

# Urgencias Psiquiátricas en un Hospital General

**RESUMEN:** Se presentan los resultados de la evaluación, en el período de un año, de todas las urgencias psiquiátricas atendidas en el Hospital Central de Asturias, y se realiza una discusión de los mismos a partir de los principales estudios nacionales e internacionales publicados al respecto en los últimos años.

**PALABRAS CLAVE:** Urgencias psiquiátricas. Hospital general.

**SUMMARY:** The findings of a research of every psychiatric emergencies treated in Central Hospital in Asturias (Spain) during a year are presented. Discussion of them from main national and international studies have written about is also presented.

**KEY WORDS:** Psychiatric emergencies. General Hospital.

El propósito de nuestro trabajo ha sido la evaluación de las urgencias psiquiátricas producidas en el Hospital Central de Asturias.

Las urgencias psiquiátricas son una serie de cuadros clínicos que como consecuencia unas veces de su gravedad para el enfermo y otras de su dramatismo social, se constituyen en una forma de demanda asistencial espontánea, que independientemente de las condiciones de desarrollo sanitario y cultural de cada pueblo se manifiestan con toda su descarnada realidad (1). La transformación del modelo asistencial psiquiátrico de los manicomios tradicionales a la atención comunitaria ha convertido a los servicios de atención urgente en una pieza esencial de la Red de Salud Mental, como único dispositivo asistencial a nivel comunitario en el horario de cierre de los demás recursos y generando la necesidad de la coordinación a nivel organizativo y asistencial (2). Por otro lado, desde el punto de vista institucional la urgencia psiquiátrica ha ido derivando desde el espacio de los antiguos hospitales psiquiátricos al hospital general (3), hecho que se ha producido en Asturias al igual que en otras partes de España y que no difiere, sustancialmente, del modelo asistencial imperante hoy en día en la mayoría de los países.

La prevalencia de las urgencias psiquiátricas va en aumento, hecho señalado por numerosos autores. Las causas para ellos podrían ser múltiples: a) la conversión (como se ha señalado, tras la transformación del modelo asistencial psiquiátrico) de la urgencia psiquiátrica en uno de los servicios esenciales de la red de salud mental (4); b) la desinstitucionalización, piedra angular de dicha transformación, con descenso notable de la población hospitalizada (5); c) la escasez, e incluso carencia en algunos casos, de dispositivos intermedios (hospitales de día, comunidades terapéuticas) de atención a pacientes crónicos, lo que propicia una mayor utilización por parte de éstos de los dispositivos de urgencia, muchas veces de forma repetida, lo que ha dado origen al concepto de repetidores o multifrecuentadores (2, 6, 7, 8, 9). Desde este punto de vista, las demandas de atención a

problemas urgentes reflejan, indirectamente, la capacidad del sistema sanitario y los servicios sociales para resolver los problemas de salud mental. En algunos casos la urgencia psiquiátrica es el único lugar de tratamiento para algunos enfermos mentales crónicos (10); d) la ubicación de los servicios de urgencia en los hospitales generales, lo que facilita su acceso, tanto por motivos geográficos como por su integración en el conjunto global de actuaciones que un hospital general ofrece, pasando así a contar con médicos psiquiatras que prestan su atención 24 horas al día (11); e) la valoración creciente de problemas psicológicos por la población y la clase médica (12); f) la medicalización de la psiquiatría y la pérdida del estigma negativo del tratamiento psiquiátrico (13). Esto ha supuesto que patologías tradicionalmente «menores», como los cuadros de ansiedad, sean motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias, lo que sucedía en mucha menor medida cuanto la atención urgente se dispensaba en los hospitales psiquiátricos; g) el gran aumento de otros motivos diferentes de atención urgente por la mayor incidencia de ciertos cuadros, como los trastornos por consumo de sustancias y los derivados de problemas sociolaborales (12); h) y, quizás como consecuencia de todo lo anterior, la sobresaturación de la asistencia psiquiátrica pública.

Además, y por diversos motivos, entre ellos el de la inadecuada educación sanitaria y la mayor facilidad de acceso a los servicios, también está bien documentado un porcentaje no desdeñable de urgencias injustificadas (14).

Queda, tras haber señalado la importancia del problema, su definición. Al revisar la literatura para preparar este trabajo, uno de los primeros problemas que encontramos es la indefinición clara del término, a veces por confusión semántica, otras por ausencia de acuerdo, confundiéndose «emergencia», «urgencia» y «crisis», en algunos casos, y en otros proponiéndose complicadas conceptualizaciones para cada uno de estos términos. En Italia, por ejemplo, estos términos reflejan tendencias culturales u operativas y se usan de una forma alternante, de modo arbitrario (15). En países anglosajones prefieren el término emergencia, siendo una de sus definiciones más comprensivas la de Baxter y colaboradores (16): «Disrupción del funcionamiento mental de un individuo en un grado tal que altera la adaptación previa del sujeto consigo mismo, con su familia, o sus contactos en la comunidad; se requiere una intervención para evitar un daño permanente a estas personas o para evitar un deterioro de la situación, de tal forma que pudiera solucionarse con una intervención más convencional en una fase posterior». Para los anglosajones el concepto de emergencia es contemplado fundamentalmente en su dimensión interpersonal. La Asociación Americana de Psiquiatría definió la urgencia psiquiátrica en 1965 como: «Trastorno psiquiátrico funcional u orgánico cuyo tratamiento inmediato incrementa la posibilidad de recuperación del paciente, o que precisa protección de carácter urgente».

Los autores franceses distinguen la «patología de la crisis» de la llamada «reacción urgente», enfatizando el concepto en sus aspectos sociales: la urgencia estaría fuertemente influenciada por el contexto y la cultura en que aparece (p. ej., no sería igual una urgencia en un núcleo urbano que en el medio rural) (17,18).

Es muy interesante la distinción entre crisis y urgencia que hace Rendueles (19) recogiendo la noción de urgencias desde la psicopatología clásica, donde aunque existen múltiples conceptualizaciones, no se hace sino traducir una relación entre «volumen sintomático» entendido como cantidad-velocidad del desorden y el tiempo para reaccionar el médico, con una clara referencia a la noción de «peligrosidad», etiqueta siempre arbitraria al atribuir a un sujeto una correlación entre síntomas actuales y conducta futura.

En nuestro medio, a nosotros nos parecería acertado definirla de forma operativa modificando parcialmente las definiciones de Diez Manrique (13) y Soreff (20) introduciendo las propuestas de Cuzzolaro (21): «alteración psicopatológica aguda y seria que reclama la presencia inmediata de un especialista en psiquiatría para su valoración y posible tratamiento». La urgencia psiquiátrica vendría determinada además de por la clínica (síntomas objetivables), por la ansiedad que esa clínica provoca en el medio en el que se desarrolla; es decir se trata de una definición que también posee un marcado carácter social además de clínico (urgencia en función del grado de aceptación-rechazo de la conducta alterada más que de la cualidad intrínseca de la psicopatología). Esta definición, incluye tres parámetros: a) «aguda»: parámetro descriptivo y nosodrómico, indicando que el síntoma debuta de forma brusca y dramática, con una evolución rápida, y con una elevada intensidad observable externamente y, en muchas ocasiones, también desde la experiencia subjetiva del sujeto; b) «seria»: parámetro pronóstico; se refiere al nivel de riesgo de la enfermedad en términos de supervivencia o recuperación completa; c) «necesidad de valoración y tratamiento inmediato»: parámetro terapéutico; conocimiento de que una rápida intervención puede detener el progreso de la enfermedad y que sin tal intervención el paciente podría sufrir un daño importante, incluso la muerte.

