanitaria tan lamentable que

padecen los pacientes psiquiátricos en estos países, la falta de apoyo familiar generalmente por suponer una importante carga, la carencia de medicación psiquiátrica y la escasa preparación de los profesionales sanitarios en temas de salud mental.

En relación al tratamiento psiquiátrico previo hay que destacar que el 50% de los pacientes inmigrantes no llevan tratamiento prescrito posiblemente en relación con la falta de adherencia terapéutica, la estigmatización de la enfermedad mental y la situación laboral precaria en la que se encuentran no acudiendo a los centros de atención primaria, consultando en los servicios hospitalarios en horario no laboral y en días con climatología adversa que les impide desempeñar sus labores agrícolas. En un estudio publicado por Fuertes y cols. (2006) obtienen que los inmigrantes usan un 10% menos la atención primaria que los autóctonos, con un uso similar de los servicios de urgencias y cuando ingresan sus costes son menores: además consultan en horario nocturno coincidiendo con el final de la jornada laboral.

También la condición de inmigrante se asocia a una mayor prevalencia del diagnóstico de psicosis frente a los pacientes autóctonos (33,3% vs 9,8%) siendo menor la prevalencia de los trastornos afectivos (24,2% vs 39,7%). En este sentido Carsten y cols. (2012) objetivaron que existe un mayor riesgo de esquizofrenia entre todos aquellos inmigrantes que llegaron a Dinamarca con respecto a la población nativa, y que ese riesgo va aumentando de manera lineal con la edad del individuo a razón de un 1% por cada aumento de 1 año de edad.

La relación entre el abuso de sustancias, su tratamiento y el proceso migratorio es compleja y no está suficientemente esclarecida. Parece tratarse de una relación multifactorial en la que entran en juego factores biológicos, psicológicos, culturales y sociales. El resultado de esta interacción influye en mayor o menor medida, tanto en el consumo de drogas como en la diferente respuesta al tratamiento. Su condición de inmigrante, en muchas ocasiones ilegales, y el contacto con una droga, en la que en muchos casos no es de su cultura tradicional, constituye una importante acumulación de riesgo de exclusión social. Si a ello añadimos los problemas de acceso de esta población a los servicios sanitarios y sociales, nos encontramos con un colectivo cada vez más numeroso de afectados, al que se tiene difícil acceso, que crece y se perpetúa, acrecentando sus niveles de exclusión y creando mayor rechazo social. Estudiar el alcance de los problemas de drogodependencias de las poblaciones inmigrantes no resulta habitual, es un fenómeno del que apenas existen datos y ha sido escasamente estudiado. La necesidad de estos estudios dada la situación actual es evidente.

En nuestra muestra de pacientes inmigrantes el 46,5% consumían algún tipo de sustancia de abuso siendo más frecuente que en los pacientes nativos el consumo de alcohol y cannabis y sin embargo inferior el de cocaína y otras sustancias. Pérez-Cárceles y cols. (2014) en su trabajo realizado en la Región de Murcia sobre los problemas de las drogodependencias en la población inmigrante objetivaron que el perfil sociodemográfico, laboral y de consumo de alcohol fue : Hombre, soltero, marroquí, menor de 30 años, que lleva entre 4-6 años viviendo en España, que en el 74% entró de forma ilegal, pero cuando se realizó el estudio el 100% eran trabajadores legales, convivían con amigos en el 60% y trabajaban mayoritariamente en la agricultura más de 8h/día. Consumían mayoritariamente cerveza y whisky, fundamentalmente en bares y en compañía de amigos.

También Jiménez Castro y cols. (2011) describieron en su trabajo que los latinos que inmigraron a Estados Unidos tienen una prevalencia similar de esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias, que los nacidos en suelo estadounidense, con respecto a los latinos que viven en sus países de origen, posiblemente por la falta del soporte familiar, por la adopción del modo de vida del nuevo país y sobre todo por el cambio social que supone inmigrar de un país en vías de desarrollo a uno desarrollado.

La necesidad de realización de pruebas complementarias en nuestro estudio es superior en la población inmigrante llegando a un porcentaje del 39,4%, así la determinación de tóxicos en orina (48,5%) y la valoración clínica por médico no psiquiatra (24,2%) son significativamente superiores a las de la población autóctona, posiblemente influenciado por la barrera idiomática. Estos datos no concuerdan con los obtenidos por Alda y cols. (2010) que refieren una menor realización de pruebas complementarias, sobre todo complejas en pacientes inmigrantes que acudieron al Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (1997-2004). Los autores concluyen que existe un sesgo racial discriminatorio por parte de los profesionales sanitarios.

Aunque no existen diferencias en el porcentaje de ingresos hospitalarios entre pacientes españoles e inmigrantes sí que el criterio primario de ingreso difiere significativamente ya que en los pacientes foráneos la psicosis fue en el 100% de los casos el criterio primario de ingreso. En cuanto al tratamiento farmacológico ambulatorio encontramos que en urgencias se inician tratamientos nuevos hasta en un 51% de los pacientes y en el 42% se modifica el previo, mientras que en los pacientes españoles en el 65% de los casos se les realiza una modificación del tratamiento previo. Todo ello puede estar

relacionado con la estigmatización de la enfermedad psiquiátrica, la falta de consulta por parte de los pacientes psiquiátricos inmigrantes, y la pobre adherencia a los tratamientos pautados.

5.2. EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA

En **cuanto a la remisión del paciente** acudieron a la consulta de urgencias hospitalarias mayoritariamente a petición propia (34,3%), llevados la familia en el 29,2% de las ocasiones, el 19,5% es derivado por los servicios de emergencia y solo un 3,8% desde el Centro de Salud Mental, siendo este último dato un reflejo del buen funcionamiento de la red primaria de Salud Mental. Los resultados obtenidos por otros investigadores en relación a los porcentajes en cuanto a la remisión del paciente son similares a los nuestros. Así Hernández y cols. (1998) demuestran que en el 31% de los casos acuden llevados por la familia y un 25% de las consultas se producen por iniciativa propia, encontrando Baca y cols. (2007) que en el 60,8% son remitidos por la familia y en un 19% acuden por voluntad propia.

En relación al **motivo de consulta** el más prevalente fueron las alteraciones de la conducta (23,5%), seguido de la tristeza 17,9% y por nerviosismo 14,6%. Por otra parte es necesario destacar que los intentos de autolisis y la ideación autolítica supusieron el 19% de las consultas a urgencias. Benarous y cols. (2014) encontraron que el primer motivo de consulta entre pacientes que acuden a urgencias psiquiátricas fueron los síntomas depresivos, siendo las conductas agresivas el segundo más prevalente.

En nuestro estudio hemos encontrado que el **juicio clínico** más prevalente son los trastornos afectivos (38,4%), seguido por los trastornos de la personalidad (27,1%), resultados similares a los encontrados por Espinosa y cols. (2002) en su estudio realizado en la Unidad de Salud Mental en Santa Cruz de Tenerife con una muestra de 102 pacientes que fueron atendidos con carácter urgente, en el cual predominaron los trastornos depresivos con un porcentaje del 28% del total de la muestra.

En nuestro trabajo existe una asociación estadísticamente significativa entre el juicio clínico y la remisión del paciente al servicio de urgencias psiquiátricas destacando que los pacientes diagnosticados de trastorno afectivo y trastorno de la personalidad acuden por voluntad propia, los diagnosticados de psicosis y trastorno orgánico son llevados por la

familia con una prevalencia respectivamente de 35% y 57% y que los pacientes cuyo juicio clínico fue una toxicomanía son derivados a la urgencia psiquiátrica por los servicios de emergencia.

Dentro de los diferentes juicios clínicos que fueron el origen de la demanda asistencial urgente el 31,7 % se debieron al **consumo de tóxicos** y entre las diferentes sustancias el alcohol destaca con un 14,6% del total de la muestra presentando dichos pacientes problemas derivados del uso del alcohol. Existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tóxicos y el género encontrando en nuestro estudio que el masculino dobla en prevalencia al femenino (66,1% vs 33,9%) resultados similares a los de Sanjurjo y cols. (2005) que encontraron un 65,6% de varones consumidores frente a un 34,4 % de mujeres (con respecto al consumo de cocaína el 68% de los consumidores eran hombres). Diez y cols. (2005) por el contrario en su estudio señalaron que el 55,77% de los usuarios de estupefacientes eran mujeres en las atenciones psiquiátricas urgentes (Gráfico 10).

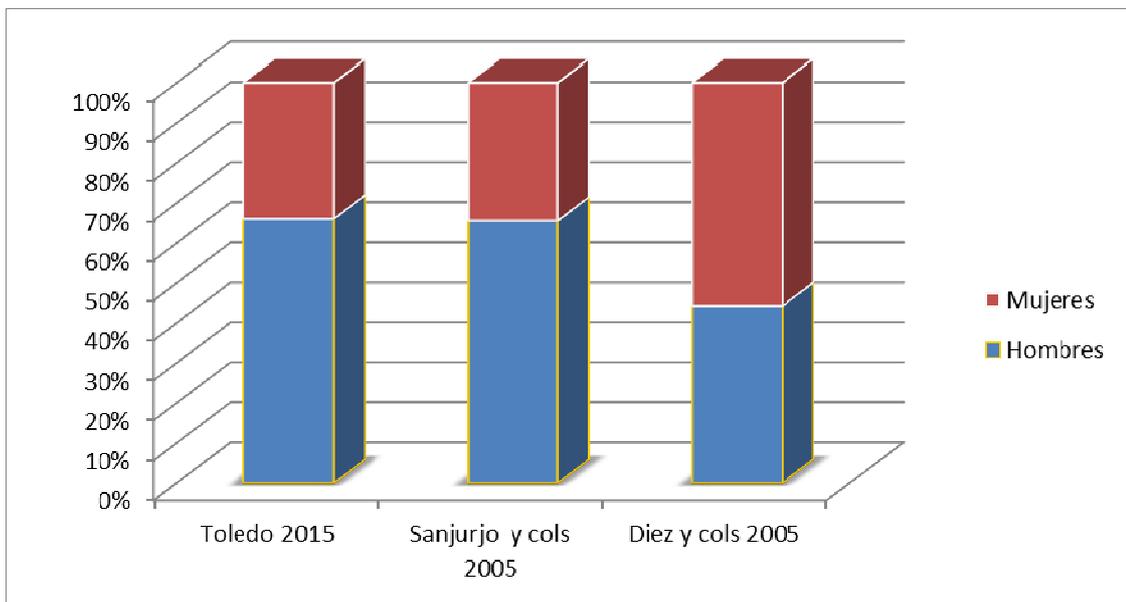


Gráfico 10. Distribución de los pacientes consumidores de tóxicos según el género en diferentes estudios.

Testa y cols. (2013 b) enumeran diez criterios clínicos a tener en cuenta para tratar de identificar si la urgencia psiquiátrica puede deberse a la utilización de sustancias de abuso tales como una edad mayor de 30 años con aparición súbita de patología psiquiátrica,

ausencia de antecedentes de enfermedad psiquiátrica, historia previa de utilización de sustancias psicoactivas, síndrome confusional agudo con alucinaciones y desorientación temporo-espacial, síntomas psiquiátricos inespecíficos, constantes vitales anormales, existencia de signos específicos de enfermedad somática, fluctuación de los síntomas psiquiátricos, aparición repentina de los síntomas psiquiátricos y pobre respuesta al tratamiento psiquiátrico.

La franja horaria con mayor demanda entre los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas fue entre las 06.00 y las 12.00 (30,6%), dato que coincide con Sanjurjo y cols. (2006) donde el 53% de los consumidores acudieron entre las cero horas y las doce por la mañana. En relación a la edad de los consumidores el 41,9% de los pacientes están en la franja entre 26 y 40 años. Otros autores refieren en sus trabajos prevalencias similares de consumidores en grupos de edad similares a los de nuestro estudio (Diez y cols. 2005 y Arias y cols. 2010).

Hemos encontrado que el 60,5% de los consumidores acuden demandando asistencia psiquiátrica urgente en día laborable frente al 39,5% que lo hizo durante el fin de semana, situación similar a la referida en el estudio de Sanjurjo y cols. (2005) donde el 58,8% de los pacientes acudió demandando asistencia sanitaria urgente en día laborable y un 41,2% en fin de semana.

En cuanto a los ingresos psiquiátricos previos hasta el 42,7% de los consumidores de nuestro estudio han estado ingresados previamente en una planta de psiquiatría, son llevados a urgencias por los servicios de emergencia por nerviosismo/agitación y por alteraciones de la conducta. Sanjurjo y cols. (2005) encontraron que de los pacientes consumidores de estupefacientes el 38,5% son llevados por los servicios de emergencia, un 30,8% son llevados por los familiares, un 27,4% acuden por iniciativa propia y un 3,4% proceden de otros centros asistenciales lo cual concuerda más con nuestro estudio. En cambio los datos obtenidos por Diez y cols. (2005) difieren de los nuestros ya que encuentran que por iniciativa propia acudieron un 51,2% (para nosotros 26,6%), llevados por los servicios de emergencia 12,9% (en nuestro estudio 32,3%) y derivados de otros hospitales 7,5%(para nosotros 15,3%). (Gráfico 11).

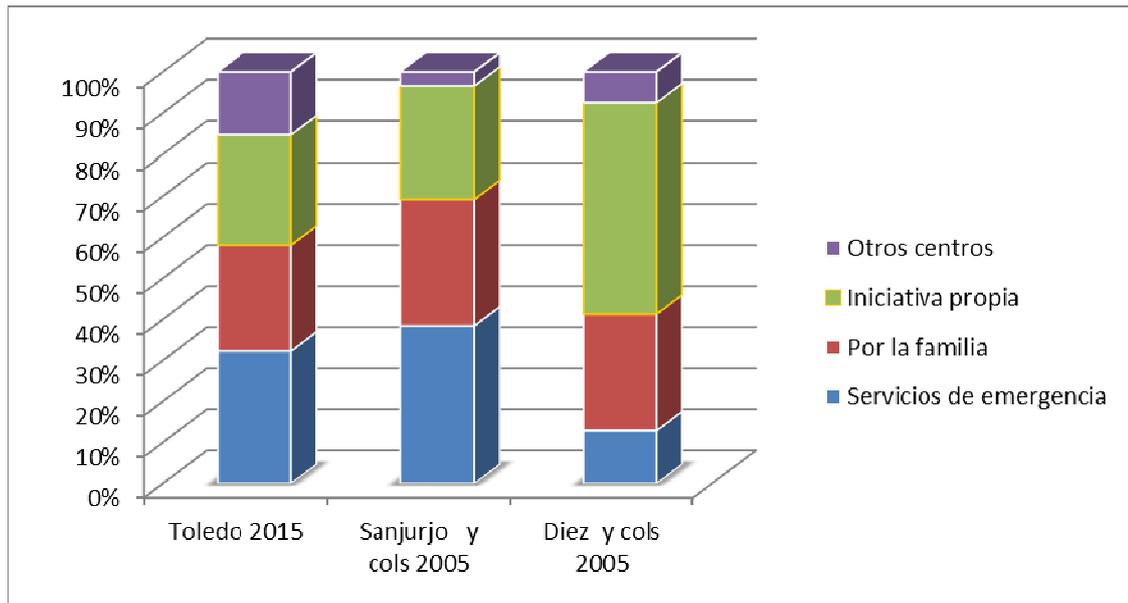


Gráfico 11. Distribución de la remisión del paciente en relación con el consumo de tóxicos.

