

# Asistencia a las urgencias psiquiátricas en Albacete

## Medical attendance at psychiatric urgencies in Albacete

M. ABIA CUCHILLO \*, F. BELMONTE LOPEZ \*, A. E. MUÑOZ DIAZ \*\*, C. CALZADO SOLAZ \*\*\*

### RESUMEN

Se han examinado las características de los pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias Psiquiátricas de Albacete durante el año 1990. De los datos obtenidos destacan: 1) Los trastornos por alcohol y opiáceos fueron el grupo más numeroso, con casi un tercio de las urgencias. 2) Casi los dos tercios de las urgencias estuvieron entre las edades de 15 a 40 años. 3) Casi la cuarta parte de las mismas se quedaron ingresadas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Y 4) La escasa incidencia de las urgencias enviadas por el juez.

**PALABRAS CLAVE:** hospital psiquiátrico, urgencias psiquiátricas, registro de datos, trastornos mentales.

### SUMMARY

The characteristics of the patients, that have been attended in this Unity of Psychiatric Urgencies in Albacete, have been examined during 1990. About this information we can remark the following points: 1) The mental disorders due to alcohol and «narcotics», formed the most numerous group, with almost a third of these urgencies. 2) Almost two thirds of the urgencies were between the ages of 15 to 40 years. 3) Nearly the fourth part of these were admitted to the Unity of Psychiatry in this Hospital. And 4) The scarce incidence of the urgencies that have been sent by the judge.

**KEY WORDS:** psychiatric hospital, psychiatric urgencies, register of facts, mental disorders.

(A la memoria de Manuel Veiga)

«Los números son el principio constitutivo y determinante de todo» Pitágoras de Samos

\* Auxiliar de Psiquiatría. \*\* ATS de Psiquiatría. \*\*\* Médico Psiquiatra. Departamento de Salud Mental de la Diputación de Albacete.

*Correspondencia:* Miguel Abia cuchillo. Centro de Atención a la Salud. C/. Francisco J. de Moya, 13. 02002 Albacete.

Fecha de recepción: 28-5-91.  
Fecha de aceptación: 4-11-91.

### INTRODUCCION

Hace casi dos décadas que se inició el proceso de transformación de los Servicios de Psiquiatría de la provincia de Albacete. En 1973, empezó el traslado de enfermos desde el tradicional Manicomio/Casa de Misericordia al nuevo Hospital Psiquiátrico, lejos de la ciudad, cuando era director el Dr. Alejandro González. Sobre este proceso de transformación han hecho referencia I. Bellido, de 1975 a 1978 (1); J. Boyra, de 1976 a 1980 (2); J. A. Estévez (3); y A. Cabrera y otros, de 1979 a 1986 (4).

El día primero de julio de 1986 empieza a funcionar la Unidad de Urgencias y Admisiones, al mismo tiempo que la Unidad de Hospitalización para pacientes mentales, ubicada en el Centro de Atención a la Salud (C.A.S.), el cual venía funcionando desde 1984. El C.A.S., dependiente de la Diputación de Albacete, está situado en el recinto del Hospital General de Albacete, en el sureste de la ciudad, integrado en su casco urbano. La inauguración de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica se llevó a cabo con un grupo de pacientes, trasladados desde el anterior Hospital Psiquiátrico —situado a unos 24 km de la ciudad— que llevaba funcionando trece años desde su inauguración. En 1986, en sesión plenaria de la Corporación provincial, se aprueba el Reglamento del C.A.S., quedando integrados en éste todos los servicios de salud mental de la provincia de Albacete, constituyendo el Departamento de Salud Mental.

La provincia de Albacete tiene una extensión de 14.458 km<sup>2</sup> y una población aproximada, en enero de 1990, de 350.300 habitantes.

