

Indicadores de actividad durante cinco años en un servicio de urgencias de atención voluntaria de un hospital psiquiátrico mexicano

Alejandro Molina-López,¹ María Cristina López-Pedraza,² Nadia Morales-Gordillo,³ Martha Patricia Ontiveros Uribe,⁴ Ana Fresán-Orellana⁵

Artículo original

SUMMARY

Background

The demand for Psychiatry Emergency Services (PES) has increased during the last years. There is little knowledge about the activity indicators of PES at Mexican psychiatric hospitals. It is necessary to study the activities of these PES, especially the ones which work through voluntary care and with no emergency severity assessment procedure (Triage) before consultation.

Objective

To describe and compare the activity indicators of a PES within a psychiatric hospital in Mexico City during five years. This hospital offered only voluntary care with no Triage procedure.

Material and method

The database of all registered PES visits from January 1st, 2004, to December 31th, 2008, was analysed. We determined the overall number of consultations and relative frequencies by trimester, semester, year and five years. After this, indicators were broken down using service variables and psychiatric diagnosis according to the ICD-10; they were then compared with each other.

Results

A total of n=41 058 consultations were attended during five years, showing an enhancement of 14.8% in the overall PES activity. We observed a significant enhancement of patients' proportion with no compliance to outpatient treatment as well as more night schedule visitations, while references and admission proportions decreased more than 4%. This suggests a "snow ball-like" progressive enhancement of frequent patients of PES with non-urgent conditions. We did not find any changes in psychiatric diagnosis proportion during the study, but there was a significant 9.69% increase in the overall activity of the first semester compared with the second one.

Discussion

Voluntary care with no Triage procedure tends to enhance the influx of frequent patients with non-urgent conditions, leading to PES overcrowding and disfavoring urgent conditions, specially during the first semester of each year.

Key words: Activity indicator, psychiatric emergency, triage, service utilization.

RESUMEN

Introducción

Los Servicios de Urgencias Psiquiátricas (SUP) han reportado incremento en su demanda en los últimos años. Se desconoce sobre los indicadores de actividad en SUP en hospitales psiquiátricos mexicanos. Se necesitan estudios que describan la actividad de estos servicios, especialmente los de atención voluntaria y sin procedimiento de valoración de la gravedad de las urgencias (*triage*) previo a la consulta.

Objetivos

Describir y comparar los Indicadores de Actividad en un SUP de un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México durante cinco años, en el que se ofreció atención voluntaria sin procedimiento de *triage*.

Material y métodos

Se analizó una base de datos del SUP de todas las consultas otorgadas del 1o de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008. Se determinaron el total de consultas y las frecuencias relativas trimestral, semestral, anual y quinquenal desglosados por variables de utilización de servicio y diagnóstico psiquiátrico según la CIE-10.

Resultados

Se atendieron un total de n=41 058 consultas durante el quinquenio, encontrando incremento de 14.8% en la actividad global en el

¹ Servicio de Atención Psiquiátrica Continua, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM.

² Programa de Voluntad Anticipada, Secretaría de Salud del Distrito Federal.

³ Servicio de Psicofarmacología del Desarrollo, Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

⁴ Subdirección de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua, INPRFM.

⁵ Departamento de Epidemiología Psiquiátrica, INPRFM.

Correspondencia: Alejandro Molina-López. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, DF., E-mail: amolinal@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 31 julio de 2014. Segunda versión: 25 de septiembre de 2014. Aceptado: 07 de octubre de 2014.

período. Se observó un incremento significativo de la proporción de pacientes sin adherencia a consulta externa así como mayor afluencia en el turno nocturno, mientras que la proporción de referencias y hospitalizaciones disminuyó más del 4%, sugiriendo aumento "en bola de nieve" de usuarios frecuentadores con condiciones no urgentes. No se encontraron cambios en la proporción de los diagnósticos psiquiátricos a lo largo del tiempo, pero hubo un aumento significativo del 9.69% en la actividad global en el primer semestre respecto del segundo.

Discusión

La atención voluntaria sin procedimiento de *triage* tiende a generar mayor afluencia de pacientes frecuentadores con condiciones no urgentes, sobrecargando el servicio y desfavoreciendo las condiciones urgentes, especialmente durante el primer semestre del año.

Palabras clave: Indicador de actividad, urgencia psiquiátrica, *triage*, utilización de servicios.

INTRODUCCION

La Psiquiatría de Urgencias ha adquirido gran importancia en las últimas décadas. En los Estados Unidos, tras la desinstitutionalización y la búsqueda de la reincorporación de los pacientes psiquiátricos a la comunidad, miles de trastornos mentales agudos son actualmente enviados a hospitales generales, siendo los servicios de urgencias el primer punto de entrada para dichos pacientes.¹ Se ha estimado que hasta un 30% de los usuarios que tienen primer contacto con los servicios de salud mental acuden a un servicio de urgencias, y se ha visto un incremento de hasta 130% del total de consultas en los Servicios de Urgencias Psiquiátricas (SUP) en los últimos años.²

Los SUP cumplen con múltiples funciones no sólo con el paciente, sino también con la comunidad, ya que los SUP frecuentemente colaboran con otros proveedores de servicios de emergencias como médicos, paramédicos y enfermeras, así como con servicios de salud mental comunitaria, en tribunales judiciales y en escuelas de todos los niveles.³ Se ha recalcado la importancia de los SUP en la academia y la investigación,⁴ y su participación en emergencias complejas y desastres.⁵ Además, la decisión de admitir o referir a un paciente psiquiátrico dentro de una sala de urgencias tiene implicaciones médicas y económicas de alto alcance.⁶ Así mismo se ha visto que cuando se implementan programas en los SUP consistentes en intervención en crisis en pacientes deprimidos, existe una disminución significativa en las hospitalizaciones psiquiátricas⁷ y disminuyen los costos individuales, comunitarios y gubernamentales.⁸ Además, los SUP son, en ocasiones, la única oportunidad para estimar la adherencia al tratamiento, la red de apoyo social y el pronóstico de los usuarios que demandan la consulta,^{9,10} lo cual puede representar una oportunidad de brindar psicoeducación, afianzar el apego al tratamiento o validar una opinión médica previa.¹¹