Debido a que el motivo de consulta más frecuente es el nerviosismo/agitación y las alteraciones de la conducta, es lógico pensar que los fármacos más utilizados en urgencias sean los neurolepticos en un 62,1% de las ocasiones, precisando contención mecánica 1 de cada 4 pacientes consumidores que acude a urgencias. En este sentido encontramos una relación estadísticamente significativa entre los consumidores de tóxicos y la mayor necesidad de realización de pruebas complementarias, de TAC, de determinación de tóxicos en orina y valoración clínica por médico no psiquiatra, ingresando en planta el 21% de estos pacientes. Este dato es superior al encontrado por Diez y cols. (2005) con un 7,8% de ingresos en planta de los pacientes consumidores de tóxicos.

La psicosis en un 46,2% de las ocasiones supuso el criterio primario de ingreso en los pacientes consumidores de tóxicos y la separación del entorno y la falta de control ambulatorio los criterios secundarios más frecuentes. La separación del entorno habitual es fundamental en el tratamiento de las toxicomanías ya que de nada sirve rehabilitar al paciente si vuelve al mismo ambiente social, motivo de un gran porcentaje de fracasos en la terapéutica de las drogodependencias. Otro dato que cabe destacar es que hemos encontrado en nuestro estudio que hasta un 33,1% de los pacientes consumidores estaban diagnosticados de trastorno de la personalidad. En este sentido Diez y cols. (2005) diagnosticaron un 13,7%, de sus pacientes consumidores de tóxicos de dicho trastorno lo cual va a favor de la teoría que

defienden muchos profesionales de la salud mental en cuanto al aumento del número de pacientes con trastornos de la personalidad. Hasta en un 21% de las ocasiones mantienen el previo a su llegada al hospital y los neurolépticos son los fármacos principales en la terapéutica en el informe de alta de los pacientes consumidores de drogas, suponiendo los aversivos hasta el 5% de los fármacos prescritos, debido a la **gran prevalencia del consumo de alcohol**. Un trabajo publicado por Roncero y cols. (2012a) concluye que existen grandes dificultades de adherencia al tratamiento de los pacientes que consumen tóxicos, un 33,4% no llegaron a solicitar visita para revisión, de los que la solicitaron un 20,83% no acudieron, un 43,37% de los que fueron a la primera visita abandonaron antes del año y se observó que no existen diferencias entre el tipo de droga o la época de derivación. En nuestro estudio hemos encontrado que hasta un 10,5% de los pacientes son enviados al alta a los Centros de Día y en el 11,3% de las ocasiones a terapia psicológica, con significación estadística, en un intento de mejorar la adherencia al tratamiento analizada por Roncero y cols. (2012).

El alcohol es la sustancia tóxica más consumida en los pacientes con un trastorno por el uso de sustancias adictivas con una prevalencia del 46%, siendo en muchas ocasiones el tóxico “de base” consumido junto a otras sustancias suponiendo un problema importantísimo a nivel mundial. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes asociados al alcoholismo son los trastornos de la personalidad (30%), trastornos adaptativos (24%), trastornos depresivos (22%) y de ansiedad (18%). En la esquizofrenia la tasa de alcoholismo es de un 11% y en los trastornos bipolares de un 9%, siendo esta patología la que junto con el consumo étílico tiene el mayor riesgo de suicidio, fundamentalmente en fase maniaca en la cual se exagera el consumo de tóxicos. Por otra parte distintos estudios encuentran que los alcohólicos registran altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos así Sánchez-Peña y cols. (2012) realizan un seguimiento durante dos años a 100 pacientes alcohólicos con comorbilidad psiquiátrica comparándolos con una muestra control de 284 alcohólicos sin patología psiquiátrica asociada, encontrando que solamente el 28% de los pacientes con patología psiquiátrica de base consiguió estar en total abstinencia frente al 41,9% de la muestra control, por lo que se evidencia una peor evolución en los pacientes con patología dual. También objetiva que el porcentaje de mujeres afectadas de trastorno psiquiátrico asociado al alcoholismo es del 47%, frente al 10,56% de la muestra control.

Estudios recientes (Razvodovsky 2012) confirman que la carga de mortalidad atribuida al alcohol alcanza al 41% de los hombres y al 27% de las mujeres en Rusia

concluyendo que la prevención de daños atribuibles al alcohol debe ser una prioridad en los programas de salud pública.

En cuanto al **tratamiento en urgencias** el fármaco más utilizado en este servicio fueron las benzodiazepinas vía oral con un 38,9%, siendo el antipsicótico atípico inyectable con un 35,2% la segunda sustancia más utilizada por los facultativos para el tratamiento. Lepping (2013) realiza una revisión del uso de medicación en la urgencia psiquiátrica en 21 países en los pacientes que acudieron por cuadros de agresividad, encontrando que la medicación utilizada con mayor frecuencia en 15 países fue el haloperidol y loracepam parenteral, 13 usaban antipsicóticos atípicos, 9 antipsicóticos típicos, solamente 12 utilizaban zuclopentixol, 3 usaban los fármacos intravenosos y 11 de ellos no tienen una guía protocolizada de tratamiento, existiendo solamente en Gran Bretaña, Alemania y Bulgaria.

Del total de pacientes analizados **ingresaron en la unidad de hospitalización psiquiátrica** el 17,6% coincidiendo con los resultados obtenidos por Chinchilla y cols. (2003) y Conde y cols. (2009) con un 12 y un 19% respectivamente, encontrando diferencias significativas con el estudio de Hernández y cols. (1998) con un 35,8% de pacientes internados en una unidad de salud mental hospitalaria (Gráfico 12).

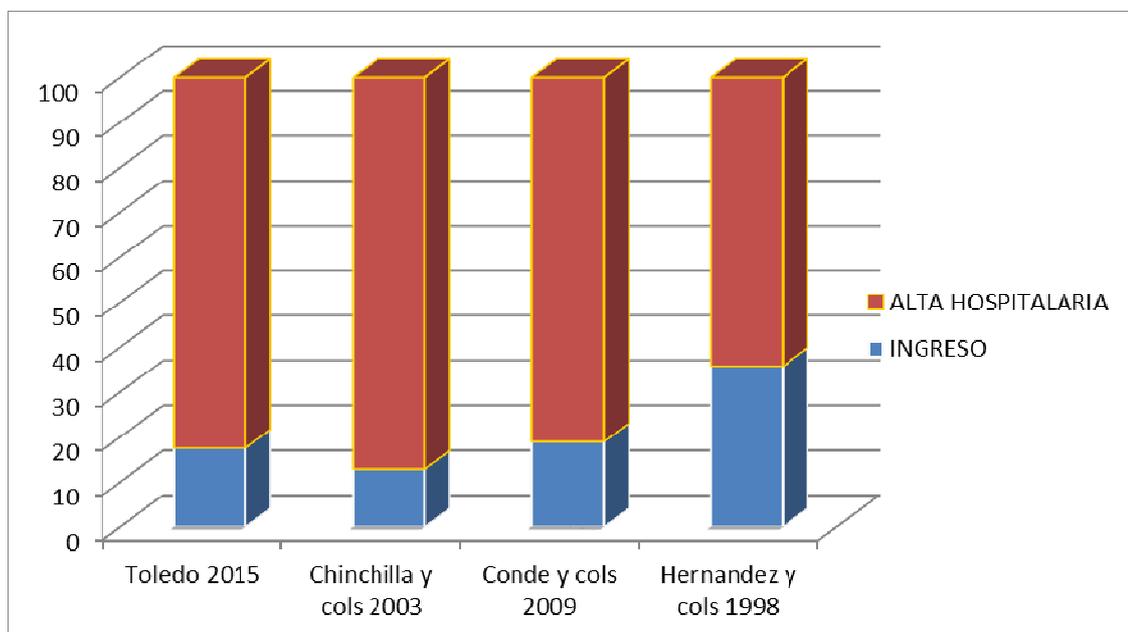


Gráfico 12. Distribución de ingresos hospitalarios en unidad de psiquiatría

De los pacientes ingresados en nuestro trabajo el 43,5% lo hicieron de manera involuntaria dato coincidente con la investigación realizada por Husum y cols. (2010) en Noruega donde el 35% de los pacientes ingresaron contra su voluntad, y con el estudio de Casella y cols. (2014) que encontraron un porcentaje del 48% de internamientos involuntarios relacionado este hecho con que el motivo de la consulta fue la agresividad. Por el contrario, Donisi y cols. (2014) en su trabajo realizado en Italia encontraron solamente una prevalencia de internamiento involuntario del 12,75% de los pacientes que acudieron demandando atención psiquiátrica urgente.

Kirschenbauer y cols. (2008) realizaron un estudio analizando los diagnósticos, datos sociodemográficos, atención ambulatoria psicosocial y las circunstancias de la hospitalización de 677 ingresos involuntarios en la ciudad de Frankfurt, detectando que en más del 70% de los pacientes no existía ningún tipo de atención psicosocial, sólo el 10% de los pacientes ingresados fueron examinados por un médico antes de llegar al hospital y solamente el 1,3% de los casos habían consultado a los servicios de salud mental municipal.

En cuanto a la voluntariedad de los ingresos, excepto en las toxicomanías que en el 77,8% de las ocasiones son involuntarios, predominan los internamientos por voluntad propia sobre todo en los pacientes con alteraciones afectivas y con trastornos de la personalidad.

En contraste con otras especialidades, los médicos de urgencias emplean una buena parte del escaso tiempo de que disponen ante un enfermo en tomar la decisión más acertada y rápida sobre su diagnóstico y tratamiento, ya que su objetivo consiste en priorizar la severidad clínica de los pacientes a fin de poder optimizar el empleo de los recursos (Moreno Millán 2007). Una de las decisiones más importantes en urgencias desde el punto de vista clínico y de impacto en el gasto sanitario es la decisión de hospitalizar al paciente, por lo que nos planteamos analizar qué factores se asocian a dicha decisión.

Dentro de los **factores asociados al ingreso en planta** el factor de riesgo más importante fue la variable juicio clínico donde su categoría psicosis se asoció con un riesgo 16,51 veces mayor de ser ingresado en el medio hospitalario que aquellos diagnosticados de trastorno orgánico (IC del 95%: 1,39-48,294).

El segundo factor más importante de riesgo de ingreso en planta de psiquiatría resultó ser la remisión del paciente, así cuando el paciente era remitido desde atención primaria o centro de salud mental se asoció a una probabilidad 7,31 veces mayor de ser ingresado con respecto a los que acuden por voluntad propia y la remisión por parte de los servicios de

emergencia supuso un incremento del riesgo 4,82 veces mayor. Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos tienen un riesgo 5,9 veces mayor de ingreso hospitalario. Los pacientes cuyo juicio clínico fue la psicosis tuvieron una mayor probabilidad (16,1) de ingreso hospitalario que los pacientes con trastorno orgánico. La necesidad de valoración por médico no psiquiatra supuso un aumento del riesgo 4,2 veces con respecto a los que no lo precisaron, al igual que aquellos que precisaron contención mecánica, cuyo riesgo de internamiento se incrementó en 3,2 veces con respecto aquellos pacientes que no precisaron dicha medida. La necesidad de determinación de tóxicos en orina supusieron un incremento del riesgo de ingreso 2,33 veces con respecto aquellos que no precisaron la realización de estas analíticas.

González y cols. (2008) realizaron un estudio con la información recogida de las atenciones en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas que asiste a la población del área 9 de Madrid y analizaron los factores asociados con la resolución de dichas atenciones. Tratan de detectar los factores que influyen en la decisión, durante una intervención en urgencias, de ingresar o no a un paciente, y cuánto pesan en esta decisión las diferentes características del paciente, del entorno y del profesional que atiende el caso, pudiéndose valorar de este modo las repercusiones y consecuencias que estas decisiones tienen sobre el sistema de salud en el ámbito del gasto sanitario. Parten de la hipótesis de que la decisión de ingresar no se asocia al diagnóstico del mismo, sino a otras características del paciente y del entorno de tal manera que la decisión de ingreso se asocia al número de ingresos previos, a la intencionalidad autolítica, al riesgo de suicidio, al deseo de ingreso por parte del paciente o de la familia, a la escasa contención familiar, al diagnóstico de psicosis o trastorno bipolar y a la agresividad del paciente. La decisión de alta se asocia a que la urgencia se haya atendido por la tarde, a la ausencia de intencionalidad autolítica, a que no haya deseo explícito por parte del paciente o de la familia de ingreso y a que el terapeuta sea varón. En conclusión, la decisión de ingreso se ve afectada por la situación clínica del paciente, por la disposición de la familia, la hora de atención y el sexo del terapeuta, **siendo el factor que más se relaciona con la decisión de ingreso es que la familia exprese su deseo de que el paciente permanezca en el hospital, al margen de las características del paciente.**

Existe una posibilidad terapéutica alternativa denominada tratamiento ambulatorio involuntario que pretende mejorar la adherencia al tratamiento y, por tanto, prevenir las recaídas y el deterioro de las personas con enfermedad mental grave, lo cual disminuirá la necesidad de contención mecánica, reingresos hospitalarios y todos aquellos gastos sanitarios

derivados de estas actuaciones. Cañete y cols.(2012) analizan la situación a nivel mundial de este tipo de actuación y encuentran que en países como Alemania, Francia, Inglaterra, Gales, Bélgica, Luxemburgo, Portugal, Israel, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda se lleva a cabo esa medida que consiste en dar de alta a los pacientes que han ingresado de manera involuntaria en la planta de psiquiatría cuando se estabilizan del proceso agudo con el compromiso de cumplir el tratamiento pautado por el psiquiatra y acudir a las revisiones que se programen; si en cualquier momento incumplen las normas son reingresados en el hospital de manera involuntaria. En la actualidad en España no existe una normativa legal, pero en ciudades como Barcelona, San Sebastián, Alicante y Valencia, en connivencia con los juzgados correspondientes, se ha llevado a cabo este tipo de tratamiento, llegando a la conclusión en el caso de Valencia que esta medida puede ser beneficiosa en gran número de pacientes, sobre todo en los esquizofrénicos que añaden el consumo de tóxicos a su patología de base. Gijón y Murcia son otras ciudades que de manera puntual y en casos seleccionados han usado el tratamiento ambulatorio involuntario cuando ha fracasado el tratamiento asertivo-comunitario.

Los antidepresivos fueron con mayor frecuencia los **fármacos principales al alta** siendo los neurolépticos el otro grupo farmacológico de mayor prescripción con una prevalencia en el caso de los antidepresivos de un 48,2% y en los neurolépticos de un 33,6% respectivamente. En cuanto al uso de antidepresivos Nassir y cols. (2013) analizaron el uso de estos fármacos por la población general señalando que existe una sobredosificación en la población, siendo tratadas más personas de las que realmente lo precisan; encuentran un leve incremento en el riesgo de suicidio entre los consumidores de antidepresivos sobre todo fluoxetina y además se ha relacionado su uso crónico con un cierto efecto carcinogénico, siendo necesarios más estudios al respecto.