La Unidad de Urgencias y Admisiones se articula fundamentalmente con la red sanitaria pública. Es la única que existe en la provincia de Albacete y permanece abierta, sin interrupción, las 24 horas del día para atender todos los episodios psiquiátricos que llegan a ella. Las urgencias son atendidas por el mismo personal de la Unidad de Hospitalización que, al abrirse la Unidad, estaba organizado de la manera siguiente: Por las mañanas, de lunes a viernes, dos médicos-psiquiatras (el jefe de servicio, responsable de la unidad, y un jefe clínico); de las 15 h. hasta las 8 h. del día siguiente, un médico-psiquiatra de guardia. Los sábados, domingos y festivos estas guardias se realizan durante las 24 horas. En la actualidad, la jefatura de servicio está vacante y hace más de un año que hay un único médico-psiquiatra en la Unidad. Una A.T.S.-psiquiátrica coordina la enfermería, en tur-

nos de mañana; además siempre hay una A.T.S. psiquiátrica en cada uno de los tres turnos del día. Del resto del personal auxiliar de psiquiatría hay 5 ó 6 en el turno de mañana (sábados, domingos y festivos 4); 4 en turno de tarde; y 3 de noche. (En vacaciones, el personal auxiliar se reduce en los turnos de mañana y tarde).

La Unidad de Hospitalización está situada en la planta baja (o semisótano) del C.A.S. y consta de 22 camas de las que dos son para pacientes que quedan en observación. Desde hace algo más de un año, las urgencias que llegan por la mañana en días laborables son atendidas en la planta primera del C.A.S., en las consultas externas, por los médicos-psiquiatras y personal auxiliar de los Servicios Central y Periférico del Departamento. Por último, como novedad, se ha introducido, a mediados de 1990, un servicio de guardia de A.T.S. de 24 horas, para sábados y domingos, que sigue funcionando actualmente.

## URGENCIAS PSIQUIATRICAS

Definir lo que es una urgencia psiquiátrica no es tarea fácil. En 1966, R. M. Glasscote y otros, en un estudio de «Joint Information Service de la A.P.A.» distinguían entre definiciones formales y operativas (o de trabajo). Según ellos, una urgencia psiquiátrica formal sería aquella que es susceptible de un diagnóstico concreto y, por ello, precisa de un tratamiento específico; no sería urgencia en caso contrario. De aquí surgiría la «verdadera» urgencia y la «falsa» (5). Una urgencia psiquiátrica operativa sería toda aquella situación que en un momento determinado genera una demanda de atención psiquiátrica inmediata, ya sea por parte del paciente, ya sea por parte de las personas próximas al mismo. Lo evidente es que, con mucha frecuencia, la urgencia psiquiátrica es consecuencia del comportamiento del paciente, sobre todo de la manera como este comportamiento es percibido por los demás.

Aun teniendo esto en cuenta, aquí se han considerado como urgencias aquellas situaciones en las que el paciente, solo o acompañado, voluntaria o involuntariamente, es atendido por diversos motivos que, al parecer, no pueden esperar a una consulta posterior.

En este trabajo se ha pretendido realizar un análisis de las urgencias psiquiátricas para mejorar el conocimiento de la demanda cualitativa y cuantitativa de la población con problemas mentales en la provincia de Albacete y valorar la respuesta dada a esa demanda.

## MATERIAL Y METODO

Para este trabajo se ha utilizado el Libro de Registros de la Unidad de Urgencias, los informes de urgencias de los médicos-psiquiatras de guardia, las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Hospitalización después de la urgencia, y las memorias del C.A.S. de los años 1987 a 1989 (6). El período de tiempo analizado es de enero a diciembre de 1990. Para las 1.732 urgencias atendidas, las variables consideradas han sido: sexo, edad, estado civil,

procedencia, quién acompaña al paciente, lugar de residencia, destino del paciente al ser atendido, y la impresión diagnóstica, o diagnóstico de los pacientes. Los criterios para estos últimos han sido los del D.S.M. III. En total se han obtenido unos 13.450 datos.

