

LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y BIOLÓGICA EN LAS CRISIS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

Galletero JM (Director médico de AMSA)

avancesmedicos@avancesmedicos.es

Introducción.-

Históricamente, se han considerado como las tres revoluciones más importantes en el terreno de la salud mental, de una parte la liberación de las cadenas por Phillipe Pinel a los enfermos mentales, de otra, el descubrimiento del psicoanálisis y una tercera que sería el descubrimiento y aplicación clínica de los psicofármacos. Si tuvieramos que conjuntar las tres revoluciones e incluir aspectos relacionados con una mejora de los derechos humanos y libertades del paciente, su comprensión dinámica y la aplicación de las más modernas terapias farmacológicas, podríamos estar describiendo la filosofía que nos guía en nuestra intervención clínica en las diferentes Unidades operativas de AMSA Servicio de psiquiatría.

Los cuidados a los enfermos mentales en los Hospitales generales, como es bien conocido se iniciaron en el Hospital Guys de Londres (1728) para “lunáticos”, para continuarse posteriormente en el Hospital Cuáquero. H. G. Filadelfia para la atención a los “insanos” . Y fue James Moher en 1902 ,quien estableció, de una forma organizada, la atención a enfermos mentales en el Hospital general de Albany (Nueva York). Desde entonces, el número de hospitales generales que prestan atención psiquiátrica se ha ido multiplicando y ha pasado de 153 en 1920 a 1700 en 1998 (Panel, 1999, Gilliland 1997, Currier 1999).

En nuestro medio, la creación de las primeras Unidades de psiquiatría en los hospitales generales se desarrolló a principios de los años 80 siendo la primera Unidad de agudos del País Vasco la creada por el prof. J. Guimón en el Hospital de Basurto (Bilbao).

No resulta tarea fácil evaluar estos grupos de pacientes y las unidades en general ya hemos de tener en cuenta aspectos de integración del paciente en la comunidad, resolución o alivio sintomático, adherencia terapéutica, análisis de costos, calidad asistencias y satisfacción del paciente. Todo ello en un momento en que la psiquiatría no gozaba de excesivo prestigio en nuestro país y la mayor parte de la asistencia era hospitalocéntrica basada en la atención nosocomial. Por ello en las primeras encuestas realizadas a los

servicios médicos y de enfermería y trabajo social del H. De Basurto apenas un 22 % contestó nuestras encuestas sobre opiniones hacia la psiquiatría y hacia la enfermedad mental. Lo mismo sucedía en la población general cuyas actitudes hacia la enfermedad mental, hacia el enfermo mental y hacia los psicofármacos se encontraba muy prejuiciada. Se entrevistó a médicos enfermería y otros estamentos y sólo se recogió un 22 % de las encuestas con una actitud favorable sobre todos en aquellas personas trabajadoras sociales y que conocían la enfermedad mental de cerca, los médicos más jóvenes (con más ilusión) y los de edad avanzada (mayor experiencia) fueron los que mostraron actitudes más favorables hacia la enfermedad mental y hacia la psiquiatría.(Diez , Galletero1979,). Por aquel entonces también se realizaron estudios por el equipo del prof. Guimón sobre actitudes hacia la psiquiatría en la población general y se mostraron igualmente actitudes prejuiciadas y que debían mejorarse. Afortunadamente las actitudes hacia en el enfermo y enfermedad mental han ido cambiando y en otros estudios se aprecia un cambio de actitudes con actitudes positivas que oscilan del 35 % en el periodo 1990-92 hasta el 41 % en el periodo 2001-03.

En el desarrollo de las Unidades de agudos, han intervenido razones de un lado humanitarias y de otro economicistas.(“managed care”, “downsized” reestructuración a la baja con reducción de camas.) (Boronow 2001).En cualquier caso entre las ventajas de dichas Unidades tenemos las siguientes:

Resultados:

- 1) Menor estigmatización
- 2) Mayor biologización, medicalización de la psiquiatría
- 3) Entrada menos traumática
- 4) Milieu Therapy
- 5) Desinstitutionalización
- 6) Tratamientos farmacológicos rápidos.
- 7) Hospitalizaciones breves “short-terminism”. Cambios en el abordaje del paciente. Eficacia terapia cognitivo-conductual (ej. modelo de Falloon, que supone una mejora del ambiente de la sala, disminución de reingresos e incremento en la satisfacción del paciente).

Pero todavía no tenemos un modelo común asistencial en estas Unidades y cada una de ellas se ve influida por un patrón más farmacológicos, con mayores intervenciones individuales, psicológicas, otras grupales etc., Lipsitt de la World Psychiatric Association habla del incierto papel de los hospitales generales en la asistencia psiquiátrica.. Cada vez se establecen unidades de estancia ultra corta (Safont, 2004) como elemento terapéutico llegando a medias de estancia muy reducidas u y que nos hacen reflexionar sobre la utilidad de tales herramientas. Hudson , en un estudio realizado en Massachussets, señala como la prolongación de las estancias psiquiátricas no actúa como factor protector de nuevas hospitalizaciones(Hudson, 2005). En cualquier caso la existencia de un dispositivo que disponga de urgencias, consultas externas y servicios de hospitalización hacen que la intervención psiquiátrica pueda resultar más exitosa (Jorayam 1996). Otras tendencias son las de las clínicas “out of hours” donde se atienden urgencias psiquiátricas

en dispositivos de atención en diferentes horarios y en las que los pacientes con abuso de sustancias y los intentos de suicidio son las crisis más frecuentes (Tryve 2006).

Estudios como el de P. Tyrer muestran como una intervención comunitaria adecuada disminuye el número total de hospitalizaciones psiquiátricas. (Tyrer (1989).

En la actualidad, existen en nuestra Comunidad Autónoma 5 unidades de psiquiatría en hospitales generales, 4 públicas y una de carácter privado. Es de ésta última de la que describiremos en las siguientes líneas algunos aspectos clínicos relevantes. Nos ceñiremos a aquellos pacientes que hemos denominado “de crisis”, estableciendo como patrón un tiempo de estancia igual o inferior a siete días.

Objeto del estudio.-

El siguiente es un estudio descriptivo retrospectivo donde analizamos algunas variables clínicas y sociales de los pacientes hospitalizados por un tiempo igual o inferior a siete días en la Unidad de hospitalización de AMSA, una pequeña empresa de atención a enfermos psiquiátricos.. Describiré someramente la estructura funcional de dicho servicio.