A pesar de que muchos autores alrededor del mundo han publicado sobre servicios de urgencias y salud mental, existen pocos estudios relacionados con los SUP en el caso particular de México. Algunos estudios han reportado prevalencias de trastornos psiquiátricos en los servicios de urgencias de hospitales generales.¹² Un número importante de estudios mexicanos se han enfocado en el papel que des-

empeña el alcohol en los motivos por los que se solicita consulta de urgencias,¹³⁻¹⁵ en la prevalencia de ideación suicida en usuarios,¹⁶ así como la etnografía de la atención de los pacientes abusadores de alcohol en un servicio de urgencias.¹⁷ Algunos servicios de urgencias de hospitales generales mexicanos han participado en estudios multicéntricos, los cuales han descrito la prevalencia de los trastornos mentales en población usuaria de servicios de urgencias de hospitales generales.¹⁸⁻²⁰ Aunque estos estudios son muy valiosos, los resultados obtenidos a partir de servicios de urgencias de hospitales generales no pueden interpretarse igual que en los servicios de urgencias de hospitales psiquiátricos, ya que la percepción de la enfermedad mental es completamente diferente en ambos tipos de hospital entre pacientes, familiares y proveedores de servicios de salud.^{21,22}

Para cuantificar la utilización de un servicio de salud, incluyendo un servicio de urgencias, el método más utilizado es con base en indicadores, que en el área de la salud pueden ser de dos tipos: de actividad y de calidad.²³ Los indicadores que describen cuantitativamente la utilización de un servicio por unidad de tiempo son los indicadores de actividad, que expresan el total de atenciones brindadas durante un período de tiempo a una población específica. Los indicadores de actividad pueden representarse de dos formas: a) Número de consultas por unidad de tiempo y b) Frecuencia relativa por unidad de tiempo (generalmente por años). El primero refleja la sumatoria de todas las consultas a lo largo de un período determinado; el segundo refleja el número de consultas por tiempo determinado en relación con una población de cobertura según censos o referentes.²⁴

Los indicadores de actividad pueden reflejar el aumento o disminución de la demanda de los servicios al compararse entre sí a lo largo del tiempo, pudiéndose considerar una representación indirecta del impacto de los servicios de los programas de salud mental existentes,²⁵ ya que la asistencia a los servicios de urgencias y la adherencia a los servicios ambulatorios son actividades muchas veces complementarias, debido a que la demanda de los servicios de urgencias depende en mucho de la cobertura e implementación de servicios de salud mental a nivel de la comunidad.^{26,27}

Un procedimiento frecuente en los servicios de urgencias es el *triage*. El término "*triage*" es un anglicismo prove-

niente del francés "triere" que significa escoger, entresacar, categorizar. Se trata de un procedimiento para la categorización de la gravedad de las urgencias con el objetivo de priorizar las más graves por encima de las menos graves.²⁸ Se conoce poco sobre los efectos con la utilización o la falta de un procedimiento de *triage* en un servicio de urgencias psiquiátricas, especialmente si se toma en cuenta que la actividad de un servicio a otro puede ser extremadamente variable.²⁹

Teniendo en consideración la falta de estudios sobre la utilización de servicios de urgencias en hospitales psiquiátricos en México, realizamos el presente trabajo que tuvo como objetivo describir y comparar los indicadores de actividad para diferentes períodos en un servicio de urgencias psiquiátricas mexicano durante los años 2004 a 2008, en el que aún no se había implementado un procedimiento de clasificación de urgencias psiquiátricas (*triage*), y en el que el único criterio de atención era la solicitud de atención voluntaria por parte de los usuarios que consideraron ameritar una consulta de urgencias durante el período de estudio.

MATERIAL Y METODO

Sujetos

Se incluyeron todos los registros de los usuarios que solicitaron voluntariamente una consulta en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) en el período comprendido del 1 de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2008. Se excluyeron los registros de los usuarios que no completaron la consulta de urgencias, que la rechazaron, o que expresamente negaron su consentimiento para poder utilizar sus datos con fines bio-estadísticos. Posteriormente se elaboró una base de datos institucional con el programa Microsoft Excel basada en los censos estadísticos diarios del servicio de urgencias, los cuales se obtuvieron directamente de la nota de valoración médica de cada paciente.

Institución

El INPRFM forma parte de los Institutos Nacionales de Salud. El área designada para el servicio de urgencias se estableció desde el mes de marzo del año 2000; consiste en un área de aproximadamente 110 m² que incluye: sala de observación con dos camas, un módulo de enfermería, dos sanitarios (para personal y para pacientes), cuatro consultorios y una oficina para el médico adscrito al servicio. Cuenta con una sala de espera situada afuera del servicio sobre un pasillo que conecta a la Consulta Externa con el área de Hospitalización. El número de consultorios aumentó, pues contaba con un solo consultorio en el año 2000, posteriormente el número de consultorios llegó a dos en 2002, a tres

en 2004, a cuatro en 2006 y a cinco en 2008, lo cual se hizo redistribuyendo los espacios, permaneciendo constante el área general del servicio.

Procedimiento de atención

Los usuarios que acudieron al Servicio de Urgencias durante los años 2004 a 2008 se presentaron en forma voluntaria al servicio. Cada usuario fue enviado por el Módulo de Vigilancia al Módulo de Registro de pacientes, donde se registraba electrónicamente y, en su caso, se cubría el coste de la consulta en las cajas. En caso de no contar con posibilidad de pago el servicio de trabajo social autorizaba la postergación de éste, no siendo el motivo económico un impedimento para la atención. Cada usuario se presentó en el servicio donde la enfermera le tomaba los signos vitales, y posteriormente tenía que esperar la consulta un tiempo variable, siendo el único criterio de priorización y tiempo de espera la demanda corriente y la saturación del servicio y la mayor o menor disponibilidad de médicos en el momento de solicitar atención. Hasta el último trimestre del año 2008 no se aplicó ningún procedimiento de clasificación de gravedad de urgencias psiquiátricas (*triage*), por lo que todas las condiciones se valoraron según la necesidad subjetiva de cada usuario de recibir atención inmediata de urgencias y según los recursos humanos disponibles en los diferentes momentos.