## DATOS OBTENIDOS Y DISCUSION

### Sexo

Durante el año 1990, llegaron a la unidad 1.732 urgencias constatadas: 1.034 varones (el 59.7%) y 698 mujeres (el 40.3%) lo que supone un aumento del 30.12% de las urgencias atendidas en 1989, siendo levemente mayor el aumento porcentual de mujeres que el de varones.

Urgencias	Varones	Mujeres	Total
1986 (+)	331 (66.8%)	164 (33.2%)	495
1987	792 (66.4%)	401 (33.6%)	1.193
1988	862 (65.5%)	454 (34.5%)	1.316
1989	815 (61.2%)	516 (38.8%)	1.331
1990	1.034 (59.7%)	698 (40.3%)	1.732

(+) Desde julio, que se abrió la Unidad.

Se mantiene el predominio de los varones sobre las mujeres, pero la tendencia es a igualarse ambos grupos ya que, al compararlos con los años anteriores, se aprecia que en 1987 fueron los varones el 66.4% y la disminución de los años posteriores fue constante. Las mujeres, al contrario, pasaron del 33,6% en 1987 al 40,3% actual, en progresivo aumento cada año. Por otra parte, según el censo de población de la provincia de Albacete el 1 de enero de 1990, el porcentaje de los dos grupos está casi igualado al ser los varones el 49.75%, y las mujeres el 50.25%. Se podría preguntar si los trastornos mentales tienen algo que ver, en general, con el sexo de las personas, aunque, precisando más, la pregunta sería si tiene que ver el sexo de las personas para que éstas acudan a una entidad de urgencias psiquiátricas.

### Edad

La gran mayoría de las urgencias, 1.093 (el 63.12%), se sitúa entre las edades de 15 a 39 años, y se podría tomar como medida aproximada la edad de 33 años.

GRUPOS DE EDADES	
Hasta 14 años	20 (1,16%)
De 15 a 24 años	450 (25,98%)
De 25 a 39 años	643 (37,13%)
De 40 a 54 años	328 (18,94%)
De 55 a 69 años	161 (9,30%)
De 70 y más	72 (4,16%)
No consta	58 (3,25%)

No se han encontrado datos en los años anteriores en la misma Unidad. En un estudio de junio de 1982 sobre 777 urgencias en el Hospital Psiquiátrico Provincial y en el Hospital Clínico «San Carlos», ambos de Madrid (5), se obtiene, en el mismo grupo de edades (de 15 a 39 años), el 53,4%. Otro estudio del Hospital Clínico Universitario, de A. Seva Díaz y otros (7), en 1981, se obtiene, en el mismo grupo de edades, el 54,44% del total. Un tercer estudio sobre 5.284 urgencias psiquiátricas en un Hospital General (de 1972 a 1979), de J. R. Hillard y colab. (8), para un grupo de edades de 20 a 39 años, dio el 53,1%. En estos tres trabajos, en dicho grupo de edades, se obtiene la mayoría de las urgencias. La media aproximada obtenida aquí (33 años) es algo inferior a la obtenida en otro estudio de urgencias psiquiátricas realizado en el Hospital Psiquiátrico de Tenerife, en 1989 (9), donde la media de edad obtenida fue de 37,7 años. Hay que hacer notar la escasa incidencia de niños, sólo el 1,16%, y el 13,45% del grupo de 55 años en adelante.

### Estado civil

Se aprecia que algo más de la mitad del total de las urgencias, 900 (el 51,97%), son personas solteras.