Estructura actual de AMSA:

.-Misión: Prestar una asistencia privada, de calidad en el terreno de la salud mental.

.-Visión: Innovación terapéutica e integración de los aspectos docentes, asistenciales y de investigación

.-Valores: personal con alta capacidad profesional y know how.

□ Varias Unidades funcionales:

1.-:Unidad de hospitalización de 24 camas en el Hospital San Juan de Dios.

2.-.Unidad de crisis. Bilbao (tres subunidades dos de mañana y una de tarde)

3.-Instituto de psicoterapia. Consultas psiquiátricas ambulatorias, intervenciones psicológicas (neuropsicología, t. cognitivo-conductual, t. dinámica, individual, grupal)

8 psiquiatras (de los cuales 4 trabajan a tiempo completo en la Unidad de hospitalización), 12 psicólogos (2 a tiempo completo), 6 ATS, 12 auxiliares de psiquiatría, 2 terapeutas ocupacional y por el arte. Personal de administración: 5.

Metodología.-

Para ello hemos recogido una muestra de pacientes con una hospitalización inferior a 7 días durante el año 2006 (n=178) de nuestra base de datos con el programa GENOMI y describimos el perfil clínico y social de dichos pacientes. Estudios anteriores como el de intervención en crisis en el Hospital General (Tan Y.R. Singapur 1995), de los pacientes hospitalizados de forma breve el 45 % se correspondían con cuadros depresivos, el 24 % t. adaptativos, con una media de estancia de 4.3 días. Al alta al 63 % se le recomendó psicoterapia de grupo,y al 37 % psicoterapia de apoyo mas medicación. Al cabo de un mes el 62 % mantenía la mejoría, el 20 % estaba bien, el 18 % seguían mal. En otros trabajos se mantienen cifras similares así el perfil del paciente hospitalizado según Chion N.M. es de 31,4 % t. del estado de ánimo, 31 % esquizofrenia,11,8 % t. mental orgánico, 8,3 % neurosis (Chion NM, Taiwan 1984)

Bauer, en una población de 115.000 personas encuentra unas tasas de ingresos de 400 pacientes/año con circunstancias de ingreso similares a las obtenidas en nuestro trabajo, y señala que un 2 % de la población general pasaría por situaciones de crisis. (Bauer 1996)

En nuestra Unidad la atención es la siguiente: Se realiza una evaluación médica de urgencia. Evaluación psiquiátrica. Evaluación psicológica. Evaluación médica definitiva (analítica y exploraciones complementarias e interconsultas). Elaboración plan terapéutico. Intervenciones psiquiátricas, médicas y psicológicas, individuales o grupales (pacientes o familias). Orientación al alta (médica, psiquiátrica o psicológica)

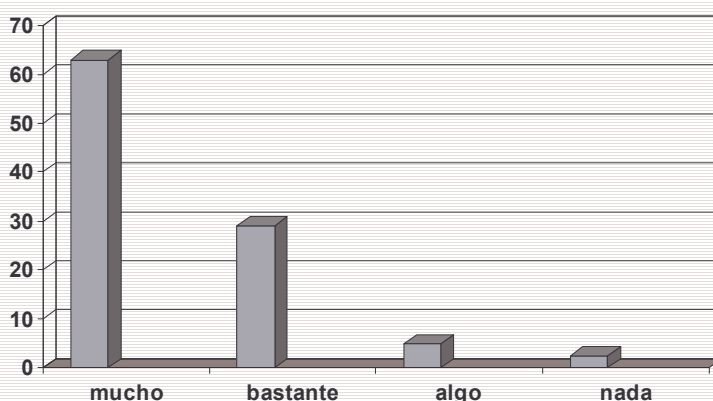
El plan de tratamiento incluye las siguientes actividades:

- a) Reunión equipo terapéutico programación terapéutica.
- b) Reunión staff enfermería con grupo pacientes
- c) intervención psiquiátrica
- d) intervención psicológica (individual o grupal) cognitivo-conductual
- e) grupo de sensibilización dinámica
- f) grupo psicoeducativo
- g) grupo multifamiliar
- h) grupos de laborterapia y terapia artística.

Satisfacción del paciente.-

Tras el alta se aplica una encuesta de satisfacción del paciente derivada de la encuesta BASIS 32 del Mc. Lean Hospital donde se puede apreciar un grado de utilidad alto tras el alta del paciente como se refleja en la gráfica 1 con una tasa de respuestas del 95 % de los pacientes..

Percepción del paciente de la utilidad del tratamiento)(Item escala BASIS 32)“me ha servido de ayuda”.



Percepción del paciente de la utilidad del tratamiento)(Item escala BASIS 32)“me ha servido de ayuda”.

En otros estudios (Kuosmanen 2006) los resultados son variables con un 61 % de respuestas con un grado de satisfacción evaluado del 1 al 5 de 3,40. ¿son apropiadas las encuestas de satisfacción? . Creemos que sí aunque sería recomendable utilizar instrumentos similares para poder establecer comparaciones entre diferentes hospitales.

Población atendida año 2006

- Visitas de urgencia 1425
- Pacientes ambulatorios 772
- Unidad de hospitalización y de día: 653
 - Hospitalización a tiempo completo: 472 (72%). Estancia media (14 días).
Pacientes con estancia igual o inferior a 7 días 178.
- Programas de día (año 2007) 181 (27,8 %) En algunos trabajos se ha señalado la prolongación de la estancia media como factor de infeficacia sí como la estancia más prolonhgada en algunos grupod epacientes como pueden ser los pacientes con suicidabilidad con respecto a otros subgrupos.

MUESTRA ANALIZADA: Grupo crisis: estancia menor a 7 días (n=178) 41,5 % del total de pacientes. altas voluntarias (n=35, 17,8 %) Total pacientes año 2006 (n=472): 20 % de los pacientes proceden del Servicio de urgencias de AMSA.

