

# **FACTORES EN LA ORIENTACIÓN DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: EXPERIENCIA EN UN SERVICIO PRIVADO**

*Boyra A, Moneo F, Ozamiz N (Unidad de Urgencias AMSA. Bilbao)*

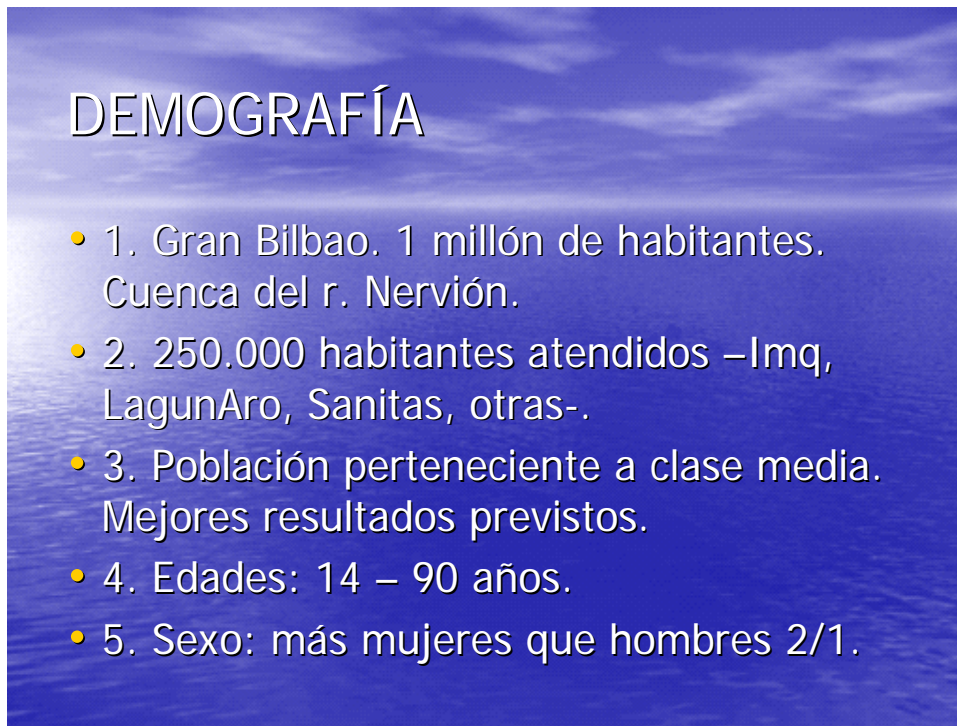
[drmoneo@avancesmedicos.es](mailto:drmoneo@avancesmedicos.es)

## **1. INTRODUCCIÓN**

Las urgencias psiquiátricas se atienden en España en las unidades de urgencias de los hospitales generales, por médicos y psiquiatras de urgencias (cuando los hay). También en unidades de urgencias de hospitales psiquiátricos. Ocasionalmente son vistas en unidades específicas de hospitales psiquiátricos, como en E.E.U.U., o hace unos años en el Hospital. Camino Alonso Vega (Madrid). En España son enviadas a ingreso o a consultas ambulatorias.

En AMSA, sistema asistencial privado que incluye un servicio de urgencia, al que puede asistir una población asegurada por varias entidades que disponen de 250.000 abonados, los pacientes son vistos en urgencias de la Clínica Guimón y del Hospital San Juan de Dios por médicos generalistas y psiquiatras que se desplazan en casos necesarios. También son atendidos durante las horas de trabajo habitual en las consultas urgentes ambulatorias por las mañanas o en el Servicio de Psiquiatría de San Juan de Dios por las tardes. Asimismo reciben asesoramiento en un incipiente servicio telefónico. Son derivados: a ingreso, a consultas ambulatorias o a una unidad de crisis, desde la que se les envía eventualmente a unidades de día.

GRÁFICO 1



La Unidad de Hospitalización contiene 27 camas, recibe 650 ingresos al año, el 50% suponen el primer ingreso y el otro 50% son ingresos sucesivos.

GRÁFICO 2

## Unidad de Urgencias

- 1. Recibe 650 pacientes año.
- 2. Centro de Bilbao –U de Día y C Externas- y Clínica Amsa -Hptal general-.
- 3. Atención telefónica.
- 4. Consulta de urgencia y batería Bel Air.
- 5. Derivación a: U de Hospitalización, U de Día, C Externas.

El objetivo de este trabajo es describir el sistema de urgencias y la utilidad de la unidad de crisis. Las unidades de día serán descritas en otro apartado, y las de hospitalización también.

### EL SISTEMA DE URGENCIAS

La organización del sistema se estableció hace varios años, cuando se observó que los pacientes acudían masivamente al sistema en solicitud de atención psiquiátrica debido a patología de crisis –ataques de pánico, duelos patológicos, irrupción de sintomatología delirante, depresiones severas resistentes al tratamiento ambulatorio, trastornos de la alimentación, recaídas, crisis de agitación reactivas a situaciones vitales agudas, descompensaciones psíquicas, irrupción de graves patologías psicosomáticas, intentos autolíticos, entre otras- .

Por razones operativas se decidió la unificación de la atención de las urgencias a través de la puerta de entrada. Se definió el personal que se haría cargo de este servicio. Se confeccionaron los horarios de atención y los lugares y métodos de trabajo. Se convino en señalar a una persona con la responsabilidad del proceso de las urgencias. Se dedicó un tiempo

al estudio de la nueva dinámica de solicitud de atención psiquiátrica por parte de nuestra población. Se estudió los comportamientos de otras poblaciones en nuestro país y en países de nuestro entorno –p.e. Suiza-. Ante la necesidad de mejora continua de nuestro servicio se ejecutaron decisiones.

