

«LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA» DEL INSM «HD-HN» EVALUACION DE UN AÑO

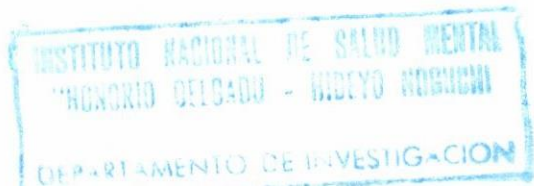
Freddy Vásquez G. *

Se enfoca algunos aspectos (09/02/98) desde la apertura de la Unidad de Hospitalización breve dentro del Servicio de Emergencia del INSM «HD-HN» en Junio de 1996. La concepción de esta modalidad de internamiento tiene como antecedente los reportes de experiencia previas a nivel foráneo y local, como una alternativa de bajo costo, reinserción rápida, menor riesgo de hospitalismo y un compromiso familiar mas estrecho y participativo con el paciente. En el presente estudio se señala que la unidad de hospitalización breve, ha venido funcionando a lo largo de este año, contando con un numero de tres camas, y el tiempo de permanencia entre tres y cuatro días. En general, se ha estudiado a los 97 pacientes que han sido atendidos en la unidad, se mencionan aspectos demográficos, diagnósticos, clínicos, y la disposición final luego de la permanencia en dicha unidad.

Se resume que el 72.2% de atendidos fueron damas y el 27.8% varones, con un rango de edades entre los 16 y 86 años. Los diagnósticos clínicos de admisión fueron predominantemente trastornos psicóticos esquizofrénicos (46.4) y afectivos (28.9), seguidos de cerca por los trastornos de ajuste (15,5) y se menciona las condiciones de ingreso. En forma general, se dispuso el alta definitiva en el 51.6% de los casos, y en el 48.6 restante se indicó su traslado a los sistemas de hospitalización standard o Clínica del Instituto. El porcentaje de reingresos fue de 4.1%. Se detallan aspectos acerca de los pacientes que alcanzaron el alta definitiva. Se concluye que el internamiento breve se perfila como una alternativa útil, frente al sistema tradicional, y resulta muy eficaz en determinadas condiciones psicopatológicas que requieren un manejo rápido, eficiente y poco costoso.

El autor concluye que esta comunicación preliminar requiere un período mas amplio y adicionales estudios para emitir conclusiones más categóricas.

PALABRAS CLAVE : Hospitalización Breve



THE BRIEF HOSPITALIZATION UNIT IN EMERGENCY ROOM AT NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH "HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

This article is focused on several aspects about the Brief Hospitalization Unit (BHU) placed in Emergency Room at National Institute of Mental Health Honorio Delgado - Hideyo Noguchi from its beginning on June 1996. Foreign and local experiences are antecedents for this way of hospitalization as a cheaper alternative, with a quick social reinsertion, a low risk for hospitalism, and a close and active engagement by family with inpatients. It is mentioned that in the Brief Hospitalization Unit, through one year, are available 3 beds and a remaining period of about 3 days. In a general way, they had been studied 97 inpatients seen in this period, prospectively, and they were analyzed demographic and clinical aspects, as well as the diagnoses, and the final disposition at the end of expected period.

From all patients, 72.2% were females, and 27.8 males, aged between 16 and 86 years. Predominant clinical diagnosis were, according ICD-9, schizophrenic disorders (46.4), affective disorders (28.9) and then adjustment disorders (15.5); they are mentioned admission conditions. Finally, it was decided outlet from BHU in 51.6% of patients, and remain 48.6 was transferred to standard hospitalization systems inside the same NIMH. Reentrance annual rate was calculated in 4.1. They are mentioned various aspects about patients given definitive outlet. It is emphasized that brief hospitalization seems to be a useful chance faced to traditional hospitalization system, usually long, and becomes efficient and cheaper in several psychopathological conditions requiring fast and precise approach.

The author's conclusion about this preliminary communication, claims for studies with wider samples and prolonged observations in time, in order to get categorical assertions about brief hospitalization system.

KEY WORDS : *Brief Hospitalization*

◆ INTRODUCCION

Se ha señalado que en general, en los países de Latinoamérica la vigencia del hospital psiquiátrico como institución central de ofrecimiento de servicios es aun notoria, aunque las orientaciones terapéuticas tienden hacia los tratamientos breves a través de las hospitalizaciones cortas en casos agudos o reagudizados siendo la variable económica importante a considerar en los Índices de cronicidad (1).