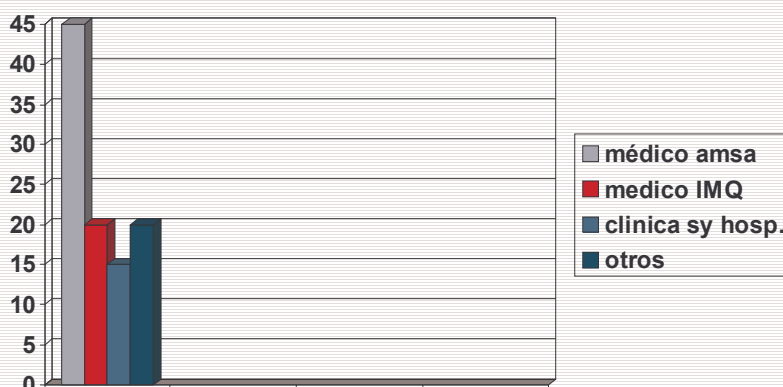
□ Grupo intermedio: más de 15-días-30 días (altas voluntarias, n=4 casos, 1,4 %)

A medida que la estancia media se prolonga hay una mayor representación de pacientes con depresión mayor recurrente y trastorno afectivo bipolar, disminuye el número de t. personalidad inestable y el de t. mixto ansiedad-depresión y t. adaptativos. En el grupo de larga duración (más de 30 días) tenemos un 50 % de reingresos, ("revolving door", múltiples hospitalizaciones). Sólo el 50 % de estas estancias estarían medicamente justificadas y el 39,7 % de hospitalizaciones obedecerían a razones de índole social. Según nuestros datos, la gravedad de la psicopatología va a determinar la duración de la estancia. En el grupo de media estancia: mayor representación del t. bipolar (53 % de todos los t. afectivos) y el 19 % del total de ingresos), menor representación de cuadros menos severos. Los resultados coinciden con los obtenidos por Hallack (2003) quien señala que la mayor duración del tiempo de estancia de los pacientes hospitalizados en un Hospital General se debía a procesos más severos (esquizofrenia y t. afectivos)

-

Procedencia del paciente: el 80 % de los pacientes se encontraban realizando algún tipo de tratamiento psiquiátrico y sólo un 20 % no presentaban antecedentes psiquiátricos previos. El 60 % estaban tomando medicación ansiolítica o antidepresiva.

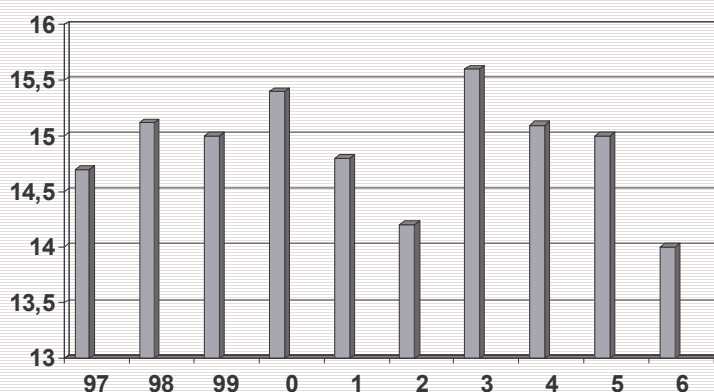
Procedencia del paciente



La estancia media de la Unidad se encuentra en (1997-2006):14.9 días y agrupados por diagnósticos podemos observar que los pacientes con t. afectivos presentan una estancia media de: 18,07 los psicóticos (t. delirantes, esquizofrenias)16,05: los t. de ansiedad : los t. de personalidad de 11,04 y y los t. por abuso de sustancias o mixto ansiedad-depresión y adaptativos de 9,9 Cifras similares las encontramos en los servicios de hospitalización de la red sanitaria pública (Osakidetza,-servicio vasco de salud): En el grupo de crisis hay una sobrerrepresentación de t. por abuso de sustancias, t. de personalidad y t. mixto ansiedad depresión y adaptativos. Hay observar que el mayor índice de reingresos en menos de 30 días corresponde a este grupo y estaría constituido por pacientes con t. de personalidad comórbido con consumo de tóxicos. La proporción de ingresos involuntarios es del 8 % La media de estancia se ha mantenido a lo largo d elos años de forma constante (14-15 días) con escasas fluctuaciones.Datos similares a los obtenidos por Matusevich (Matusevich,2006) en el Hospital Italiano de Buenos Aires, donde la media de estancia era de 16,34 días y los motivos de ingreso eran similares a los mostrados en nuestro estudio. Este autor encuentra una proporción del 17,7 % de intentos de suicidio, un 14,3 % de abuso de sustancias, un 13,8 % de psicosis y un 6 % de demencia, con diagnósticos al alta de 32 % depresión, 10,2 t. bipolar, 7,5 esquizofrenia, 5,8 otras psicosis y 3,2 % dependencia a sustancias. Existen numerosos trabajos que relacionan el tiempo de estancia con algunas variables clínicas y sociales, así Saeed Haider muestra como una estancia corta, puede ser un factor predictor de mayores conductas suicidas, mayor abuso de sustancias o menor impplicación familiar. (Saeed Haider 2003). De otra parte aquellos pacientes crónicos afectados de una mayor discapacidad en las habilidades de la vida diaria serían los que mostrarían estancias más prolongadas (Lyons S. 2005). Con respecto a los t.

de personalidad estos representan el 9 %, algo menos (8%) en el grupo de más de 15 días, datos similares a los obtenidos por Solvelles en el Hospital de Martorell que constituían el 12 % de los pacientes (Solvelles A. 2004).En la siguiente tabla mostramos los diagnósticos agrupados del grupo de crisis (7 ó menos días) con respecto al grupo de mayor estancia media . Sólo hemos podido comparar algunos parámetros con hospitales de la red pública pues tal como señala Thornicroft, no existe suficiente información acerca de los niveles de recuperación que permitan comparar ambas entidades. (Thornicroft 1990).

Estancia media (1997-2006):14.9 días



Estancia media AMSA vs Osakidetza

<input type="checkbox"/> Amsa		osakidetza
psicosis	16,5	18,15
t. afectivo:	18,07	13,13
t. personalidad	11,4	10,43
t. abuso OH	9,9	10,34
T. mixto o adapt:	9	9,29

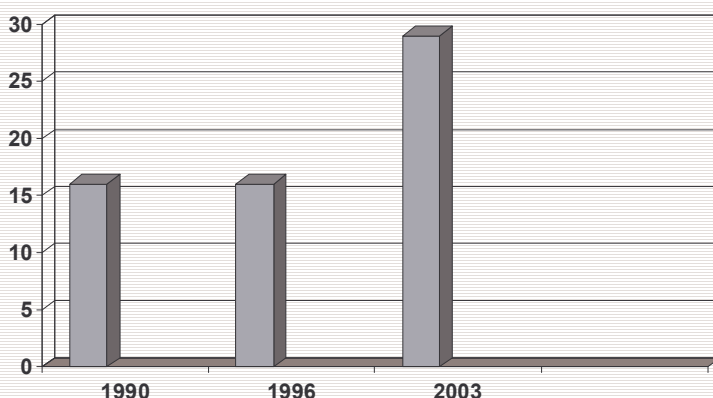
Crisis más frecuentes

- a) Violencia: hacia los demás
- b) Psicopatología activa que:
 - 1) interfiere en la vida del paciente o en el funcionamiento social o familiar
 - 2) no responde a las terapias convencionales (casos resistentes, comorbilidad médica o psiquiátrica)
- c) Delimitación del problema (biológico ó psico-social)
- d) Violencia hacia sí mismo (suicidabilidad)