Nosotros optamos por el modelo de Andreoli. Se operativizó la Unidad de urgencia. Dispone de una atención médica psiquiátrica continua de 24 horas, incluyendo fines de semana. El médico y el psiquiatra se trasladan a las urgencias situadas en la Clínica Guimón –situada en el centro de la ciudad y en el servicio de psiquiatría del Hospital San Juan de Dios, ambos centros son hospitales generales.

El proceso comienza cuando el paciente y sus familiares realizan la primera llamada telefónica y son atendidos por personal administrativo entrenado en habilidades de este servicio. La llamada se pasa al médico y al psiquiatra. Arranca en ese momento el proceso. Se establece el contacto presencial. Se decide si es una emergencia, una urgencia o una solicitud de primera entrevista psiquiátrica, en este caso recibiría cita previa. Una vez producido el contacto con el paciente se realiza una entrevista y valoración psiquiátrica.

Los pacientes acuden habitualmente (90%) tras una llamada telefónica, cuando no se presentan personalmente sin aviso previo. Son vistos por un médico que evalúa su estado psicopatológico y establece un diagnóstico DSM-IV y CIE-10. Posteriormente son evaluados por un psicólogo. En un porcentaje creciente de casos los pacientes reciben la Batería Bel.Air que se describirá en otro lugar. El médico prescribe medicación en la crisis, habla con la familia para lograr su implicación en el tratamiento y deriva al paciente a la Unidad de Hospitalización –en otro trabajo se detallarán sus programas específicos-, a la Unidad de Día –cuyo funcionamiento se describirá en otro trabajo- o a consultas externas, a realizar un programa intensivo de psicoterapia y psicofármacos.

### GRÁFICO 3



Es un sistema sectorizado –territorio el gran Bilbao, 250.000 personas atendidas, nivel socioeconómico ligeramente superior al de la población general por ser privado-.

Se han descrito las ventajas de la sectorización, destacando que es un sistema basado en la población que puede por lo tanto aumentar la accesibilidad, la disponibilidad y la colaboración con otros agentes comunitarios, permite una evaluación y un control basado en la población; aumenta la detección de los pacientes; facilita la interacción de los servicios; permite apoyar y educar mejor a las familias y al paciente; y promueve servicios generales más bien que especializados. Entre las desventajas se han señalado que limita la elección del servicio y del profesional por parte del paciente.

El estudio PRiSIM que evalúa la introducción de equipos de salud mental en un sector atendido por el Maudsely Hospital (citado por Hansson, mostró que estas formas de tratamiento comunitario resultaron algo más eficaces que los servicios orientados hacia el hospital y no se observaron efectos negativos importantes. El funcionar con un solo equipo para los pacientes agudos y para los crónicos, era casi tan eficaz y claramente menos costoso que el utilizar dos equipos subespecializados. Los beneficios globales de la experiencia fueron, sin embargo, algo

menores que los que se había obtenido en algunos estudios piloto experimentales («efecto de dilución»).

El establecer el tamaño óptimo de un sector es difícil porque la prevalencia no es la misma en todos los sitios. Se han dado algunas cifras orientativas.

Pero a los excelentes resultados de la sectorización a lo largo de los últimos años, se han podido detectar ciertos problemas:

- a. El concepto mismo de «sector» se ha tornado menos evidente en las grandes ciudades o en las ciudades-dormitorio. Otras características de urbanización hacen que ciertos grupos de población no tengan ventaja en buscar una asistencia cerca de su domicilio. Incluso se indica que con el desarrollo de Internet las redes sociales a las que acuden los individuos están a veces muy distantes de su lugar de vida.
- b. Cuando los sectores son demasiado pequeños, existen un cierto número de programas especializados (abuso de sustancias, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales.
- c. La distribución irregular de los hospitales en las ciudades ocasiona a veces hospitalizaciones de pacientes de un sector en otros hospitales alejados.

A pesar de estas dificultades, se recomienda mantener todavía la sectorización, asegurando a la vez la coherencia de los sectores a fin de poder, por ejemplo, disponer de una paleta de asistencia homogénea, basada en resultados científicos y no en creencias o actitudes de ciertas escuelas psiquiátricas a las que pueda pertenecer el responsable del sector.

---

La Hospitalización psiquiátrica en el Hospital General ha contribuido a atenuar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos y de los profesionales de la Salud mental y al desarrollo de la Psiquiatría biológica. Por otro lado, la entrada en un hospital general presenta también para el enfermo la ventaja de ser menos traumática que una hospitalización en un centro psiquiátrico monográfico. Además, las hospitalizaciones en un hospital general tienden a ser más cortas que las estancias en un hospital psiquiátrico tradicional, con independencia del tipo de paciente tratado, y se sabe que los pacientes hospitalizados por estancias breves presentan mejor evolución ulterior que aquellos que son hospitalizados por períodos largos.

En cambio, se ha subrayado que este marco terapéutico favorece en exceso el enfoque biologista en detrimento del modelo de intervención relacional. Además, los profesionales que

trabajan en los hospitales generales tienden a desarrollar cierta actitud omnipotente, persuadidos de que un tratamiento biológico a corto plazo es extremadamente eficaz, cuando, en realidad, lo que ocurre es que, con demasiada frecuencia, no son testigos de la evolución crónica de estos pacientes en el exterior.