### *Material y métodos*

El Hospital Central de Asturias, ubicado en Oviedo, es un complejo hospitalario de más de 1.500 camas, centro de referencia en atención psiquiátrica especializada, para dos áreas sanitarias asturianas, las II y IV, atendiendo una población aproximada de 360.000 habitantes; de este complejo forma parte el Hospital General de Oviedo. En estas áreas se ubican 5 Centros de Salud Mental, un Hospital de Día, una Comunidad Terapéutica de 22 camas, varios pisos protegidos

para pacientes psiquiátricos, una Unidad de Hospitalización Breve de 20 camas (ubicada en el propio Hospital General), una Unidad de Tratamiento de Toxicomanías y una Unidad de Hospitalización para Toxicomanías de 6 camas y otra para Trastornos de la conducta alimentaria de 2 camas (en la práctica siempre con «camas de más»), ambas también en el Hospital General. Varios NPS (neuropsiquiatras de cupo) prestan sus servicios en el Insalud. En el área 4 (Oviedo capital) permanece también el antiguo Hospital Psiquiátrico Regional que todavía alberga unos 175 pacientes crónicos, la mayor parte de ellos geriátricos (este Hospital Psiquiátrico ha pasado en, aproximadamente, una década de albergar algo más de 1.000 enfermos a contar con menos de 200 en la actualidad).

El Hospital Central cuenta con un servicio de urgencias durante las 24 horas del día, que atiende la población mencionada (360.000 habitantes) y que podría dividirse en un primer nivel general o de «urgencias de puerta» y un segundo nivel especializado o de segunda llamada; diariamente prestan su servicio de guardia en este Centro alrededor de 70 médicos, siendo el servicio de psiquiatría un servicio de segunda llamada; es decir, se requiere su atención ante una urgencia psiquiátrica manifiesta o cuando la evaluación y oportuno tratamiento «escapa» a los médicos de puerta.

En este marco nos propusimos evaluar las urgencias psiquiátricas producidas en este hospital durante el período de un año.

Se han estudiado todas las urgencias externas (pacientes procedentes de la calle) para las que se requirió la intervención del servicio de guardia de psiquiatría en el Hospital Central de Asturias durante el período de un año, 1 de mayo de 1994 a 30 de abril de 1995; se excluyeron pues las originadas por los otros servicios especializados del propio hospital (interconsultas urgentes) o en la unidad de hospitalización psiquiátrica. La urgencia psiquiátrica se atiende en un despacho ubicado en la misma zona de la urgencia médica del hospital. El personal facultativo en la guardia diaria lo constituye un médico residente de psiquiatría de presencia física en el Centro y un psiquiatra adjunto de segunda llamada, localizado. Recalquemos, como ya se refirió en la introducción, que el residente de psiquiatría es en sí mismo de «segunda llamada», porque en principio toda urgencia es atendida de entrada por un médico de puerta, lo que significa que, en realidad el adjunto localizado es de «tercera llamada».

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario (anexo 1) que contempla variables sociodemográficas, clínicas, de análisis de la demanda y de la intervención, adaptado del usado por Artal y cols. para un estudio similar en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander, (14), con un total de 24 items, que se podría resumir en la siguiente estructura:

Variables sociodemográficas: sexo; edad; lugar de nacimiento; estado civil; nivel de estudios; profesión; situación laboral; convivencia; lugar de residencia.

Variables clínicas: motivo de consulta; antecedentes psiquiátricos familiares; antecedentes psiquiátricos personales; diagnóstico (criterios CIE 9). Análisis de la demanda: lugar de tratamiento actual; remitente; ¿con quién acude?; valoración de la urgencia: justificada o no (en base a problemas somáticos, familiares, sociales u otros). Análisis de la intervención: día; hora; mes; tiempo empleado; profesional que le atiende; actuación terapéutica.

Para aquellas variables cualitativas que lo requirieron se definieron distintas categorías.

El cuestionario fue administrado a todos los pacientes inmediatamente después del acto de urgencias y cumplimentado en base a la información aportada por el propio paciente, su familia u otros acompañantes y datos de la historia clínica anterior, caso de existir ésta. Posteriormente los datos fueron manejados mediante un ordenador PC mediante la base de datos DBASE IV y analizados con un paquete estadístico, el SPSS/PC 6.0 para WINDOWS. El estudio estadístico básicamente ha consistido en un estudio descriptivo con los estadísticos habituales para medidas centrales y de dispersión, más un estudio comparativo por sexos y otras variables (zonas de procedencia, días de atención, meses de atención, motivos, etc.), realizando análisis de la varianza, t de Student para variables cuantitativas y chi-cuadrado para cualitativas (con la corrección de continuidad de Yates cuando fue necesario) o aplicada como test de bondad de ajuste a distribuciones en pruebas no paramétricas. El nivel de significación establecido fue del 95%.

## Resultados

Se han atendido y por tanto evaluado un total de 1.040 urgencias durante el período de estudio, siendo el promedio urgencias/día de 2,85. El porcentaje de urgencias respecto del total atendido en ese año en el servicio de urgencias del Hospital fue de 1,3%. La tasa anual de incidencia media sería de 28,8 urgencias/10.000 habitantes.

Por sexos, el porcentaje de mujeres fue mayor, 55,4%, (n = 573) frente a un 44,6% de varones (n = 461), diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.005$ ) respecto a la distribución por sexos de la población general del área de referencia (donde los varones representan un 47,64% frente a un 52,35% de mujeres). Con respecto a la edad, la edad media fue de 42,53 años  $\pm$  22,45 (rango 11 - 94), siendo ligeramente más jóvenes los varones, 41,25  $\pm$  16,86 (rango 15 - 94) que las mujeres, 43,48  $\pm$  18,63 (rango 11 - 93), diferencias no significativas desde el punto de vista estadístico. Ahora bien, al dividir las edades por intervalos (Figura 1), el más prevalente fue el comprendido entre 21 y 35 años, con una representación prácticamente idéntica para ambos sexos, siendo los menos numerosos los más

jóvenes, menores de 21 años, y los mayores de 65, existiendo en ambos casos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ), siendo las mujeres más prevalentes en estos intervalos. Al comparar estos datos con la distribución de edades en la población general también encontramos significación ( $p < 0.001$ ), estando los grupos de edad de 21 a 35 años y de 36 a 50 sobrerrepresentados, especialmente el primero, para ambos sexos, en la muestra frente a la población general y, por el contrario, encontramos menor representatividad ( $p < 0.001$ ) en nuestra muestra que la que cabía esperar, especialmente en el grupo más joven, menores de 21 años, pero también en los de mayor edad, mayores de 65, en ambos casos, tanto en varones como en mujeres.

Respecto al estado civil hay un predominio de solteros 50,3%, frente a un 31,6% de casados, un 8,3% de separados/divorciados y un 8,2% de viudos. En lo que se refiere a la profesión destacan los trabajadores no especializados, 39,2%; los trabajadores especializados suponen el 19,6%; los estudiantes, un 7%; cuadros medios y profesiones liberales, el 5,2%; agricultores y ganaderos, únicamente un 3,6%. Finalmente un 18,3% carece de profesión. Complementario con esto tenemos la situación laboral. Algo más de un tercio, el 36,5% están en activo; un 18,8% está en situación de invalidez; un 17,3% en paro; un 16,6%, jubilados; y un 5,6% en situación de «baja laboral» (incapacidad laboral transitoria). En cuanto al nivel de estudios, la mayoría, 60%, poseen estudios primarios. Un 17,1% ha realizado el bachillerato; un 6,3% hizo estudios de grado medio; un 3,5% estudios de grado superior y finalmente un 9,8% no posee estudio alguno. La mayoría sigue viviendo con su familia de origen, un 37%; pero un porcentaje muy aproximado ha constituido una familia propia (más frecuentemente las mujeres,  $p < 0,0001$ ), con la que reside, un 35,2%; viven solos el 18,8% (más los varones,  $p < 0.05$ ) y un 6,9% residen en una institución. Se trata de una población eminentemente urbana, el 66,2% residen en Oviedo capital y sólo un 1,1%, reside fuera de Asturias. En general el paciente acude acompañado a urgencias, por su familia o amigos, un 73,6%; mientras que un 23,8% lo hacen solos.