Por otro lado, OPS ha recomendado que se definan instrumentos e indicadores para la evaluación del impacto del proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica relacionados con la oferta, accesibilidad y utilización de opciones asistenciales alternativas a la hospitalización psiquiátrica tradicional y la reducción en el numero de camas del hospital psiquiátrico (2).

En mérito a las expectativas de mejoría se menciona que hace 30 años la hospitalización de una psicosis significaba un promedio de 18 meses, reconsiderándose actualmente el período de hospitalización óptimo para el caso de pacientes psicóticos crónicos en función a las probables consecuencias contraproducentes de una hospitalización prolongada tales como, hospitalismo, dependencia, desvinculación con la comunidad, mayor índice de cronicidad así como los costos que ello representa (3).

En otra perspectiva, la aproximación farmacológica partir del uso de los neurolépticos, permite señalar que la permanencia de pacientes internados en algunos países tiene como promedio dos semanas y en algunas unidades de cuidado intensivo, toma como promedio 5 días el diagnosticar, instalar tratamiento y resolver las crisis con-

currentes, evacuando al paciente para completar sus cuidados en la comunidad (4).

En tal sentido, se han publicado estudios comparativos entre las hospitalizaciones prolongadas y breves, señalando algunos autores que la hospitalización breve de uno a 7 días resulta de mayor beneficio que la prolongada de 45 a 60 días (5)(6)(7).

En el país, en el ámbito de la asistencia psiquiátrica, aunque se evidencia logros en los sistemas hospitalarios, variando el antiguo concepto de manicomio, lográndose mayor acercamiento al paciente psiquiátrico en su fase aguda, señala un autor que existe la necesidad de mayor agilización y formación de centros para la prevención, tratamiento y control del enfermo psiquiátrico en sus diferentes facetas y necesidades (8).

Es así que en el medio local la hospitalización en instituciones psiquiátricas la modalidad de hospitalización ha sido tradicionalmente prolongada como por ejemplo en los hospitales Victor Larco Herrera y Hermilio Valdizán. Sin embargo en el INSM «HD-HN» se estableció un promedio de permanencia de 42 días (9). Aunque cabe mencionar que otra modalidad de estancia breve fue creada en el servicio de Emergencia del HVLH, con un promedio de 3 días, con un número de 10 camas y la participación de un equipo multidisciplinario centrado la atención en el paciente más que en la enfermedad y el diagnóstico, atribuyéndose a los factores psicosociales los desencadenantes principales de las emergencias (10), no habiendo evaluación de la efectividad de dicho servicio a largo plazo según un estudio local; que sí menciona el reporte de seguimiento de paciente con diagnóstico de esquizofrenia internados en el INSM «HD-HN» entre marzo de 1985 y agosto del mismo año, con un período de 1 ½ año, mostrando que casi la mitad de

éstos presentó 2 ó mas reingresos (11).

Adicionalmente, una autora manifiesta existencia de escasa literatura a nivel nacional sobre la eficacia de la hospitalización breve a través del seguimiento, presentando la evaluación de una cohorte de 17 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia crónica reagudizada internados en el servicio de Emergencia del HVLH, reportando, al año de seguimiento, mejoría significativa en el nivel familiar así como en el socio-laboral, concluyendo la autora que la hospitalización breve es un procedimiento aplicable a los sistemas vigentes de salud mental a nivel local, recomendando estudios prospectivos y de costo/beneficio entre los sistemas breve y standar (12).

El INSM HDHN, que tiene a cargo el liderazgo normativo y delineación de políticas en los diferentes niveles de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud mental, propende la creación de modelos alternativos de asistencia psiquiátrica, enfocados a la rápida resolución de las crisis emergentes, la permanencia, breve y la mayor integración familiar y la reducción de costos, en concordancia con los lineamientos de política del Sector Salud, quinquenio 1995-2000 (13), así como el Plan Nacional de Salud Mental (14) y el Plan operativo institucional de 1995 (15).