Este enfoque médico, «mecanicista», orientado hacia los protocolos, ha favorecido una actitud paternalista por parte de los profesionales. La exigencia de contener los costes ha condicionado, por otro lado, una tendencia feroz a realizar estancias cortas («short-terminism»). Los psiquiatras que ejercen en los hospitales psiquiátricos a veces se quejan de la selección hecha por esos servicios entre los enfermos (psiquiatría «a dos velocidades»), sobre todo cuando se trata de centros universitarios donde, para justificar esta selección, se invocan razones ligadas a la enseñanza y a la investigación.

Finalmente, cuando las hospitalizaciones se realizan en un hospital general o en un hospital psiquiátrico en función de los sectores o del momento de la evolución de la enfermedad, existe un riesgo de crear una Psiquiatría a dos velocidades.

#### Alternativas residenciales

Mosher y cols., en un estudio randomizado con esquizofrénicos jóvenes, estudiando los resultados de un tratamiento residencial agudo en una «residencia familiar» (home-like facilitie) llevada según el programa «Soteria» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general. Los centros de ese tipo («de segunda generación») proporcionan alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento para evitar hospitalizaciones.

Uno de esos centros, la «McAuliffe House» es un «hogar» de ocho camas de crisis situado en Rockville, Maryland en una zona residencial. El psiquiatra que trata al paciente en el exterior atiende también a éste durante su estancia y además hay un psiquiatra consultor del centro, que da una segunda opinión y supervisa al personal. El programa está basado en el de Soteria. El 87% de los pacientes tratados en McAuliffe tuvieron una evolución favorable y volvieron a la comunidad. La mejoría psicosocial y la utilización de servicios fue comparable, con un costo 49% menor.

Ha habido resistencias de distinto tipo hacia estos dispositivos, producidas por preocupaciones legales y por falta de datos de eficacia, por lo que, hoy por hoy, están poco extendidos. Aunque este tipo de centros no puede substituir a todas las hospitalizaciones, es de prever que en el futuro se desarrollara como una alternativa interesante.

#### Hospitalización parcial

En cuanto a la hospitalización parcial permite un puente entre la comunidad y la hospitalización total. Sin embargo, el porcentaje de pacientes admitidos para hospitalización que podrían alternativamente ir a un hospital de día no es mayor del 30-40% por lo que son deseables unidades integradas que ofrezcan una u otra alternativas.

En el futuro se realizarán algunos programas como alternativa a la hospitalización en casos de descompensaciones agudas en forma de tratamientos de crisis de uno o dos meses. Es probable que se generalicen programas como los que comentaremos para los trastornos de personalidad con duraciones de entre 4 meses y un año, con orientación mixta dinámica y cognitivo-comportamental.

En cambio, cuando se trata de proporcionar un apoyo al tratamiento ambulatorio es conveniente instaurar más bien programas asertivos de comunidad de orientación psicoeducativa, con base cognitiva.

Los resultados de esta evaluación son introducidos en el sistema informáticos de AMSA denominado Genomi del que extraemos los resultados que presentamos aquí.

## 2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE URGENCIAS

Hay un predominio notable de pacientes femeninos (63% de los casos), frente a los masculinos (37%). El porcentaje es más o menos que en los centros públicos.