Indicadores de actividad

Se calcularon de acuerdo a los siguientes criterios: a) Total de consultas (número de consultas otorgadas por período de tiempo) y b) Frecuencia relativa (cociente del número de consultas por período de tiempo entre el referente de la población cubierta por el servicio, por cada 100 000 habitantes). El referente de población cubierta se consideró como el promedio entre 2005 y 2010 de la población total reportada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Historia de los Estados de México, Morelos y el Distrito Federal, representando el referente estimado de cobertura para este estudio la sumatoria de 25 072 740 habitantes.³⁰

Utilización del servicio y diagnóstico psiquiátrico

Los registros de la base de datos se desglosaron de acuerdo a dos grupos de variables registradas en la base de datos: a) Utilización del servicio y b) Diagnóstico psiquiátrico. Las variables de utilización del servicio fueron: Contacto institucional de primera vez o subsecuente, adherencia a citas en consulta externa, motivo del usuario que movilizó la consulta y referencia o derivación. Los diagnósticos psiquiátricos fueron capturados por su código según la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Cuadro 1. Desglose de indicadores de actividad (número de consultas) anual y quinquenal, en relación con las variables de utilización del Servicio de Urgencias Psiquiátricas (SUP)

Tipo de utilización del SUP	Variable de utilización del SUP	2004	2005	2006	2007	2008	Σ	Media	D.E.	Dif. % FRQ.	χ ²	gl.	P	
Atención Institucional	Primera Vez	2467	2658	2697	2861	2733	13416	2683.2	142.88	-0.77	3.027	4	0.553	
	Subsecuente	5052	5358	5560	5874	5708	27552	5510.4	319.01	-0.28				
Adherencia a CE	Asiste a citas en CE	2645	2239	2196	2475	2314	11869	2373.8	185.17	-11.82	248.085	4	<0.0001**	
	No asiste a sus citas en CE	2382	3077	3306	3368	3466	15699	3139.8	458.13	+15.32				
Motivo de consulta	Evaluación de primera vez	2467	2658	2697	2861	2733	13416	2683.2	142.88	-0.77	933.710	36	<0.0001**	
	Exacerbación de síntomas	3865	3842	4154	4995	4916	21772	4354.4	563.03	+6.22				
	Riesgo suicida	215	197	158	184	92	846	169.2	47.89	-1.78				
	ES de psicofármacos	119	183	102	123	83	610	122.0	37.58	-0.61				
	Intoxicación por sustancias	18	49	37	29	31	164	32.8	11.36	+0.12				
	Mal apego a CE	274	378	374	89	67	1182	236.4	150.68	-2.86				
	Reasignación médico en CE	152	154	318	80	238	942	188.4	91.53	+0.77				
	Sínt. médicos no psiq.	150	241	144	80	238	858	171.6	39.65	-0.05				
	Solicitud de recetas	83	101	95	85	90	454	90.8	7.36	-0.05				
	Otros	176	213	178	132	115	814	162.8	39.23	-0.99				
	Envío/referencia	CE/preconsulta	5552	6105	6723	6798	6643	31371	6274.2	490.04	+4.03	536.830	12	0.01*
		Hospitalización	403	376	415	451	399	2044	408.8	27.49	-0.68			
		Referencia a otra unidad	1564	1535	1569	1483	1489	7640	1528.0	40.53	-3.35			
Turno de valoración	Matutino (08:00 - 13:59)	3027	3798	3995	4224	3878	18922	3784.4	452.82	+5.20	1066.460	8	<0.0001**	
	Vespertino (14:00 - 19:59)	3792	2529	2568	2788	3006	14683	2936.6	514.93	-15.20				
	Nocturno (20:00 - 07:59)	700	1689	1694	1723	1647	7453	1490.6	442.79	+10.00				
Total		7519	8016	8257	8735	8531	41058	8211.6	473.28	+14.81	267.385	4	<0.0001**	

La sumatoria, media y Desviación Estándar corresponden al quinquenio. El porcentaje corresponde a la prevalencia quinquenal de cada subgrupo de indicadores de actividad por adherencia, motivo de consulta, envío y horario de atención que presentaron los usuarios. CE = Consulta Externa. SUP: Servicio de Urgencias Psiquiátricas ES = Efectos Secundarios. Sínt. Síntomas; Dif % FRQ: Diferencia porcentual de la Frecuencia Relativa a principios y a finales del quinquenio.

La base de datos utilizada para este estudio no contó con las variables de género, edad o riesgo suicida.

Cambios de los indicadores a lo largo del tiempo

Para confirmar las observaciones en la bibliografía de que la afluencia de urgencias psiquiátricas y ciertos diagnósticos

psiquiátricos pueden tener un patrón cíclico de estacionalidad o aumento de demanda,³¹ los indicadores de actividad se estudiaron anual, trimestral (cuatro trimestres por año por cinco años) y semestral (dos semestres por año, por cinco años). Se compararon los indicadores inter-trimestres, inter-semestres e inter trimestre-semestre. Se calcularon los cambios porcentuales por semestre de cada variable para detectar cualquier cambio de los patrones de utilización de