El remitente (Figura 2) fundamental es la familia, en un 31% de los casos, mientras que llega por iniciativa propia en un 25% de las urgencias (especialmente las mujeres,  $p < 0.0001$ ). Un 10,5% viene derivado desde atención primaria; un 7,4% proceden de los C.S.M. del área; un 5,8% son judiciales (fundamentalmente autorizaciones judiciales de ingreso), más frecuentemente varones ( $p < 0,001$ ); un 2,8% de los neuropsiquiatras del Insalud; un 2,7% desde otros hospitales de la zona; un 1,7% es traído por iniciativa de la policía y finalmente un 1% procede de los psiquiatras privados.

Al empezar la valoración clínica se constata la existencia de antecedentes familiares de tipo psiquiátrico en un porcentaje elevado, el 20,3%, sin diferencias por sexos. Mientras que existen antecedentes psiquiátricos de tratamiento ambula-

torio en un 75,1%, más frecuentes entre los varones ( $p < 0.001$ ) y de hospitalización en un centro psiquiátrico en el 44,6%, sin diferencias por sexos.

Un 69,8% están en tratamiento psiquiátrico en el momento de llegar a urgencias, la mayoría en los C.S.M. del área IV (Oviedo), el 52,2%; un porcentaje muy pequeño son atendidos en dispositivos intermedios (hospital de día y comunidad terapéutica), el 2,6% y habría que reseñar un 9,5% que siguen tratamientos privados.

Las causas que motivan la demanda (Figura 3) con mayor frecuencia se reparten entre las alteraciones de conducta sin especificar y los episodios psicóticos, un 16% cada una; le siguen los intentos de suicidio, 15,2%, más frecuentes entre las mujeres ( $p < 0.005$ ) y que aunque son más frecuentes en el grupo de edad de 20 a 35 años encontramos muchos más casos de los que cabría esperar en el grupo más joven, de menores de 20 años ( $p < 0.01$ ); cuadros depresivos, 14,5%, más frecuentes en mujeres ( $p < 0.0001$ ); cuadros de ansiedad, un 13,2%, más frecuentes en mujeres ( $p < 0.01$ ); agitación motriz y alcoholismo, un 5,2% cada una, siendo el alcoholismo más frecuente entre los varones ( $p < 0.0001$ ); efectos secundarios de psicotropos, el 3%; problemática social, un 2,6% y finalmente otras toxicomanías (no alcohólicas), un 2,5%, más frecuentes entre los varones ( $p < 0.005$ ).

Respecto a los diagnósticos (Figura 4) el grupo de las Neurosis (incluyendo la neurosis depresiva que englobaría tanto Trastornos adaptativos de tipo depresivo como distimia) se comportó como el más prevalente con un 29,3%. Al desglosarlo y compararlo por sexos, encontramos que la Depresión de características «neuróticas» era el diagnóstico más frecuente en las mujeres (22,5% de todas las mujeres frente a 8,3% de todos los varones, diferencias estadísticamente muy significativas,  $p < 0.0001$ ); mientras que el Trastorno por ansiedad aunque era también más frecuente en las mujeres, lo era en menor proporción, 10,5% de mujeres frente a un 6,3% de varones, diferencias también significativas ( $p < 0.05$ ); se diagnosticó neurosis histérica en un 2,9% de mujeres frente a un 0,4% de varones ( $p < 0.0001$ ); neurosis obsesiva en un 1,1% de varones y 0,9% de mujeres. Por edades, la depresión fue más frecuente entre los 20 y 35 años ( $p < 0.005$ ), no encontrando, sin embargo, diferencias estadísticas para los Trastornos por ansiedad.

Le siguieron, en frecuencia, el diagnóstico de Esquizofrenia, en cualquiera de sus formas, con un 21,5%, con diferencias importantes a favor de los varones: 31,2% de varones presentaban esta enfermedad frente a un 14,8% de mujeres ( $p < 0.0001$ ), encontrando también este diagnóstico con mayor frecuencia en los solteros ( $p < 0.0001$ ), entre aquellos que estaban en paro o en situación de algún tipo de invalidez laboral ( $p < 0.0001$ ) y carecían de profesión alguna ( $p < 0.0001$ ); no encontramos diferencias respecto al nivel de estudios; las Reacciones de adaptación supusieron un 7,7% (9,8% de mujeres frente a un 5,6% de varones ( $p < 0.05$ ); los diagnósticos relacionados con el consumo de alcohol, un 5,8%, con diferencias

muy significativas a favor de los varones, 10,1% frente a 2,5% de mujeres ( $p < 0.0001$ ) y en el grupo de edad de 35 a 50 años ( $p < 0.005$ ) pero sin diferencias respecto al estado civil; la Psicosis maniaco-depresiva o T. Bipolar, un 5,7%, con diferencias importantes por sexos, 9,8% de mujeres frente a un 2,6% de varones ( $p < 0.005$ ); los Trastornos de la personalidad, 5,2% (6,7% en varones frente a 4,1% en mujeres); los Trastornos por consumo de sustancias no alcohólicas, un 3,6%, más frecuentes entre los varones ( $p < 0.05$ ) y los menores de 35 años ( $p < 0.001$ ); los estados paranoides (Trastornos por ideas delirantes), un 3,1%, sin diferencias por sexos; la Demencia senil, un 2,2%; finalmente, otras Psicosis orgánicas un 2,2%.

En cuanto a la actuación (Figura 5), un 35,8%, más de la tercera parte son ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica por considerar que hay psicopatología que así lo requiere. En un 40,2% se realiza un tratamiento psicofarmacológico mientras que sólo un 2,3% son atendidos exclusivamente con psicoterapia de apoyo.

La urgencia se consideró justificada en un 84,4% de los casos.

Finalmente y respecto a la distribución temporal de las urgencias comprobamos cómo la distribución por trimestres era muy similar (26,6% del tercer trimestre del año frente a 23,8% del primero), aunque al analizar la distribución por meses (Figura 6), comprobamos cómo agosto era el mes de mayor porcentaje de urgencias, un 10,9%, y abril era el de menor, con un 6,3%. Por días (Figura 7), la distribución también es bastante uniforme, aunque existen ligeras variaciones, siendo el viernes el día de más urgencias, 17%, y sábado y domingo los que menos, con sendos 12%.

En la distribución horaria (Figura 8) a lo largo del día, el turno de noche (de 22 a 8 horas de la mañana) es el turno más «tranquilo» con un 19% de las urgencias, seguido del turno de mañana (de 8 a 15 horas) con un 38% y es el turno de tarde (de 15 a 22) el más frecuentado con un 43%. Existe un pico de máxima incidencia a las 19 horas seguido de un segundo pico a las 12 horas y un tercero a las 15 horas; la hora de menor incidencia es las 7 de la mañana.

El tiempo promedio de atención/urgencia fue de  $50,20 \pm 26$  minutos (rango 10 - 240), dedicando algo más a las mujeres,  $51 \pm 24,03$  (rango 10 - 240) que a los varones,  $47,60 \pm 20,08$  (rango 15 - 120).

Para terminar, analizamos quién es el profesional que atiende la demanda (Figura 9): es un Residente de primer año el profesional que más urgencias ve, el 33,7% del total; conforme se «sube» de categoría, el número de urgencias atendidas son menores: un 23,5%, los de 2.º año; un 16,5% los de 3.º, un 15,6% los de 4.º y un 9,7% los adjuntos.

## Discusión

Lo primero que llama la atención es el bajo promedio de urgencias, 2,85/día, en comparación con lo comunicado por otros autores en nuestro país: 3,5/día, H. Clínico de Zaragoza (1); 6,07/día, H. Santiago Apóstol de Vitoria (2); 8,6/día, H. Clínico de Barcelona (7); 4,68/día, H. Valdecilla de Santander (13); 6/día, H. Universitario de Canarias (22); 5,2/día, H. Clínico de Salamanca (23). La explicación puede ser doble. Por un lado, el número total de urgencias asistidas por el servicio de psiquiatría no corresponde al número de urgencias psiquiátricas «reales», ya que el servicio de puertas resuelve algunos problemas sin recurrir al psiquiatra: intoxicaciones etílicas, cuadros de ansiedad, etc. Por otro lado el número de urgencias depende del área de influencia del Hospital y de la estructura sanitaria, lo que dificulta la comparación con otros estudios si estas variables no son homogéneas. En relación a la estructura sanitaria hay que decir que el llamado modelo comunitario está bien implantado en nuestra provincia y la que la Red de Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias (aún con deficiencias, claro está) funciona muy aceptablemente; toda la región está sectorizada desde hace muchos años, los usuarios conocen y acceden con facilidad a los Centros de Salud Mental que además atienden urgencias (en el período de estudio desde las 8 hasta las 17 horas durante los días laborables), ello explicaría la baja tasa de urgencias/día y apoyaría el principio de que la presión de la demanda sobre los servicios de urgencias es un indicador indirecto de la calidad de la red asistencial (a mejor calidad de la red asistencial, menor número de demandas urgentes) (24).