- Sexo

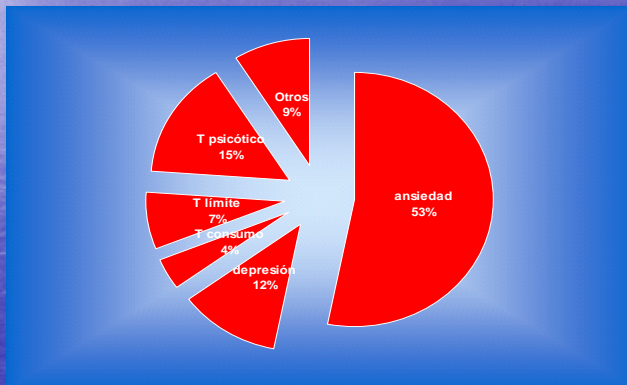


- Edad



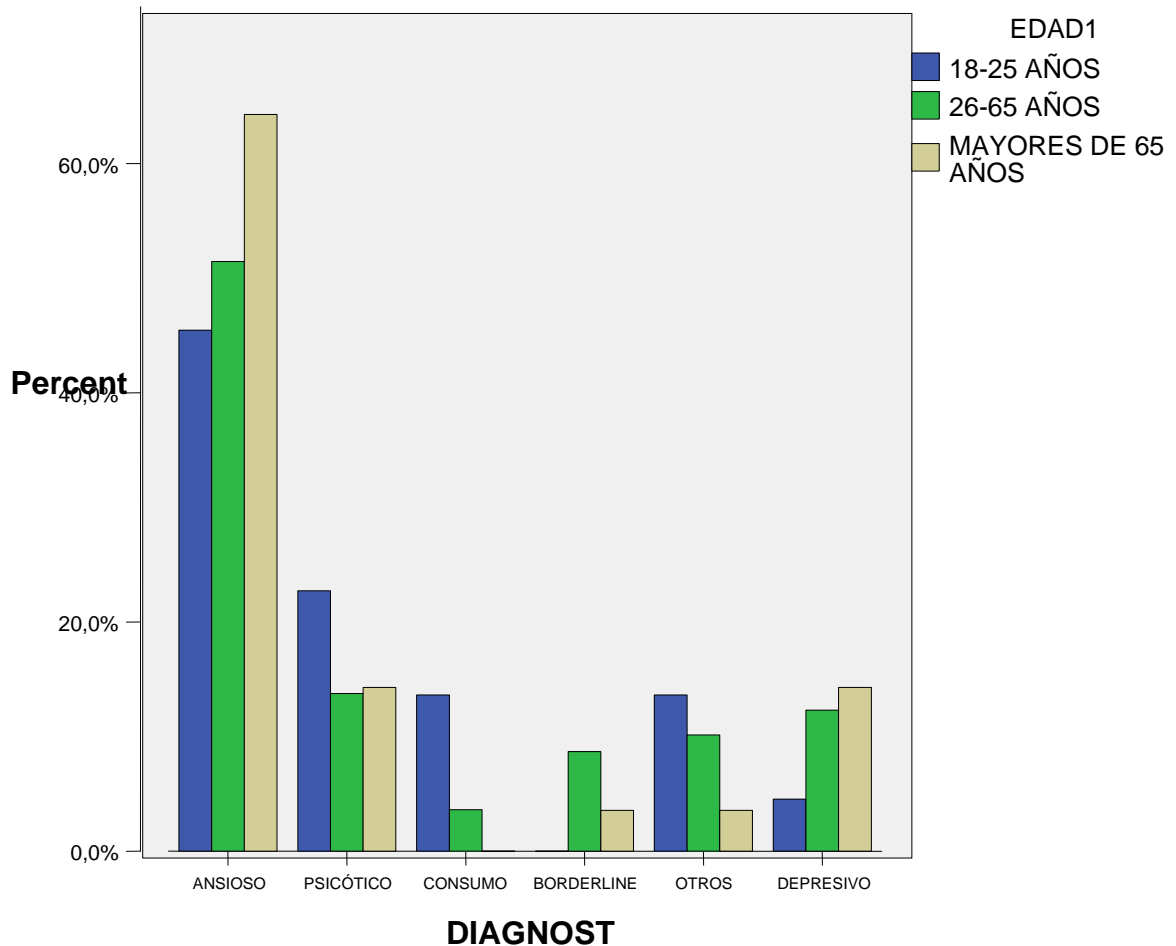
### 3. DATOS CLÍNICOS DE PACIENTES EN URGENCIAS

## Pacientes que acuden a la U de U según diagnóstico



## GRÁFICO DIAGNÓSTICO-EDAD

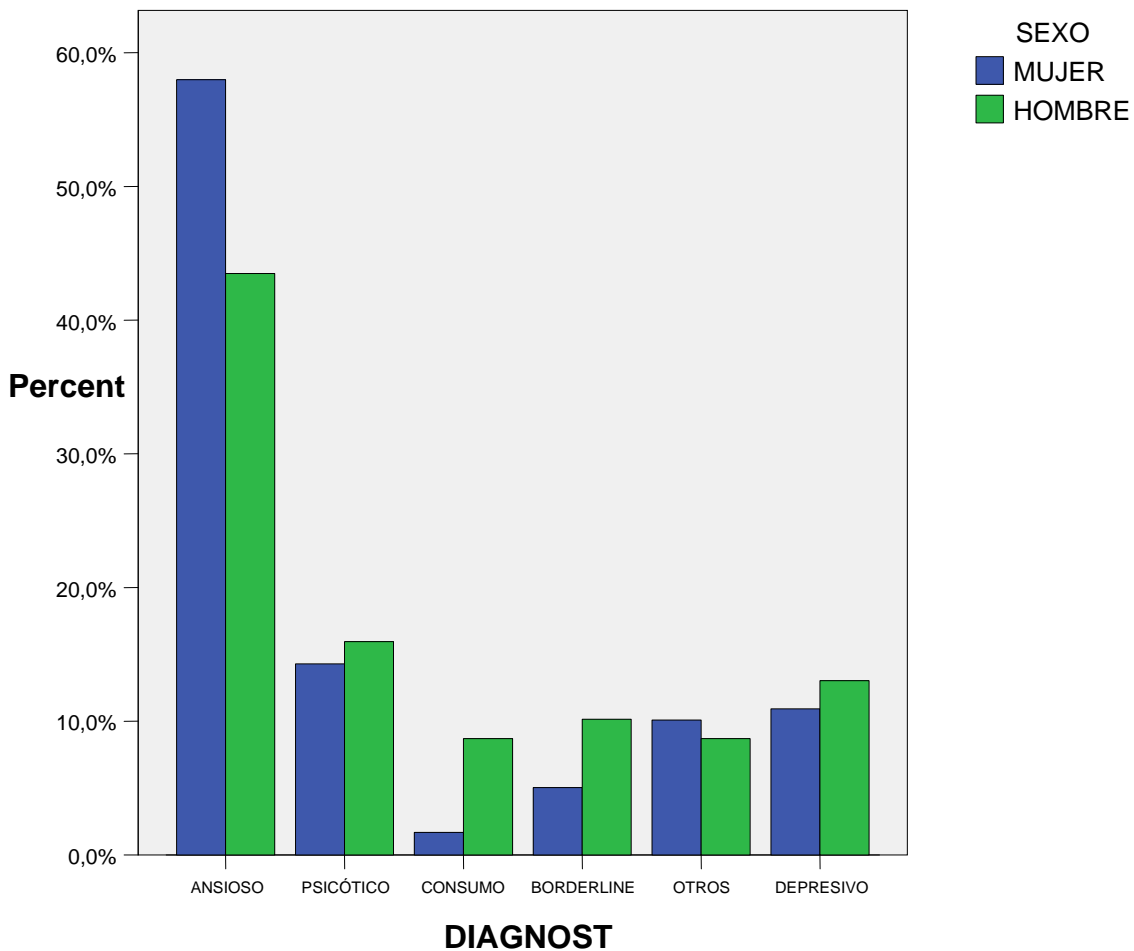
En la población de los ansiosos y depresivos predominan los mayores de 65 años. En los psicóticos predomina la población de menos de 26 años y en los borderline prevalece como era esperable, los menos de 25 años.