Uno de los problemas que en el entorno social se están detectando y preocupando a la población cuidadora de pacientes psíquicos es el incremento de conductas violentas, en ese sentido la prevención o contención de las mismas se convierte en un objetivo prioritario, En ese sentido según un estudio realizado por el personal auxiliar y de enfermería de nuestra Unidad se ha visto un incremento a lo largo de los años de este tipo de conductas si bien la percepción subjetiva del personal es que no existe ese incremento, ello puede ser debido el contraste entre datos objetivos y percepción subjetiva a procesos de negación o a un mayor grado de preparación del personal y mejora en la contención del paciente. De hecho en nuestra Unidad no se han producido incidentes graves durante la contención física y se ha

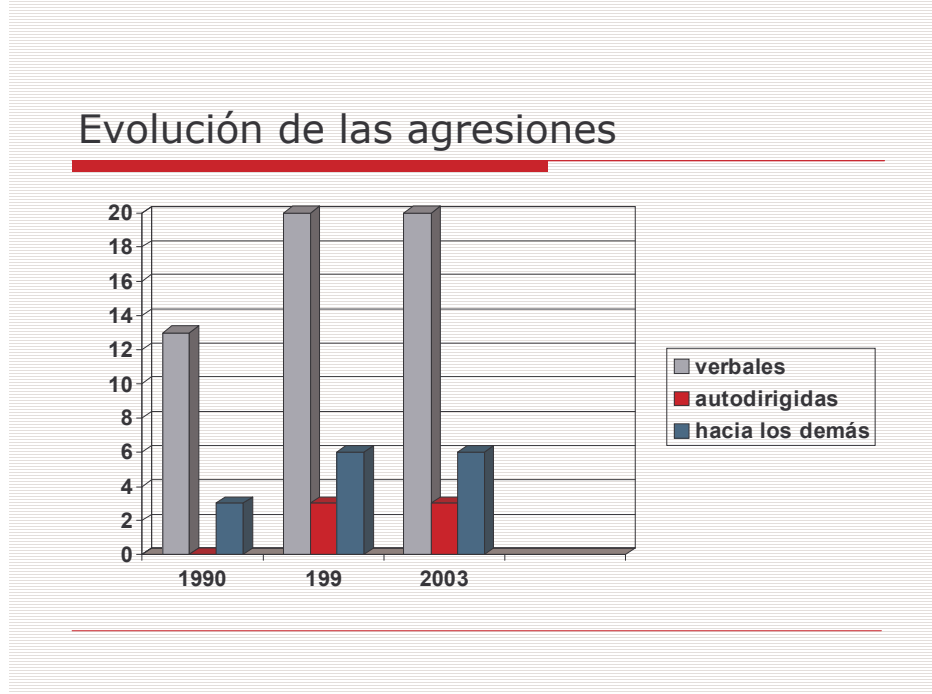
realizado este mismo año un programa de entrenamiento en sujeción física para el personal asistencial con un alto grado de participación. A continuación mostramos de forma gráfica los resultados del trabajo de enfermería:

Porcentaje de conductas violentas (Estudio realizado por enfermería)



Porcentaje de conductas violentas

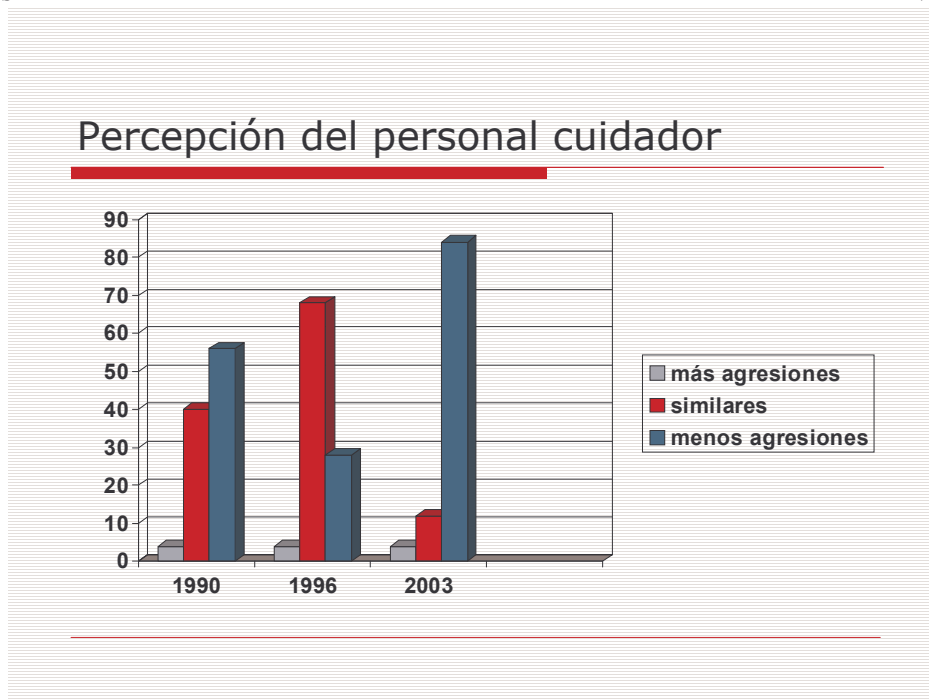
Evolución de las agresiones



Percepción del personal cuidador Si comparamos estos datos de enfermería con los obtenidos en otros medios hospitalares vemos, utilizando la escala MOAS como un 20 % de los pacientes presentaron agresiones físicas y un 40 % agresiones verbales. Los índices obtenidos en nuestro medio son algo inferiores (9 % agresiones físicas) y un 20 % de

agresiones

verbales)