Cuadro 2. Frecuencia relativa trimestral y semestral durante el quinquenio

Diagnóstico CIE-10	Ene a Mar	Abr a Jun	Jul a Sep	Oct a Dic	1er sem	2do sem	Dif porcentual 1 y 2 sem	Comparación	Actividad global estadística	p
Demencias	0.267	0.235	0.199	0.291	0.502	0.491	2.381			
Delirium	1.918	1.268	1.312	1.360	3.187	2.672	16.145	Inter-trimestre:		
Otros trastornos orgánicos	0.052	0.060	0.116	0.144	0.112	0.259	-132.140	Trim. 1 – Trim. 2	t = 0.5430	0.591
Abuso/dependencia agudo	1.165	1.232	1.300	0.921	2.397	2.222	7.321	Trim. 1 – Trim. 3	t = 1.4340	0.162
Abuso/dependencia crónico	0.347	0.363	0.255	0.319	0.709	0.574	19.101	Trim. 1 – Trim. 4	t = 2.9730	0.006**
Esquizofrenia aguda	0.463	0.542	0.275	0.331	1.005	0.606	39.680	Trim. 2 – Trim. 4	t = 2.7830	0.009**
Esquizofrenia crónica	3.091	2.888	2.931	2.792	5.978	5.723	4.269			
T. delirantes primarios	0.307	0.291	0.215	0.183	0.598	0.399	33.330			
Otros T. psicóticos	0.012	0.028	0.000	0.012	0.040	0.012	70.000			
Trastorno depresivo mayor	16.090	16.91	16.640	14.760	33.000	31.400	4.858			
Trastorno bipolar	3.661	3.243	3.015	2.912	6.903	5.927	14.153			
Trastornos distímicos	0.335	0.335	0.271	0.319	0.670	0.590	11.904			
Trastorno de angustia	0.136	0.140	0.092	0.084	0.175	0.175	36.231	Trim. – Sem.		
T. Ansiedad generalizada	7.143	6.481	5.376	5.695	13.620	11.070	18.735	Trim. 1 – Sem. 1	t = -2.3850	0.024*
T. obsesivo compulsivo	1.041	0.957	0.850	0.885	1.998	1.735	13.174	Trim. 2 – Sem. 1	t = -2.1730	0.038*
Reacciones graves al estrés	0.830	0.722	0.658	0.698	1.551	1.356	12.596	Trim. 3 – Sem. 1	t = -2.4990	0.018*
T. alimentario	0.618	0.447	0.511	0.391	1.065	0.901	15.356	Trim. 4 – Sem. 1	t = -2.3160	0.028*
T. sexualidad	0.076	0.088	0.080	0.076	0.163	0.155	4.878	Trim. 1 – Sem. 2	t = -2.5440	0.017*
T. sueño	0.016	0.012	0.004	0.012	0.028	0.016	42.857	Trim. 2 – Sem. 2	t = -2.3932	0.023*
T. somatoformes	0.000	0.000	0.000	0.012	0.000	0.012	0.000	Trim. 3 – Sem. 2	t = -2.4812	0.019*
Cluster A	0.008	0.028	0.012	0.004	0.036	0.016	55.556	Trim. 4 – Sem. 2	t = -2.3182	0.028*
Cluster B	1.344	1.169	1.033	1.149	2.513	2.181	13.174	Sem. 1 – Sem. 2	t = 2.7830	0.009**
Cluster C	0.032	0.052	0.020	0.016	0.083	0.000	57.142			
T. de la conducta	0.191	0.183	0.168	0.160	0.375	0.327	12.765			
T.D.A.H.	0.160	0.263	0.076	0.128	0.442	0.203	51.886	Diagnóst. – Trim.:		
T. afectivos adolesc.	0.016	0.016	0.028	0.004	0.032	0.032	0.000	Diagnóst. – Trim. 1	F = 1.4930	0.219
Otros T. adolescencia	0.080	0.040	0.056	0.072	0.120	0.128	-6.660	Diagnóst. – Trim. 2	F = 1.4600	0.231
T. médico no psiquiátrico	0.283	0.215	0.327	0.148	0.499	0.475	4.800	Diagnóst. – Trim. 3	F = 1.4500	0.234
T. psiq. sec. C. médica	3.227	3.729	3.849	2.999	6.955	6.848	1.548	Diagnóst. – Trim. 4	F = 1.4700	0.227
Sin diagnóstico	0.427	0.606	0.554	0.455	1.032	1.009	2.317	Diagnóst. – Sem. 1	F = 1.4770	0.224
Total	43.340	42.540	40.220	37.330	85.880	77.550	9.696	Diagnóst. – Sem. 2	F = 1.4590	0.231

Las cifras representan la tasa de actividad del servicio de urgencias por cada 100,000 habitantes según la población referente de cobertura. La diferencia porcentual se obtuvo del porcentaje acumulado por semestre entre los primeros y segundos semestres durante el quinquenio. Los porcentajes negativos implican mayor actividad en el segundo semestre en relación con el primero.

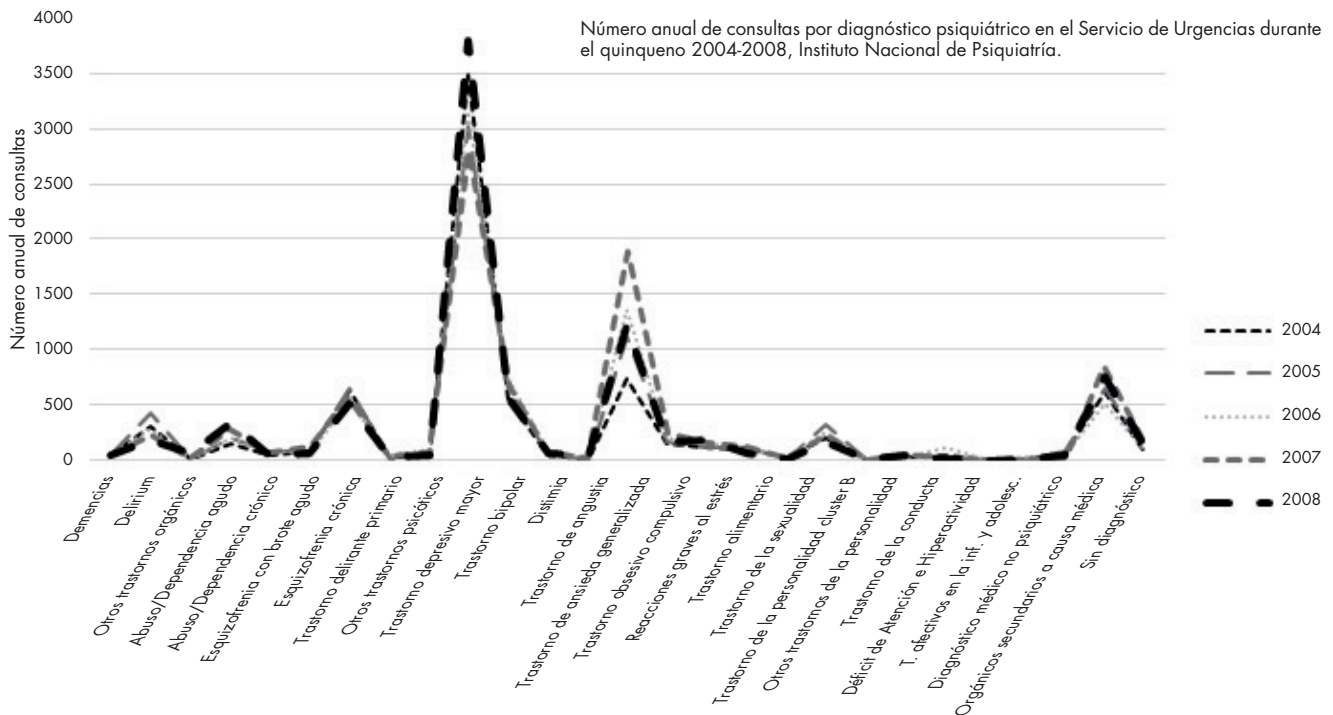


Figura 1. Los diagnósticos se asignaron de acuerdo a los registros clínicos de los pacientes generados de las consultas de urgencias.

los servicios o de la prevalencia de los diagnósticos psiquiátricos a lo largo de diferentes períodos de tiempo.