En nuestro estudio, respecto a los **tratamientos no farmacológicos** que se propusieron a los pacientes destaca la terapia psicológica como alternativa al tratamiento convencional en el 14,3% de los casos, existiendo una asociación estadística con el juicio clínico, así se prescribe terapia psicológica al 21,7% de los pacientes con trastornos de la personalidad y al 14% de los pacientes con trastornos afectivos o toxicomanías, derivando a tratamiento en centro de día a pacientes con psicosis y con trastornos orgánicos. Pattyn y cols. (2015) examinaron si existía relación entre el género y el uso de servicios de salud mental, encontrando que los hombres eran menos propensos a reconocer la utilidad de la psicoterapia

prefiriendo la medicación, siendo las mujeres más tendentes a utilizar dicha terapia, asociándose la búsqueda de ayuda psicológica a la feminidad.

Diferentes estudios como los de Van der Voort y cols. (2015), Gunlicks-Stoessel y cols. (2015), Luntgens y cols. (2014), Kulkarni y cols. (2015) y Mihanovic y cols. (2015) destacan la importancia de un modelo de tratamiento integral de los pacientes psiquiátricos que debe incluir terapias asertivas, psicoeducación para las familias y para los pacientes, terapias cognitivo-conductuales, terapias ocupacionales y una estricta supervisión de la correcta adherencia a los diferentes tratamientos farmacológicos sobre todo de los antipsicóticos en enfermos esquizofrénicos para evitar las recaídas, mejorar la calidad de vida de los pacientes y tratar de paliar el deterioro social que pueden sufrir este tipo de pacientes para conseguir una correcta integración personal y laboral.

En nuestro trabajo encontramos que el 11,8% de los pacientes que acudieron demandando atención psiquiátrica urgente precisaron medidas de **contención mecánica**, resultados similares a los de Smith y cols. (2015) en Pensilvania con un porcentaje de pacientes que acudieron a urgencias y que precisaron medidas físicas del 13,96% y Martín y cols. (2012) que encontraron una prevalencia del 15,6% de necesidad de contención mecánica en una unidad de cuidados intensivos. Pascual (2006) estimó que hasta el 39% de las agitaciones psicomotrices precisaron contención mecánica. En nuestro caso el 22% de los pacientes con agitación psicomotriz, precisaron medidas de contención física.

La contención mecánica es una de las medidas terapéuticas desconocida para un gran número de profesionales sanitarios que trabajan en el servicio de urgencias, a pesar de que la agitación psicomotriz es una de las situaciones más frecuentes en las urgencias psiquiátricas. La agitación psicomotriz puede ser la manifestación de una enfermedad médica, en otras un signo de ansiedad extrema y en otras la expresión de un trastorno mental subyacente. Si la agitación psicomotriz viene acompañada con alteración del nivel de conciencia se habla de delirium o síndrome confusional agudo, el cual tiene un sustrato biológico y potencialmente tratable; si ocurre en un paciente que padece un trastorno esquizofrénico se produce por una descompensación o reagudización del problema de base y puede producir cuadros de agitación como manifestación de una ansiedad extrema (trastornos de la personalidad, trastornos adaptativos, reacciones ante situaciones catastróficas, duelos, reacciones de agresividad por privación sensorial, etc.).

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica). En un artículo publicado por Zigman y cols. (2013) destacan la importancia del entrenamiento de todos aquellos facultativos que vayan a trabajar con enfermos agitados, haciendo especial hincapié en los nuevos residentes.

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia. Si en el momento de urgencia el DUE no puede contactar con el médico está expresamente autorizado para iniciar el procedimiento, pero debe comunicarlo al médico con la menor demora posible, dato que corroboran Martín y cols. (2012) ya que en su investigación las enfermeras tomaban la decisión inicial de adopción de medidas de contención física hasta en un 94% de las ocasiones. Si la indicación es vía telefónica, la enfermera registrará en el formulario dicha circunstancia quedando el facultativo responsable de firmar la orden médica lo antes posible. Se debe cumplimentar y firmar por parte del médico y del ATS el formulario de indicación de contención física y hacerlo llegar lo antes posible al juzgado de guardia. El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, aunque si bien lo óptimo serían cinco como recomienda Fernández y cols. (2009), en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza, siendo los celadores los principales encargados pidiendo ayuda a los servicios de seguridad si lo precisaran.

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria en la que es necesario actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa. También hay que recordar que es un error muy frecuente ante un paciente agitado asumir un origen psiquiátrico, olvidando descartar un proceso orgánico potencialmente vital como la hipoglucemia, hemorragia subaracnoidea, meningoencefalitis, hematoma subdural, etc.

La habitación donde vaya a permanecer el paciente durante la contención mecánica será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente debe ser

observado por el personal de enfermería al menos cada 15 minutos, dejando constancia por escrito. La finalización de la contención mecánica se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado. Se ejecuta de forma progresiva, se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez.

Bowers y cols. (2007) analizaron las actitudes y aptitudes de los profesionales sanitarios que trabajaban con enfermos psiquiátricos tratando de identificar los factores con mayor impacto en la utilización de los diferentes métodos de contención mecánica. Realizaron una encuesta en el Reino Unido, los Países Bajos, Finlandia y Australia llegando a la conclusión que el personal en Finlandia era el que mayor capacitación atesoraba, siendo el del Reino Unido el que más deficiencias ponía de manifiesto. El objetivo de la evaluación sobre las medidas de contención física sirve para identificar los métodos que son realmente perjudiciales para los pacientes, ayudando en la selección racional de la medida de contención mecánica apropiada. En relación a la disparidad de criterios de los diferentes países de nuestro entorno, Steinert y cols. (2014) revisaron el uso de la contención mecánica en Alemania y en los Países Bajos, siendo este método el último en ser utilizado por los profesionales sanitarios de ambas naciones, a pesar de que en los Países Bajos era un tratamiento de primera línea incluso por delante de la contención farmacológica, hasta que la evidencia científica mostro que el número, duración de las contenciones mecánicas, así como las agresiones y las lesiones sufridas por los pacientes, fueron considerablemente más altos. Smith y cols. (2015) encontraron que el uso de la contención mecánica se redujo significativamente de 0,37 a 0,08 episodios por 1.000 días, disminuyendo también el número de ingresos, todo ello debido a un cambio en el abordaje de los pacientes psiquiátricos, teniendo especial relevancia el control ambulatorio en los Centros de Salud Mental.

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incapaz para tomar decisiones, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículos 8 y 9 de la Ley de Autonomía del paciente (consentimiento informado). Cuando existe una privación

de la libertad del paciente debe ponerse en conocimiento del juez con la mayor premura posible. Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación. En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas.

Si la contención mecánica es solicitada voluntariamente por el paciente con capacidad de decidir que se encuentra ingresado con carácter voluntario, tendrá que firmar el formulario de consentimiento. Como se priva la libertad al enfermo, aunque consienta en ello deberá comunicarse al juez enviando el Formulario de comunicación. Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica contención mecánica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario, debiéndose comunicar esta circunstancia al Juzgado (Formulario de cambio del tipo de ingreso). Por último, si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de la contención física ya era involuntario se remitirá al juzgado que tiene conocimiento, únicamente el correspondiente Formulario de comunicación de contención física.

En nuestro estudio la necesidad del uso de la contención mecánica fue significativamente superior en varones (16,8% vs 7,2%); Martín y cols. (2012) en una unidad de cuidados críticos encontraron que el porcentaje de hombres que se vieron sometidos a medidas de restricción mecánica fue del 65,9%. La franja horaria con mayor prevalencia de pacientes que precisaron contención mecánica fue entre las cero y las seis horas (24%). Dentro de los pacientes que necesitaron medidas físicas el 70% fueron remitidos por los servicios de emergencias, el 63% de los pacientes presentaban nerviosismo y/o agitación psicomotriz y en el 35% no llevaban tratamiento previo. Estos pacientes habían sido ingresados previamente en el 56% de los casos, presentaban prevalencias significativamente superiores de toxicomanías y psicosis (34,8% y 22% respectivamente) y además precisaron significativamente mayor número de pruebas complementarias, de realización de TAC, tóxicos en orina y valoración orgánica por médico no psiquiatra (59%, 22%, 83% y 52%, respectivamente). El 46% de estos pacientes fueron ingresados en planta siendo el criterio primario de ingreso en el 57% la psicosis y en el 33% la heteroagresividad. Smith y cols.

(2015) encontraron que hasta un 44% de los pacientes que precisaron contención mecánica estaban diagnosticados de psicosis, resultados similares a nuestro trabajo.

Debido a las **implicaciones médico-legales** que supone la utilización de la contención mecánica y el **impacto económico** en las urgencias psiquiátricas analizamos los factores asociados a esta decisión adoptada por el médico.

El factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de **contención mecánica** fue quién remite al paciente al servicio de urgencias, donde tomando como referencia el paciente que acude por voluntad propia se halló que cuando el paciente es remitido por los servicios de emergencia suponía 24,757 veces más riesgo de necesidad de sujeción física (IC del 95%: 2,868-53,68).

El segundo factor más importante de riesgo de necesidad de contención mecánica resultó ser la necesidad de determinación de tóxicos en orina que se asoció a un riesgo 5,31 veces mayor frente a los que no lo precisan. Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos tienen 2,93 veces más probabilidad de ser sometidos a sujeción física y aquellos que precisan pruebas complementarias tienen un incremento de riesgo de 2,86 veces de precisar contención mecánica que aquellos pacientes que no han estado ingresados y que no precisan pruebas complementarias, respectivamente. Por otra parte señalar que los pacientes cuyo motivo de consulta fueron las alteraciones de la conducta tienen menos riesgo de precisar contención mecánica que aquellos cuyo motivo de consulta fue la agitación psicomotriz.

5.3. IMPLICACIONES ECONÓMICAS DE LAS URGENCIAS PSQUIÁTRICAS HOSPITALARIAS

En los últimos años se está produciendo un aumento de la prevalencia de las urgencias psiquiátricas, hecho señalado por numerosos autores. Las causas de esta situación pueden ser múltiples: a) la conversión de la urgencia psiquiátrica en uno de los servicios esenciales de la red de salud mental; b) la desinstitucionalización, piedra angular de dicha transformación, con descenso notable de la población hospitalizada; c) la escasez, e incluso carencia en algunos casos, de dispositivos intermedios (hospitales de día, comunidades terapéuticas) de atención a pacientes crónicos, lo que propicia una mayor utilización por parte de éstos de los dispositivos de urgencia, muchas veces de forma repetida, lo que ha dado origen al concepto de

repetidores o multifrecuentadores. Desde este punto de vista, las demandas de atención a problemas urgentes reflejan, indirectamente, la capacidad del sistema sanitario y los servicios sociales para resolver los problemas de salud mental. En algunos casos la urgencia psiquiátrica es el único lugar de tratamiento para algunos enfermos mentales crónicos; d) la ubicación de los servicios de urgencia en los hospitales generales, lo que facilita su acceso, tanto por motivos geográficos como por su integración en el conjunto global de actuaciones que un hospital general ofrece, pasando así a contar con médicos psiquiatras que prestan su atención 24 horas al día; e) la valoración creciente de problemas psicológicos por la población y la clase médica; f) la medicalización de la psiquiatría y la pérdida del estigma negativo del tratamiento psiquiátrico. Esto ha supuesto que patologías tradicionalmente “menores”, como los cuadros de ansiedad, sean motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias, lo que sucedía en mucha menor medida cuando la atención urgente se dispensaba en los hospitales psiquiátricos; g) el gran aumento de otros motivos diferentes de atención urgente por la mayor incidencia de ciertos cuadros, como los trastornos por consumo de sustancias y los derivados de problemas sociolaborales; h) y quizás como consecuencia de todo lo anterior, la sobresaturación de la asistencia psiquiátrica pública y el subsiguiente **aumento del gasto sanitario**, tema de interés creciente en las últimas décadas.

Las enfermedades mentales son una de las causas de mayor morbilidad en países occidentales lo que origina unos importantes costes económicos para las personas y los sistemas de salud, por lo tanto la estimación del impacto económico de la patología psiquiátrica constituye un aspecto fundamental para conocer mejor la magnitud del problema de salud y para la asignación de los recursos humanos, sanitarios y materiales, destinados a reducir los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad (López Bastida y cols. 2004).

Para la aproximación al impacto económico de las urgencias psiquiátricas en nuestro estudio utilizamos los costes que establece el BORM que incluye los precios públicos de las tasas en materia de sanidad con fecha de 7 de febrero de 2009. Aunque las tasas utilizadas no pueden considerarse de manera aislada y sin tener en cuenta otras variables importantes en cualquier análisis de coste eficacia, son los suficientemente relevantes como para tenerlas en consideración, tanto desde planteamientos de gestión sanitaria, como de futuros estudios específicos. En este sentido, los estudios sobre coste-efectividad en relación a las urgencias psiquiátricas hospitalarias son muy limitados, encontrando información sobre el tema en dos

investigaciones. En el primer estudio publicado por Brown y cols. (2012) se analiza un programa de atención integral al enfermo psiquiátrico en una muestra compuesta por 155.203 pacientes en California siendo éste muy eficaz en la reducción de visitas a urgencias psiquiátricas, ingresos hospitalarios y consultas en el centro de salud mental lo cual redundaba en una reducción del gasto sanitario. En otra investigación Tinland y cols. (2013) en un ensayo prospectivo aleatorizado evalúan el impacto socioeconómico y sanitario de la implantación de un programa de viviendas tuteladas en pacientes sin hogar (n=300) y con enfermedad mental grave durante un periodo de 24 meses en comparación con los tratamientos habituales al mismo número de pacientes en cuatro ciudades de Francia (Lille, Marsella, París y Toulouse). El proyecto está siendo desarrollado y se realizará una evaluación de la relación coste-efectividad y coste-utilidad de la introducción de las viviendas tuteladas en un intento de potenciar el tratamiento no farmacológico de los enfermos psiquiátricos.

La suma de costes directos de las urgencias psiquiátricas de los pacientes incluidos en nuestro estudio supuso un total de 150.270,6€. El **gasto sanitario** medio en la atención médica de la urgencia psiquiátrica fue de 390,92 €, siendo el mínimo 84,2€ y el máximo 2670,7€. Peiró y cols. (2007) analizaron el gasto hospitalario poblacional en función de las variaciones geográficas y otros factores asociados y encontraron una oscilación del gasto sanitario entre 275€ y 532€ de media, en las distintas áreas de salud analizadas. Realizaron un análisis descriptivo del gasto hospitalario por habitante por área de salud durante el año 2002, seguido de un análisis ecológico para valorar las asociaciones entre el gasto hospitalario y la utilización hospitalaria, la duración de la estancia y la complejidad de los casos atendidos en cada hospital. La población a estudio estuvo integrada por 106 áreas de salud de 11 CCAA (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, La Rioja y Navarra). Las 106 áreas participantes incluyeron, según el Padrón de 2002, un total de 26.819.081 habitantes, lo que representa casi dos terceras partes de la población española en ese año. El gasto hospitalario utilizado corresponde al gasto contable de los 167 hospitales de la red pública incluidos en las 106 áreas geográficas a estudio.