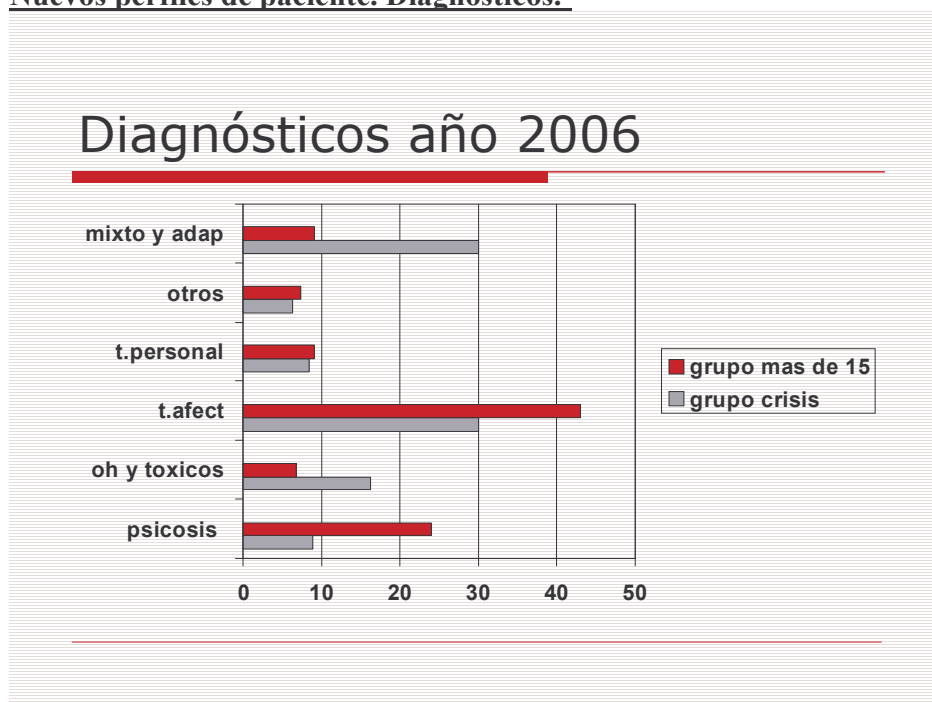
inferiores.

Prevención suicidabilidad .-

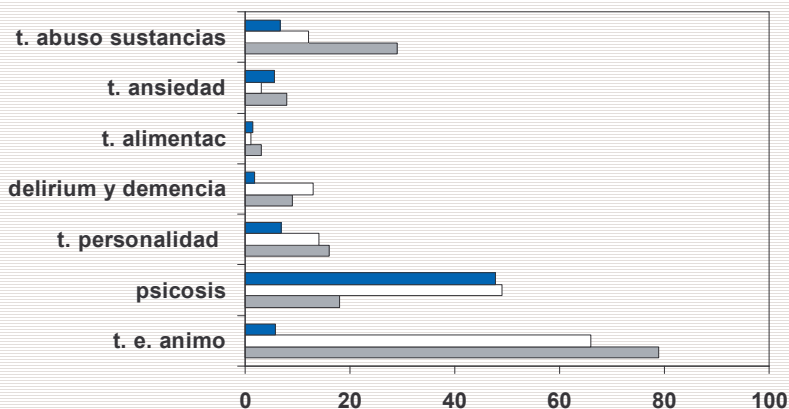
- A continuación se describen los diagnósticos del grupo de crisis comparados con el grupo de más de 15 días de estancia media y los datos comparativos con los hospitales de la red pública. En nuestra muestra de crisis habría un mayor proporción de t. del estado de ánimo y t. por abuso de sustancias con un predominio en la red pública de casos más graves como son las psicosis. Ello podría obedecer a la existencia de programas más elaborados en la red pública para pacientes graves con centros de rehabilitación y cuadros crónicos que en última instancia y debido entre otras razones a las económicas (copago) acaban siendo atendidos en la red pública mientras que otros casos considerados menos graves ej. Suicidabilidad tienen menor representación en las unidades de hospitalización. En este sentido nos podemos plantear si está indicada la hospitalización en el paciente con tendencias suicidas, sabemos que por una parte, el paciente puede hacer un mal uso de dichas conductas con un carácter manipulador, pero por otro lado un estudio cuidadoso de cada caso y una orientación terapéutica precisa puede evitar posteriores conductas suicidarias.. La prolongación de estancias en estos pacientes no resulta útil según Ho T.P.. quien muestra la presencia de menores tasas de suicidio en aquellos pacientes con estancias inferiores a 15 días por tanto una estancia corta y orientativa para un posterior abordaje al alta puede ser beneficiosa. No hemos de olvidar que los trastornos afectivos más graves tienen tiempos de estancia más prolongados y por tanto el riesgo de suicidio en cuanto a este parámetro estaría relacionado con la gravedad clínica. Quin P., sin embargo habla de mayores

proporciones de riesgo de suicidio en la primera y segunda semana tras el alta al en pacientes con t. esquizofrénicos y con t. afectivos afectivos y de la necesidad de un seguimiento cercano profesional (Qin P. 2005). Autores como Yohama inciden en el beneficio de estancias inferiores a 48 horas y la utilización de alternativas no hospitalarias para pacientes suicidas (Yohama D. 1998)

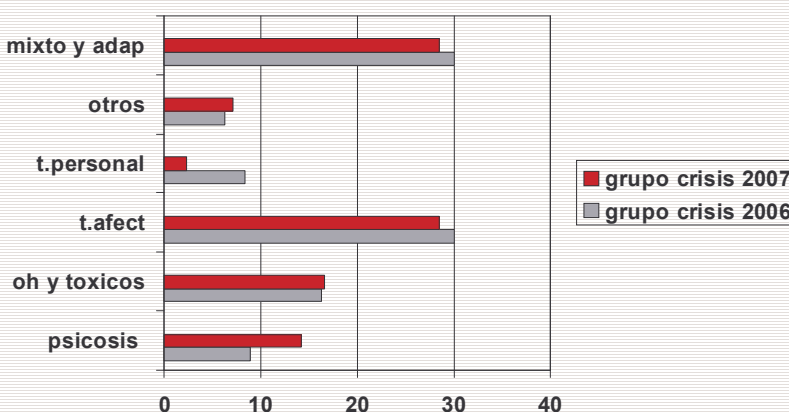
Nuevos perfiles de paciente. Diagnósticos.-