Respecto del volumen global de urgencias atendidas en el Hospital Central de Asturias en el mismo período, unas 75.000 aproximadamente, las urgencias psiquiátricas también representan un porcentaje pequeño, el 1,38%, respecto de lo publicado por otros autores: H. General de Montreal, 3,28%; Guy's Hospital de Londres, 2,2%; King's college Hospital de Londres, 2,5% (25); H. de Saskatoon, Canadá, 2,1% (26); H. Ramón y Cajal de Madrid, 3,4% (3) y 4,63% en el H. Clínico de Valladolid (27). Finalmente, comparando la tasa anual de incidencia media, la nuestra, 28,8/10.000 habitantes, es francamente baja frente a lo comunicado en otros estudios, por ejemplo: 65,2/10.000 en el H. General de Vitoria (2) ó 68,7/10.000 en el H. Valdecilla de Santander (14). Todo ello sigue avalando la calidad de los dispositivos extrahospitalarios que como ya hemos comentado atiende la demanda de atención urgente de la población de referencia en el horario descrito.

La mayor proporción de mujeres y la edad media no difieren de forma importante de lo publicado en la literatura, tanto nacional (1, 2, 22, 28, 29) como internacional (26, 30). Hemos comprobado cómo existe influencia tanto del sexo como de la edad en el establecimiento de contacto de la población con el servicio de urgencias, de tal forma que aunque las mujeres acuden con mayor frecuencia que

los varones, lo hacen en menor número de lo que cabría esperar. Asimismo, los menores de 20 años y los mayores de 65 acuden con menor frecuencia que lo que sería esperable, especialmente los varones más jóvenes, y por el contrario los sujetos entre 20 y 50 años lo hacen en mayor número que el esperado por su representación en la población general, especialmente el grupo de 21 a 35 años y con mayor significación en el caso de los varones. No tenemos datos para extraer conclusiones precisas de estos resultados ni para compararlo con otros estudios, ya que este análisis no suele publicarse. Bien es cierto que suele ser en estos grupos de edad y más frecuentemente en el sexo femenino donde se dan los diagnósticos que nosotros encontramos como motivos más frecuentes de visita al servicio de urgencias, pero sería más una correspondencia que una explicación de las diferencias de uso por sexo y edad.

En el análisis sociodemográfico destaca una población eminentemente urbana (mayor densidad de población, mayor facilidad de acceso al hospital), al igual que en la mayoría de estudios publicados (14, 25, 27, 31, 32). Cabría inferir que la mayor cercanía del hospital respecto del sitio de residencia aumentaría la utilización de éstos, aunque los estudios no acaban de ponerse de acuerdo al respecto. En un estudio de cohortes en países escandinavos encontraron correlación entre grado de urbanización y psicosis pero no con otros diagnósticos, concluyendo que la distancia geográfica no predice la demanda de los servicios de urgencia, aunque algunos estudios han mostrado lo contrario, como el de Richman, en 1984, en Canadá, o el de Vaslamaztis, en 1987, en Atenas (33).

La mayor prevalencia de no casados (solteros, viudos y separados) es común en todos los estudios (14, 26, 27, 31, 32, 34). Parece confirmarse la opinión de Artal, de que el matrimonio y una situación laboral estable, especialmente para los varones, son un buen soporte emocional y social para los problemas psicológicos (14).

Respecto al nivel educativo, el grupo más numeroso es el de estudios básicos, 60%, como en todos los estudios publicados (14, 32, 34). Pero existe un estudio muy interesante, publicado en Israel, donde la correlación entre el nivel de estudios y el uso de los servicios de urgencia no es lineal, siendo los usuarios más frecuentes los que han seguido una educación entre 5 a 12 años y siendo mucho menos prevalente el grupo de sujetos con estudios más prolongados y también aquellos sin estudio alguno (35).

Predominan las personas sin profesión o con una profesión no especializada (que incluye las labores del hogar) y que viven solos o con la familia de origen, similar a lo ya publicado (14, 25, 26, 32, 36).

En cualquier caso, y aun con la salvedad del estudio israelí, podría afirmarse que existe una relación inversa entre bajo nivel socioeconómico y de estudios en usuarios de servicios psiquiátricos hospitalarios (37).

El paciente acude «autoderivado», por iniciativa propia o de la familia en, al

menos, la mitad de las ocasiones; sólo un 10% viene remitido desde atención primaria, lo que, aunque el volumen global de urgencias no sea muy alto, habla del escaso «filtro» de las urgencias por otros recursos sanitarios o sociales, como también apuntan otros autores (1, 2, 31). Si tenemos en cuenta que el mayor «pico» de demanda es en torno a las 19 horas, cuando los C.S.M. están cerrados, se confirma el rol de los servicios de Urgencia como dispositivos específicos de la atención comunitaria «continuada», hecho igualmente señalado por Padierna (2). Destacable también es el hecho de que sólo algo más del 5% son pacientes judiciales (habitualmente autorizaciones judiciales al amparo del art. 211 del Código Civil, para ingreso) cuando el porcentaje de ingresos involuntarios (urgentes forzosos) es mucho mayor, hecho fácilmente entendible, ya que, en general, ante situaciones de crisis que requieren intervención no es fácil, ni posible en muchas ocasiones, demorar ésta para que el juez intervenga previamente. Por otro lado, es llamativo como en algunos Hospitales Generales, la tasa de pacientes «judiciales» es muy baja, caso de Valdecilla, 0,14% (13), o Albacete, 0,8% (31); la interpretación sería que en localidades donde las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales coexisten con el Hospital Psiquiátrico, los jueces tenderían a mandar a los judiciales a estos últimos.

Es importante destacar también la existencia de antecedentes psiquiátricos ambulatorios en la mayoría de los pacientes (tres cuartas partes), y de hospitalización en un porcentaje también muy elevado (44,6%), datos casi semejantes a los comunicados por Artal, para el H. Marqués de Valdecilla de Santander, y Baca para el H. Clínico de Madrid (12, 24), hecho que se sustentaría en una tendencia al aumento en la presión asistencial de cuadros no graves, con manejo ambulatorio y a una menor incidencia del fenómeno de «puerta giratoria», más típico de patología más graves y de hospitales de corte más tradicional. De esta forma se puede afirmar, paralelamente a lo mantenido por Ayuso, que la mayoría de urgencias psiquiátricas parecen ser generadas por una población de enfermos «conocedores de los servicios» que viven dentro de la comunidad y que no serían exactamente lo que él define como crónicos (25) sino más bien usuarios de los dispositivos asistenciales acostumbrados a recurrir a ellos incluso ante cuadros leves o moderados que podrían ser atendidos por los médicos de atención primaria o por los dispositivos de salud mental pero de forma más diferida.

Respecto al motivo de la urgencia, el más frecuente son los cuadros ansioso-depresivos, 27%, aún con predominio de uno de los polos, básicamente de tipo neurótico, indicativo de la alta prevalencia de éstos en la población general. En el H. General de Salamanca, Pérez Urdániz (23) comunica también un 29,7% de cuadros ansioso-depresivos; en el H. Universitario de Canarias, Fernández López (32), un 34%; en el H. Clínico de Barcelona, García Giral (38), un 24,2% y en el H. Marqués de Valdecilla de Santander, Artal (14), un 25,9%; en todos ellos, como

vemos este es el motivo más frecuente de consulta urgente en los servicios de psiquiatría. Aún entendiendo el malestar subjetivo que toda patología psiquiátrica puede producir habría que hacer aquí una autocrítica, ya que los servicios de salud mental deberían hacer una labor preventiva intensificando la mentalización y la educación sanitaria sobre la población para que entendiese que estos trastornos, en general, no son excesivamente urgentes.