Teniendo en cuenta que el gasto sanitario público representa de media algo más de un tercio de los presupuestos autonómicos, y considerando que la financiación de la sanidad desde 2002 se integra plenamente en la financiación general de las Comunidades Autónomas

tras la desaparición del INSALUD, es fácil comprender que el gasto en sanidad haya sido el detonante de una discusión que, empujada después por la reforma territorial iniciada con el Estatuto de Cataluña, desembocará previsiblemente en un nuevo modelo de financiación autonómica. Las tasas de crecimiento del gasto más elevadas se concentran en Baleares, Murcia, La Rioja, Comunidad Valenciana y Canarias (todas ellas por encima del 10%). En general se produce una importante coincidencia entre las CC.AA. que experimentan un mayor aumento del gasto y las que registran un importante incremento de la población protegida. Los datos indican que prácticamente la mitad de los recursos se dedican a retribuir al personal empleado en los Servicios Autonómicos de Salud, siendo la atención especializada la que absorbe más de la mitad del gasto total, según refiere Urbanos (2006), siendo más de un cuarto del presupuesto el gasto sanitario que destinan las CC.AA. a los tratamientos farmacológicos.

Los datos de España sitúan el gasto sanitario público, incluyendo gastos de cuidados de larga duración, en 65.377 millones de euros, lo que supone un 73,6% del gasto sanitario total del país, que asciende a 88.828 millones de euros. Como porcentaje del PIB, el gasto sanitario total en España es de 9,6% (Francia 11,6, Alemania 11,6, Bélgica 10,5, Portugal 10,7, Austria 11, Dinamarca 11,1, Países Bajos 12, Suecia 9,6, Grecia 10,2, Italia 9,3, Reino Unido 9,6, Finlandia 8,9, Irlanda 9,2 y Luxemburgo 7,9), según datos de la OECD HEALTH del año 2010 publicados en 2012. Se sitúa el gasto sanitario en España ligeramente por encima del gasto promedio de 9,5% en los países de la OCDE (Gráfico 13).

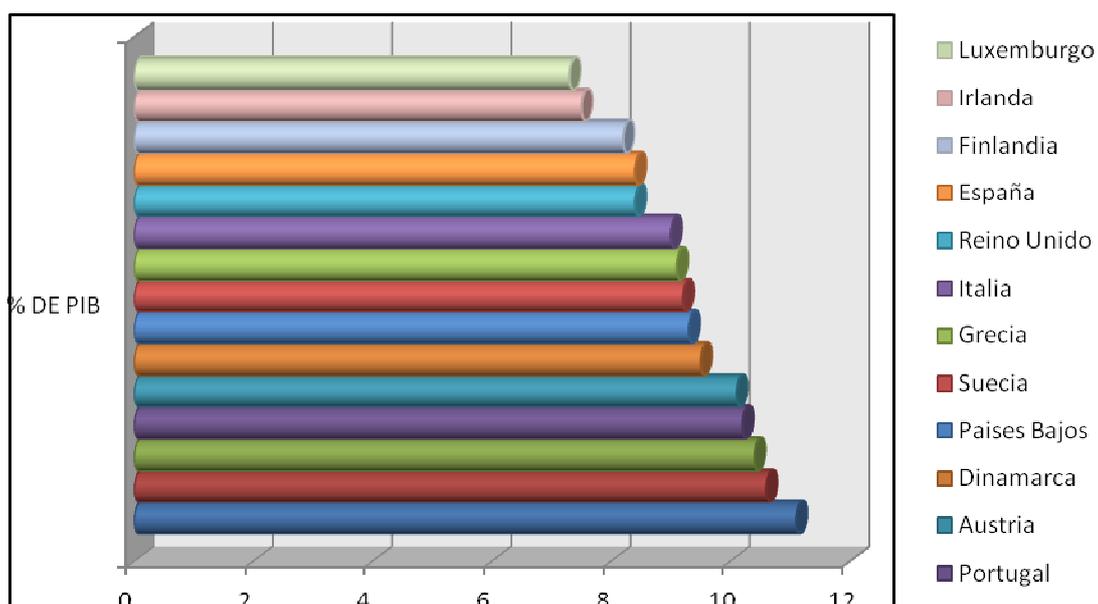


Gráfico 13. Porcentaje del PIB dedicado a la sanidad según la OCDE (2010).

El porcentaje sobre el PIB del gasto sanitario público fue del 7% y el gasto sanitario privado del 2,6%. En cuanto a la composición del gasto, sin incluir el gasto en cuidados de larga duración, fueron los servicios hospitalarios y especializados los que representaron un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica y los servicios de atención primaria de salud. En los últimos años se ha incrementado la brecha existente entre el gasto hospitalario con respecto al gasto en atención primaria, estimándose que se ha incrementado en un 10% el consumo hospitalario. Fernández y cols. (2011) ponen de manifiesto que la potenciación de los programas asistenciales en Atención Primaria eran muy eficaces para reducir los costos, ya que al mejorar la calidad asistencial se aumenta la satisfacción del usuario, siendo resueltos infinidad de problemas a nivel del sistema básico de salud.

Durante un período de 7 años, comprendido entre 2003 y 2010, el gasto sanitario en España ha pasado de 33.387 a 49.118 millones de euros, lo que supone un incremento del 47%, siendo en 2012 de 88.828 millones de euros, lo cual confirma la tendencia al alza del gasto sanitario, correspondiéndose al 9,6% del PIB lo cual constituye un gasto por habitante de 1421€, según los datos publicados en 2010 por el Ministerio de Sanidad y Política Social. A este aumento del gasto sanitario ha contribuido de manera muy importante el envejecimiento poblacional debido al avance de las ciencias médicas, elevándose de manera muy acusada la esperanza de vida con el subsiguiente consumo de recursos sanitarios. Además la sanidad es un tema que supone una de las principales preocupaciones de la sociedad y que es utilizado como arma política en innumerables ocasiones.

Hemos de destacar también la implantación del término copago introducido por las diferentes Comunidades Autónomas destacando, que en Extremadura están a favor del copago el 95% de los profesionales, en Cantabria el 92%, mientras que los del País Vasco y Navarra son los que más rechazo expresan, con un 23% y un 20% respectivamente, según refiere la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Existen otras opiniones como la de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) que afirma que la evidencia científica demuestra que se trata de una medida que no reduce la demanda asistencial ni supone menos gasto sanitario a largo plazo y en cambio puede traducirse en mayores tasas de mortalidad en determinados colectivos de pacientes, sobre todo en los de las clases sociales más desfavorecidas. Esteban y cols. (2013) analizan varias medidas de contención del gasto farmacéutico ambulatorio en una Unidad de Cirugía Mayor

Ambulatoria tales como el aumento del copago farmacéutico, la mejora en la calidad de la prescripción, la dispensación por unidades en las oficinas de farmacia y la dispensación a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria llegando a la conclusión que la sola consideración del copago para contener el gasto sanitario derivado de la prescripción ambulatoria de medicamentos es la medida menos eficaz, siendo la más útil para este fin, la dispensación de los medicamentos a través del Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Un estudio publicado por Moreno (2007) analiza las ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente en el contexto de un incremento progresivo y preocupante del gasto sanitario como consecuencia del envejecimiento y crecimiento demográficos, la cronificación de enfermedades y discapacidades, la descoordinación y casi ausencia de recursos socio-sanitarios, el enorme e injustificado consumo farmacéutico, la introducción poco evaluada de nuevas tecnologías y el aumento de los precios. El racionamiento de las prestaciones sólo puede darse en sistemas donde la demanda, aunque sea alta, obedezca a una necesidad real de salud y donde exista una oferta adecuada de proveedores, lo que no es el caso de España, donde las listas de espera continúan siendo el peor indicador social de nuestro modelo de salud, muy especialmente cuando su tratamiento se realiza mediante peligrosas actuaciones a destajo, muy alejadas de la calidad y la satisfacción imprescindibles en un servicio público. Por último, llega a la conclusión que los copagos no son equitativos y que ni clínica ni económicamente parece rentable esta herramienta financiera.

Reed y cols. (2005) realizaron entrevistas telefónicas a pacientes analizando si el copago afectó a sus decisiones a la hora de buscar atención médica. Cuando acudir a los servicios de urgencia suponía un copago para el paciente se comprobó que éstos buscaban otras soluciones para intentar resolver su proceso de salud incluso mediante el recurso de medicinas alternativas.

Una de las situaciones conflictivas más frecuentes del proceso de actuación sanitaria es, sin duda, el hecho de decidir. Su origen económico está en la teoría de la función de utilidad, y consiste en identificar bajo condiciones de incertidumbre situaciones más o menos sensibles y elegir entre ellas la mejor alternativa. En base al beneficio del enfermo y en dependencia de los recursos disponibles en su mecanismo de oferta y de las características de la demanda, la actividad de los profesionales médicos que trabajan en la urgencia hospitalaria posee una gran variabilidad frente a la asumida opinión de que existe homogeneidad a la hora

de tomar decisiones. La variabilidad evidencia la realización de muy distintas intervenciones – a pesar de la introducción de protocolos, guías y otras herramientas clínicas- ya que cada paciente es diferente y genera una demanda, asimismo, diferente. En este sentido, se estima que hasta un 30% del coste total sanitario de Estados Unidos podría evitarse, sin afectar negativamente a los resultados en salud en los procesos urgentes (Moreno Millán 2007) y por otra parte, también la realización de un correcto sistema de triaje evidencia una disminución del gasto sanitario en urgencias en el contexto de patologías banales (Ballard y cols. 2010).

El individuo elabora un auto diagnóstico tras la pérdida de su nivel de salud y decide – en un contexto globalizado con sus necesidades laborales, familiares y económicas- acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto. Saldivia y cols. (2005) realizaron una estimación del coste de las unidades de atención sanitaria a pacientes con esquizofrenia y llegaron a la conclusión que tanto en los cuidados ambulatorios como hospitalarios el mayor peso de los costes recae en el capítulo de personal, especialmente en la atención de los psiquiatras de aquí la importancia de concienciar a la sociedad en la realización de un uso racional de dicho recurso sanitario.

En nuestro trabajo el día de la semana en el cual se produjo un mayor gasto sanitario fue el martes con una media de 566,16€, siendo el domingo el día con menor consumo de recursos (315,17€); en cuanto a la hora la franja entre las doce de la noche y las seis de la mañana fue la de mayor consumo con una media de 502,8€ lo que coincide con el horario donde acuden a urgencias mayor número de pacientes trasladados por los servicios de emergencias con agitación psicomotriz/nerviosismo, los cuales precisan mayor cantidad de pruebas complementarias, intervención desde el punto de vista somático, mayor probabilidad de ser sometidos a contención mecánica y ser ingresados en planta de psiquiatría. El gasto medio de los pacientes menores de 25 años fue el más elevado con una media de 446,1€, atribuible en gran medida al mayor consumo de estupefacientes; sin embargo, la media del gasto fue inferior en pacientes mayores de 55 años. En este sentido, Adams y cols. (2015) realizaron un estudio descriptivo-comparativo sobre una población de 12.283 personas de 65 años o mayores ingresados en un hospital, de los cuales el 8,3% tenían alguna patología en la esfera mental siendo el coste de las hospitalizaciones agudas significativamente mayor que aquellos pacientes sin patología psiquiátrica. Los autores ponen de manifiesto la importancia de una adecuada formación a los médicos de atención primaria para el correcto tratamiento y

manejo de estos enfermos con el fin de disminuir el número de consultas a urgencias, cambios de tratamiento e ingresos innecesarios.

La media del gasto de los pacientes con estudios primarios fue significativamente superior (418,1€) y los titulados universitarios quienes tienen una media más baja (189€). Los pacientes con incapacidad laboral transitoria o en situación de desempleo tiene la media de gasto significativamente superior (492,54€ y 419,37€, respectivamente).

En nuestro estudio los inmigrantes con 464,01€ de gasto medio utilizaron más recursos que los pacientes nacionales (384,18€) posiblemente por presentar cuadros psiquiátricos más severos, con mayor consumo de pruebas complementarias y mayor probabilidad de ingresos hospitalarios, probablemente asociado también a la barrera idiomática y en determinadas ocasiones la presencia de un estigma racial por parte de los profesionales sanitarios. Existe una importante discordancia entre la creencia popular existente en lo referente al consumo de recursos sanitarios por parte de la inmigración y la realidad. Según un informe de la Fundación La Caixa realizado por Moreno Fuentes y cols. (2011), la proporción del gasto sanitario que absorben los inmigrantes en España equivale a poco más del 5% del total (siendo del 1% en el año 2000) y se calcula que la alta tasa de actividad de los inmigrantes contribuirá a retrasar en cinco años la entrada en déficit del sistema de pensiones, además de frenar el envejecimiento poblacional; además, y siempre según dicho informe, el 50% del superávit de la hacienda fue gracias a los inmigrantes. Respecto a la población autóctona, los extranjeros consultan un 7% menos al médico de familia y un 16,5% menos al médico especialista. La utilización de los servicios de urgencia se eleva ligeramente entre los extranjeros y es la vía por la que el 65% de ellos accedieron a tratamiento hospitalario, frente a un 57% en el caso de los españoles. El estudio de La Caixa desvela un dato relevante y es que los inmigrantes recurren un 3,2% más a los servicios de urgencias que el resto de los ciudadanos, estando relacionado con la precariedad laboral que sufren, la situación ilegal en que se encuentra un porcentaje y la imposibilidad de acudir a la atención primaria en horario de mañana. En la Región de Murcia al estar empleados en una proporción elevada en el sector de la agricultura, los días con climatología adversa aumenta la demanda en el servicio de urgencias al no haber posibilidad de trabajar en el campo. En un análisis sobre las diferencias raciales en la utilización de los servicios de urgencia en California realizado por Bruckner y cols. (2013) llegaron a la conclusión de que los afroamericanos utilizan más los servicios psiquiátricos urgentes que el resto de las etnias.

Hernando y cols. (2009) realizaron un estudio en hospitales de agudos de la Región de Murcia calculando el impacto económico de la inmigración con respecto a la población autóctona encontrando que la frecuentación y los costes por ingreso y por año de seguimiento de los españoles son superiores a los de los inmigrantes. La Ley General de Extranjería recoge el derecho a la asistencia sanitaria de los extranjeros empadronados, de las mujeres embarazadas, el parto y puerperio y de los menores en las mismas condiciones que los españoles, y sólo a la asistencia sanitaria pública de urgencia a los que están en tránsito y como turistas. La frecuentación bruta de los españoles es un 22,6% mayor que la de los extranjeros, el valor medio por episodio es mayor en los hombres españoles y el coste por ingreso es de 3.529€ para los españoles, 3.231€ para los procedentes de la Comunidad Económica Europea y de 2.423€ para el resto de los países; el coste medio por año es de 263€ para los españoles, 217€ para los comunitarios y de 219€ para el resto de las nacionalidades; en conclusión, hay evidencias de que los inmigrantes no utilizan con más frecuencia los servicios hospitalarios con ingreso, ni este uso es más gravoso para el sistema sanitario que el realizado por la población autóctona.

Los pacientes de nuestro trabajo que acudieron a urgencias por voluntad propia hicieron un gasto medio de 318,68€ siendo los pacientes remitidos por los servicios de emergencia los que más recursos sanitarios consumieron con una media de 610,1€, probablemente por tratarse de patologías complejas que requieren más recursos tanto materiales como humanos.