ESTADO CIVIL	
Solteras	900 (51,97%)
Casadas	572 (33,13%)
Sep./Divorc.	76 (4,40%)
Viudas	56 (3,24%)
No consta	128 (7,39%)

En la población general, las cifras de las personas solteras están sobrevaloradas por incluir en ellas a las menores de 15 años. Para hacer comparaciones adecuadas se ha de prescindir de ese grupo y hasta ampliarlo a los 16/17 años; ello supondría no contar con un 20% o un 22% de la población. La población general restante consta, aproximadamente, de un 26% de personas solteras, un 43% de casadas, un 8% de viudas y un 2% de separadas o divorciadas. En los datos obtenidos hay un considerable 7,39% de urgencias cuyo estado civil no consta y que habría que repartir añadiéndolo en proporción a los demás grupos. Así, resultaría un 35% real de personas casadas (8 puntos más bajos que la población general) y un 4% real de viudas (4 puntos más bajo que la población), con lo que el estado de matrimonio y el de viudedad, en general, conllevarían poco riesgo. Por otra parte, las personas solteras de la muestra (descontando el 1,16% de menores de 15 años), el 53/54% real, y las separadas/divorciadas, el 4% real (que doblan la población general) representan factores de alto riesgo a la hora de acudir a urgencias. Por último, el hecho de que en 128 urgencias no conste el estado civil, tal vez podría deberse a que sea un dato de menor importancia o a la dificultad de darlo por parte de los pacientes.

### Procedencia y acompañantes

PROCEDENCIA/ACOMPAÑANTES	
Hospital general	378 (21,83%)
Familia/Conocidos	361 (20,85%)
Iniciativa propia	316 (18,25%)
Policía/Guard. civil	267 (15,42%)
Serv. Psiqu. ambulat.	163 (9,42%)
Médico cabecera	143 (8,26%)
Cruz Roja	32 (1,85%)
Centro reabilitación	23 (1,33%)
Juez	14 (0,81%)
Otros	6 (0,01%)
No consta	29 (1,68%)

El grupo más numeroso es el de las urgencias que llegan por iniciativa propia o acompañados por familiares y por la Cruz Roja, que supone el 40,95% del total. Se aprecia una ligera disminución en la misma Unidad, en relación con 1989, que fue del 45%, y con 1988, que fue del 43%. Del Hospital General fueron remitidos el 21,83%, manteniendo los niveles de 1989 (el 21%) y 1988 (el 20%). De otros centros asistenciales ambulatorios procedieron el 17,68%, ligeramente menor que en 1989 (el 19%). Los enviados por la Policía representan un grupo en aumento: el 16,33%; en 1989 fue el 13,6%, y en 1988 el 14,5%. Hubo 23 urgencias enviadas desde centros rehabilitadores, lo que representa un número bajo. Por último, es de destacar el escaso número de urgencias que llegaron con notificación del juez: 14, que representan sólo el 0,81%. Fueron el doble que en 1989, pero igual número que en 1988.

Desde que se abrió la Unidad en 1986 se va manteniendo el grupo elevado de urgencias que llegan con mayor o menor grado de voluntariedad, por iniciativa propia o con algún familiar o amigo, a los que hay que añadir una buena parte de los que acompaña la policía, que los lleva a la Unidad de Urgencias a petición de los propios pacientes. Ello indica que la población se siente relativamente cercana a los servicios psiquiátricos y recurre a ellos cada vez con mayor frecuencia y menos temor y recelos que en décadas pasadas.

### Domicilio

LUGAR DE RESIDENCIA	
Ciudad de Albacete	1.016 (58,66%)
Provincia de Albacete	541 (31,24%)
Otras provincias	147 (7,49%)
Extranjero	1 (0,06%)
No consta	27 (1,56%)

La población de derecho de la provincia de Albacete — según el censo de enero de 1990 — se distribuye así: en la

ciudad de Albacete, 129.000 habitantes (el 36,82%); en el resto de la provincia, 221.300 habitantes (el 63,18%). En los datos obtenidos se invierten los resultados, siendo el 58,66% los residentes en la capital, y el 31,24% los residentes en el resto de la provincia. El motivo, tal vez el único, que puede explicar estos datos es la cercanía de la Unidad de Urgencias a la población de la ciudad de Albacete; cuanto más lejos viven o tienen comunicaciones deficientes, más difícil les resulta viajar a la capital. También el hecho de vivir cerca facilita que se recurra a la Unidad sin que haya «verdadera» urgencia, como en varias ocasiones ha ocurrido; en estos casos, con frecuencia son derivados los pacientes a los servicios ambulatorios.