Consideraciones éticas

Se consideraron los principios de la Declaración de Helsinki sobre la Investigación en seres humanos.³² Los registros de este estudio se obtuvieron en forma retrospectiva a partir de las libretas donde se asienta la información de las notas médicas realizadas posteriormente a la atención de los usuarios del servicio de urgencias, quienes por procedimiento otorgaron su consentimiento informado en el que además de autorizar una atención voluntaria, el usuario autoriza que la información se pueda utilizar en forma anónima con fines bio-estadísticos. La confidencialidad y la privacidad de los usuarios se cuidó utilizando variables en forma numérica de tal forma que no fuese posible la identificación de los mismos.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se utilizaron medidas de tendencia central, porcentual, dispersión y sumatoria quinquenal de los indicadores de actividad anual. Para el análisis comparativo entre indicadores de actividad y utilización del servicio se utilizó prueba de *chi* cuadrada. Para el análisis de los cambios entre diagnósticos psiquiátricos por trimestre, semestre y quinquenio se utilizó la prueba *t* y ANOVA de un factor; se utilizó el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) Versión 22.0.

RESULTADOS

Número total anual y quinquenal de consultas de urgencias

Se otorgó un total de $n=41\ 160$ consultas de urgencias en el transcurso de los cinco años, en las cuales $n=102$ personas se negaron a recibir atención en forma voluntaria, resultando una muestra analizada de $n=41\ 058$ consultas. El año 2007 resultó ser el de mayor actividad del quinquenio alcanzando $n=8735$ consultas. La media quinquenal fue de 8211.6 ± 473.28 consultas. Se observó un aumento progresivo en las consultas de urgencias de 2004 a 2007, presentándose un incremento anual de 6.61% en 2005, de 3.01% en 2006 y de 5.79% en 2007, respecto del año anterior, en tanto que 2008 mostró un decremento del 2.33% respecto del 2007. Hubo un incremento global quinquenal del 14.81%.

La mayoría de las consultas fueron subsecuentes (67.11%, $n=27\ 552$), de las cuales $n=15\ 699$ (38% de la muestra total y 56.98% de la muestra de subsecuentes) no tenían adecuada adherencia a las citas en consulta externa. El 53.03% ($n=21\ 772$) acudieron a urgencias debido a una exacerbación de sus síntomas. Más de las tres cuartas partes de la muestra ($n=31\ 317$, 76.41%) fue enviada a servicios ambulatorios de la institución (Consulta externa o Preconsulta). Se hospitalizaron un total de $n=2\ 044$ pacientes, representando el 4.98% de la muestra total y generando una media de 408 ± 27.49 hospitalizaciones por año. Se observó una mayor proporción de consultas otorgadas en el turno matutino respecto del vespertino y nocturno.

Cambios en la frecuencia relativa anual y quinquenal

Las variables de utilización de servicio fueron convertidas a indicadores de frecuencia relativa trimestral y semestral, analizando las diferencias porcentuales al inicio (2004) y al final (2008) del quinquenio. El cuadro 2 resume los cambios en las frecuencias relativas por trimestre y semestre. Se encontraron diferencias no significativas en las proporciones iniciales y finales de consultas de primera vez y subsecuentes ($\chi^2=3.027$, $gl=4$, $p=0.553$). Se observó una disminución significativa del 11.82% de usuarios subsecuentes con adherencia a consulta externa, y aumento del 15.32% en la proporción de usuarios subsecuentes sin adherencia a Consulta externa al final del quinquenio ($\chi^2=248.085$, $gl=4$, $p<0.0001$), así como un aumento del 4.03% en el envío a Consulta externa y una disminución de las referencias a otras instituciones del 3.35% ($\chi^2=536.83$, $gl=12$, $p=0.01$). Se observó un incremento quinquenal del 10% en las consultas del turno nocturno ($\chi^2=1066.46$, $gl=8$, $p<0.0001$).

Diagnóstico psiquiátrico en el servicio de urgencias

Se desglosaron cada uno de los diagnósticos psiquiátricos que presentó la muestra por código según la Sección F de la CIE-10. La figura 1 esquematiza las distribuciones de diagnósticos por año. El diagnóstico más frecuente fue el de tras-

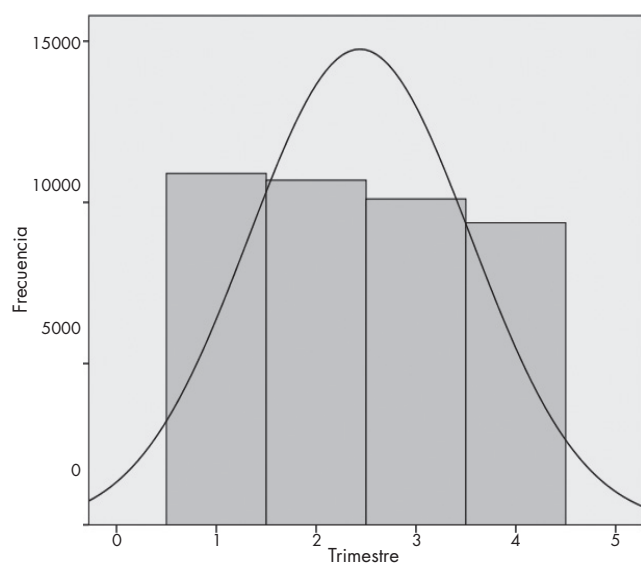


Figura 2. Actividad global inter-trimestral del Servicio de Urgencias en cinco años. Distribución y curva de frecuencia de consultas de urgencias por trimestre. Se presentan las sumatorias de consultas desglosadas en cada uno de los cuatro trimestres (1 = enero a marzo; 2 = abril a junio; 3 = julio a septiembre; 4 = octubre a diciembre) durante 2004 a 2008. Se calculó sesgo = 0.77 (Error estándar = 0.12) y Curtosis = -1.338 (Error estándar = 0.24), correspondiente a una distribución sesgada a la derecha y platicúrtica.

torno depresivo mayor (prevalencia de 39.61%, $n=19.262$) con una media de 3252.4 ± 393.35 consultas anuales. El segundo diagnóstico más frecuente fue el trastorno de ansiedad generalizada (15.34%, $n=6306$), con media de 1262.2 ± 417.79 consultas anuales. En tercer lugar se encontraron los trastornos psiquiátricos secundarios a causa médica (8.21%, $n=3370$) seguido del trastorno bipolar (7.72%, $n=3170$), esquizofrenia paranoide crónica (7.0%, $n=2876$), *delirium* secundario a causa médica (3.46%, $n=1419$), seguido de los trastornos adictivos y los trastornos de la personalidad. La prevalencia de diagnósticos adictológicos agudos fue mayor en comparación con los crónicos (2.81% vs. 0.80%). Se encontró que los trastornos de la personalidad del *cluster B* (límite, antisocial, histriónico y narcisista) fueron los más frecuentes respecto de otros trastornos de la personalidad (2.83% vs. 0.06%).