Los episodios psicóticos y las alteraciones de conducta (sin especificar) son el segundo motivo en prevalencia con sendos 16%, cifras muy parecidas a las comunicadas en la literatura (13, 14, 32, 38).

Por otro lado, reseñar un 15% de intentos de suicidio (fundamentalmente autointoxicaciones medicamentosas en pacientes con antecedentes psiquiátricos), cifra comparable a la comunicada por Diez Manrique (10), del 14,1% para Santander y algo más baja que las comunicadas por Ayuso, 22,1% (19), Gazejust, 20% y Montejo, 18% (citados por Diez Manrique). Parece que estas diferencias podrían sustentarse en discriminantes socioculturales. En un estudio de cohortes sobre los intentos de suicidio realizado en Estocolmo en la década de los 80 (39), se constató una mayor frecuencia de mujeres (2/3), siendo el intervalo de edad de riesgo más prevalente entre los 20 y los 40 años (media, 35 años), encontrando una mortalidad por suicidio a los 5 años del 6% (8,3% para varones y 4,3% para mujeres). El riesgo sería particularmente alto durante el primer año tras el intento.

Otros autores informan que los diagnósticos principales en pacientes que consuman el suicidio serían los Trastornos por consumo de sustancias, incluido el alcohol y los Trastornos afectivos, siendo un factor fundamental de riesgo el aislamiento familiar y social (40). Se deberían establecer programas cualificados, fundamentalmente durante el primer año, en prevención de suicidio consumado tras toda urgencia psiquiátrica cuyo motivo fuera el intento autolítico (41).

Finalmente destacar que encontramos una incidencia muy baja de demandas por consumo de sustancias (algo más del 5% de cuadros relacionados con el alcohol y sólo un 2,5% con otros tóxicos, básicamente opiáceos), cifras muy bajas respecto a estudios similares (1, 3, 10, 12, 21). Esto puede tener una doble explicación; en primer lugar las intoxicaciones etílicas agudas, motivo básico de urgencia relacionado con el consumo de alcohol son atendidas por el servicio de puertas, como se ha indicado anteriormente. Además la mayoría de los ingresos para desintoxicación por dependencia al alcohol son programados desde los C.S.M. y, por tanto, no pasan por urgencias. En cuanto a los opiáceos, en nuestra región están muy implantadas las Unidades de Tratamiento de Toxicomanías (U.T.T.), con un funcionamiento muy adecuado y una buena coordinación con los Centros de Salud Mental, lo que puede explicar esta baja incidencia de urgencias en relación al consumo de opiáceos.

Respecto a los diagnósticos y siguiendo todavía criterios CIE 9, como se ha

indicado, el más frecuente fue Neurosis, 29,3% seguido de Esquizofrenia, 21,5%. En esto existe disparidad en lo publicado; así hay autores que diagnostican Trastornos psicóticos en un porcentaje muy elevado, como en el H. Universitario de Cincinnati, un 48% (30), frente a otros con cifras muy bajas, como las informadas en el H. General de Burgos, con un 4% (28); suponemos que esto tenga que ver además de con los criterios diagnósticos empleados, con la «contención» de tales cuadros en otros dispositivos. En cualquier caso, otros autores informan de cifras muy similares a las nuestras, como Seva en el H. Clínico de Zaragoza (1), Simón Lorda en el H. Xeral de Galicia (34) o Artal en el H. de Valdecilla de Santander (14), tanto en lo referente a los trastornos neuróticos como a los esquizofrénicos. La Psicosis Maniaco Depresiva representa un 5,7%, cifra muy pequeña frente a lo publicado por autores como Ayuso, un 23,2% (25). Los Trastornos por consumo de sustancias suponen porcentajes pequeños en correlación a su importancia como motivo de urgencia como se ha explicado, y el resto de diagnósticos suponen, asimismo, cifras poco relevantes.

Un 35,8% de las urgencias acaban en un ingreso hospitalario, porcentaje muy similar a lo referido en distintos estudios (10, 13, 14, 27, 28, 29, 35) aunque superior a lo publicado en otros (1, 3, 23, 43).

A la hora de la hospitalización de una urgencia psiquiátrica además de la gravedad psicopatológica, el diagnóstico y la peligrosidad (14), influirían (29, 38, 43): a) día y hora: doble probabilidad en fin de semana y entre 17 y 9 horas; b) existencia de hospitalizaciones previas: probabilidad mayor del doble; c) sexo: hombres. d) la sintomatología más que el diagnóstico, especialmente si hay «peligrosidad»; e) los recursos sociales; f) existencia de camas: el índice de ocupación; g) la experiencia del psiquiatra. h) la existencia de camas de observación (34, 44).

Para Rabinowitz (45) se podrían resumir en: peligrosidad, síntomas psicóticos e impulsividad.

En cualquier caso, creemos, siguiendo la opinión de otros autores, que la diferente prevalencia de diagnósticos debe orientar hacia el establecimiento de prioridades en la atención comunitaria, con el desarrollo de programas a esquizofrénicos y Trastornos afectivos mayores, cuyas descompensaciones originan el mayor número de urgencias que finalizan en ingreso (7, 10, 42). Pese a todo, la prevalencia de ingreso en nuestro medio es inferior a los datos de países anglosajones, determinado por la existencia de Centros de Salud Mental (Goldberg, citado por Padierna, 10).

La urgencia fue justificada en casi todos los casos, 84,4%, porcentaje sólo superado por el comunicado por Ayuso (25), un 98,8%, lo que realmente parece excesivo, ya que lo que informan otros autores es bastante inferior (13, 14, 34). Curiosamente en un Hospital General israelí donde encontraron un porcentaje de urgencias anormalmente injustificado, un 67%, (35), decidieron, volver a trasladar

el servicio de urgencias al Hospital Psiquiátrico, decisión que nos parece de todo punto errónea y que los propios autores critican.

Respecto a la distribución temporal, no encontramos diferencias significativas por trimestres, aunque sí por meses ( $p > 0.005$ ), como se ha indicado, siendo en general agosto el mes de mayor número de urgencias en la mayoría de los estudios donde se publica esta variable (13, 28, 43), seguramente porque este es el mes en que los profesionales de los C.S.M. disponen más frecuentemente de sus vacaciones, reduciendo entonces los centros su capacidad de «contención»; existe una gran disparidad por el contrario en cuanto a los días de mayor frecuencia, viernes en nuestro caso, pero lunes en el H. General de Burgos (28), H. Clínico de Zaragoza (1), H. Valdecilla de Santander (13) y H. Santiago Apóstol de Vitoria (10) aunque parece haber coincidencia en que el día menos frecuentado es el domingo (1, 10, 13, 14, 28).

En la distribución horaria, el horario de tarde es el más frecuentado y el de noche el que menos, fiel reflejo de lo encontrado por otros autores (1, 10, 13, 14, 28, 32.). Parece ser, entonces, que la urgencia psiquiátrica está condicionada por la hora, lo que podría explicarse por: a) aceptable tolerancia de la sintomatología psicopatológica que permitiría esperar al «día» para resolverla; b) respeto a lo que el «medio» considera horario de descanso del médico; c) índice de la comodidad de la población, al resolver sus problemas en las horas que más facilidades tiene para ello (transportes, recursos médicos...) (13).

En todo caso, el predominio de las demandas fuera del horario del C.S.M. confirma el rol de los servicios de urgencia como dispositivos específicos de la atención «comunitaria» continuada (10).