El gasto sanitario medio fue significativamente superior en aquellos pacientes con patología orgánica infecciosa concomitante (1.040€) duplicando el gasto del resto de enfermedades somáticas que le suceden (patología neumológica y digestiva). Giner y cols. (2014) analizaron la comorbilidad entre la depresión y las enfermedades físicas (patología cardiovascular, endocrino-metabólica y dolor crónico) con un impacto importante en el deterioro de la salud lo que conlleva en muchas ocasiones a un incremento del tiempo de hospitalización y de la utilización de otros recursos sanitarios con el consiguiente incremento del gasto sanitario. Testa y cols. (2013 b,c) estudiaron la relación entre las enfermedades médicas y los trastornos psiquiátricos y el fenómeno de la comorbilidad, señalando que la gran mayoría de las enfermedades psiquiátricas graves muestran una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular relacionada con la pobreza, mayor consumo de medicamentos, tabaquismo, mala higiene alimentaria, adicciones y falta de ejercicio físico.

En nuestra muestra los pacientes a los cuales se les había prescrito el tratamiento psiquiátrico en una anterior consulta a urgencias supusieron un consumo medio de 581,49€, lo que refleja la importancia de establecer un correcto control ambulatorio de este tipo de pacientes. Los pacientes con ingresos psiquiátricos previos y el mayor número de visitas previas a urgencias supusieron significativamente un mayor gasto sanitario por la consulta de cada uno de ellos.

El gasto sanitario medio en aquellos pacientes con trastorno por uso de sustancias fue significativamente mayor que en otros pacientes sin esta patología, debido probablemente a la mayor prevalencia de patología somática asociada al consumo de sustancias y al uso abusivo de los servicios de emergencia tanto extra como hospitalarios. El motivo de consulta significativamente más gravoso para el sistema público fue el síndrome confusional agudo, evidentemente por la mayor necesidad de realización de pruebas complementarias y la intervención por médicos no psiquiatras. Pantalón y cols. (2014) analizaron la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes psiquiátricos con patología dual lo que genera costes elevados en el gasto sanitario asociado a la salud mental, siendo las mujeres mayores de 33 años y con nivel bajo de estudios las que de manera significativamente presentaban un mayor cumplimiento terapéutico, ya que acudían con mayor frecuencia a las revisiones y a terapia tras la atención en los servicios de urgencia.

El criterio primario de ingreso con un mayor gasto medio en nuestra muestra fueron las intoxicaciones agudas seguida de los intentos de autolisis, siendo el criterio secundario más costoso la desintoxicación, volviendo a poner de manifiesto la importancia del consumo de tóxicos en la sociedad actual. La decisión del ingreso de un paciente al margen de las importantes implicaciones clínicas y sociales tiene también una importante repercusión económica. Abualenain y cols. (2013) ponen de manifiesto la importante variabilidad en la decisión de ingresar a un paciente ya que depende del nivel asistencial del hospital y del médico que lo asiste, teniendo ello una repercusión en el consumo de recursos sanitarios, ya que aquellos pacientes que ingresan en la unidad de psiquiatría consumen más recursos, aumentando el gasto en los ingresos involuntarios. En nuestra investigación la segunda causa de ingreso que supuso un mayor gasto sanitario fueron los intentos de autolisis, por lo que una medida muy eficaz para disminuir dicho gasto sería la identificación precoz de pacientes con riesgo de suicidio para su pronta valoración por los servicios de psiquiatría, sin embargo, Allen y cols. (2013) refieren que los pacientes que llegan a urgencias con intentos de autolisis

el 25% fueron ingresados en servicios médicos con la realización de pruebas complementarias que conllevan un incremento del gasto sanitario y por el contrario, solamente el 10% de los mismos recibió atención psiquiátrica precoz, destacando que ningún paciente de la muestra fue ingresado directamente en el servicio de Psiquiatría.

Oller y cols. (2011) realizaron un estudio para comprobar la adherencia al tratamiento de los pacientes depresivos y llegaron a la conclusión que hasta un tercio de los pacientes en tratamiento farmacológico antidepresivo no eran cumplidores puesto que no lo retiraban de forma adecuada de las farmacias, sin diferencias en el cumplimiento en los pacientes atendidos en el centro de salud mental con el resto; todo ello conlleva una peor evolución de la enfermedad, mayor número de recaídas, mayor número de consultas médicas, elevado número de ingresos hospitalarios y un mayor coste económico. Mark y cols. (2013) llegan a la conclusión de que utilizar terapias escalonadas en el tratamiento de la depresión aumentan los costos sanitarios debido al incremento de las consultas a urgencias y de ingresos en unidades de psiquiatría. Por lo tanto, la estimación del coste económico de esta enfermedad constituye un aspecto fundamental para el mejor conocimiento de la magnitud del problema de salud y para la asignación de los recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a reducir los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en general. En recientes estudios Lepine y cols. 2012 analizan el importante incremento del gasto sanitario cuando se utilizan nuevos tratamientos psiquiátricos en pacientes resistentes al tratamiento con antidepresivos tradicionales.

Saiz y cols. (2014) refieren que en España el suicidio desde el año 2008, según el Instituto Nacional de Estadística, es la primera causa de muerte no natural por delante de los fallecidos por accidentes de tráfico y correlacionan los diferentes indicadores de crisis económica y el índice de suicidios, no encontrando dichos autores asociación entre dichos indicadores y el número anual de suicidios. También ponen de manifiesto que los profesionales sanitarios no suelen realizar una correcta historia clínica, que no existe ninguna escala validada en España para evaluar el comportamiento suicida, también la escasez de programas preventivos y la pobre formación a los profesionales, siendo la clozapina el único fármaco cuyo potencial antisuicida ha sido reconocido por la FDA. Por el contrario, Haw y cols. (2015) indican que la recesión económica está asociada con un aumento en la tasa de suicidio, sobre todo en los hombres en edad laboral y relacionado con la ansiedad, la

depresión, el consumo de alcohol y los diferentes problemas de salud mental asociados a la precariedad y al paro.

Nicholl y cols. (2010) analizan el gasto sanitario que suponen los enfermos esquizofrénicos y llegan a la conclusión que los pacientes con diagnóstico reciente y aquellos con una recaída temprana del primer brote suponen una importante carga económica, por lo que es fundamental reducir el riesgo de reagudización temprana, así como la mejora de los programas de adherencia al tratamiento. Rodríguez-Jiménez y cols. (2015) demuestran que la Terapia Electroconvulsiva (TEC) es eficaz en la prevención de recaídas tanto en cuadros afectivos como en psicóticos, reduciendo los días de ingreso, las visitas a urgencias y los ingresos urgentes disminuyendo al 50% los gastos por estancia/día y al 11,5% los gastos por visitas a urgencias. Slade y cols. (2015) estimaron una previsión del impacto económico del uso de la risperidona genérica en un plazo de cinco años, llegando a la conclusión que el gasto anual de los fármacos antipsicóticos disminuiría de manera progresiva hasta un máximo en 2019, con una reducción de prácticamente tres millones de dólares sobre el gasto anual.

Remington y cols. (2013) destacan la posibilidad de utilizar la clozapina como primera opción en el tratamiento de la primera crisis esquizofrénica por su gran poder terapéutico; en la actualidad se usa como fármaco de tercera línea ante psicosis refractarias a otros fármacos debido a la gran cantidad de efectos secundarios que produce, lo que nos obliga al control más exhaustivo del paciente. Destacan la gran importancia de tratar enérgicamente el primer episodio psicótico ya que condiciona la evolución de la enfermedad en cuanto al número de consultas en el servicio de urgencias y de ingresos hospitalarios, lo que redundará en un menor gasto sanitario.

En resumen, el perfil de paciente de nuestra investigación que mayor impacto económico supone en la consulta de urgencias psiquiátricas hospitalarias es un paciente con nivel de estudios primarios, en situación de baja laboral, trasladado por los servicios de emergencia, con patología infecciosa, que lleva prescrito un tratamiento previo en una visita anterior a un servicio de urgencias, ha ingresado previamente en planta de psiquiatría, ha acudido a urgencias en un elevado número de ocasiones, consumidor de sustancias de abuso, presenta un síndrome confusional agudo, con juicio clínico de toxicomanía, recibe tratamiento con neurolépticos, con criterio primario de ingreso por intoxicación aguda, con mayor prevalencia de realización de TAC craneal, determinación de tóxicos en orina y

valoración por médico no psiquiatra, ingresa en planta de manera involuntaria, se deriva a un centro concertado y se le modifica el tratamiento que llevaba prescrito.

Tras realizar un análisis de la varianza factorial hallamos que las **variables que influyen significativamente en el gasto de manera independiente** son la remisión del paciente a la consulta de urgencias psiquiátricas, la presencia de patología orgánica concomitante, y las visitas a urgencias previas en los últimos seis meses. En cuanto a la remisión del paciente, el hecho de ser llevados por los servicios de emergencia supone un punto clave en el incremento del gasto sanitario ya que la mayor probabilidad de valoración por médico no psiquiatra, mayor número de pruebas complementarias, realización de TAC y necesidad de contención mecánica se produce cuando son derivados a través de este canal. También influye de manera significativa, aunque no prioritaria, la necesidad de ingreso hospitalario y la determinación de tóxicos en orina.

En cuanto a las interacciones de las diferentes variables independientes con respecto al gasto sanitario se objetiva que la interacción entre la variable “remitido por” y “patología orgánica”, y “remitido por” e “ingresos psiquiátricos previos” poseen efectos significativos sobre el gasto sanitario. En el primer caso la comorbilidad física con la enfermedad mental incrementa de manera significativa las visitas a las urgencias hospitalarias; sin embargo, en algunas ocasiones debido al estigma mental estos pacientes son trasladados por los servicios de emergencia para valoración psiquiátrica, que no es necesaria en un alto porcentaje de pacientes, y obviando en muchas ocasiones la valoración no psiquiátrica. En el segundo caso implica una mayor gravedad de la patología de base que requiere mayor número de ingresos en planta de psiquiatría y mayor necesidad de ser trasladados al hospital por los servicios de urgencias extrahospitalarios. Por este mismo motivo se observa también una interacción estadísticamente significativa entre las variables “lleva tratamiento previo” e “ingresos previos”. Por lo anteriormente citado de la severidad de la sintomatología psiquiátrica, se observa también una interacción estadísticamente significativa entre las variables “patología orgánica” y “visita a urgencias los últimos 6 meses” e “ingresos previos” y “visita a urgencias los últimos 6 meses” con respecto al gasto sanitario en la atención psiquiátrica urgente.

Para determinar los **factores asociados a cada uno de los factores que determinan el gasto sanitario** realizamos una regresión logística multivariante para cada uno de ellos. El factor con mayor probabilidad asociado a la necesidad de valoración por médico no psiquiatra es la remisión del paciente al servicio de urgencias por parte de los servicios de emergencia,

siendo el segundo factor más importante la existencia de patología orgánica concomitante (infecciosa, cardiovascular y digestiva). Los factores asociados a una mayor probabilidad de ingreso en planta de psiquiatría fueron el juicio clínico de psicosis, la comorbilidad, los ingresos psiquiátricos previos y haber sido remitido al hospital por los servicios de urgencias extrahospitalarios.

Los factores asociados a mayor probabilidad de realización de pruebas complementarias fueron la remisión del paciente por parte de los servicios de emergencia, el consumo de tóxicos y ser inmigrante. Igualmente la mayor probabilidad de realización de TAC craneal se asoció significativamente a la remisión por parte de los servicios de emergencias, el síndrome confusional agudo y el consumo de opiáceos, disminuyendo la probabilidad de realización de esta prueba cuando el paciente lleva tratamiento prescrito por el Centro de Salud Mental. En cuanto a la determinación de tóxicos en orina, evidentemente el consumo de tóxicos es el factor que en mayor medida incrementa el riesgo para la realización de dicha prueba diagnóstica, especialmente el consumo de cocaína, así como la intervención de servicios sociales, visitas previas a urgencias y la remisión de los pacientes por los servicios de emergencia.

Las autoridades sanitarias no tienen estipulado un gasto a partir del cual se considere que la atención a la urgencia psiquiátrica ha sobrepasado lo que podría considerarse un **gasto “razonable”**. En nuestro trabajo hemos determinado de manera arbitraria unos tramos de gasto sanitario que oscilan entre los 200 y los 500€ de media y hemos obtenido que el 60,1% de las urgencias sobrepasan los 200€, el 58,3% superan los 300€, el 30,9% alcanzan los 400€ y el 24,8% suponen un gasto para el sistema público superior a 500€, no pudiendo comparar nuestros resultados con otros estudios, ya que en nuestro conocimiento no existen investigaciones previas al respecto. Consideramos un hecho muy relevante que 1 de cada 4 urgencias suponen para el sistema público el empleo de más 500 euros, por lo que se debería mejorar la atención psiquiátrica en el sistema extrahospitalario para intentar disminuir el elevado gasto sanitario que suponen dichas urgencias, adoptando mejoras en los Servicios de urgencia de Atención Primaria (SUAP), en los Centros de Atención Primaria y en los Centros de Salud Mental.

Para analizar los factores asociados a cada tramo de gasto realizamos una regresión logística multivariante, así en el gasto superior a 200 euros por consulta el trastorno de la personalidad fue el juicio clínico que más aumentaba el riesgo de realizar un consumo de

recursos sanitarios por encima de 200€, siendo el grupo de edad comprendido entre los 41-55 años el segundo factor con mayor influencia en dicho gasto sanitario. El hecho de llevar un tratamiento prescrito y haber estado ingresado previamente son factores que influyen de manera positiva en realizar un gasto inferior a 200€.

En cuanto al gasto superior a 300 euros el trastorno orgánico fue el juicio clínico que más aumentaba el riesgo de tener un gasto sanitario por encima de 300€, seguido muy de cerca por el trastorno de la personalidad y por aquellos pacientes con patología digestiva concomitante, siendo un factor “protector” el tener un ingreso psiquiátrico previo. La visita a urgencias en los últimos 6 meses fue el factor asociado con mayor probabilidad de realizar un consumo sanitario por encima de 400€, siendo el segundo factor más importante la remisión por parte de los servicios de emergencia. También los pacientes cuyo juicio clínico fue un trastorno por uso sustancias y aquellos que precisaron la intervención de los servicios sociales supusieron un riesgo añadido de superar los 400€ de gasto sanitario. El tratamiento previo, especialmente la prescripción de benzodiazepinas, supone un factor protector del gasto sanitario.

Por último, realizamos una regresión logística analizando los factores asociados a un gasto superior a 500 euros y encontramos que el fármaco principal al alta es el factor que influye de manera fundamental en el gasto superior a 500€ por la utilización de fármacos aversivos; la necesidad de utilización de contención mecánica fue el segundo factor más importante, suponiendo una probabilidad 17 veces superior de que la urgencia superara un gasto de 500€. Destaca que los pacientes derivados a centros concertados y aquellos que son llevados al hospital por los servicios de emergencia tienen un riesgo elevado de realizar un consumo de recursos sanitarios por encima de 500€. Al igual que en los anteriores grupos, el hecho de llevar un tratamiento previo prescrito supone un factor que favorece el ahorro sanitario.

Una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida, siendo en la actualidad la causa del 40% de las patologías crónicas y del 30% de la discapacidad que se produce en nuestro país, datos que sin duda evidencian el gran impacto desde el punto de vista asistencial, económico y humano (INESME 2011).