Actividad inter-trimestral e inter-semestral

Se observó mayor actividad del servicio los primeros semestres (enero a junio, $n=21533$) respecto de los segundos semestres (julio a diciembre, $n=19445$) durante los cinco años, encontrando 9.696% de mayor actividad en los primeros semestres respecto de los segundos semestres ($t=2783$, $p=0.009$). La mayor parte de los diagnósticos psiquiátricos mostró un patrón de mayor actividad durante los primeros trimestres, la cual fue decreciendo progresivamente el resto de los trimestres; sólo los diagnósticos "Otros trastornos orgánicos" (*v.gr.* cambios de personalidad secundario a causa médica) y "Otros trastornos en la adolescencia" (*v.gr.* trastorno por *tics*) presentaron mayor actividad durante los segundos semestres. El trastorno depresivo mayor tuvo una mayor actividad durante los segundos trimestres. Se observó aumento de la actividad en el cuarto trimestre respecto del tercer trimestre para los diagnósticos de *delirium*, otros trastornos orgánicos, trastornos distímicos, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y reacciones graves al estrés, incluyendo el estrés postraumático. No se encontraron diferencias significativas inter-grupo ni intra-grupo por efecto del factor del diagnóstico psiquiátrico ($F=1.459$, $p=0.231$). La figura 2 resume la actividad global inter-trimestral del servicio de urgencias durante el período de cinco años.

DISCUSION

Hasta donde sabemos éste es el primer estudio que describe y analiza los indicadores de actividad en un SUP mexicano en el que se detecta el total y la frecuencia relativa de consultas otorgadas al trimestre, semestre, año y quinquenio, en un servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico de atención voluntaria sin procedimiento de *triage*.

El hallazgo más evidente es que se detectó un patrón de crecimiento quinquenal del 14.81% en la actividad del servicio. Aunque este fenómeno pareciera poder ser expli-

cado secundario al incremento natural en la demanda del servicio de urgencias acorde a los fenómenos psicopatológicos y sociales actuales como aumento en el consumo de alcohol,³³ el aumento en los comportamientos suicidas en los últimos años en el mundo³⁴ y en México,³⁵ y el incremento de conductas violentas asociadas al uso de sustancias,³⁶ existen otros factores adicionales que pueden aumentar los indicadores de actividad de un servicio de urgencias.

Entre los factores intrínsecos a los procedimientos en los servicios de urgencias que pueden explicar el aumento de la actividad se encuentra a la presencia de usuarios frecuentadores en el servicio³⁷ y la demanda recurrente de condiciones no urgentes.³⁸ Ambas condiciones fueron detectadas en el SUP debido a los resultados en las variables de utilización del servicio durante el quinquenio como el incremento de usuarios sin adherencia a consulta externa (15%), el incremento de usuarios derivados a servicios ambulatorios (4%), y la mayor proporción de usuarios que manifestaron como principal motivo la exacerbación de síntomas psiquiátricos pre-existentes (53%), lo anterior apoya que el tipo de utilización de servicio que se vio incrementado fue principalmente de los usuarios con motivos de consulta no urgentes ya que el envío a atención ambulatoria (Consulta externa o Preconsulta) corresponde generalmente a usuarios estables, no críticos, con demanda individual subjetiva de ameritar atención inmediata e intervención del SUP.

El crecimiento en "bola de nieve", en los indicadores actividad del SUP describe un fenómeno que podría ser atribuido a un número creciente de pacientes frecuentadores del servicio. El fenómeno del paciente frecuentador se desarrolla debido a una retroalimentación negativa entre la falta de adherencia a los servicios ambulatorios y la frecuentación del servicio de urgencias, lo cual empeora al existir una oferta de atención voluntaria sin clasificación por severidad o riesgo (*triage*). Lo anterior genera un fenómeno "revolvente" de usuarios frecuentadores cada vez mayor que satura más el servicio y limitan la oferta de atención a usuarios con condiciones verdaderamente urgentes.

Un hallazgo interesante es que se observó un incremento del 5% en la actividad del SUP en el turno matutino (08:00 a 14:00 horas), así como un incremento del 10% en el horario nocturno (20:00 a 08:00 horas del día siguiente) durante el quinquenio. Un fenómeno del que nos pudimos percatar es que un número considerable de usuarios frecuentaron el turno nocturno para evadir los procedimientos administrativos presentes durante los días y horarios hábiles, especialmente aquellos relacionados con el pago diferido de los servicios; lo anterior podría ser una explicación del sobrecargado incremento de la demanda nocturna del servicio.

Se ha visto que la oferta indiscriminada de atención de SUP a condiciones no urgentes genera diferentes problemas como sobrecarga y aumento de frecuentadores del servicio, especialmente si no existen alternativas diferentes como el envío a primer nivel en corto tiempo o integrar a

programas de seguimiento de trastornos específicos.³⁹ Lejos de aislarse de los servicios de urgencias, los servicios ambulatorios deben estar en estrecho contacto con ellos de tal forma que en ambos servicios se trabaje coordinada y sinérgicamente para incrementar la continuidad de la atención en los servicios ambulatorios, y al mismo tiempo disminuir la frecuentación de los servicios de urgencias.

Un error frecuente es afirmar que los servicios de urgencias deben operar como "amortiguadores" de la falta de oferta asistencial, especialmente cuando otros servicios no están disponibles.⁴⁰ Esta tendencia a delegar a los servicios de urgencias todas las situaciones no contempladas por otros servicios podría ser una explicación de la saturación a lo largo del tiempo y en ciertas temporadas o incluso horarios de los servicios de urgencias. Lo anterior empeora si los criterios de atención en urgencias se basan en una atención voluntaria y no clasificada ni estratificada, generando progresivamente mayores problemas de sobrecarga y frecuentación en forma continua a lo largo del tiempo,⁴¹ perdiendo el servicio de urgencias su objetivo primordial que es priorizar y estabilizar las condiciones más graves ante la demanda excesiva de usuarios con urgencias sentidas, que, paradójicamente, suelen tener la percepción de que realmente ameritan una atención inmediata.⁴²

Algunos estudios han reportado que las condiciones que se presentan en forma más frecuente visitan el servicio de urgencias fuera del horario hábil.⁴³ lo cual confirma que la atención de un SUP debe de mantenerse las 24 horas incluso si la frecuencia relativa es menor respecto de los días y horarios hábiles.