En relación a los profesionales, son los Residentes, y de éstos los de Primer año, los que más urgencias atienden. Al respecto existen dos estudios publicados con conclusiones importantes. En el Hospital Universitario de Stanford - California, se realizó un estudio sobre la fiabilidad diagnóstica (criterios DSM III-R) inter residentes y psiquiatras (46) encontrando unos coeficientes kappa que mostraron un nivel de fiabilidad muy alto entre los residentes que diagnosticaban en la «puerta» del servicio de urgencias y los psiquiatras que lo hacían semanas más tarde tras el ingreso hospitalario: 0,64 para la Depresión mayor; 0,82 para la Esquizofrenia y los Trastornos esquizoafectivos; 0,72 para el Trastorno Bipolar y 0,87 para los T. por consumo de sustancias.

De otro lado, y también en el medio anglosajón, Garbrick (47) estudió la fiabilidad diagnóstica entre psiquiatras y médicos de «staff» de urgencias sin formación psiquiátrica específica, encontrando tan sólo un acuerdo moderado: kappa = 0,40 para discriminar riesgo de autolesión o peligrosidad para otros; 0,54 para el Trastorno por consumo de sustancias y 0,54 para indicar la necesidad de hospitalización.

Los hallazgos de estos estudios y algunos otros anteriores (48,49) sugieren que el acuerdo entre diagnósticos psiquiátricos de urgencia, realizados por residentes, hechos de forma rápida y habitualmente con información limitada y aquellos otros, hechos de forma demorada con el paciente ingresado en la unidad de psiquiatría y con mucha mayor información clínica, es muy importante, lo que asegura la implementación rápida de tratamientos y medidas apropiadas y permite hospitalizaciones breves y eficaces.

Para terminar, el perfil que podríamos trazar del paciente que demanda asistencia psiquiátrica en el Hospital Central de Asturias sería el de una persona, con mayor frecuencia mujer, de edad en torno a los 40 años, soltera, con estudios primarios, con un trabajo no especializado (aquí hemos incluido «sus labores»), en activo, que vive con sus padres o ha formado una familia propia, en Oviedo capital, acude acompañada, bien por iniciativa propia o de su familia, por un cuadro ansioso-depresivo o por alteraciones de la conducta y probablemente ha estado o está en tratamiento ambulatorio en un Centro de Salud Mental. Tras dedicarle algo menos de una hora y ser atendida por un residente, se le diagnosticará una neurosis (posiblemente una n. depresiva), se instaurará un tratamiento farmacológico y será derivada a su C.S.M. de referencia.

Fig. 1. Distribución por intervalos de edad

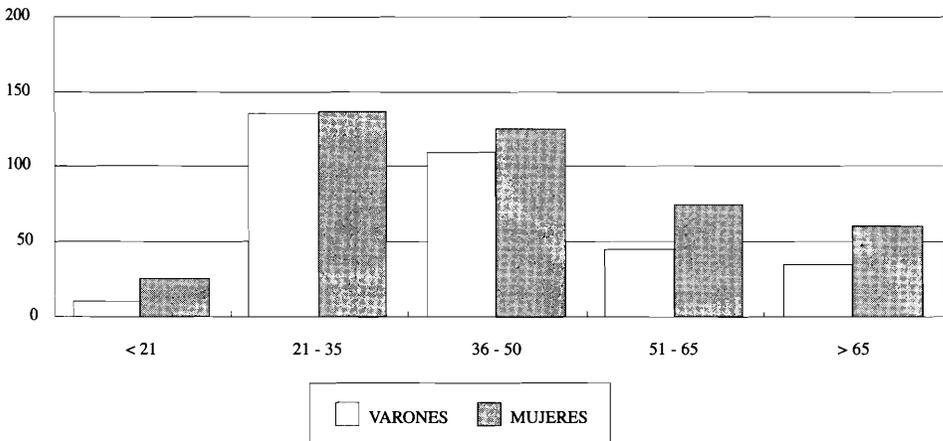


Fig. 2. Remitente

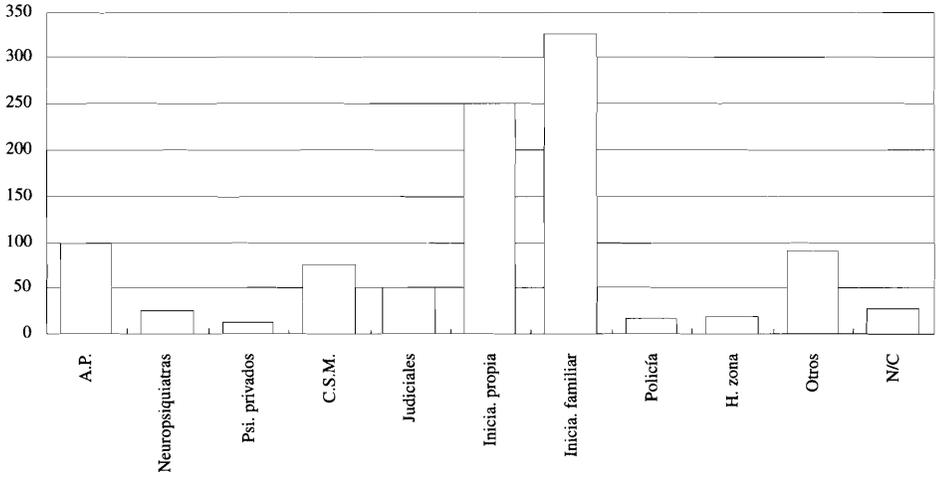


Fig. 3. Motivo de consulta

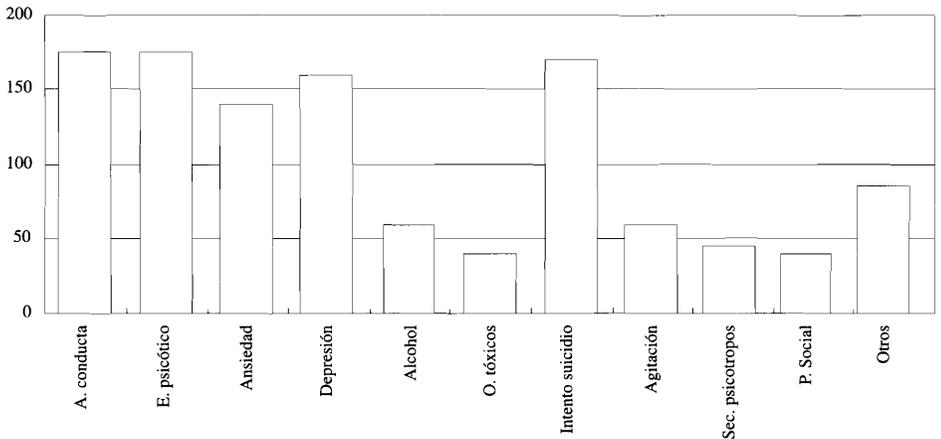


Fig. 4. Diagnóstico (CIE 9)