De las 147 urgencias (el 8,49%) residentes en otras provincias de la geografía española, la gran mayoría pertenece a la zona sur de la provincia de Cuenca, que linda con el norte de la de Albacete y, por su cercanía, depende Albacete administrativamente en lo referente a la sanidad, en general.

*Destino*

DESTINO DE LOS PACIENTES	
No ingresan	1.207 (69,69%)
Ingresan	421 (24,31%)
Observación	104 (6%)

DESTINO AL NO INGRESAR	
Domicilio	994 (82,36%)
Comisaría	123 (10,19%)
Hospital general	54 (4,48%)
Prisión	17 (1,41%)
Albergue municipal	12 (0,98%)
Centro rehabilitación	4 (0,33%)
Otros	3 (0,25%)

Casi el 70% de las urgencias se marchó de la Unidad al ser atendida de urgencia. Una pequeña parte, el 6%, se quedó en observación durante algunas horas o se marchó al día siguiente. El destino más usual, al salir de la Unidad, es el domicilio de los pacientes, en 994 ocasiones (el 82,36%).

Cuando la estancia se prolonga a dos o más días, se ha considerado que el paciente queda ingresado en la Unidad de Hospitalización.

Año	Urgencias	Ingresan
1987	1.193	330 (27,6%)
1988	1.316	361 (27,4%)
1989	1.331	416 (31,2%)
1990	1.732	421 (24,3%)

Año	Ingresos	Varones	Mujeres
1987	330	313 (64,5%)	117 (35,5%)
1988	361	226 (62,3%)	135 (37,4%)
1989	416	274 (65,9%)	142 (34,1%)
1990	421	239 (56,8%)	182 (43,2%)

El número de ingresos fue de 421 (el 24,31%), que supone una disminución en relación con los ingresados en años anteriores. La proporción de varones y mujeres fue de 56,8% y 43,2%, respectivamente. Comparados con los tres últimos años se aprecia lo mismo que con el total de urgencias, es decir, la disminución porcentual, de varones, y el consiguiente aumento del de mujeres. Como data a añadir, se observa que en los años 1989 y 1990 ha aumentado ligeramente el número de pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización. La media de los ingresos en los últimos ocho años es de 360 por año.

*Diagnósticos*

Trastornos afectivos	324 (18,71%)
Trastornos por uso de opiáceos	298 (17,21%)
Trastornos por uso de alcohol	218 (12,59%)
Trastornos esquizofrénicos	215 (12,42%)
Trastornos por ansiedad	187 (10,79%)
Trastornos orgánicos diversos	64 (3,69%)
Trastornos orgánicos por sustanc.	39 (2,25%)
Trastornos de los impulsos	39 (2,25%)
Trastornos de la personalidad	37 (2,14%)
Trastornos disociativos	28 (1,61%)
Trastornos paranoides	26 (1,50%)
Trastornos orgánicos: demencias	23 (1,33%)
Trastornos psicóticos diversos	20 (1,15%)
Trastornos adaptativos	12 (0,69%)
Trastornos diversos	11 (0,63%)
Sin patología psiquiátrica	30 (1,73%)
No consta	161 (9,29%)

El grupo más numerosos, 518 (el 29,91%), corresponde a los trastornos por uso de sustancias, repartidos entre los causados, sobre todo, por opiáceos y alcohol. El segundo grupo lo forman los trastornos afectivos, 324 (el 18,71%). En ellos se han incluido los trastornos maníacos, depresivos, distímicos, afectivos, bipolares, intentos de suicidio y duelo patológico. El tercer grupo es el de las esquizofrenias: 215 (el 12,42%). A continuación siguen los 187 (el 10,79%) trastornos por ansiedad, en los que se han incluido también las neurosis y los problemas interpersonales; los 126 (el 7,27%) trastornos mentales orgánicos: demencias, provocados por sustancias, síndromes orgánicos, epilepsias, delirios y oligofrenias.