Los resultados de este estudio mostraron que algunos diagnósticos psiquiátricos, como las condiciones adictológicas agudas y los trastornos de la personalidad del *cluster B*, aumentaron su frecuencia relativa anual durante el quinquenio. Esto es congruente con reportes de que otros factores que podrían influir en la frecuentación de servicios de urgencias son los diagnósticos adictológicos y los trastornos de la personalidad del *cluster B*, según el DSM-IV.^{44,45}

Entre otros factores más que pueden favorecer la afluencia de pacientes frecuentadores de los SUP está la sensación de privacidad y de satisfacción al utilizar el servicio de urgencias.⁴⁶ Otro factor de riesgo para ser frecuentador es que el usuario no alcance una percepción de mejoría en salud tras utilizar los SUP. Entre los factores relacionados con la sensación de mejoría en salud de los servicios de urgencias se encuentran la realización de *triage*, seguimiento por parte de enfermería y valoración por diferentes médicos del *staff* de urgencias.⁴⁷ Finalmente, otro factor que puede favorecer la frecuentación en un servicio de urgencias es la dificultad para afianzar la alianza terapéutica que se considera un importante factor en el tratamiento, especialmente en pacientes con condiciones críticas.⁴⁸

Llama la atención que a pesar de que aumentó la frecuencia de diagnósticos psiquiátricos a lo largo de los años,

se conservó la proporción de los mismos durante el período de estudio; así mismo se encontró un incremento del 9.69% en la actividad durante el primer semestre respecto del segundo semestre, y en el primer trimestre respecto de los demás trimestres. La mayor actividad durante los primeros trimestres y semestres podría ser explicada por el principio de estacionalidad, en el que el incremento de temperatura y humedad puede aumentar la actividad de las urgencias psiquiátricas.⁴⁹

El presente estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar no muestra una comparación por edad y género debido a que la base de datos utilizada no contaba con el dato. El factor género es decisivo para la evaluación del riesgo suicida,⁵⁰ por lo que será necesario realizar nuevos estudios donde sea posible comparar el impacto en los indicadores de actividad desglosados por género. Otra limitación del estudio es que la muestra dista de ser un dato representativo de la población general, ya que al tratarse de una muestra hospitalaria no se trata de una muestra probabilística. También llama la atención que el diagnóstico más frecuente en el servicio de urgencias fue el trastorno depresivo mayor, mientras que en la población general lo es la fobia específica,⁵¹ lo cual refuerza que los diagnósticos en el servicio de urgencias pueden no representar el motivo o situación crítica que se presenta al momento de solicitar atención, ya que las condiciones en urgencias psiquiátricas son entidades críticas de naturaleza sindrómica que a la fecha no están suficientemente categorizadas, por lo que los diagnósticos nosológicos actuales son insuficientes para clasificarlas adecuadamente. Una tercera limitación es que el estudio no incluyó indicadores de calidad (por ejemplo, tiempos de espera), indicadores de satisfacción (por ejemplo, conformidad con la información recibida por el médico), ni indicadores de continuidad (por ejemplo, seguimiento longitudinal de los servicios utilizados después de la última consulta de urgencias).

Los resultados de este estudio nos permiten concluir que la atención abierta e indiscriminada en urgencias, aunque sea bien intencionada y esté aparentemente centrada en la satisfacción del usuario, puede generar problemas como la sobresaturación del servicio y un aumento en los usuarios frecuentadores con condiciones no urgentes, lo cual sostiene que es necesario un procedimiento de clasificación inicial de la gravedad o riesgo de urgencias psiquiátricas, ya que la pronta identificación de las condiciones no urgentes son prioritarias para cuestiones de calidad y satisfacción en la utilización de servicios de urgencias.⁵² También nos permiten concluir que la atención voluntaria e indiscriminada en urgencias tiene un efecto de incremento en el volumen asistencial, gran parte del cual está formado por frecuentadores de servicios, lo cual afecta su funcionamiento global, la satisfacción del usuario y, lo que es más serio: el trato no priorizado y desfavorable hacia las condiciones verdaderamente urgentes.

Se necesitan nuevos estudios que determinen el impacto de programas de clasificación de urgencias psiquiátricas (*triage*) con instrumentos o escalas específicas para classifica-

ción de urgencias en salud mental en servicios de urgencias de hospitales psiquiátricos y generales.

REFERENCIAS

1. Barton GM. The history of emergency psychiatry: A personal account. En: Glick LR, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller S (eds). *Emergency psychiatry, principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
2. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:580-586.
3. Fishkind AB, Berlin JS. Structure and function on psychiatric emergency services. En: Glick LR, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller S (eds). *Emergency psychiatry, principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
4. Weissberg P. Emergency psychiatry: A critical educational omission. *Ann Intern Med* 1991;114:246-247.
5. Yule W. Theory, training and timing: Psychosocial interventions in complex emergencies. *Intern Rev Psychiatry* 2006;18(3):259-264.
6. Damsa C, Hummel C. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: A naturalistic study. *Eur Psychiatry* 2005;20:562-566.
7. Damsa C, Lazignac C, Cailhol L et al. Troubles dépressifs majeurs et urgences psychiatriques: Une étude naturaliste concernant la place des interventions de crise. *Can J Psychiatry* 2005;50:857-862.
8. Clarke P, Hafner J, Holme G. The brief admission unit in emergency psychiatry. *J Clin Psychol* 1997;53(8):817-823.
9. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting aftercare in psychiatric emergencies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:829-834.
10. Carpenter L, Schechter J, Underwood J. Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2005;56(6):743-745.
11. Way BB. Relationships between patient, family and significant other disposition preferences in psychiatric emergency services and the clinical symptom ratings and disposition decisions of psychiatrists. *Psychiatr Rehab J* 2005;29(2):132-137.
12. Borges G, Mondragón L, Cherpitel C, Ye Y et al. El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente 1986-2003. *Salud Mental* 2003;26(5):19-27.
13. López JL, Rozovsky H. El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencia, y estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental* 1998;21(3):32-38.
14. Borges G, Medina-Mora ME, Cherpitel C, Casanova L et al. Consumo de bebidas alcohólicas en los pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Publica Mex* 1999;41(1):3-11.
15. López-Jiménez JL. Patrón de consumo de alcohol en pacientes captados en salas de urgencias. *Salud Publica Mex* 1998;40(6):487-493.
16. Mondragón L, Saltijeral MT, Borges G, Bimbela A. La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental* 1998;21(5):20-27.
17. Mondragón L, Romero M, Borges G. Ethnography in an emergency room: evaluating patients with alcohol consumption. *Salud Publica Mex* 2007;50(4):308-315.
18. Borges G, Orozco R, Cremona M, Bizie-Figlie N et al. Alcohol and violence in the emergency department: a regional report from the WHO collaborative study on alcohol and injuries. *Salud Publica Mex* 2008;50(Sup 1):S6-S11.
19. Castilla-Puentes R, Secin R, Grau A, Galeno R et al. A multicenter study of major depressive disorder among emergency patients in Latin-America countries. *Depress Anxiety* 2008;25(2):199-204.