Bajo esta perspectiva se dieron las condiciones para la apertura de una unidad de hospitalización breve (UHB) en el Servicio de Emergencia del INSM HDHN, que en realidad estuvo dispuesta, de acuerdo a los planos de la cooperación técnica japonesa, para funcionar con 10 camas exclusivamente en el ámbito del Servicio aunque, sin embargo tiene los ambientes ocupados como consultorios médicos. No obstante, y gracias a la estrecha colaboración por parte del personal

de Enfermería con la Jefatura se instaló la Unidad de Hospitalización Breve el 06 de Junio de 1996 para la que fue necesario adaptar el ambiente de uno de los consultorios a fin de instalar 2 camas, y en la práctica se ha recurrido a una tercera cama utilizando una sala de aislamiento dentro del flujograma establecido, proponiéndose una estancia de 3 días ó 72 horas.

Al cabo de un año de creada se hace necesario un estudio evaluativo del funcionamiento del la unidad, de tal manera que el presente trabajo intenta mostrar aspectos relacionados con la evaluación funcional, de los aspectos clínicos, permanencia, modalidades terapéuticas, participación de familia, etc. que se han venido desarrollando en la unidad de hospitalización breve durante un año, con reportes que servirán como base para la formulación de recomendaciones y estudios complementarios como lo han prescrito los autores anteriormente citados.

◆ MATERIAL Y METODOS

Para efectos de obtener datos acerca de la muestra de pacientes del presente estudio fue necesario recurrir al Libro Diario de Registro de Emergencias donde figura la relación de pacientes admitidos en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Emergencia; adicionalmente se elaboró una ficha especial de registro de hospitalización breve en la que se consignan datos demográficos: sexo, edad, procedencia, etc., así como la condición de ingreso del diagnóstico clínico, la existencia de triaje o historia clínica, el tiempo de permanencia en la UHB, la condición de ingreso y la disposición final de los pacientes que transitaron por la Unidad desde el inicio de su funcionamiento en Junio 1996 hasta Junio 1997, es decir durante un año. De manera que el carácter del trabajo resulta ser

prospectivo, contabilizándose un total de 97 pacientes en todo ese período, es los que se tomaron en cuenta los factores descritos anteriormente, así como la modalidad de tratamiento, el porcentaje de reingresos al sistema durante el año, así como se estudian los factores que hubieran influido en la extensión de la permanencia propuesta de 3 días para esta modalidad del internamiento. Se analizan otras circunstancias y se formulan comentarios y recomendaciones al respecto. Algunos otros detalles como tiempo de enfermedad, tipos de tratamiento recibidos anteriormente, etc. que se pueden extraer de las historias clínicas registradas, han sido excluidos para los alcances del presente trabajo.

◆ RESULTADOS

Es conveniente exponer, antes de describir los resultados, algunas de las características de la Unidad de Hospitalización Breve que se pueden apreciar mejor en los esquemas que se exponen el flujograma, desde el ingreso, admisión, estancia estimada de 3 días, y la salida del sistema (ver gráficas correspondientes). Adicionalmente se considera la estructura y dinámica internas y el número disponible de camas.

En cuanto a los resultados, se obtuvieron los siguientes datos:

ADMISIONES SEGUN SEXO:

De un total 97 pacientes registrados, 70 de ellos pertenecen al sexo femenino (72,2%) y 27 al masculino (27,8%); estableciéndose una relación mujer/varón de 2.6/1. Cuadro 1. Las edades están comprendidos entre los 16 años y 86 años, siendo el promedio 51 años.

CONDICIONES DE ADMISION

Para este efecto se agrupó en 6 categorías las

condiciones de admisión de los pacientes:

- Agitación psicomotriz y conducta heteroagresiva, con un total de 33 pacientes es decir 34.0% correspondiendo 12 al sexo masculino (14.4), y 21 al femenino (30.0).
- Intento suicida: correspondió a un total de 28 pacientes (28.9), con 4 varones (14.8), y 24 damas (34.3).
- Crisis depresiva/ansiosa: representó un número de 11 pacientes (11.3), con un varón (3.7) y 10 damas (14.7).
- Conducta desorganizada o descompensación reciente: resultaron 20 pacientes (20.6), de los cuales 9 fueron varones (33.4) y 11 damas (15.7).
- Conducta catatónica: correspondió a 4 pacientes (4.1), con un varón (3.7), y 3 damas (4.3).
- Conducta compulsiva: se registró 1 paciente (1.0), correspondiendo al sexo femenino (1.4). Cuadro 2.

PACIENTES NUEVOS Y GRUPOS ETAREOS

Se trata de aquellos pacientes que fueron admitidos por primera vez en la UHB, alcanzando un total de 63, con 17 varones (26.9) y 46 damas (73.1) los restantes 34 pacientes contaban en una historia clínica y venían siendo atendidos en otros servicios o departamentos de la Institución.