## GRÁFICO DIAGNÓSTICO-SEXO

En relación con la variable sexo se ve que, como en el sector público, las mujeres están hiperrepresentadas siendo esta diferencia  $><$  en nuestra muestra.

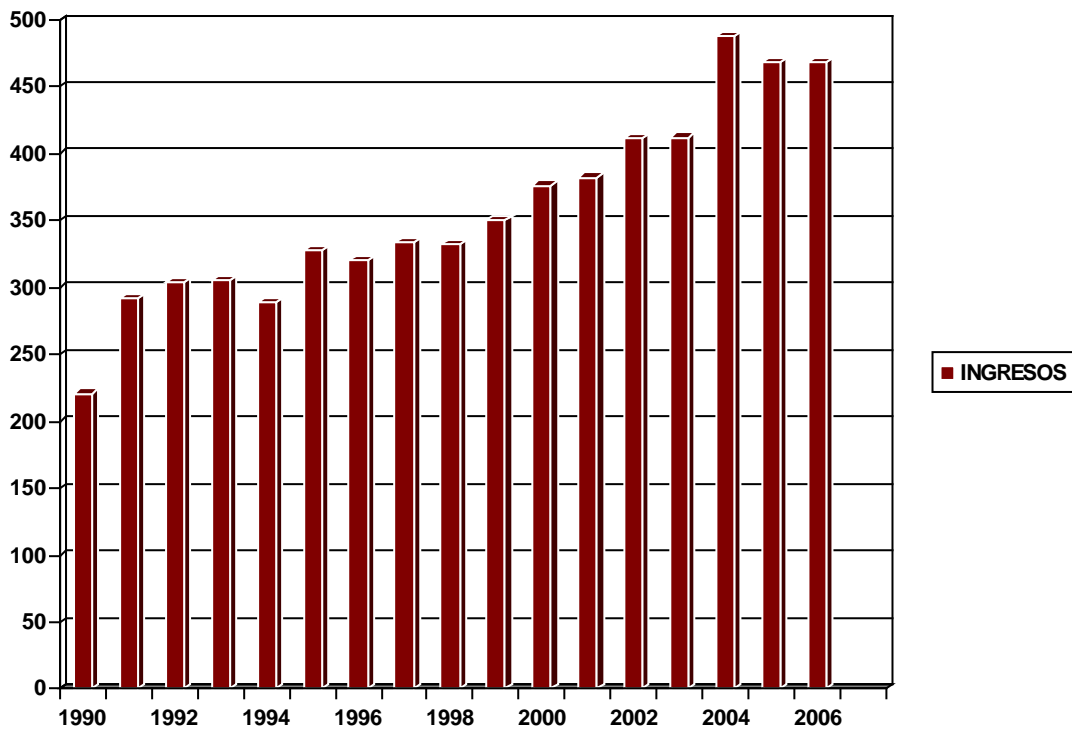
En nuestros pacientes, como se ve en la figura, los pacientes que consumen y los borderline son más frecuentes en el sexo masculino, como es habitual en este tipo de diagnósticos.