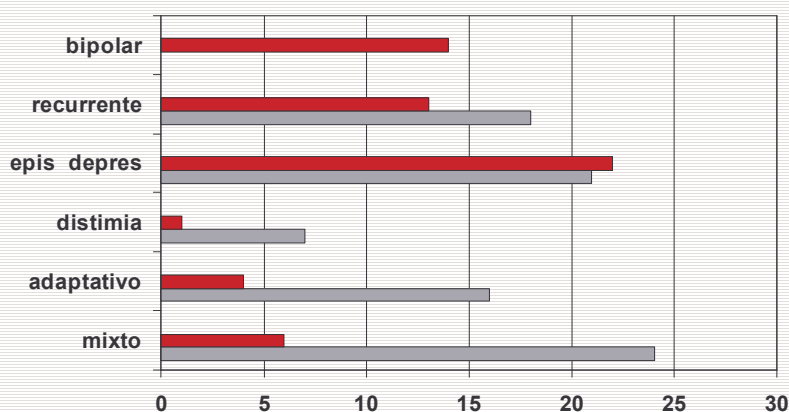
Grupo de crisis vs grupo más de 15 días y red pública



Diagnósticos grupo crisis 2006 vs 2007



Distribución t. del estado de ánimo



- Anciano con problemas de conducta y pluripatología médica, la ayuda al anciano (contexto socio-familiar). Negación del envejecimiento y de la muerte (Barak Y.,2007). Ingresos en sistemas médicos de problemas de atención social.
- La culpa familiar para enviar al familiar al medio residencial.
- Pacientes con comorbilidad eje I y II
- Problemas laborales “burnt-out”. Estudio de Carolin S. Dewa en Canadá 31 % de los trabajadores está sometido a situaciones de crisis solas o combinadas con problemas médicos.. El 11 % presentaban trastornos psiquiátricos. El problema de las incapacidades.(funcionarios, mutualistas, entidades con prestación ilimitada) 15 % problemas laborales en relación con situaciones de incapacidad laboral transitoria, tramitación de incapacidad total o absoluta, divergencias con la empresa etc.
- Un 25 % eran pacientes que reingresaban debido a su psicopatología, predominantemente afectiva lo que nos confirma el problema de las recaídas, recurrencias de la patología afectiva, problema aún sin resolver por la psiquiatría.
- Adulto joven consumidor de sustancias. Joven con situación laboral estable, apoyo familiar, incluso con creación de familias, con consumo de tóxicos, preferentemente cocaína con problemas de impulsividad, o laborales o familiares.
- Disminución de las psicosis, estabilización t. de ansiedad, más abuso de sustancias, mayores problemas de contención familiar debido a t. de personalidad.

El consumismo de servicios psiquiátricos (copago como elemento determinante). Abuso de recursos asistenciales para tapar problemas sin resolver en el exterior.
Menor gravedad de la psicopatología (tanto en psicosis como en otros trastornos).
Resultados similares a los obtenidos por Tan YR (1996).

- Coinciden en los años 2006-2007 mayor número de t. adaptativos y t. mixto ansiedad depresión en el grupo de menos de 7 días.
- Menor representación en el año 2007 de los t. de personalidad y consumo de tóxicos por creación de nuevas unidades ambulatorias.

El perfil de los t. del estado de ánimo en el grupo de crisis muestra una mayor proporción de los casos menos graves. Si analizamos dos subgrupos del grupo de crisis, uno sería el de los t. mixtos ansiedad depresión y t. adaptativos y otro sería el de los t. de personalidad se obtienen los siguientes perfiles:

Perfil subgrupo t. mixto ansiedad-depresión y trastornos adaptativos (grupo de crisis)-

Perfil Grupo de crisis (menos 7 días)
trastorno mixto ansiedad-depresión
(n= 46 alt. Volunt. N=6) año 2006

90 % MUJERES

ENTRE 27-50 AÑOS

50 % CASADOS, 40 % SOLTEROS Y 10 % DIVORCIADOS O SEPARADOS un 30 %
presentan como motivo d e ingreso impulsividad, un 30 %
problemas familiares y un 30 % problemas laborales.

80 % con tratamiento psiquiátrico en el momento del ingreso
COMORBILIDAD

30 % COMORBILIDAD CON T. LIMITE, ABUSO DE ALCOHOL U
OTRAS SUSTANCIAS

70 % COMORBILIDAD MÉDICA: 30 % METABOLOPATÍAS (HPERCOLESTEROLEMIA, ALT. CREATININA, ALT. HEPATICAS)

Un 30 % derivados a Unidades de día y un 60 % indicación de psicoterapia ambulatoria.

□ **Subgrupo T. de personalidad inestable (grupo de crisis).-**

T. Personalidad inestable (n=28) altas volunt.n=4)

- Mujeres y hombres igual proporción. 60 % solteros. Un 50 % presentaba ingresos psiquiátricos previos y un 50 % estaban en tratamiento psiquiátrico.
El motivo de ingreso más frecuente fue la impulsividad (auto y heteroagresiones (40 %) seguido de problemas familiares (20 %) laborales (20 %) y abuso de sustancias (20 %)
- Comorbilidad:
 - A) psiquiátrica: abuso OH y sustancias
 - B) médica: hipotiroidismo, cardiovasculares (estenosis aórtica, elefantiasis) digestivas (ulcus) respiratorias (asma) dermatológicas (psoriasis) hepáticas (hepatitis, hipertransaminasemia) ginecológicas (quiste anejo) metabólicas (hipercolesterolemia, traumatológicos (cervicoartrosis)
- 90 % con antecedentes psiquiátricos previos, tratamiento psiquiátrico o psicológico ambulatorio.
- Al alta: utilización de agentes antipsicóticos (quetiapina, olanzapina, risperidona) ansiolíticos (loracepan) y antidepresivos ISRS. Estabilizadores del ánimo (gabapentina, lamotrigina, topiramato, valproato).