Se establecieron 7 intervalos de edades: de 15 a 20 años: con 13 pacientes (20.6): 3 varones (17.6) y 10 damas (21.7); el de 21 a 26 años, con 26 pacientes (36.5): 6 varones (35.3) y 17 damas (36.4); el del 27 a 32 años con 11 pacientes (17.5): 4 varones (23.5) y 7 damas (15.4); el de 39 a 44 : con 5 pacientes (8.0), el de 45 a 50 años: 1 paciente (1.6); el de 51 o mas años : 2 pacientes (93.2). Cuadro 3.

DIAGNOSTICO DE ADMISION CIE-9 Y SEXO

Se establecieron diagnósticos nosológicos según la novena clasificación de Enfermedades Mentales vigente (CIE-9): Psicosis esquizofrénica (CIE-9 295): 5 pacientes (46.4), con 17 varones (63.0) y 28 damas (40.0).

Psicosis afectiva (CIE-9 296): 28 pacientes (28.9): 6 varones (22.2) y 22 damas (31.4).

Estado paranoide (CIE-9 297); 1 paciente (1.0) que correspondió a un varón (3.7). Otras psicosis no orgánicas (CIE-9 298) : 2 pacientes (2.1): un varón (3.7) y una dama (1.4).

Trastornos neuróticos (CIE-9 300): 4 pacientes (4.1): correspondían a 4 damas (5.7).

Reacción de adaptación (CIE-9 309): 15 pacientes (15.5): con 1 varón (3.7) y 14 damas (20.0).

Retraso mental (CIE-9 317): 1 paciente (1.0): correspondiente a 1 varón (3.7).

Trastornos dependientes del alcohol (CIE-9 303): 1 paciente (1.0): que correspondió a 1 dama (1.4). Cuadro 4.

DIAGNOSTICO DE ADMISION-PSICOSIS ESQUIZOFRENICA (CIE-9 295)

De un total de 45 pacientes con dicho diagnóstico se registraron según las variedades:

Psicosis esquizofrénica aguda (295.4): 10 pacientes (22.2%).

Psicosis esquizofrénica de tipo catatónico (295.2): 2 pacientes (4.4%).

Psicosis esquizofrénica de tipo paranoide (295.3): 30 pacientes (66.7%).

Psicosis esquizofrénica de tipo hebefrénica

(295.1) : 1 pacientes (2.2).

Psicosis esquizoafectiva (295.7): 2 pacientes (4.4). Cuadro 5.

DIAGNOSTICO DE ADMISION-PSICOSIS AFECTIVA (CIE-9 2961) SEGUN SEXO:

De un total de 28 pacientes, con dicho diagnóstico, se agruparon de la siguiente manera: Fase maníaca (296.0): 4 casos (1.4); con 3 varones (50.0) y una dama (4.5).

Fase depresiva (296.1): 24 casos (75.0); con 3 varones (50.0) y 18 damas (81.8).

Fase circular (296.2): 3 casos (10.7); correspondiendo a 3 damas (13.6)

En total se registraron 6 varones y 22 damas. Cuadro 6.

PACIENTES Y DIAS DE PERMANENCIA

Del total de 97 pacientes se obtienen los siguientes resultados:

Con un día de permanencia : 29 pacientes (29.9).

Con 2 días de permanencia : 10 pacientes (10.3).

Con 3 días de permanencia : 28 pacientes (28.9).

Con 4 días de permanencia : 8 pacientes (8.2).

Con 5 días de permanencia : 7 pacientes (7.2).

Con 6 días de permanencia : 5 pacientes (5.1).

Con 7 días de permanencia : 4 pacientes (4.1).

Con 8 días de permanencia : 2 pacientes (2.1).

Con 9 días de permanencia : 2 pacientes (2.1).

Con 11 días de permanencia : 1 paciente
paciente (1.0). Cuadro 7.

DIAGNOSTICO DE EGRESO DE LA U.H.B.

De los 50 pacientes dados de alta de la UHB, vale decir en los que la disposición significó el retorno a su domicilio o centro de referencia, se registraron los siguientes diagnósticos:

Psicosis esquizofrénica (295): 18 casos (36.7), con 6 varones y 12 damas.

Psicosis afectiva (296): 13 casos (26.5), con 1 varón y 12 damas.