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud establece como uno de sus objetivos prioritarios la necesidad de “erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales” y para ello es fundamental la colaboración e

implicación de todos: políticos, autoridades sanitarias, médicos, farmacéuticos, la ciudadanía en general y los propios afectados en particular. Durante estos años, se han invertido recursos, de forma racional, en camas hospitalarias para pacientes con episodios o estadíos agudos, contando hoy con un número adecuado. Sin embargo, no se ha realizado el mismo esfuerzo en crear la infraestructura necesaria –hospitales de día, centros de recuperación psico-social, pisos protegidos, etcétera— para responder a la demanda asistencial del paciente crónico o más grave. En Europa, de cada 100 € que los gobiernos destinan a salud, como media sólo siete se dirigen a enfermedades mentales. En España, esa cifra es incluso menor, 5 €, mientras que en Luxemburgo o Reino Unido superan los 11 y 13 € según se publica en *Mental Health Economics* (2011) a pesar de la alta prevalencia de la patología psiquiátrica.

Las autoridades han tratado de fijar una línea estratégica como es mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental con el objetivo específico de potenciar la cartera de servicios, los procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la Atención Primaria y las pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis. Sin lugar a dudas, la atención integral a la enfermedad mental sigue siendo un reto, ya que, en ocasiones, estas patologías no se diagnostican de forma precoz, hay problemas en el seguimiento a través de la historia clínica, es necesario aumentar los pacientes que reciben psicoterapia, los medicamentos pueden llegar a no ser administrados de forma adecuada y no ajustados a las necesidades del enfermo y los programas de rehabilitación necesitan ser consolidados.

VI. CONCLUSIONES

VI. CONCLUSIONES

1. Las urgencias psiquiátricas durante el período del estudio supusieron un 1,5% del total de las asistencias hospitalarias urgentes, presentando el 40% de los pacientes patología orgánica asociada, por lo que la atención psiquiátrica de urgencias debe estar integrada dentro del ámbito asistencial con las urgencias médico-quirúrgicas debido a la elevada frecuencia de patología somática y psiquiátrica concomitante.

2. El perfil sociodemográfico del paciente que acude a consulta de urgencias psiquiátricas fue de una mujer que consultó entre las 12.00 y las 18.00 horas en día laborable, lo hizo por voluntad propia, con una edad entre 26 y 40 años, con estudios primarios, de nacionalidad española, desempleada y casada.

3. El 80% de los pacientes llevan tratamiento psiquiátrico prescrito fundamentalmente por el Centro de Salud mental, el 48% han acudido al servicio de urgencias en los seis meses previos y el 33% han sido ingresados en planta de psiquiatría con anterioridad, por lo tanto, son mayoritariamente pacientes diagnosticados previamente. Las alteraciones de la conducta fue el motivo más frecuente de consulta, siendo los trastornos afectivos y de la personalidad los juicios clínicos más prevalentes.

4. Los pacientes inmigrantes presentan perfiles distintos a los pacientes autóctonos, ya que son en una mayor proporción trasladados por los servicios de emergencias, uno de cada dos pacientes no llevan tratamiento psiquiátrico pautado y con una mayor prevalencia de patología psicótica y consumo de sustancias de abuso. La realización de pruebas complementarias, la determinación de tóxicos en orina y la valoración clínica por médico no psiquiatra fueron significativamente superiores a las de la población nacional, posiblemente influido por la barrera idiomática y la mayor gravedad de los síntomas.

5. El origen de la demanda asistencial psiquiátrica urgente en el 32 % se debió al consumo de tóxicos, siendo el abuso de alcohol el responsable de la mitad de las intervenciones. La franja horaria con mayor demanda entre los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas fue entre las 06.00 y las 12.00 horas en días laborables, mayoritariamente trasladados por los servicios de emergencia por nerviosismo/agitación y por alteraciones de la conducta y uno de cada dos pacientes habían sido ingresados previamente en una planta de psiquiatría.

6. Dos de cada diez pacientes que acudieron a urgencias psiquiátricas fueron ingresados en la unidad de internamiento de salud mental. El juicio clínico de psicosis, la remisión del paciente por terceras personas, ingresos psiquiátricos previos y la necesidad de pruebas complementarias son factores asociados a la decisión del ingreso del paciente psiquiátrico.

7. El 12% de los pacientes precisaron contención mecánica siendo la remisión por un servicio de urgencias el factor de riesgo más importante asociado a la necesidad de utilización de medidas físicas. La agitación psicomotriz, la necesidad de pruebas complementarias e ingresos psiquiátricos previos son también factores que aumentan significativamente la probabilidad de utilización de esta medida.

8. La media del consumo del gasto sanitario por urgencia fue aproximadamente de 400€ con un rango que oscila entre los 85€ a 2700€. Unade cada cuatro urgencias psiquiátricas supuso un gasto sanitario superior a 500€. Los factbres que explican el 85% de la varianza del gasto sanitario son la remisión del paciente, la patología orgánica concomitante y las visitas previas a urgencias en los últimos seis meses.

9. El traslado del paciente por los servicios de emergencias a las urgencias psiquiátricas hospitalarias es el factor asociado más importante a la decisión de ingreso hospitalario, la realización de mayor número de exploraciones complementarias y la valoración por médico no psiquiatra, lo cual redundo en un mayor gasto sanitario.

10. La estimación del impacto económico de la patología psiquiátrica constituye un aspecto fundamental para conocer mejor la magnitud del problema de salud y para la asignación de los recursos humanos, sanitarios y materiales, destinados a reducir los efectos indeseables de estas enfermedades crónicas sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad.

VII. BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. ABUALENAIN J, FROHNA WJ, SHESSER R, DING R, SMITH M, PINES JM. "Emergency department physician-level and hospital level variation in admission rates". *Ann. Emerg. Med.* 2013; 13: 38-43.
2. ACHOTEGUI J. Migración y salud mental. "El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)". *Abendua*- Diciembre 2009.
3. ACHOTEGUI J. "La crisis como factor agravante del Síndrome de Ulises. Temas de psicoanálisis". *Núm. 3* – Enero 2012.
4. ADAMS L, KOOP P, QUAN H, NORRIS C. "A population based comparison of the use of acute health care services by older adults with and without mental illness diagnoses". *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2015 Feb; 22(1):39-46.
5. AHN N, MESEGUER JA, HERCE J. "Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España". *Fundación BBVA*. Documentos de trabajo nº7.2003.
6. ALDADIEZ M, GARCÍACAMPAYO J, SOBRADIEL N. "Differences in the diagnosis and treatment of immigrant and local psychiatric inpatients admitted to a general hospital in Spain: a controlled study". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2010; 38(5): 262-269.
7. ALEKSEEVA N, GELLER F, PATTERSON J, FITZ-GERALD M, HORTON R, MINAGAR A. "Urgent and emergent psychiatric disorders". *Neurol. Clin.* 2012; 330: 321-344.
8. ALLBUT TC. "A system of medicine I". *Mcmillan*. Madrid 1986
9. ALLEN MH, ABAR BW, MCCORMICK M, BARNES DH, HAUKOOS J, GARMEL GM, BOUDREAUX ED. "Screening for suicidal ideation and attempts among emergency department medical patients: instrument and results from the psychiatric emergency research collaboration". *Suic. Life Threat Behav.* 2013; 16: 42-51.

10. ARIAS V, SANZ N, TRENCHS V, CURCOY A, MATALI J, Y LUACESC. "Implicación de las sustancias psicoactivas en las consultas de adolescentes en urgencias". *Med Clin (Barc)*.2010;134 (13): 583-586.
11. ARTAL J. "Urgencias psiquiátricas: aspectos sociodemográficos y asistenciales". *ActasLuso-Españolas Neurol. Psiquiatr*. 1980, 16, p.4.
12. Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-administrativo. Recurso nº 497/2000. Fecha sentencia. 22-X-2003. Magistrado ponente: Ilmo. Sr. Ernesto Mangas.
13. Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso-administrativo. Recurso nº 88/2001. Fecha sentencia. 22-I-2003. Magistrado ponente: Ilma. Sra. Lourdes Sanz-Calvo.
14. Audiencia Provincial de Toledo. Recurso nº 85/2001. Magistrado ponente: Emilio Buceta Millar.
15. BACA-GARCÍA E, DÍAZ-SASTRE C, RESA EG, BLASCO H, CONESA DB, SAIZ-RUIZ J. "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrist after a patient's suicide attempt". *Psychiatr. Serv*. 2004; 55: 792-797.
16. BACA-GARCÍA E, PÉREZ-RODRÍGUEZ MM, BASURTE I, FERNÁNDEZ DEL MORAL AL, JIMÉNEZ MA, GONZÁLEZ JL, SAIZ J, OQUENDO MA. "Diagnostic stability of psychiatric disorders". *Brit. J. of Psychiatry* 2007; 190: 210-216.
17. BAGOIEN G, HÄKON J, OSTENSEN C, REITAN S, ROMUNDSTAD P, MORKEN G. "The effects of motivational interviewing on patients with comorbid substance use admitted to a psychiatric emergency unit- a randomised controlled trial with two year follow up". *BMC Psychiatry* 2013; 13: 93-114.
18. BALLARD DW, PRICE M, FUNG V, BRAND R et al. "Validation of an algorithm for categorizing the severity of hospital emergency department visits". *Med Care* 2010, 48(1); 58-63.
19. BENAROUS X, GUEDJ MJ, BRAITMAN A, GALLOIS E, LANA P. "The link between aggressive behaviour and depression in adolescence. A cross-sectional study conducted in the psychiatric emergency unit at the Sainte-Anne hospital". *Encephale* 2014 Dec; 40(6): 439-46.

20. BENAVIDES F, RUIZ-FORÉS N, DELCLOS J, DOMINGO-SALVANY A. "Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España". *Gaceta Sanitaria* 2013;27(3):248-253.
21. BORM N° 31 del sábado 7 de febrero de 2009.
22. BOWERS L, VAN DER WERF B, VOKKOLAINEN A, MUIR-COCHRANE E, ALLAN T, ALEXANDER J. "International variation in containment measures for disturbed psychiatric in patients: a comparative questionnaire survey". *Int J Nurs Stud.* 2007 Mar; 44(3):357-64.
23. BOYER L, HENRY JM, SAMUELIAN JC, BELZEAUX R, AUQUIER P, LANCON C, DA FONSECA D. "Mental disorders among children and adolescents admitted to a french psychiatric emergency service". *Emerg. Med. Int.* 2013; 10: 180-184.
24. BRENNAMAN L. "Crisis emergencies for individuals with severe, persistent mental illnesses: a situation-specific theory". *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2012; 26(4): 251-260.
25. BROWN T, CHUNG J, CHOI S, SCHEFFLER R, ADAMS N. "The impact of California's full-service partnership program on mental health-related emergency department visits". *Psychiatr. Serv.* 2012 Aug;63(8):802-7.
26. BRUCKNER T, KIM Y, SNOWDEN L. "Racial/ethnic disparities in children's emergency mental health after economic downturns". *Adm. PolicyMent. Health* 2013; 2: 474-478.
27. CABASES JM. "La financiación del gasto sanitario en España". *Fundación BBVA. Economía y Sociedad. Informes* 2010.
28. CAMPOS R. "Principios generales de la evaluación psiquiátrica en urgencias". En: SEVA A, editor. "Urgencias psiquiátricas". *Barcelona: Sanofi-Winthrop*, 1993; p. 21-32.
29. CAÑETE NICOLAS C, HERNÁNDEZ VIADEL M, BELLIDO RODRÍGUEZ C, LERA CALATAYUD G, ASENSIO PASCUAL P, PÉREZ PRIETO J, CALABUIG CRESPO R, LEAL CERCOS C. "Involuntary out patient treatment (iot) for severe mental patients: current situation in Spain". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2012; 40(1): 27-33.

30. CARSTEN P, CANTOR E. "Age at immigration and risk of schizophrenia among immigrants in Denmark: a 25 years incidence study". *Am. J. Psychiatry* 2012 Octubre 169(10): 1117-8.
31. CASADO MARTÍNEZ JL, PÉREZ LÁZARO JJ, TEJEDOR FERNÁNDEZ M, PRIETO RODRIGUEZ MM, FERNÁNDEZ RUIZ I, PÉREZ COBO G. "Atención urgente. Estudio de la situación y propuestas de futuro". *Todo Hospital* 2003; 198:427-48.
32. CASELLA CB, LOCH A. "Religious affiliation as a predictor of involuntary psychiatric admission: a Brazilian 1-year follow-up study". *Front Public Health* 2014 Aug 11; 2:102.
33. CHANG B, GITLIN D, PATEL R. "The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies". *Emerg. Med. Pract.* 2011; 13(9): 1-23.
34. CHINCHILLA A, CORREAS J, QUINTERO F, VEGA M. "Manual de urgencias psiquiátricas". *Barcelona: Masson*, 2003.
35. CHINCHILLA, ALFONSO. "Manual de urgencias psiquiátricas". *Barcelona: Masson*, 2009.
36. "Código de Ética y Deontología Médica", de la *Organización Médica Colegial* (2011).
37. CONDE DÍAZ M, ESTEBAN ORTEGA C. "La urgencia psiquiátrica en un hospital general. La patología de la agresividad principal motivo de consulta". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, 2009; Vol XXIX, nº 104: 303-317.
38. DEL-BEN CM, RUFINO AC, AZEVEDO-MARQUES JM, MENEZES PR. "Differential diagnosis of first episode psychosis: importance of optimal approach in psychiatric emergencies". *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2010; 32: 78-86.
39. DE TOLEDO J, CUESTAS E. "¿Se contagian las conductas suicidas entre los jóvenes?" *Evidencias en Pediatría*. Diciembre 2013. Volumen 9. Número 4.
40. DIEZ SÁENZ A, PINET C, OCHOA S, AUTONELL J. "Urgencias psiquiátricas relacionadas con el consumo de sustancias". *Rev. Psiquiátrica Fac. Med. Barna* 2005; 32: 190-196.

41. DISNEY KL, WEINSTEIN Y, OLTMANNS TF. "Personality disorder symptoms are differentially related to divorce frequency". *J Fam Psychol* 2012 Dec; 26(6):959-65.
42. DONISI V, TEDESCHI F, SALAZZARI D, AMADDEO F. "Differences in the use of involuntary admission across the Veneto Region: which role for individual and contextual variables?". *Epidemiol. Psychiatric Science* 2014 Dec 9:1-9.
43. DOOLEY-HASH S, BANKER JD, WALTON MA, GINSBURG Y, CUNNINGHAM RM. "The prevalence and correlates of eating disorders among emergency department patients aged 14-20 years". *Int. J. Eat Disord.* 2012; 45: 883-890.
44. ESPINOSA SABINA L, CASTILLA PÉREZ. "Estudio descriptivo de las derivaciones urgentes a una unidad de salud mental". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* nº 83 jul-sep. 2002.
45. ESTEBAN JL., LEÓN A. Y PORRAS I. "Análisis de varias medidas de contención del gasto farmacéutico ambulatorio en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria". *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, nº 9 volumen 60 Noviembre 2013.
46. ESTELLA J, ROMÁN J, VIDAL V. "Análisis de la actividad de una Unidad de Observación en un servicio de urgencias por medio de una escala de carga asistencial". *Emergencias* 1997; 9: 79-85.
47. FÉRNANDEZ GALLEGO V, MURCIA PÉREZ E, SINISTERRA AQUILINO J, CASAL ANGULO C, GÓMEZ ESTARLICH C. "Manejo inicial del paciente agitado". *Emergencias* 2009; 21:121-132.
48. FÉRNANDEZ MARTINEZ FJ, BLASI A, VALSERA A, RIVERO A, BALLESTAR N, FERRIZ G, RIERA N, RIERA C, ORIOL M, ROJAS M. "Accessibility plan: can offer a higher quality for a lower cost?". *Rev Enferm.* 2011 Dec; 34(12): 18-20.
49. FLOVIN JC, VAALER AE, MORKEN G. "Substance use at admission to an acute psychiatric department". *Nord. J. Psychiatry* 2009; 63: 113-119.
50. FUERTES MC, ELIZALDE L, DE ANDRES R, GARCÍA CASTELLANO P, URMENETA S, URIBE JM. "Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra". *An Sist Sanit Navar* 2010;33: 57-68.