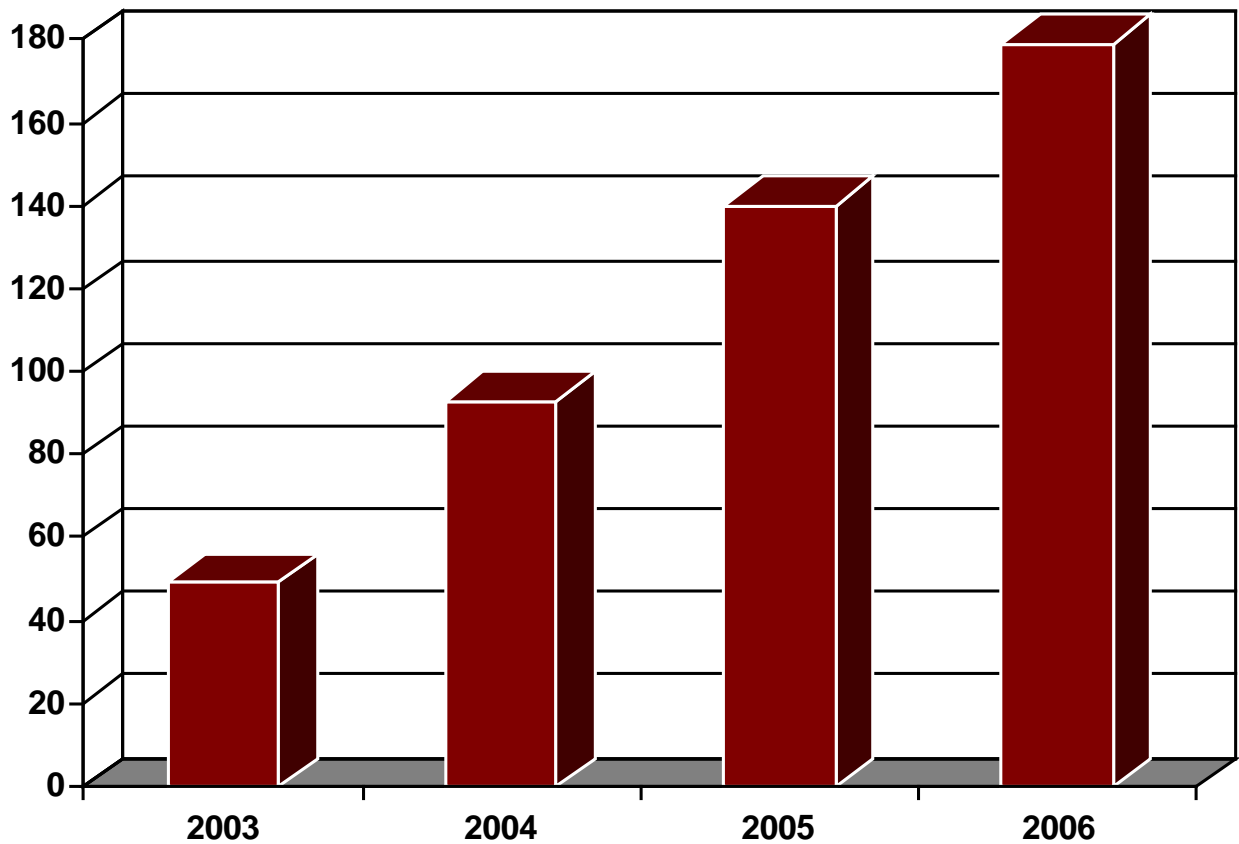


## DERIVACIONES DESDE URGENCIAS

Desde urgencias los pacientes son enviados a ingresar a hospitalización, a consultas externas o a unidades de día. Hasta el año 2003, había un aumento continuo de ingresos hospitalarios. En aquel año pusimos en marcha unas unidades de día que nos permitía hospitalizar a pacientes que no podían ser tratados en medio ambulatorio pero que pretendíamos evitar el ingreso. Realizamos un programa de unidad de día de 4 horas diarias y que se describe en otro lugar. Ello permitió contener el aumento de ingresos psiquiátricos, como se puede apreciar en los diagramas de barras, que representan respectivamente los pacientes ingresados y los que eran admitidos en las unidades de día. Como se ve estos últimos han ido aumentando en los últimos años. Finalmente, ha habido un número progresivo de pacientes que han podido ser vistos en régimen ambulatorio.

Figural





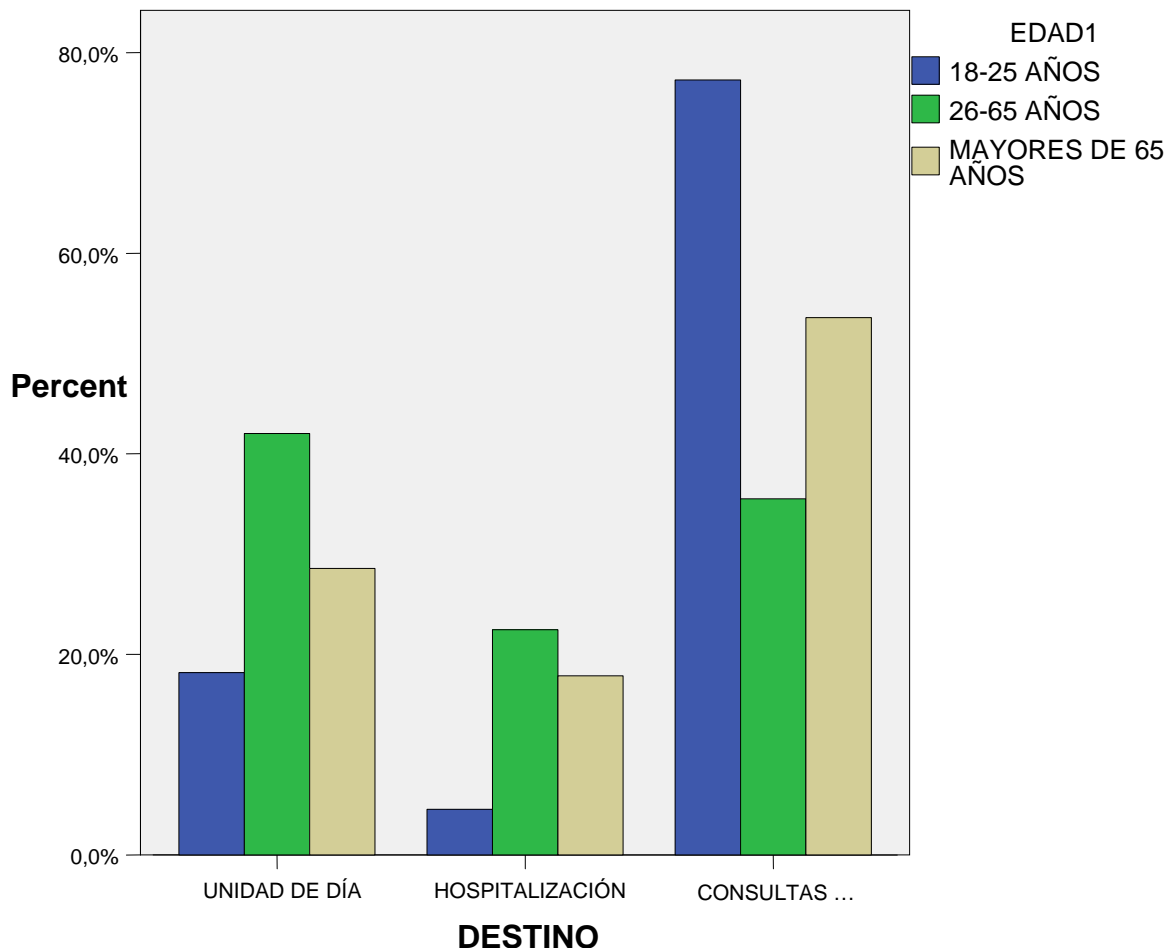
- Diagnósticos de los pacientes que ingresan