20. Castilla-Puentes R, Secin R, Grau A, Galeno R et al. A multicenter study of bipolar disorder among emergency patients in Latin-America countries depress anxiety 2011;42(1):49-67.
21. Roman JS, Griswold KS, Smith SJ, Servoss TJ. How patients view primary care: differences by minority status after psychiatric emergency. *J Cult Divers* 2008;15(2):56-60.
22. Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A et al. Involuntary commitment in psychiatric care: What makes the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:360-365.
23. Luaces C et al. Grupo de trabajo de indicadores de calidad de la sociedad española de urgencias de pediatría. *An Pediatr (Barc)* 2004;60(6):569-580.
24. Jiménez-Murillo L et al. Grupo de trabajo SEMES-Insalud: Calidad en los servicios de urgencias: Indicadores de calidad. *Emergencias* 2001;13:60-65.
25. Snowden LR, Masland MC, Wallace NT et al. Effects on outpatient and emergency mental care of strict Medicaid early periodic screening, diagnosis and treatment enforcement. *Am J Public Health* 2007;97(11):1951-1956.
26. Claassen CA, Kashner MT, Gilfillan SK, Larkin GL et al. Psychiatric emergency services use after implementation of managed care in a public mental health system. *Psychiatr Serv* 2005;56(6):691-698.
27. Hudson CG. A predictive model of the development of national mental health systems. *J Ment Health Policy Econ* 2010;13(4):175-187.
28. Vatnøy TK, Fossum M, Smith N, Skettebø S. Triage Assessment of registered nurses in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2013;21(2):89-96.
29. Chang G, Weiss AP, Orav EJ, Jones JA et al. Hospital variability in Emergency department length of stay for adult patients receiving psychiatric consultation: A prospective study. *Ann Emerg Med* 2011;58(2):127-136.
30. INEGI. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvini-inegi/productos/integracion/pais/aepf/2011/Aepf2011.pdf.
31. Hillen T, Szaniecki E. Cyclic variations in demand for uot.for.hours services in child and adolescent psychiatry. Implications for service planning. *Psychiatrist* 2010;34(10):427-432.
32. Rickham PP. Human experimentation code of ethics of the World Medical Association. Declaration of Helsinki. *BMJ* 1964;18(2):177.
33. Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, Sher L. Alcohol-related problems in adolescents and young adults admitted to psychiatric emergency rooms. *Nord J Psychiatry* 2007;61(4):310-311.
34. Jiménez-Treviño L, Sáiz-Martínez PA, Paredes-Ojanguren B. Epidemiología de los comportamientos suicidas. En: Bobes-García J, Saiz-Martínez PA, García-Portilla-Gonzalez MP, Bascarán-Fernández MT, Bousoño-García M (eds). *Comportamientos suicidas*. Oviedo: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2006.
35. Borges G, Knock MK, Medina-Mora ME, Benjet C et al. The epidemiology of suicide relates in Mexico. *Suicide Life Threat Behav* 2007;37(6):627-640.
36. Walton MA, Cunningham RM, Chermack ST et al. Correlates of violence history among injured patients in an urban emergency department: gender, substance use and depression. *J Addict Dis* 2007;26(3):61-75.
37. Liu SW, Nagurney JT, Chang Y, Parry BA et al. Frequent ED users: are most visits for mental health, alcohol and drug-related complaints? *Am J Emerg Med* 2013;31(10):1512-1515.
38. Ryan M, Spicer M, Hyett C, Barnett P. Non-urgent presentations to a paediatric emergency department parental behaviors, expectations and outcomes. *Emerg Med Australas* 2005;17(5-6):457-462.
39. Kirby SE, Dennis SM, Jayasinghe UW, Harris MF. Frequent emergency attenders: Is there a better way? *Aust Health Rev* 2011;35(4):462-7.
40. Wand T, White K. Examining models of mental health service delivery in the emergency department. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:784-791.
41. Eroglu SE, Toprak SN, Urgan O, Onur OE et al. Evaluation of non-urgent visits to a busy urban emergency department. *Saudi Med J* 2012;33(9):967-972.
42. Nelsoin J. Why patients visit emergency units rather than use primary care services. *Emerg Nurse* 2011;19(1):32-36.
43. Johansen IH, Morken T, Hunskaar S. Contacts related to mental illness and substance abuse in primary health care: A cross-sectional study comparing patients' use of daytime versus out-of-hours primary care in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2010;28:160-165.
44. Boyer L, Dassa D, Belzeaux R, Henry JM et al. Frequent visits to a French psychiatric emergency service: diagnostic variability in psychotic disorders. *Psychiatr Serv* 2011;62(8):966-970.
45. Minassian A, Vike GM, Wilson MP. Frequent emergency department visits are more prevalent in psychiatric, alcohol abuse and dual diagnosis conditions than in viral illnesses such as hepatitis and human immunodeficiency virus. *J Emerg Med* 2013;45(4):520-525.
46. Lin YK, Lin CJ. Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emerg Med J* 2011;28(7):604-608.
47. Wong FK, Liu J, Chang K, Chow SK. Factors predicting improved health after emergency room visits. *J Clin Nurs* 2008;17(7):901-910.
48. Parada LM. Desafíos en el establecimiento de la alianza terapéutica en pacientes suicidas. *Rev Chil Psicoanal* 2013;30(2):129-134.
49. Miró-García F, Setó-iBoada S, Xifré-Collsamata A, Grau-Juaquin M et al. Factores meteorológicos y Urgencias psiquiátricas. *Act Esp Psiquiatr* 2009;37(1):34-41.
50. Narishigue R, Kawashima Y, Otaka I, Saito T et al. Gender differences in suicide attempters: A retrospective study of precipitating factors for suicide attempts at a critical emergency unit in Japan. *BMC Psychiatry* 2014;14:144.
51. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz MC, Benjet C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
52. Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, Ginde AA. National study of non-urgent emergency department visits and associated resources utilization. *West J Emerg Med* 2014;14(6):609-616.

Artículo sin conflicto de intereses