Otros psicosis no orgánicos (298): 1 caso (2.0), que correspondió a 1 dama

Trastornos neuróticos (300): 3 casos (6.1), que correspondieron a 3 damas.

Reacciones de adaptación (309): 13 casos (26.5), con 1 varón y 12 damas.

Retraso mental (317), con 1 caso (2.0), que correspondió a 1 varón. Cuadro 8.

DISPOSICION FINAL DE UHB:

Se refiere a 3 tipos de disposiciones : el alta, que se consideró como la salida del sistema del paciente con retorno a su domicilio o centro de referencia; la hospitalización prolongada, que significó que el paciente fue admitido en los servicios de ese tipo dentro de la misma institución, y los reingresos es decir cuando un paciente retornó a la UHB en el período anual.

Se registraron los siguientes resultados:

ALTA DE LA UHB

50 pacientes (51.6) Hospitalización prolongada

(INSM HDHN): 47 pacientes (48.4); reingresos a la UHB: 4 pacientes: (4.1) Cuadro 9.

CONTINUACION DE LA HOSPITALIZACION:

Es decir cuando se dispuso hospitalización prolongada y los pacientes fueron admitidos en los servicios de hospitalización de este tipo en el INSM HDHN:

Servicio de Hospitalización damas : 25 pacientes (53.2);

Servicio de hospitalización varones: 17 pacientes (36.2);

Servicio de Clínica : 5 pacientes (10.7). Cuadro 10.

ALTA DE UHB SEGÚN GRUPO ETAREO.

De los 50 pacientes que egresaron o fueron dados de alta de la UHB, fueron comprendidos en grupos de edades como sigue:

De 15 a 20 años: 8 pacientes (16.0), con 32 varones y 6 damas.

De 21 a 26 años: 20 pacientes (40.0), con 3 hombres y 17 mujeres.

De 27 a 32 años: 9 pacientes (18.0), con 1 varón y 8 damas.

De 33 a 38 años : 5 pacientes (10.0), correspondieron a 2 damas.

De 39 a 44 años : 2 pacientes (4.0) que correspondieron a 2 damas;

De 45 a 50 años : 5 pacientes (10.0), todas ellas damas

De 51 a mas años : 1 paciente (2.0), registrándose una dama . Cuadro 11.

DESTINO LUEGO DEL ALTA DE UHB

Se refiere al lugar de destino una vez dada el alta de UHB, registrándose los siguientes resultados, de los 50 pacientes: Consultorio externo adultos (INSM HDHN): con 39 pacientes (78.0); a consulta externa de niños y adolescentes (INSM HDHN): 3 pacientes (6.0); a los centros de salud mental comunitaria INSM HDHN): 3 pacientes (6.0); transferencia a otros centros de salud mental : 4 pacientes (8.0); a hospitales generales como el H. Cayetano Heredia: 1 paciente (2.0).

Cuadro 12.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO EN UHB

Vale la pena señalar algunas características del tratamiento UHB de las que se hará discusión y comentarios.

El tratamiento en UHB suele ser intensivo dada la naturaleza de la condición de ingreso del paciente, con la participación del equipo multidisciplinario del servicio de Emergencia y de los familiares del enfermo.

Generalmente se ha venido utilizando manejo por protocolos tales como los de manejo pacientes suicida, violencia familiar, y apoyo a familiares de pacientes intentadores de suicidio.

Asimismo se ha utilizado diversas modalidades terapéuticas biológicas y psicológicas, como por ejemplo las efectuadas en la unidad de electroterapia.

Adicionalmente la UHB ha manejado pacientes con casos especiales como aquellos con implicaciones judiciales. Cuadro 13.

DISCUSION Y COMENTARIOS

Antes de iniciar este acápite, es necesario reiterar las consideraciones de algunos autores, en especial a nivel del país, acerca de la escasez de reportes o estudios sobre el seguimiento y eficacia de los sistemas de hospitalización breve. (12).

Es así que se pasará a la discusión y comentarios de los hallazgos traducidos en los resultados del presente estudio.

ADMISIONES SEGÚN SEXO

El motivo el predominio del sexo femenino con más del 70% de admisiones y una relación cercana a 3/1 frente a los varones; esta predominancia de internamientos, aunque no la relación es observada en alguna de los servicios breves de un hospital psiquiátrico y reportada por otra autora que estudió una muestra de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (12); igualmente se observa la misma predominancia en los servicios de hospitalización prolongada de la institución (16) (17). Por otro lado es conocido que el sexo femenino es más vulnerable para algunos trastornos psíquicos y más propenso a presentar episodios de crisis que requieren manejo urgente (18)(19)(20).