El estudio antes mencionado de E. Baca y otros (5) hace una comparación de diagnósticos, en lugares diversos; en

Diagnósticos más comunes en diversos estudios (%)	Alcohol drogas	Trastornos neuróticos	Trastornos afectivos	Trastornos esquizofrénicos	Trastornos personalidad	% acumulado
E. Baca y otros (1984)	27,2	15,5	13,7	14,5	3,3	74,2
A. Seva y otros (1983)	14,6	24,7	17,7	17,9	1,6	76,5
J. F. Díaz y otros (1980)	20,1	7,6	8,6	16,3	6,5	59,1
W. K. Summers y otros (1979)	30	13	22,5	0,5	10,5	76,5
J. R. Hillard y otros (1983)	18,7	27,3	8,1	10,5	—	64,6
J. L. Ayuso y otro (1973)	11,4	34,3	23,2	9,4	2,6	80,9
J. J. Muller y otros (1967)	15,1	28,2	—	25,7	8	77
M. E. Chafetz y otros (1966)	25,6	22,4	—	21,9	17,1	87
K. A. Achte y otros (1964)	17,3	14,4	—	35,7	7,4	74,8
P. Errera y otros (1963)	21,1	—	14,4	26,7	—	61,2
M. D. Schwartz y otros (1963)	19,8	26,3	—	32	9,9	88
% de promedio	20	19,6	9,8	19,2	6,1	74,7
Presente trabajo	32,7	11,8	20	14	2,2	78,7

aquél se incluye un cuadro —que aquí reproducimos—. Hay un promedio del 75% de las urgencias compuesto por los grupos de alcoholismo y drogas, neurosis, esquizofrenias, trastornos afectivos y trastornos de la personalidad. En el presente trabajo, de Albacete, el conjunto de estos grupos de trastornos también representa a la gran mayoría de las urgencias, con el 78,7% de las mismas. He aquí (arriba), el cuadro comparativo antes mencionado:

Llama la atención el grupo de las 298 urgencias atendidas por uso de opiáceos; de ellas, una pequeña parte, solamente 11 (el 3,6%) han ingresado en la Unidad para desintoxicación. (En la Unidad no se suministra metadona ni otros sustitutivos de opiáceos). Incluso se puede decir que más de la mitad de quienes ingresaron no han llegado a permanecer los 8 ó 10 días de estancia exigidos, sino que han pedido el alta voluntaria a los 2 ó 3 días de haber ingresado. Aunque el ingreso no sea la única manera de realizar la desintoxicación, este hecho cuestiona la eficacia que pueda tener el tratamiento dado a este numeroso grupo de pacientes. También hemos de decir que, para ingresar en la Unidad, los pacientes han de ser remitidos desde los servicios ambulatorios, siempre que no haya ingresado otro toxicómano que ocupe la única cama disponible para ellos. Un elevado número de estas urgencias ha llegado a la Unidad acompañados por la policía por encontrarse detenidos en comisaría; es de suponer que querían quitarse de encima el malestar ocasionado por el síndrome de abstinencia en el momento preciso, pero también, en no pocos casos, lo que pretendían era evadirse unos minutos de la comisaría. Por último, otros toxicómanos llegaron a la Unidad en busca de metadona, somníferos u otros fármacos, y al negárselos se marcharon desairados y amenazantes, pero éstos no constan en los registros.