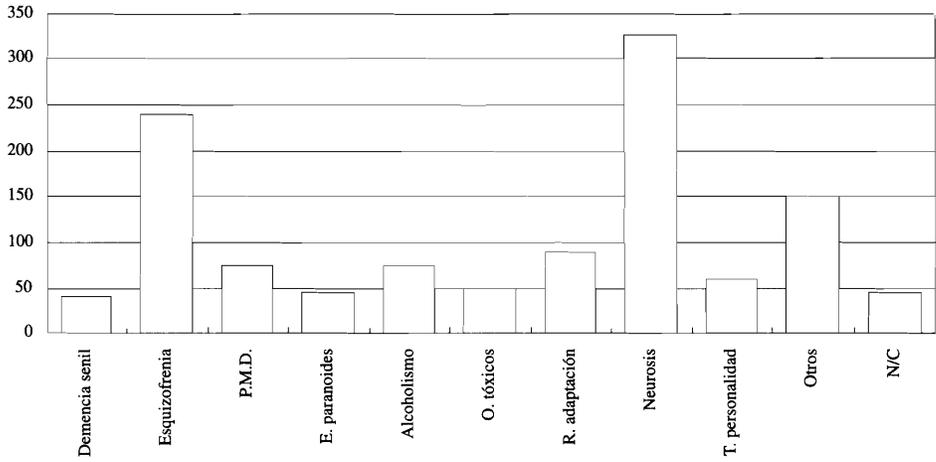


Fig. 5. Actuación

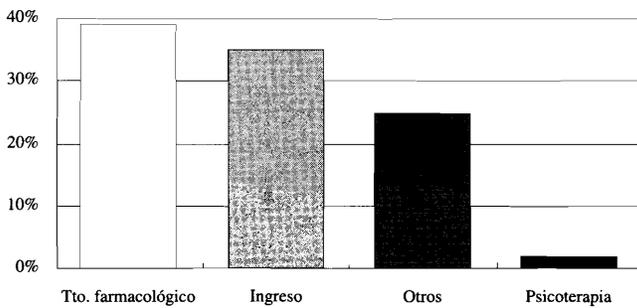
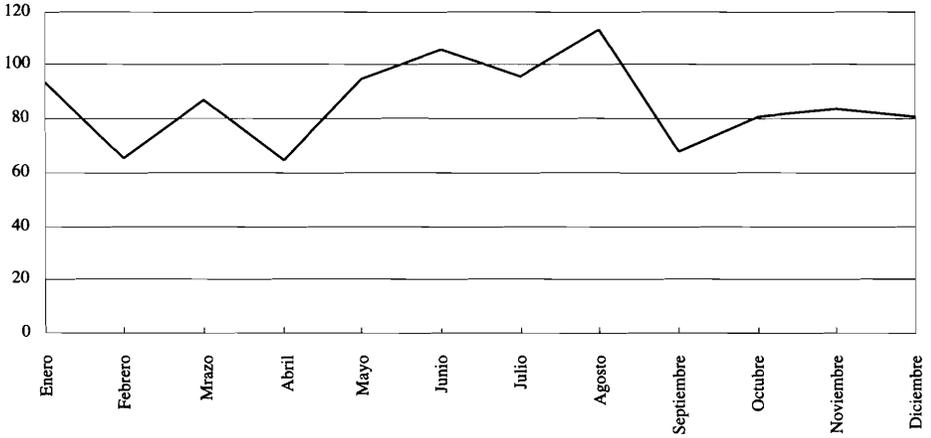
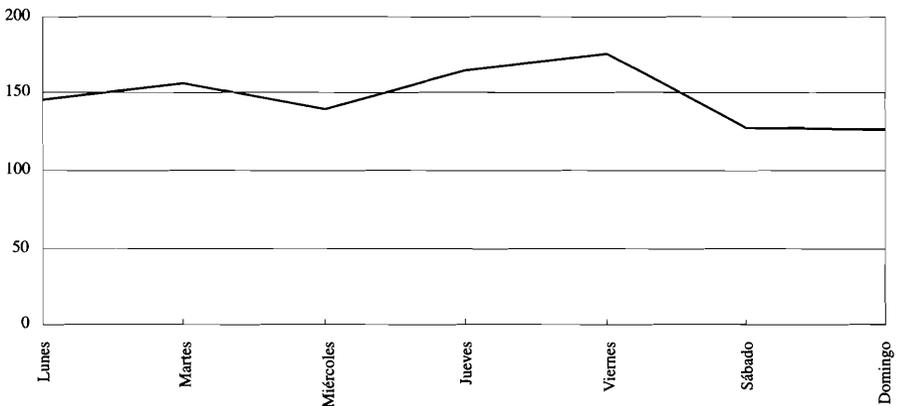


Fig. 6. Distribución mensual



Meses	94	66	87	65	95	106	96	113	68	81	84	81
-------	----	----	----	----	----	-----	----	-----	----	----	----	----

Fig. 7. Distribución diaria



Días	146	156	139	165	175	127	126
------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Fig. 8. Distribución Horaria

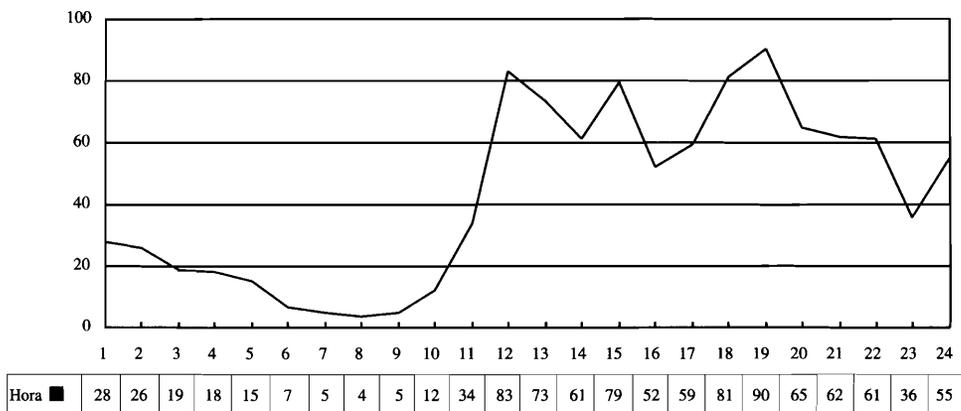
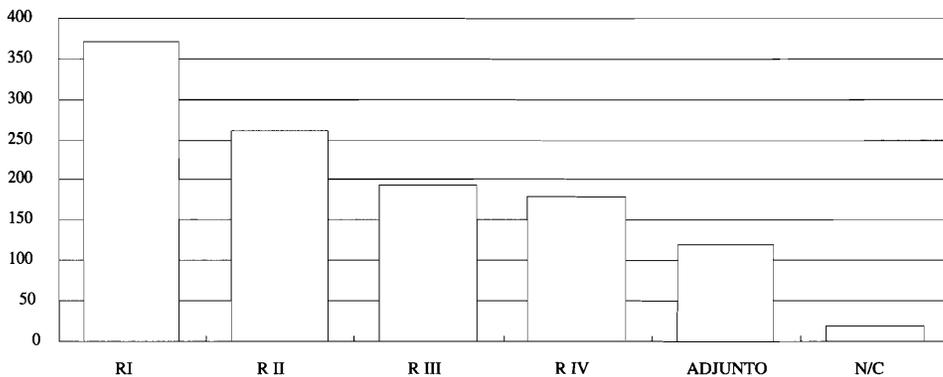