Grupo crisis año 2007(análisis parcial primeros 5 meses): Similar ratio entre hombres y mujeres: 54 % mujeres y 46 % varones. Se incrementan los ingresos por depresión resistente. Se mantienen el porcentaje los problemas familiares, sociales o laborales con una disminución ligera de estos últimos. Se mantiene el consumo de tóxicos OH,

Comorbilidad médica en el grupo de crisis

Enfermedades médicas y grupo de crisis. Un aspecto a tener en cuenta es la alta proporción que hemos observado de pacientes con patología médica concomitante, que alcanza un 68 %, y hacen necesaria la intervención de otros especialistas, en ocasiones por patologías graves lease SIDA o alteraciones hepáticas severas y en otras por otros trastornos más comunes (metabolopatías, osteoarticulares) pero que precisan evaluación y tratamiento. Ello hace a estas Unidades incluidas en Hospitales generales lugares indicados donde se puede disponer de recursos técnicos y humanos para el tratamiento de otras patologías físicas. Por orden de importancia: enf. Cardiovasculares (HTA, arritmias metabolopatías (hipercolesterolemia) hepatopatías, incremento VIH +, disminución problemas tiroideos. 32 % no presentan patología. Se aprovecha el ingreso para pasar una revisión médica. No se aprecian diferencias según el sexo. El 30 % son fumadores de más de un paquete/día (el problema del tabaco, ley antitabaco), Solicitud al defensor del pueblo de la permisividad de fumar a pesar de tratarse de un establecimiento sanitario en orden a no restringir más las libertades de la persona. Espacios limitados. El problema de la fibromialgia (neurastenia, somatización) se ha sugerido que puede ser una manifestación de un t. afectivo, fundamentalmente depresivo (5 casos en nuestra casuística) comorbilidad con t. bipolar.

Características de las patologías médicas

- Enf. Cardiovasculares, metabólicas y tiroideas las más frecuentes
- No relación con el problema psiquiátrico
- Requerían tratamiento el 100 %
- Incremento en el número de interconsultas (se realizaron en el 40 % de pacientes)
- Atención a la polifarmacia y la posibilidad de interacciones farmacocinéticas.(pacientes con 16 medicaciones diferentes).
- Importancia del setting médico.

Enfermedades médica sy grupo de crisis

- 68 % presentan patología médica concomitante
 - Por orden de importancia: enf. Cardiovasculares (HTA, arritmias metabolopatías (hipercolesterolemia) hepatopatías, incremento VIH +, disminución problemas tiroideos.
 - 32 % no presentan patología.
 - Todos ellos fueron explorados médicamente.
-

Pautas al alta.-

Con respecto a las pautas terapéuticas al alta, además de las indicaciones psicoterapéuticas antes reseñadas los tratamientos psicofarmacológicos muestran un a utilización de ansiolíticos en el 90 % de los pacientes y antidepresivos en el 90 %, dentro del apartado, con nulo uso de medicación antipsicótica. En el caso del subgrupo de pacientes borderline se aprecia una utilización mayor de agentes antipsicóticos (en el 100 % atípicos) y de estabilizadores del ánimo (en igual proporción gabapentina, topiramato, lamotrigina, valproato). Estos datos contrastan con los obtenidos en la muestra de Ballerini et. al. en Italia (2004) si bien la proporción de esquizofrenia era mucho mayor y por tanto también de la utilización de agentes antipsicóticos incluidos los antipsicóticos típicos.(40 %

esquizofrenia y 14 % depresión. BZS 69 % al alta antidepresivos 43 %. Antipsicóticos: típicos 49 %, atípicos 40 %.

- Ratios similares a los obtenidos en nuestro medio. Si bien con una reducción significativa de utilización de antipsicóticos típicos. Ningún paciente fue tratado con este tipo de psicofármacos en nuestra muestra.
- Indicaciones al alta: traslados a otros hospitales 2
- Indicación psicoterapia 25 %, indicación tratamiento psiquiátrico 75 %
- Unidad de día: 15 %

Pautas al alta

- Ballerini et. Al. en Italia (2004)
- 40 % esquizofrenia y 14 % depresión.
- BZS 69 % al alta antidepresivos 43 %.
- Antipsicóticos: típicos 49 %, atípicos 40 %.

- Ratios similares a los obtenidos en nuestro medio. Si bien con una reducción significativa de utilización de antipsicóticos típicos. Ningún paciente fue tratado con este tipo de psicofármacos en nuestra muestra.
- Indicaciones al alta: traslados a otros hospitales 2
- Indicación psicoterapia 25 %, indicación tratamiento psiquiátrico 75 %
- Unidad de día: 15 %

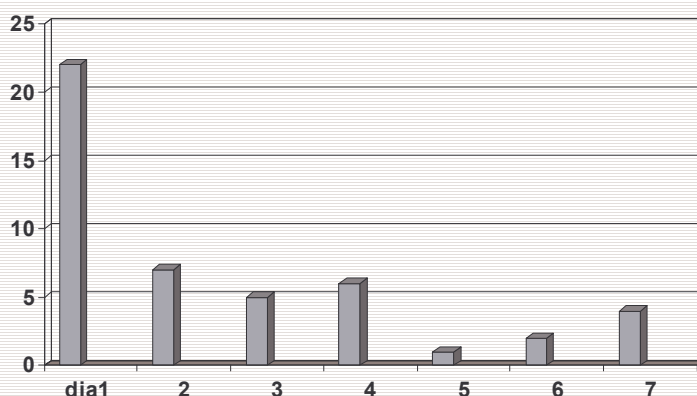
Grupo de crisis: Altas voluntarias .-

En psiquiatría oscilan entre el 3-51 %, en nuestro grupo vimos un incremento representativo con respecto a la población total ingresada (9 %) llegando a alcanzar el 17,8 %) esto puede ser debido a una dificultad para integrarse en la Unidad por parte de los pacientes, a la baja adherencia terapéutica del paciente con t. de personalidad y con abuso de sustancias donde pasado el momento crítico el paciente solicita su alta. Ya se ha constatado en un trabajo realizado en Suiza sobre la menor duración del tiempo de estancia en pacientes con abuso de sustancias donde hasta un 41 % no fueron dados de alta médica (Lay B., 2006). Bradley y cols. También encuentran en un estudio realizado en Maryland

acortamiento de los tiempos de estancia en pacientes que abusan de sustancias. (Bradley 1996,1997)Esto os hizo pensar en la necesidad de establecer otros lugares de tratamiento menos estigmatizantes que las Unidades hospitalarias, donde por una parte se disminuye la gravedad y se mejora el ambiente permitiendo mayores y mejores actuaciones terapéuticas y por otro lado “ asusta” al paciente al verse incluido entre enfermos psicóticos o con déficits cognitivos.

dia del alta voluntaria grupo de crisis.-

Altas voluntarias (día de petición)



- 17,8 % en el grupo de crisis, superior al 9 % del total de pacientes hospitalizados a expensas de:

El perfil del paciente que solicita el alta voluntarias sería el de:

- joven
- Soltero
- Comorbilidad t. personalidad o abuso de sustancias
- Actitud pesimista hacia el tratamiento
- Conducta antisocial disruptiva o agresiva.
- Hospitalizaciones previas con altas voluntarias.