Otro grupo numeroso de urgencias, pero con poca incidencia sobre la Unidad de Hospitalización es el de los trastornos por ansiedad. De las 187 urgencias atendidas, solamente 9 (el 4,8%) quedaron ingresadas. ¿Por qué es tan elevada la demanda de estos pacientes? Un conocido principio asegura que la presión de la demanda sobre los servicios de

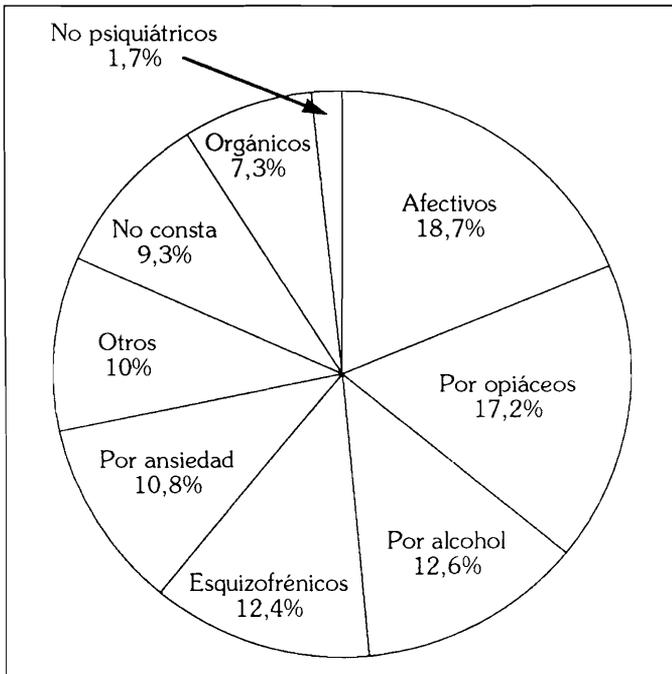
## RELACION ENTRE URGENCIAS E INGRESOS

Diagnósticos	Urgencias	Ingresos
Trastornos esquizofrénicos . . . . .	215	138 (64,1%)
Trastornos paranoides . . . . .	26	13 (50%)
Trastornos psicóticos diversos . . . . .	20	10 (50%)
Trastornos de la personalidad . . . . .	37	17 (45,9%)
Trastornos afectivos . . . . .	324	109 (33,6%)
Trastornos adaptativos . . . . .	12	4 (33,3%)
Trastornos por uso de alcohol . . . . .	218	54 (24,7%)
Trastornos orgánicos . . . . .	126	31 (24,6%)
Trastornos diversos restantes . . . . .	9	2 (22,2%)
Sin patología psiquiátrica . . . . .	30	5 (16,6%)
Trastornos de los impulsos . . . . .	39	5 (12,5%)
No constan . . . . .	161	9 (5,6%)
Trastornos por ansiedad . . . . .	187	9 (4,8%)
Trastornos por uso de opiáceos . . . . .	324	11 (3,6%)

urgencias es un indicador indirecto de la calidad de la red asistencial (a mejor calidad de la red asistencial, menor número de demandas urgentes). La gran mayoría de pacientes con trastornos por ansiedad podrían ser tratados en los servicios ambulatorios sin necesidad de recurrir tan frecuentemente a las urgencias; y así parece que realmente se hace. Ciertamente, la población general está afectada por este tipo de patología en porcentajes relativamente muy elevados, llegando hasta el 18% o el 20%. Los servicios preventivos de salud mental tendrían que intensificar una mentalización sobre esta población para que acabara de entender que sus trastornos, en general, son menos urgentes de lo que hasta ahora pensaban.

Los trastornos esquizofrénicos son los que más presión ejercen sobre la Unidad de Hospitalización ya que el 64,1% de los mismos quedan ingresados. Igual sucede con los trastornos de personalidad, paranoides y otras psicosis que, aunque es un grupo reducido, los niveles de incidencia para ser

## Diagnósticos de las urgencias en 1990



internados son parecidos a los trastornos esquizofrénicos, situándose alrededor del 50% de las urgencias.