51. FULBROOK P, LAWRENCE P. "Survey of an Australian general emergency department: estimated prevalence of mental health disorders". *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22: 30-38.
52. FUNG V, PRINCE M et al. "Adverse clinical events among medicare beneficiaries using antipsychotic drugs: linking health insurance benefits and clinical needs". *Med. Care* 2013; 51(7): 614-621.
53. GINER J, SAIZ J, BOBES J, ZAMORANO E, LÓPEZ F, HERNANDO T. "Consenso español de salud física del paciente". *Rev. PsiquiatrSalud Mental (Barc 2014)*; 7(4):195-207.
54. GÓMEZ J. "Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias". *Emergencias* 2003; 15: 165-174.
55. GÓNZALEZ C, PÉREZ E. "Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2008, vol. XXVIII, nº 101, pp. 27-41.
56. GUNLICKS-STOESSEL M, MUFSON L, WESTERVELT A, ALMIRALL D, MURPHY S. "A pilot SMART for developing and adaptive treatment strategy for Adolescent Depression". *J. Clin. Child Adolesc Psychol* 2015 Mar 18: 1-15.
57. HAW C, HAWTON K, GUNNELL D, PLATT S. "Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors". *Int J Soc Psychiatry* 2015 Feb; 61 (1): 73-81.
58. HERNÁNDEZ DE COS P, MORAL-BENITO E. "Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE". *Documentos Ocasionales nº 1107. Banco de España*. 2011.
59. HERNÁNDEZ JL, SANTAMARIA S, DOMPER J. "Urgencias psiquiátricas en un Hospital General". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1998, vol. XVIII, nº 67, pp. 435-456.
60. HERNANDO L, PALOMAR J, MÁRQUEZ M. "Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica". *Gac. Sanit.* 2009; 23(3): 208-215.
61. <http://noticias.lainformacion.com/>. "El 80% de las personas con enfermedad mental están en desempleo". 11/02/14. Revisado 17/03/2015.

62. HUSUM TL, BJORNGAARD JH, FINSET A, RUUD T. "A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and Ward characteristics". *BMC HealthServ Res* 2010 Apr 6;10:89.
63. IGLESIAS C, SAIZ P, GARCÍA-PORTILLA M, BOUSOÑO M, JIMÉNEZ L, SANCHEZ F, BOBES J. "Effects of the economic crisis on demand due to mental disorders in Asturias: data from the Asturias Cumulative Psychiatric Case Register (2000-2010)". *Actas Esp Psiquiatria* 2014; 42 (3): 108-115.
64. INESME 2011. "Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes".
65. JELINEK GA, WEILAND TJ, MACKINLAY C, GERDTZ M, HILL N. "Knowledge and confidence of Australian emergency department clinicians in managing patients with mental health-related presentations: findings from a national qualitative study". *Int. J. Emerg. Med.* 2013; 6(1): 125-132.
66. JIMÉNEZ CASTRO L, RAVENTÓS VORST H, ESCAMILLA M. "Substance use disorders and schizophrenia: prevalence and sociodemographic characteristics in the Latin American population". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2011 ; 39(2): 123-130.
67. JONES L, ASARE J. "Severe mental disorders in complex emergencies". *Lancet* 2009; 374: 654-61.
68. KIRSCHENBAUER HJ, WAGNER P, SEEHUBER D, WEBER B, GRUBE M. "Involuntary Hospitalization in Frankfurt/Main, Germany—anachronism or up-to-date?—the psychiatric information system".
69. KULKARNI J, REEVE-PARKER K. "Psychiatrists awareness of partial-and non-adherence to antipsychotic medication in schizophrenia: results from the Australian ADHES survey". *Australas Psychiatry* 2015.
70. KWEON YS, HWANG S, YEON B, CHOI KH. "Characteristics of drug overdose in young suicide attempters". *Clin. Psychophar. Neurosci.* 2012; 10(3): 180-184.
71. LAINENTRALGO P. "Concepto de salud y enfermedad. Patología general". Toray, Madrid, 1974.
72. LAVILLA CAÑEDO A. "Bioética: una disciplina necesaria en la formación científica". *Revista de Bioética y Derecho*. Número 22 Mayo 2011.

- 73.** LEPINE BA, MORENO RA, CAMPOS RN. "Psychiatric practice in the general hospital: consultation-liaison and emergency". *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34: 379-388.
- 74.** LEPPING P. "The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries". *J. Clin. Psychopharmacol.* 2013; 14: 38-43.
- 75.** LEWIS A. "Health as a social concept". *British Journal of Sociology.* 1953;4: 109-124.
- 76.** Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº. 102 de 29 de Abril de 1986.
- 77.** Ley 15/1990 del 9 de julio, La ordenación Sanitaria de Cataluña. DOGC nº. 1324 de 30 de Julio de 1990.
- 78.** Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 79.** Ley 33/2011 del 4 de octubre, Ley General de Salud Pública.
- 80.** LÓPEZ-BASTIDA J, SERRANO-AGUILAR P, DUQUE-GONZÁLEZ B. "Costes socioeconómicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en 2002". *Aten Primaria* 2004; 34(1):32-38.
- 81.** LUQUE R, VILLAGRÁN JM. "Conceptos de salud y enfermedad en psicopatología. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias". *Trotta*, 2000.
- 82.** LUQUE A, CONDE M. "Diferencias sociodemográficas y de utilización del servicio entre primeras consultas programadas y urgentes en un Centro de Salud Mental". *Psiquis*, 2001; 22(3): 130-136.
- 83.** LUTGENS D, IYER S, JOOBER R, BROWN TG, NORMAN R, LATIMER E, SCHMITZ N, ABDEL BAKI A, ABADI S, MALLA A. "A five-year randomized parallel and blinded clinical trial of an extended specialized early intervention vs. regular care in the early phase of psychotic disorders: study protocol". *BMC Psychiatry* 2014 Feb.

- 84.** MARCIANO R, MULLIS DM, JAUCH EC, CARR CM, RANEY L, MARTIN RH, WALKER BJ, SAEF SH. "Does targeted education of emergency physicians improve their comfort level in treating psychiatric patients?". *West J. Emerg. Med.* 2012; 13(6): 453-457.
- 85.** MARK TL et al. "The effects of antidepressant step protocols on pharmaceutical and medical utilization and expenditure". *Am. J. Psychiatry* 2010; 167(10):1202-9.
- 86.** MARQUÉS JA. "Las estrategias convencionales de reducción de las Urgencias hospitalarias inadecuadas no son efectivas". *Gestión Clínica y Sanitaria* 1999 Septiembre, vol. 1 nº1, p.8-9.
- 87.** MARTÍN IGLESIAS V, PONTÓN SORIANO C, QUINTIÁN GUERRA MT, VELASCO SANZ TR, MERINO MARTÍNEZ MR, SIMÓN GARCÍA MJ, GONZÁLEZ SÁNCHEZ JA. "Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos". *Enferm Intensiva.* 2012 Oct-Dec; 23(4):164-70.
- 88.** *Mental Health Economics* (2011).
En:<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/PSSRU/mheen.aspx>.
- 89.** MIHANOVIC M, RESTEK-PETROVIC B, BOGOVIC A, IVEZIC E, BODOR D, POZGAIN I. "Quality of life of patients with schizophrenia treated in foster home care and in outpatient treatment". *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015 Mar 5,11: 585-95.
- 90.** MONTERO PÉREZ F, CALDERÓN DE LA BARCA GÁZQUEZ J, JIMÉNEZ MURILLO L, BERLANGO JIMÉNEZ I. "Situación actual de los Servicios de Urgencias Hospitalarios en España: Actividad asistencial, docente e investigadora". *Emergencias* 2000; 12:237-247.
- 91.** MORENO FUENTES F, BRUQUETAS CALLEJO M. "Inmigración y estado del bienestar en España". *Colección Estudios Sociales nº31* 2011. *Fundación Obra Social "La Caixa"*.
- 92.** MORENO MILLÁN E. "Ventajas e inconvenientes del copago en la financiación y gestión de la atención sanitaria urgente". *Emergencias* 2007; 19:32-35.
- 93.** MORENO MILLÁN E. "Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias". *Emergencias* 2007; 19:222-224.

- 94.** MORENO MILLÁN E. "¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?". *Emergencias* 2008; 20:276-284.
- 95.** MUIÑO A, GONZÁLEZ VJ, RODRÍGUEZ E, LÁZARO C, FERNÁNDEZ E. "Asistencia en un servicio de urgencia: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos". *Rev. Clin. Esp.* 1988; 182: 374-8.
- 96.** MURPHY AW. "Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, recurrence and reasons for attendance (I)". *Fam.Pract.* 1998; 15: 23-32(a).
- 97.** MURPHY AW. "Inappropriate attenders at accident and emergency departments I: definition, recurrence and reasons for attendance (II)". *Fam.Pract.* 1998; 15: 33-37(b).
- 98.** NASSIR S, VOHRINGER P, WHITHAM E. "Antidepressants from a public health perspective: re-examining effectiveness, suicide, and carcinogenicity". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013; volumen 127: 89-93.
- 99.** NICHOLS D. et al. "Burden of schizophrenia in recently diagnosed patients: healthcare utilization and cost perspective". *Curr. Med. Resp. Opinion* 2010 Apr; 26(4); 943-955.
- 100.** "OECD Health Data 2012". *OECD/CREDES*. París, 2012.
- 101.** OLLERCANET S, LACASTRATINTORER D, CASTRO RODRIGUEZ J, GARCÍA LECINA R, FLAMARICHZAMPAIO D, FONT CANAL T, FERNANDEZ SAN MARTÍN M, MARTÍN LÓPEZ LM. "Do depressed patients comply with treatments prescribed? A cross-sectional study of adherence to the antidepressant treatment". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2011; 39(5): 288-293.
- 102.** PANTALON MV, MURPHY MK, BARRY DT, LAVERY M, SWANSON AJ. "Predictors and moderators of after care appointment-keeping following brief motivational interview in among patients with psychiatric disorders dual diagnosis". *J Dual Diag.* 2014; 10(1): 44-51.
- 103.** PAPAIOANNOU ES, RAIHA I, KIVELA SL. "Self-neglect of the elderly. An overview". *Eur. J. Gen. Pract.* 2012; 18(3): 187-190.

- 104.PASCUAL JC. "Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2006; 34 (4): 239-244.
- 105.PASSAMAR M, TELLIER O, VILAMOT B. "Psychomotor agitation, pharmaceutical sedation and psychiatric emergency in psychotic patients". *Encephale* 2011; 37(6): 448-456.
- 106.PASTOR LM. "Actualización biomédica en bioética: un imperativo ético primordial". *Cuadernos de Bioética* Vol. 22 num.2. (2011).
- 107.PATTYN E, VERHAEGHE M, BRACKE P. "The gender gap in mental health service use". *Soc Psychiatry Epidemiol* 2015 Mar 19.
- 108.PEIRÓ S, GARCÍA-PETIT J. "El gasto hospitalario poblacional: variaciones geográficas y factores determinantes". *Presupuesto y Gasto público* 49/2007: 193-209.
- 109.PEREZ-CARCELES, M. D., MEDINA, M. D., PEREZ-FLORES, D., NOGUERA, J. A., PERENIGUEZ, J. E., MADRIGAL, M., & LUNA, A. (2014). "Screening for hazardous drinking in migrant workers in southeastern Spain". *Journal of occupational health*, 56(1), 39-48.
110. QURESHI NA. "Triage systems: a review of the literature with reference to Saudi Arabia". *East. Mediterr. Health J.* 2010; 16: 690-698.
- 111.RAZVODOVSKY Y. "Estimación de la fracción de la mortalidad en Rusia atribuible al alcohol". *Adicciones* 2012; 3: 247-252.
- 112.REED M, FUNG V et al. "Care-seeking behavior in response to emergency department copayments". *Med. Care* 2005; 43(8): 810-816.
- 113.REMINGTON G, AGID D, FOUSIAS G. "Clozapine's role in the treatment of first-episode schizophrenia". *Am. J. Psychiatric* (2013), 170: 146-151.
- 114.RODRIGUEZ- JIMENEZ R, BAGNEY A, TORIO I, CABALLERO M, RUIZ P. "Utilidad clínica e implicaciones económicas de la terapia electroconvulsiva de continuación /mantenimiento en un hospital público del Sistema Nacional de Salud español: serie de casos". *Rev. PsiquiatrSalud Mental* (Barc.). 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.10.002>.
- 115.RONCERO C, RODRIGUEZ CINTAS L, BARRAL C, FUSTE G, DAIGRE C, RAMOS J, CASAS M. "Treatment adherence to treatment in substance users referred

- from psychiatric emergency service to outpatient treatment". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2012 ; 40(2): 63-69.
- 116.**RUE M, ROQUE M, MESTRE J, ARTIGAS A, BONFILL X. "Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico". *Med. Clin.*1997; 108: 647-651.
- 117.**SAIZ P, BOBES J. "Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta". *Rev Psiquiatr. Salud Mental (Bar.)*2014 ; 7(1):1-4.
- 118.**SALDIVIA S, TORRES F, CABASES J Y GRUPO PSICOST. "Estimación de unidades de costs de atención sanitaria a pacientes con esquizofrenia". *Actas Esp. Psiquiatria* 2005; 33 (5):280-285.
- 119.**SÁNCHEZ PEÑA J, ÁLVAREZ COTOLI P, RODRÍGUEZ SOLANO J. "Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment". *Actas Esp. Psiquiatr.* 2012; 40(3): 129-135.
- 120.**SANJURJO E, CÁMARA M, NOGUE S, GARCÍA S, TO-FIGUERAS J, MIRO O. "Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y analíticos". *Emergencias* 2005; 17: 26-31.
- 121.**SANJURJO E, MONTORI E, NOGUE S, SÁNCHEZ M, MUNNE P. "Urgencias por cocaína: un problema emergente". *Med.Clin.* 2006; 126(16):616-619.
- 122.**SANTEN SA, HEMPHILL R, PROUGH E, PERLOWSKY A. "Do patients understand their physician's level of training? A survey of emergency department patients". *Academic Medicine*, 2004; 79: 39-143.
- 123.**SANZ LJ, ELUSTONDO I. "Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2007; Vol. XXVII, nº100: 281-291, ISSN 0211-5735.
- 124.**SCHNEIDER S, GALLERY M, SCHAFERMEYER R, ZWEMER F. "Emergency department crowding: a point in time". *Annals of Emergency Medicine*, 2003; 42. 167-172.
- 125.**SEMPERE T, PEIRO S, SENDRA P, MARTINEZ C, LÓPEZ I. "Validez del protocolo de adecuación de Urgencias Hospitalarias". *Rev. Esp. SaludPública* 1999; 73: 465-479.