Fig. 9. Profesional que atiende la demanda



## BIBLIOGRAFÍA

- (1) SEVA, A., y otros, «La problemática asistencial de las urgencias psiquiátricas», en *Urgencias en Psiquiatría*, Barcelona, Salvat, 1991, pp. 1-19.
- (2) PADIERNA ACERO, J. M., «La urgencia psiquiátrica en un área de salud mental», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1993, XIII, 46, pp. 182-185.
- (3) LOZANO, M. y otros, «La urgencia psiquiátrica en el Hospital General: un análisis de las indicaciones de hospitalización», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1992, 20, 5, pp. 208-213.
- (4) GERSON, S.; BASSUK, M., «Psychiatric emergencies: an overview», *Am. J. Psychiatry*, 1980, 137, 1, pp. 1-11.
- (5) BASSUK, E.; GERSON, S., «Desinstitutionalization and mental health services», *Sci. Am.*, 1978, 23, pp. 43-56.
- (6) SULLIVAN, F., y otros, «Characteristics of Repeat Users of a Psychiatric Emergency Service», *Hosp. Comm. Psychi.*, 1993, Vol. 44, 4, pp. 376-380.
- (7) SEGUI, J., «Subgrupos de pacientes repetidores crónicos que acuden al servicio de urgencias de un hospital general», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1989, 17, 2, pp. 140-144.
- (8) CASPER, E. S., «Readmission patterns of frequent users of inpatient psychiatric services», *Hosp. Comm. Psychi.*, 1991, 42, 11, pp. 1.166-1.167.
- (9) ELLISON, J. M., y otros, «An emergency psychiatry update», *Hosp. Comm. Psychi.*, 1989, 40, 3, pp. 250-260.
- (10) PADIERNA ACERO, J. A., y otros, «La urgencia psiquiátrica en la asistencia a la salud mental comunitaria. Factores de demanda y estrategias de organización», *Psiquis*, 1993, 14, 6-8, pp. 252-258.
- (11) NEMIAH, J. C., «Help!» (editorial), *Am. J. Psychiatry*, 1968, 124, pp. 1.698-1.699.
- (12) SANDIFER, M. G., «Science and set in treatment decisions», *Am. J. Psychiatry*, 1972, 128, pp. 1.140-1.145.
- (13) DIEZ MANRIQUE, J. F., y otros, «La urgencia psiquiátrica», *Rev. de Psiq. y Psicol. Méd.*, 1980, XIV, 7, pp. 134-151.
- (14) ARTAL, J., y otros: «Urgencias psiquiátricas: aspectos sociodemográficos y asistenciales (Análisis comparativo con un estudio previo)», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1980, 16, p. 4.
- (15) MUNIZZA, C., y otros: «Emergency psychiatry: a review of the literature», *Acta Psyche. Scan., Supply*, 1993, 88, pp. 374.
- (16) DUBIN, W. R.; WEISS, K. J., «Emergency Psychiatry», en MICHELS, R. (ed.), *Psychiatry*, Vol. II. Nueva York, Basic Books, 1988.
- (17) VEDRINE, J., y otros, «Etat de crise, urgence et temporalité», en *L'Urgence en psychiatrie*, GRIVOIS, H.; HOUREAU, J. (eds.), París, Masson, 1990.
- (18) HOUREAU, J.; PEIGNÉ, F., «Les urgences psychiatriques», en *Encyclo. Méd. Chir., Psychiatrie*, 37678 A10, 12, 1987.
- (19) RENDUELES, G., «Crisis psiquiátrica - Crisis social», 1985, *Rev. Psiquiq. Psico. Méd.*, 1985, XVII, 4, pp. 225-237.
- (20) SOREFF, S. M., *Management of the Psychiatric emergencies*, John WILEY and Sons, editores, Nueva York, 1981.
- (21) CUZZOLARO, M., «L'urgenza in psichiatria», en REDA, G. C. (editor), *Trattato di psichiatria*, Florencia, 1982, pp. 663-670.
- (22) HENRY BENÍTEZ, M. y otros, «Características del síndrome ansioso en el servicio de urgencias de un hospital general», *Psicopatología*, 1990, 10, 3, pp. 154-158.
- (23) PÉREZ URDANIZ, A.; PRIETO, N.; PRIETO, P., «Urgencias psiquiátricas en el año 1985 en Salamanca», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1987, 15, 1, pp. 45-47.

## ORIGINALES Y REVISIONES

- (24) BACA, E.; RAMOS, J. A.; MUÑOZ, P. E., «Un estudio sobre la incidencia de urgencias psiquiátricas en Madrid», *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1984, 12, 2, pp. 141-152.
- (25) AYUSO, J. L.; CALVÉ, A., *La Psiquiatría en el Hospital General*, Madrid, Paz Montalvo, 1976.
- (26) OYEWUMI, I. K., y otros, «Psychiatric emergency services in a canadian city: I. Prevalence y patterns of use», *Can. J. Psychi.*, 1992, 37, pp. 91-95.
- (27) SOTO LOZA, A.; VILLA, E.; DE DIOS, A., «Las urgencias psiquiátricas en la provincia de Valladolid, estudio preliminar», *Infor. Psiquiatr.*, 1987, 110, pp. 381-386.
- (28) REDONDO, A. L., «Las urgencias psiquiátricas en el Hospital general de Burgos», *Infor. Psiquiatr.*, 1987, 110, pp. 387-393.
- (29) GONZÁLEZ SEJO, J. C.; RAMOS, Y.; LASTRA, I., «Urgencias psiquiátricas en el hospital general y su evolución durante las dos últimas décadas», *An. Psiquiatría*, 1992, 8, 7, pp. 278-281.
- (30) THIENHAUS, O. J.; FORD, J.; HILLARD, J. R., «Factors related to patients decision to visit the psychiatric emergency service», *Psychiatr. Services*, 1995, 46, 12, pp. 1.227-1.228.
- (31) ABIA CUCHILLO, M., y otros, «Asistencia a las urgencias psiquiátricas en Albacete», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1992, XII, 40, pp. 37-42.
- (32) FERNÁNDEZ LÓPEZ, L., «Urgencias psiquiátricas en el hospital general: análisis de un año», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1992, XII, 43, pp. 270-274.
- (33) SAARENTO, O., y otros, «The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry III. Accessibility of psychiatric services, degree of urbanization and incidence treated», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 1996, 31, pp. 259-265.
- (34) SIMÓN LORDA, D., y otros, «Estudio descriptivo de las urgencias psiquiátricas en el Hospital Xeral de Galicia», *An. Psiquiatría*, 1993, 9, 1, pp. 26-33.
- (35) VIGISER, D., y otros, «Overutilization of the referral General Hospital Emergency Room for Psychiatric Referrals in a Israeli Hospital», *Am. J. Public Health*, 1984, 74, 1, pp. 73-75.
- (36) UDINA ABELLO, C., y otros, «La consulta psiquiátrica en el servicio de urgencias de un hospital general: estudio comparativo de cien casos», *Rev. Depart. Psiquiatría Facult. Med. Barcelona*, 1980, 7, 1, pp. 13-26.
- (37) ARO, S., y otros, «Educational level and hospital use in mental disorders», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995, 91, pp. 305-312.
- (38) GARCÍA GIRAL, M.; TRESERRA, J., «Estudios de las urgencias psiquiátricas realizadas en el servicio del Hospital Clinic i Provincial de Barcelona, durante el año 1983», *Rev. Dpto. Psiquiatría Fac. Med. Barma.*, 1985, 12, 1, pp. 25-38.
- (39) NORDSTRÖM, P., «Survival analysis of suicide risk after attempted suicide», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1995, 91, pp. 336-340.
- (40) DE CLERQ, M., y otros, «Attempted suicide and suicide in a population of 454 psychiatric emergencies», *Psychol. Med.*, 1993, 25, 5, pp. 393-396.
- (41) SOUBEYRAND, P., y otros, «Evolution of the taking care mode of suicide attempters by a psychiatric emergency department», *Psychol. Med.*, 1993, 25, 5, pp. 416-419.
- (42) GONZÁLEZ VÁZQUEZ, A. I., y otros, «Trastornos psicóticos en el servicio de urgencias de un Hospital General», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1994, 14, 47-48, pp. 33-42.
- (43) JORDÁN JIMENO, A., y otros, «Análisis de los aspectos psiquiátricos de un servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital General», *An. Psiquiatría*, 1989, 5, 8, pp. 321-326.
- (44) SIMÓN LORDA, D., y otros, «El alcoholismo y urgencias psiquiátricas en el Hospital General», *Adicciones*, 1996, 8, 1, pp. 19-31.
- (45) RABINOWITZ, D. S. W., y otros, «A method for understanding admission decision making in a psychiatric emergency room», *Psychiatr. Services*, 1995, 46, 10, pp. 1.055-1.060.

- (46) WARNER, M. D., «Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department», *Psychiatr. Services*, 1995, 46, 12, pp. 1.284-1.286.
- (47) GARBRICK, L., y otros, «Agreement emergency physicians and psychiatrists regarding admission decisions», *Acad. Emerg. Med.*, 1996, 3, 11, pp. 1.027-1.030.
- (48) LIEBERMAN, P. B.; BAKER, F. M., «The reliability of psychiatric diagnoses in the emergency room», *Hosp. Comm. Psychi.*, 1985, 36, pp. 291-293.
- (49) ROBINS, E., y otros, «A contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18-month follow-up of 314 psychiatric emergency room patients: III, findings at follow-up», *Archives Gen. Psych.*, 1977, 34, pp. 285-291.



*Agradecimientos* a Yolanda Zapico, Pedro Trabajo, Pilar Valladares, Jesús García, Alicia Díaz, Inmaculada Serrano, Hilario García, Psiquiatras.

\* J. L. Hernández Fleta, S. Santamarina Mantilla, J. Domper Tornil, psiquiatras. Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias.  
*Correspondencia:* José Luis Hernández Fleta, c/ Fuertes Acevedo, 60, 7.º A, 33006 Oviedo.

\*\* Fecha de recepción: 2-III-1998.