Los diagnósticos de los pacientes hospitalizados en los cinco primeros meses del 2007 muestran un reducido porcentaje de pacientes psicóticos y un porcentaje considerable de pacientes ansiosos, comparados con los ingresados en el sistema público, lo cual da idea de un case load (gravedad de pacientes) menos intensa que en aquellos. A señalar también el bajo porcentaje de borderlines (8%) que es debido al aumento de esos pacientes en unidades de crisis

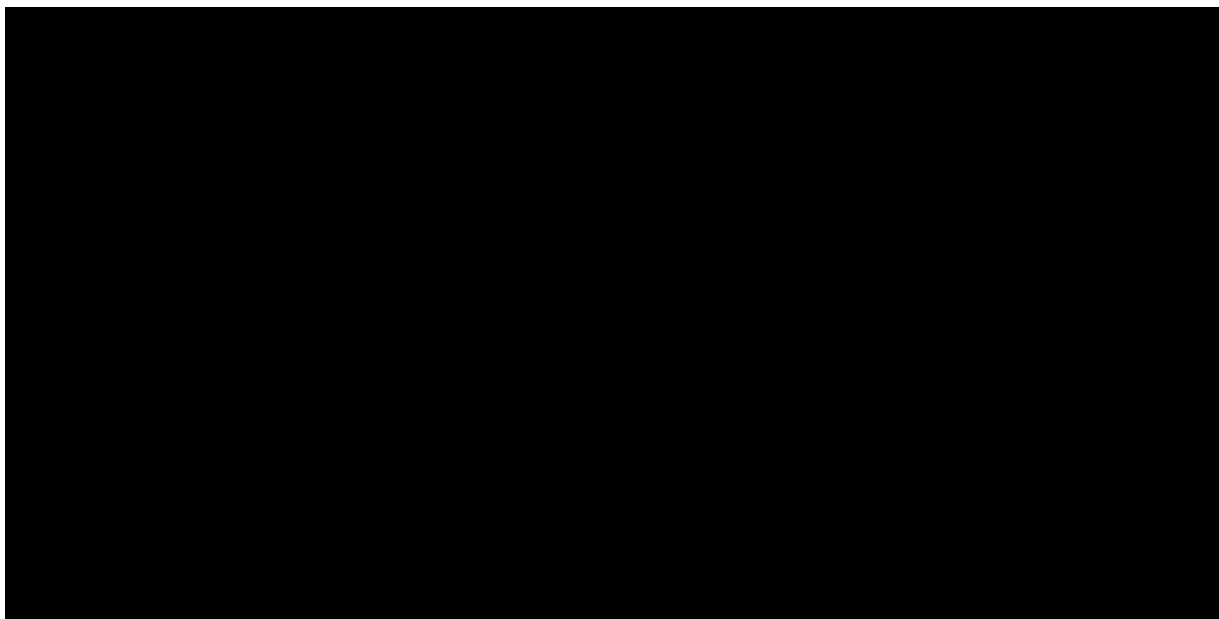
## GRÁFICO DESTINO-EDAD

( $p=0,004$ )

Los jóvenes (18-25 )son los que menos ingresan, yendo más frecuentemente a consultas externas y los que más son la franja comprendida entre 26-65 que van más frecuentemente a Unidad de día.



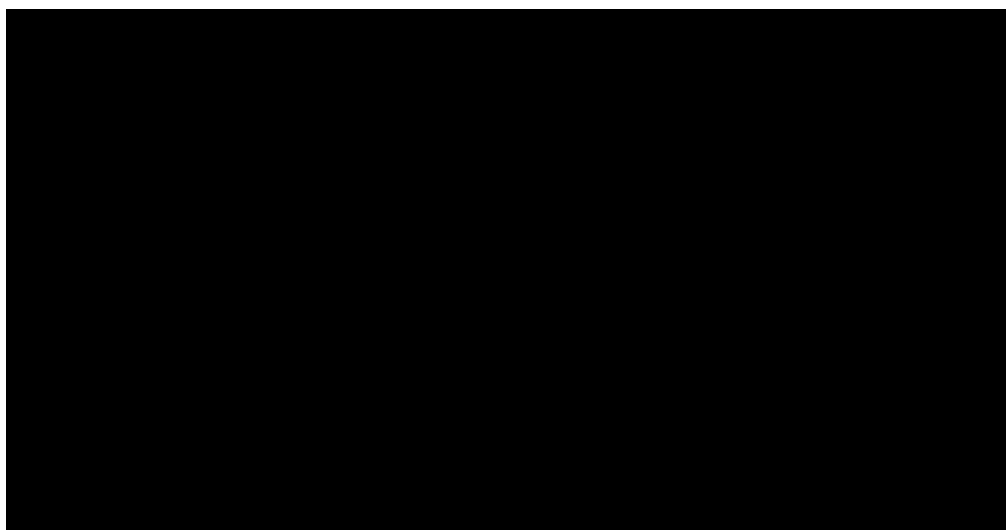




- Diagnósticos de los pacientes que acuden a Unidades de Día (de un 37% del total)