126. SEMPERE T, PEIRO S, SENDRA P, MARTINEZ C, LÓPEZ I. "Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons- an approach with explicit criteria". *Ann. Emerg. Med.* 2001; 37: 568-579.
127. SLADE E, SIMONI-WASTILIA L. "Forecasting medicaid expenditures for antipsychotic medications". *Psychiatr Serv.* 2015 Mar 31.
128. SMITH GM, ASHBRIDGE DM, DAVIS RH, STEINMETZ W. "Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assaults by Patients in Pennsylvania's State Hospitals". *Psychiatr Serv.* 2015 Mar 1;66(3):303-9.
129. STEINERT J, WALTER M, GLANZ W, SARNYAL Z, BERMSTEIN HG, VIELHABER. "Increased prevalence of diverse N-methyl-D-aspartate glutamate receptor antibodies in patients with an initial diagnosis of schizophrenia: specific relevance of Ig G NR1 antibodies for distinction from N-methyl-D-aspartate glutamate receptor encephalitis". *JAMA Psychiatry.* 2013 Mar 70 (3): 271-8.
130. STEINERT T, NOORTHOORN EO, MULDER CL. "The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries". *Front Public Health.* 2014 Sep 24;2: 141.
131. TESTA A, GIANNUZI R, DAINI S, BERNARDINI L, PETRONGOLO L, SOLLAZZO F. "Psychiatric emergencies (part I): psychiatric disorders causing organic symptoms". *Eur. Rev. Pharmacol.* 2013 Feb; 17 Suppl 1: 55-64.
132. TESTA A, GIANNUZI R, DAINI S, BERNARDINI L, PETRONGOLO L, SOLLAZZO F. "Psychiatric emergencies (part II): psychiatric disorders causing organic symptoms". *Eur. Rev. Pharmacol.* 2013 Feb; 17 Suppl 1: 65-85.
133. TESTA A, GIANNUZI R, DAINI S, BERNARDINI L, PETRONGOLO L, SOLLAZZO F. "Psychiatric emergencies (part III): psychiatric disorders causing organic symptoms". *Eur. Rev. Pharmacol.* 2013 Feb; 17 Suppl 1: 86-99.
134. TINLAND A, FORTANIER C, GIRARD V, LAVAL C, VIDEAU B, RHENTER P, GREACEN T, FALISSARD B, APOSTOLIDIS T, LANCON C, BOYER L, AUQUIER P. "Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial". *Trials* 2013 Sep 24; 14:309.

- 135.** TOMÁS S, DUASO E, FERRER JM, RODRÍGUEZ M, PORTA R, EPELDE F. "Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el AppropriatenessEvaluationProtocol: un análisis de 4700 casos". *An. Med. Interna* (Madrid) 2000; 17: 229-237.
- 136.** URBANOS GARRIDO R. "El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro". *Revista asturiana de economía*. RAE Nº 35 2006.
- 137.** VAN DER POST LF, PEEN J, VISCH I, MULDER CL, BEEKMAN A, DEKKER J. "Patient perspectives and the risk of compulsory admission: The Amsterdam Study of Acute Psychiatry". *Int J. Soc Psychiatry* 2013 Jan 17.
- 138.** VAN DER VOORT TY, VAN MEIJEL B, GOZNES PJ, HOOGENDOORM AVV, DRAISMA S, BEEKMAN A, KUPKA RW. "Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial". *Br. J. Psychiatric* 2015 Mar.
- 139.** VAN GELOVEN A, LUITSE J, SIMONS M, VOLKER B, VERBEEK M, OBERTOP H. "Emergency medicine in the Netherlands, the necessity for changing the system: results form two questionnaires". *European Journal of Emergency Medicine*, 2003; 10:318-322.
- 140.** VIBHA P, SADDICHHA S. "The burden of behavioral emergencies: need for specialist emergency services". *Intern. Emerg.Med.* 2010; 6: 513-519.
- 141.** VISIGER D. "Overutilization of the referral General Hospital Emergency Room for Psychiatric Referrals in a Israel Hospital". *Am. J. Public Health*, 1984, 74,1,pp.:73-75.
- 142.** WRIGHT K, MCGLEN I, DYKES S. "Mental health emergencies: using a structured assessment framework". *Emerg. Nurse* 2012; 19(10): 28-35.
- 143.** ZARAGOZA M, CALVO C, SAAD T. "Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario". *Emergencias* 2009; 21: 339-345.
- 144.** ZIGMAN D, YOUNG M, CHALK C. "Using simulation to train Junior Psychiatry residents to work with agitated patients a pilotstudy". *Acad. Psychiatry* 2013, Jan 1; 30(1).

ANEXOS

ANEXO I

EVALUACIÓN URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

1. Fecha:

2. Número Seguridad Social

3. Día de la semana:

4. Mes:

5. Hora de llegada:

6. Sexo:
 1. Hombre
 2. Mujer

7. Edad:

8. Nivel de estudios
 0. Falta de datos
 1. Primarios
 2. Medios
 3. Superiores
 4. Sin estudios

9. Situación laboral

0. Falta de datos
1. En activo
2. Invalidez temporal
3. Invalidez permanente
4. Jubilados
5. Desempleados

10. Hospital de referencia

0. Falta de datos
1. Hospital Naval
2. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
3. Hospital Ramón Alberca
4. Hospital Raimundo Muñoz
5. Hospital Reina Sofía
6. Hospital Morales Meseguer
7. Centro privado
8. Hospital extraprovincial

11. Estado Civil

0. Falta de datos
1. Soltero
2. Casado
3. En pareja
4. Viudo
5. Separado

12. Inmigrante

0. No
1. Sudamericano
2. Magrebí
3. Subsahariano
4. Europa del Este
5. Medio Oriente
6. Asia
7. Resto de Europa
8. Centroamérica
9. Norteamérica

13. Tiempo en España

0. Falta de datos
1. Menos de 1 año
2. Entre 1-5 años
3. Entre 5-10 años
4. Más de 10 años

14. El paciente es remitido a Urgencias:

0. A petición propia
1. Lo lleva la familia
2. Por la policía
3. Por el 112 – 061
4. Por el SUAP (Servicio de Urgencias de Atención primaria)
5. Por el médico de atención primaria

6. Por el Centro de Salud Mental
 7. Por otra Especialidad
 8. Por otro Hospital
15. El paciente presenta patología orgánica concomitante:
0. No / Falta de datos
 1. Hepatitis tipo B
 2. Hepatitis tipo C
 3. Virus inmunodeficiencia adquirida (VIH)
 4. Hepatopatía
 5. Traumatismo craneoencefálico
 6. Epilepsia
 7. Patología neuromuscular
 8. Neoplasia de cualquier localización
 9. Enfermedades neurodegenerativas
 10. Madre gestante / madre lactante
 11. Cualquier patología ginecológica
 12. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
 13. Asma
 14. Cardiopatía isquémica
 15. Diabetes Mellitas
 16. Hipertensión (HTA)
 17. Dislipemias
 18. Cualquier patología dermatológica
 19. Enfermedades autoinmunes
 20. Osteoporosis

21. Artrosis
22. Fibromialgia reumática
23. Pancreatitis
24. Accidente cerebrovascular (ACVA)
25. Patología tiroidea
26. Encefalopatía
27. Insuficiencia renal
28. Ulcus gástrico / duodenal
29. Otras

16. ¿Lleva tratamiento psiquiátrico actualmente? En caso afirmativo ¿Quién lo prescribió?

0. No (abandono o nunca lo llevó t o no tenemos datos)
1. Médico de atención primaria
2. En Centro de Salud Mental
3. Psiquiatra privado
4. Otro especialista no psiquiatra
5. Por cuenta propia
6. Se instauró en Urgencias

17. El paciente tiene ingresos psiquiátricos previos:

0. No
1. Si

18. Visitas previas en los últimos 6 meses a urgencias:

0. No / Falta de datos

1. Entre 1-5 veces
2. Entre 6-11 veces
3. Más de 11 veces

19. El paciente consume tóxicos:

0. No / Falta de datos
1. Alcohol
2. Cannabis
3. Cocaína
4. Opiáceos
5. Anfetaminas
6. Alucinógenos
7. Abuso de psicótrpos

20. El motivo de consulta es:

0. Nerviosismo
1. Tristeza
2. Agitación psicomotriz
3. Agresividad
4. Alteración de la conducta
5. Intento de autolisis
6. Ideación auto lítica
7. Quejas somáticas
8. Confusión/ Desorientación
9. Otros

21. El paciente es diagnosticado y se emite un juicio clínico de:
0. Retraso Mental / T. General del desarrollo
 1. Delirium
 2. Demencia
 3. Intoxicación por sustancias de abuso
 4. Abuso / Abstinencia/ Dependencia a tóxicos
 5. Esquizofrenia
 6. Otras psicosis
 7. Depresión mayor
 8. Episodio Maniaco / Hipomaniaco
 9. Trastorno Bipolar
 10. Distimia
 11. Crisis de pánico
 12. Trastorno de Ansiedad
 13. Síndrome ansioso-depresivo
 14. Trastorno obsesivo compulsivo
 15. T. Adaptativo
 16. T. Somatomorfo
 17. Trastorno conducta alimentaria
 18. T. Disociativo
 19. T. del control de impulsos
 20. T. personalidad límite
 21. Otros trastornos de la personalidad
 22. Intento de autolisis sin patología psiquiátrica de base
 23. Efecto secundario de la medicación

22. Problema social añadido que precisaría intervención de servicios sociales:

- 0. No
- 1. Si

23. Tratamiento administrado en urgencias para abordaje del problema agudo(queda excluido tratamiento para ingreso)

- 0. No precisa
- 1. Antipsicóticos típicos inyectables
- 2. Antipsicóticos atípicos inyectables
- 3. Antipsicóticos típicos orales
- 4. Antipsicóticos atípicos orales
- 5. Antipsicoticos Depot
- 6. Benzodiacepinas inyectables
- 7. Benzodiacepinas orales

24. Precisa contención mecánica en urgencias:

- 0. No
- 1. Si

25. El paciente precisa pruebas complementarias ESTÁNDAR (analítica, EKG o Rx)

- 0. No
- 1. Si

26. El paciente precisa prueba específica de TAC CRANEAL:

0. No

1. Si

27. El paciente precisa determinación de tóxicos en orina:

0. No

1. Si

28. El paciente precisa despistaje de organicidad por médico no Psiquiatra:

0. No

1. Si

29. Ingreso en planta de psiquiatría:

0. No

1. Si

30. Tipo de ingreso:

0. Voluntario

1. Involuntario

31. Criterios primarios de ingreso:

0. Depresión grave

1. Psicosis

2. Fase maniaca

3. Intento autolisis

4. Intoxicación Aguda
5. Alteraciones de la conducta
6. Alteraciones cognitivas

32. Criterios secundarios de ingreso:

0. Heteroaresividad
1. Autoagresividad (Riesgo suicida)
2. Falta de control ambulatorio
3. Claudicación familiar
4. Desintoxicación
5. Separación transitoria del entorno

33. Una vez resuelto el problema agudo, se deriva al paciente a:

0. Médico de atención primaria
2. Centro de Salud mental
3. Otra especialidad
4. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
5. Hospital Morales Meseguer
6. Hospital Reina Sofía
7. Hospital Ramón Alberca
7. Hospital Raimundo Muñoz
8. Centro concertado
9. Centro privado
10. Centro extraprovincial

34. Tratamiento farmacológico ambulatorio:

0. No
1. Mantiene el previo a la visita al hospital
2. Se modifica el previo
3. Inicia nuevo tratamiento

35. Fármaco principal para tratamiento de enfermedad de base:

0. No precisa tratamiento
1. Antipsicótico típico oral
2. Antipsicótico atípico oral
3. Antipsicótico DEPOT
4. Antipsicótico atípico inyectable
5. Antidepresivos tricíclicos
6. Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina
7. Inhibidores selectivos de la recaptación de Seroton. Na
8. Benzodiacepinas orales
9. Litio
10. Antiepilépticos
11. Aversivos

36. Tratamiento no farmacológico ambulatorio

0. No
1. Centro de Día
2. Terapia psicológica
3. Asertivo- comunitario

ANEXO II

AGRUPACIÓN POR EDADES (6)

0. <25
1. 25-40
2. 40-55
3. 55-70
4. 70-85
5. >85

AGRUPACIÓN POR HORA (4)

0. 00.00 a 06.00
1. 06.01 a 12.00
2. 12.01 a 18.00
3. 18.01 a 23.59

AGRUPACIÓN POR HOSPITAL DE REFERENCIA (5)

0. Falta de datos
1. Hospital Naval
2. Hospitales del Servicio Murciano de Salud
3. Hospitales extraprovinciales
4. Hospitales privados

AGRUPACIÓN POR REMISIÓN A URGENCIAS (7)

0. Falta de datos
1. A petición propia
2. Por la familia
3. Por los servicios públicos de emergencia
4. De atención primaria u otra especialidad
5. Del centro de salud mental
6. Por otro hospital

AGRUPACIÓN POR PATOLOGÍA (11)

0. Falta de datos
1. Patología cardiovascular
2. Patología neumológica
3. Patología nefrológica
4. Patología ginecológica
5. Patología neurológica
6. Patología digestiva
7. Patología Reumatológica
8. Patología Endocrina
9. Patología Infecciosa
10. Miscelánea

AGRUPACIÓN POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO EN LA ACTUALIDAD (5)

0. No lleva tratamiento
1. Atención primaria / otros especialistas
2. Salud mental
3. Psiquiatra privado / Por cuenta propia
4. Se instaura en urgencias

AGRUPACIÓN POR MOTIVO DE CONSULTA (7)

0. Nerviosismo / Agitación psicomotriz
1. Tristeza (disminución estado ánimo)
2. Intento de autolisis
3. Alteraciones de la conducta
4. Síndrome confusional agudo
5. Quejas somáticas
6. Otros

AGRUPACIÓN POR DIAGNÓSTICO (6)

0. Trastorno orgánico
1. Psicosis
2. Trastornos afectivos
3. Toxicomanías
4. Trastornos de la personalidad
5. Miscelánea

AGRUPACIÓN POR TRATAMIENTO EN URGENCIAS (3)

0. Sin tratamiento
1. Neurolépticos
2. Benzodiazepinas

AGRUPACIÓN POR DERIVACIÓN (5)

0. Atención primaria / otros especialistas
1. Centro de Salud Mental
2. Hospital de la red del SMS
3. Centro concertado
4. Centro privado

AGRUPACIÓN POR FÁRMACO PRINCIPAL AL ALTA (6)

0. Neurolépticos
1. Antidepresivos
2. Benzodiazepinas
3. Litio
4. Antiepilépticos
5. Aversivos