CONDICIONES DE ADMISION

Se aprecia una preponderancia de los episodios de agitación psicomotriz y conducta heteroagresiva, con casi 35% siendo más frecuente en varones; este es un dato que coincide con los señalados en las estadísticas del Servicio de Emergencia del INSM HDHN y otras instituciones (16) (17) (22) y constituye una condición dramática para los familiares o vecinos y que suele ser motivo frecuente de

atención y, luego aparece el intento suicida con cerca del 30% con mayor afectación de damas, lo que se reitera en numerosos estudios a nivel internacional y local (20) (21) (22) (23) (24).

A continuación se encuentra la conducta desorganizada o descompensación reciente con un 20.6, mayormente en varones, en la que se encuentra factores diversos que van desde la incipitalidad irregularidad en el tratamiento, baja adherencia al mismo, desatención por parte de los familiares o la presencia de estresores psicosociales; siendo claro que los pacientes con esquizofrenia son mas vulnerables a dichos estresores ya sea con o sin medicación (18) (27); luego se ubican las crisis depresivas-ansiosas con un 11.3 con predominancia entre mujeres, cuya vulnerabilidad a estos cuadros ha sido citada líneas arriba (18) (19); posteriormente se ubican, con porcentajes menores, la conducta catatónica y compulsiva, que parece responder a una inferior prevalencia de vida de estos cuadros psicopatológicos y también una menor probabilidad de presentar crisis que requieran admisión (18), lo que se verifica en las cifras estadísticas del Servicio de Emergencia del INSM HDHN (16) (17).

PACIENTES NUEVOS Y GRUPOS ETAREOS

Se aprecia una mayor cantidad de pacientes nuevos en el grupo etáreo de 21 a 26 años : 26 (36.5), que sumado al de 15 a 20 años (20.6) sobrepasa la mitad de pacientes nuevos admitidos, reflejando que la población que accedió a la UHB es predominantemente joven, lo que difiere un tanto con la muestra reportada en un trabajo local que señala como edad promedio de ingreso 31.8 años aunque los pacientes tenían como único diagnóstico esquizofrenia (12); y se observa alguna diferencia con las edades de pacientes admitidos

en el servicio estandar de hospitalización del INSM HDHN cuyo porcentaje mayoritario se ubica en el lapso entre 21 y 32 años (16) (17).

En el estudio, la tendencia va decreciendo a partir del grupo etáreo de 33 a 38 años, y en casi todos los intervalos de edades se mantiene la prevalencia del sexo femenino, algunas de cuyas explicaciones fueron señaladas e párrafos anteriores.

Por razones de alcance, en este trabajo no se precisa específicamente el porcentaje de adolescentes, que para efectos de las normas institucionales esta comprendido hasta los 17 años 6 meses, aunque deja entrever que la concentración de pacientes en segundo lugar se ubica en el grupo etáreo 15 a 20 años, es decir que gente muy joven y del sexo femenino termina siendo usuaria del servicio de hospitalización breve.

DIAGNOSTICO DE ADMISIÓN CIE-9 SEGÚN SEXO

Se puede observar que casi cerca del 17% de pacientes fue admitido con el diagnóstico de psicosis esquizofrénica con predominio del sexo masculino; al revisar la población de admitidos en una unidad análoga en un hospital psiquiátrico local se describe que 41.8% tuvieron el diagnóstico de esquizofrenia según DSM-III (12); esta cifra porcentual no esta muy cercana a la registrada para los pacientes admitidos en diversos hospitales psiquiátricos del MINSA, por ejemplo 62.3 en 1972 y también hay algunas diferencias en los admitidos en los servicios de hospitalización estandar del INSM HDHN a los largo de varios años siendo en 1996 de 52.5 (9) (16) (17); sí se advierte una visible diferencia con el porcentaje de pacientes admitidos en un hospital general internacional en cuyas salas de medicina fueron internados cuando acudieron

para presentar casos de emergencia psiquiátrica, que para 1984 reportaba 10.5 de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia sin precisar sexo (15).