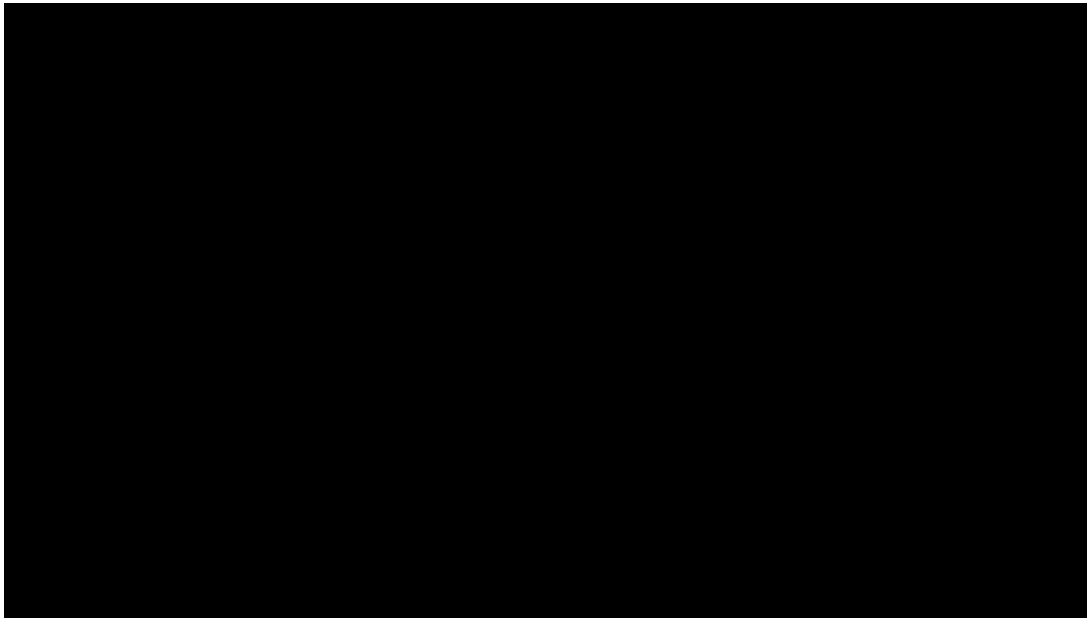
En los pacientes que van a la unidad de día es destacar el alto porcentaje de los pacientes borderline respecto a otros diagnósticos lo que hace que las dos unidades existentes estén predominantemente funcionando como unidades para pacientes borderline, con todas las características que ese tipo de diagnósticos condicionan en la unidad, descritos en los trabajos de Maruottolo y Boyra.

Como se ve el porcentaje de pacientes que tienen consumo de drogas es muy reducido.



- Diagnósticos de pacientes que acuden a consultas externas (de un 43% del total)

Como se puede apreciar el porcentaje de pacientes ansiosos que se deriva a consultas externas es muy elevado mientras que el de pacientes borderline es muy reducido, ya que se ha comprobado que no es el dispositivo adecuado para esos pacientes. El porcentaje de pacientes psicóticos es relativamente elevado, se refiere a pacientes de larga evolución que no necesitando atención en ingreso son luego controlados principalmente con medicamentos en medio ambulatorio.



## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

1. La unidad de urgencias, concebida como la hemos descrito, permite un cribaje sensible de la situación de lo paciente que evita frecuentemente la hospitalización, ofreciendo vías alternativas como las unidades de día.
2. Las unidades de día son una alternativa muy útil al ingreso hospitalario especialmente para pacientes borderline.
3. La satisfacción de los clientes es alta y el grado de seguimiento de los que telefonan y vienen a vernos es muy elevado, lo que evita que sea una actuación de bombero que supone limpiar los síntomas y devolverlos a su entorno. Es como diría Andreoli, un pretto dinámico que inclina a los pacientes a considerar las causas subyacentes a sus síntomas y afrontarlas en el futuro por otros medios.
4. La relativa flexibilidad de horarios en la atención permite que el paciente continúe en su actividad laboral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez E. (2000). Manejo de psicofármacos en pacientes de edad avanzada. Erika Med: Barcelona.
2. CIE 10. (2006). Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor: Madrid.
3. Chinchilla A. (2003). Manual de urgencias psiquiátricas. Masson Ed: Barcelona.
4. Grivois H. (1989). Urgencias psiquiátricas. Masson Ed: Barcelona.
5. Kaplan HI. (1996). Manual de psiquiatría de urgencias. Panamericana Ed: Madrid.
6. Méjica J. (1999). Legislación psiquiátrica y otras disposiciones complementarias. Colex Ed: Madrid.
7. Moya MS. (1995). Actuación en urgencias de Atención Primaria. Madrid.
8. Müller S. (1993). Urgencias en Atención Primaria. Grass ed: Barcelona.
9. Sánchez M. (2006). Guías clínicas de urgencias médicas. Elsevier: Madrid.