Los equipos de crisis y la crisis de los equipos (managed care)

Hasta ahora hemos hablado de los pacientes en crisis y su contención en Unidades de agudos, pero otro tema de extrema importancia es la presencia de crisis en los equipos

terapéuticos. Crisis inevitables y de cuyo razonable abordaje depende la persistencia y mejora de la institución, el crecimiento de la misma y su madurez. Es de importancia trascendental la madurez de los equipos, su estabilidad, su formación. La importancia del grupo terapéutico dado que el tipo de equipo que se precisa es de los llamados de alto rendimiento, con una alta participación, nivel de dedicación, formación esfuerzo y energía psíquica, a veces con escaso tiempo para la reflexión y en un sistema de managed care, de exigencia continuada por parte de las organizaciones aseguradoras. El equipo se ve sometido a tensiones importantes, por ejemplo acontecimientos extraordinarios, no siempre fáciles de resolver y elaborar con el consiguiente desgaste. La importancia también del relevo generacional, de la combinación de juventud, (ilusión)y madurez(experiencia) considero sería la combinación perfecta. En cualquier caso, en los próximos años, quedan cuestiones pendientes con respecto a l tratamiento de las crisis en Unidades de agudos como son:

- 1.-La integración de cuidados médicos y psiquiátricos.
- 2.- La necesidad de investigar acerca de los mejores modelos asistenciales para las situaciones de crisis.
- 3.- La definición del papel de los profesionales (economistas, médicos, psiquiatras, psicólogos)
- 4.- El problema del “downsized” la reestructuración a la baja
- 5.- Pobre análisis de costes
- 6.- Población heterogénea (envejecimiento de la población, los adolescentes, los t. de personalidad).necesidad de establecer programas específicos para poblaciones particulares: Necesidad de la existencia de Unidades de crisis, Unidades ambulatorias psicoterapéuticas y unidades de corta y media estancia hospitalaria.

Bibliografía.-

Matusevich D., Ruiz M., Vairo M., Girad P., Rozadilla G., castagnola G., Job A., Pinto J., Finkelsztejn C. (2006) Therapeutic community model in short psychiatric hospitalization, descriptive study on the dinamic psychiatric inpatient unit of the Italian Hospital of Buenos Aires. Vertex, jan-feb,17(65) 55-64

Hallak P.E., Crippa J.A., Vansan G., Znodi A.W., Braz (2003) J. Med. Biol. Res. Sep 36 (9) 1233-40

Lay B., Lauber C., Stohler R., Rossler W., (2006) Utilisation of inpatient psychiatric services by people with illicit substance abuse in Switzerland.. Swiss med Wkly, may 27,136 (21-22)338-45

Saeed Haider (2003), length of stay for psychiatric inpatient services. The journal of behavioral health srvcies and research 30 ;4. Lyons

John S., O'Mahoney M. et al.(2005) The prediction of short stay psychiatric inpatients. Administration and policy in Mental Health amnd mental health services research. Sep 19;17-25

Safont Lacal G., Serra Buil M., Perez egea R., Masoliver Capdevilla E., Pericay Hosta J.M. (2004). La seccion de estancia corta (SEC) en el Servicio de psiquiatría del Hospital General. Análisis descriptivo de los primeros 1500 casos atendidos. Psiq biol. 11 (extraordn1) ;28

Solvelles Gorchis A. (2004). Psiq. Biol. 11 (extraordin 1) 29..

Yohama D., Chistopher N.J. et al. (1988). Characteristic of short stay admissions to a psychiatric inpatient service. The journal of beh. Health servic and research. Vol 251;3, aug. 337-345.

Joyaram G., Tient A.Y., Sullivan P. et al.(1996). Element of a successful short-stay inpatient psychiatric service. Psychiatr. Serv. Apr.47 (4) 407-12.

Ho T.P. (2006)Duration of hospitalisation and postdischarge suicide. Suicide life threat. Behav. Dec 36 (6) 682-6

Kuosmanen L. Hatonen H.et al. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. J. Adv. Nurs. Sep 55 (6) 655-63.

Tryve S. deroas, Vidje Hansen, Anton Giaever, et al. (2006). BMC health serv. Res. 29,6,41.

Hudson CG., (2005)Adm. Policy ment.Health, jan,32 (3)221-40

Qin P. Nordertoff M. (2005). Suicide riesk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal register. Arch. Gen. Psychiatryu apr.62,(4)427-32

Bradley C.J., Zarkin G.A. (1996), Inpatient stays for patients diagnosed with severe psychiatric disorders and susbtance abuse. Health Serv. Res. Oct 31 (4) 387-408

Bradley C.J., Zarkin G.A. (1997)An inpatient profile of patients with a substance abuse diagnosis in maryland. J. Subst. Abuse treat. Mar-apr,14 (2)153-62.

Ballerini A., Boccalon R.M., Boncompagni G. Et al. (2007) BMC psychiatry 7,3.

Currier G.L. (1999). New development in emergency psychiatry: medical, legal, and economics. Josey Bass Publishers. Number 82, San Francisco.

Gilliland B.E. (1997) Crisis intervention strategies. Brooks/Cole publishing company. California.

Kanel K. (1999) A guide to crisis intervention. Brooks/Cole publishing company. California.

Rosler W., Salize H.J., Bauer M.M., (1996) Psychiatric department in general hospitals, development status in Germany.. Psychiatr. Prax, jan,23 (1) 4-9

Boronow J.J. (2001), Economic grand round: physician or payer: Who determine length of stay?. Psychiatr. Serv. 52, 1299-1305

Lyons J.S., O'Mahoney M.T., Doheny L., Dworkin L.N., Miller S.I. (1995). The prediction of short-stay psychiatric inpatient. Adm. And Polily in mental health and mental health serices research. Vol 23,1, 17-25.

Hudson CG., (2005). Patterns of acute psychiatric hospitalization in Massachussetts. Adm Policy ment. Health. Jan, 32 (3), 221-40.

Swadi H., Bobier C., (2005). Hospital admissions in adolescents with acute psychiatric disorder ¿how long should it be?. Australas Psychiatry, jun 13 (2) 165-8.

Tyrer P., Turner R., Johnson AC., (1989). Integrated hospital and community psychiatric services and use of inpatients beds. Br. Med. J. jul. 29, 299 (6694), 298-300.

Marks I., Thornicroft G. Private inpatient psychiatric care. B.M.J. bvol 300,(7) 892