Luego se aprecia el diagnóstico de psicosis afectiva, con casi 30% de admitidos predominantemente damas (31.4) y que guarda semejanzas porcentuales con las cifras reportados en unidades de hospitalización estandar del INSM HDHN, así para 1996 que solo figura con un 16.0 (16) (17), aunque sí con algunos porcentajes de servicios de emergencia psiquiátrica que funcionan en hospitales generales (25).

En tercer lugar figuran los trastornos de adaptación o reactivos (15.5%) con predominio del sexo femenino (20.0) sobre el masculino (3.7), que usualmente recibían manejo ambulatorio en su mayoría, aun cuando hubieran requerido hospitalización en los servicios prolongados de hospitalización de nosocomios generales o en el INSM HDHN, figurando cifras porcentuales muy inferiores en las fuentes previamente citadas (16) (17) (25).

Con porcentajes menores al 5% figuran los trastornos neuróticos, otras psicosis no orgánica, el estado paranoide, retraso mental y síndrome de dependencia a alcohol, con tendencia al predominio masculino; en el rubro trastornos neuróticos no se precisa si correspondieron a cuadros depresivos o ansiosos; en general, en otros estudios se reportan cifras bajas de admisión para estas condiciones (12) (16) (17) (25).

DIAGNOSTICO DE ADMISION - PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

En el estudio se aprecia una marcada predominancia del tipo paranoide casi 70% y

con mucho menor frecuencia la catatónica (4.4) y la hebefrénica (2.2).

Comparados estos porcentajes con aquellos de unidades similares en hospitales locales se reporta el predominio de la forma paranoide : 88%, y muy por debajo la catatónica y desorganizada equivalente a la hebefrénica con similar porcentaje 6%; esta proporción también se observa en los registros estadísticos de admisiones al servicio de hospitalización del INSM HDHN (16) (17).

En segundo lugar figuran la psicosis aguda con 22.2 cuya ubicación es cercana la registrada en los compendios estadísticos de hospitalización estandar INSM HDHN; con cifras variables para otros estudios (10) (16).

En lo que respecta a las psicosis esquizoafectiva (4.4) su baja incidencia se refleja en el reporte de varias fuentes (10) (12)(16) (25).

DIAGNOSTICO DE ADMISION : PSICOSIS AFECTIVA SEGUN SEXO:

La mayor prevalencia es el trastorno depresivo mayor (296.1) ocupando 3/4 partes de todas ellas y con mayor afectación del sexo femenino (81.8) sobre el masculino (50.0), predominancia que concuerda con las citadas en fuentes nosográficas y en reportes diversos (16) (18) (20) (21) (23).

Luego se ubican los episodios maníacos (296.0) con 14.3, que predominan largamente entre los varones (50.0), hallazgos que no coinciden con las fuentes mencionadas líneas arriba; luego la fase circular (296.2) con 10.7 y con prelación del sexo femenino (13.6), hallazgo no siempre coincidente con informes de estudios de pacientes hospitalizados en sistemas convencionales (16).

PACIENTES Y DIAS DE PERMANENCIA:

Este es uno de los puntos mas importantes del estudio; se aprecia que dentro del intervalo propuesto para esta unidad de Hospitalización Breve: 3 días, se concentra casi el 70% del total de pacientes, que egresó aliviado al final de su estancia; y como en todo sistema que fija límites, mas aun en propuesta de alternativa, hubo necesidad de ser flexible, por lo que en los siguientes 3 días se concentraron cerca de un 20% de pacientes; correspondiendo el restante 10% a permanencias de hasta 11 días, de pacientes en los que fundamentalmente se puede explicar su estancia más prolongada que la prevista por factores como: ausencia de cupo en los sistemas de hospitalización prolongada, por las características del cuadro clínico, es decir que no toda entidad clínica puede ser controlada en un período breve, sino que requiere una permanencia mayor, que no siempre puede darse, sobre todo tratándose de mujeres en el INSM HD HN debido a que solamente cuenta con un ambiente de hospitalización de damas de 23 camas. Otros factores fueron atribuidos a la ubicación de familiares responsables de los pacientes de la UHB ya que no siempre se presentaron con ellos, y tomó tiempo por parte del servicio social ubicar a los parientes o tutores, y en aquellos pacientes con implicancias judiciales en los que un mandato de juez implica un internamiento forzoso que no coincide con la disposición médica y que por razones propias de estos casos y los trámites burocráticos que implican, fueron alargando el período de permanencia, de allí que se haya dado estancias de 9 ú 11 días. Sin embargo desde un óptica positiva, la permanencia de este período en aquellos pacientes es mucho menos perjudicial que los clásicos regímenes de meses o años que han aludido los directivos de hospitales psiquiátricos de Lima - bajo el mandato judi-

cial- y que ha sido motivo de la preocupación del despacho ministerial conformándose una comisión especial para contemplar estas asuntos (26).