Finalmente, queda por mencionar el numeroso grupo de quienes llegaron a urgencias por cualquier clase de uso o abuso de alcohol, en 218 ocasiones, la gran mayoría de ellas por episodios de intoxicación aguda que, al cabo de unas horas, se marcharon de la Unidad. La cuarta parte de las urgencias por alcohol quedaron ingresadas y, a diferencia de lo sucedido con los internados por uso de opiáceos, el grupo de alcohólicos, casi en su totalidad, permanece en la Unidad sin solicitar por su cuenta el alta voluntaria antes que el médico se la proponga.

## BIBLIOGRAFIA

- González de Chávez, M.: «La transformación de la Asistencia Psiquiátrica». Madrid, 1980; 641-660.
- González de Chávez, M.: «La transformación de la Asistencia Psiquiátrica». Madrid, 1980; 661-679.
- Estévez, J. A.: «Análisis de una experiencia de cambio institucional». *Comunicación a las IV Jornadas de la A.E.N.* Jaén, 1982.
- González Cabrera, A. y otros: «La reforma de los Servicios de Salud Mental en la provincia de Albacete». *Revista de la A.E.N.*, núm. 22, págs. 469-477.
- Baca, E. y otros: «Las urgencias psiquiátricas en un hospital psiquiátrico y en un hospital general de Madrid». Madrid, 1984; 16: 75-85.
- Diputación de Albacete: «Memoria del Centro de Atención a la Salud». Albacete, 1987-1989.
- Seva Díaz, A. y otros: «El servicio de urgencias psiquiátricas en un Hospital Clínico Universitario: Estudio epidemiológico del año 1981». *Psiquis.* 4, 2: 42-54.
- Hillard, J. R. y otros: «Suicide in a Psychiatric Emergency Room Population». *Am J Psychiat.* núm. 140, págs. 459-462.
- Sosa, J. M. y otros: «Asistencia de urgencias en un Hospital Psiquiátrico». *Revista de la A.E.N.*, núm. 31, págs. 577-580.

## CONCLUSION

Al ir sacando los datos para este trabajo, la mayor dificultad ha consistido en que, en numerosas ocasiones, en el Libro de Urgencias no constaban algunos de ellos. Las carencias más abundantes se hallaron en los diagnósticos y en el estado civil, con el 9,3% y el 7,4% respectivamente que no constan.

Como se dijo en la introducción, la Unidad de Urgencias no tiene personal dedicado exclusivamente a las urgencias (en 1990 la media que, se obtuvo fue de 4,74 por día), sino que es el mismo personal de la Unidad de Hospitalización quien realiza —además de las propias— las tareas administrativas, anotando los datos en el libro, yendo al archivo y a otros lugares a buscar las historias clínicas. En numerosas ocasiones, los diagnósticos quedan sin anotar en el momento de atender la urgencia, sobre todo cuando sigue el ingreso o queda en observación el paciente, y se ha de esperar hasta que se marcha de alta para completar los datos. Esta misma dificultad la encontraron en el trabajo del Hospital Psiquiátrico de Tenerife antes mencionado (9). Todos estos inconvenientes se podrían evitar si en la Unidad hubiese alguna persona que, aunque fuese a tiempo parcial, se encargara de ese mínimo indispensable de burocracia.

Por último, consideramos interesante continuar evaluando el tema de las urgencias determinadas por consumo de sustancias (abuso/intoxicación) que precisaría de una recogida más sofisticada de datos, tanto para una mejor definición de las mismas como para darles el máximo sentido terapéutico.

Al concluir este trabajo, nos llega la noticia de que la Corporación Provincial, en sesión plenaria del pasado mes de marzo, ha aprobado la cesión del Centro de Atención a la Salud (con los servicios de psiquiatría incluidos) al INSALUD para que sea administrado por éste, como paso previo a su traspaso definitivo.