DIAGNOSTICO DE ALTA DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION BREVE

Se observa que el 36.7 de pacientes egresaron con el diagnóstico de psicosis esquizofrénica (295), cuyo porcentaje es menor que el registrado en la tabla de admisión, y bastante similar al porcentaje de egresos con ese diagnóstico para el caso de la hospitalización estandar el INSM HDHN (16).

En segundo lugar se ubican tanto las psicosis afectivas, como las reacciones de adaptación con el mismo porcentaje (26.5), cada una predominando en el sexo femenino, las primeras muy cercanas a las cifras porcentuales de ingreso, y las segundas con cifras superiores a las de admisión, pero mostrando un importante porcentaje de un diagnóstico cuyas características permiten un manejo de intervención en crisis de manera efectiva como se recomienda para estos casos (18) (27). Con cifras menores (6.1), figuran los trastornos neuróticos que también pueden ser manejados adecuadamente en pocos días con intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (18) (27). Con mucho menor cifra porcentual aparecen otras psicosis no orgánicas y el retraso mental (2.0) respectivamente), mencionándose, sobre todo en los primeras, que pueden ser manejadas en unidades breves (6).

Por otro lado hay una notoria predominancia de pacientes damas que fueron dadas de alta de la Unidad de Hospitalización Breve (81.6) frente a los varones (18.4) que refleja en gran medida la diferencia porcentual que se aprecia al momento de la admisión entre ambos

sexos; aunque es mayor la cifra porcentual de damas egresadas (81.6) que las de ingreso (72.2); pero la de los varones dados de alta (18.4) es menor a los que son admitidos (27.8), entre otras razones por la mayor demanda de pacientes del sexo femenino y la menor oferta de camas en los servicios de hospitalización prolongada que ocurre desde 1991 al funcionar un solo pabellón de damas por asuntos presupuestales (16).

DISPOSICION FINAL

Los resultados reflejados en este cuadro denotan la utilidad de la UHB como sistema alternativo a los establecidos; es así que una mayoría de pacientes (51.6) son dados de alta en el lapso establecido - con las flexibilidad anteriormente comentada-, frente a la minoría de (48.4) que continúa su estancia en los servicios de hospitalización prolongada por variables que dependen de su cuadro psicopatológico.

De modo que en más de la mitad de casos se controló el cuadro emergente y se manejó la crisis procediéndose al alta con mejoría o restablecimiento para su reinserción en casa y la continuación de la actividad laboral, y en menos de la mitad del total se tuvo que recurrir a los sistemas prolongados; apreciándose desde ya, que la Hospitalización Breve reduce las estancias de largo alcance y los factores acompañados de éstos, que fueron citadas anteriormente (5) (6), y por lo tanto los costos que genera un período largo de estadía, tanto para la institución cuanto para los familiares.

En síntesis, más de la mitad de pacientes no tienen que internarse por períodos largos significando un menor desembolso económico para la familia y para el estado, así como permitiendo un recambio rápido en lo que a ocu-

pación de camas se refiere.

Al señalar el porcentaje de reingresos en el período de 1 año se observa que es de 4.1, que podría considerarse reducido, pero que parece no tener parámetro de comparación debido a la escasez de reportes de seguimiento a nivel local de la modalidad de hospitalización breve, y solo se citará al único estudio que se circunscribió al seguimiento de pacientes esquizofrénicos reagudizados en el Servicio de Emergencia del HVLH: de 17 pacientes con ese diagnóstico (según DSM III) que permanecieron entre 1 a 10 días en dicho servicio reingresaron 3 de ellos en el año siguiente de su admisión, lo que constituiría un 17.6% de reingresos (12).

En la casuística del presente estudio se trató fundamentalmente de pacientes que fueron readmitidos por reiteración de intento suicida en un contexto depresivo y rasgos histéricos, limítrofes o psicopáticos de la personalidad que suelen implicar dificultades manejo en las Salas de Emergencia de hospitalización, señalado por varios autores (18) (28) (29) (30).

CONTINUACION DE LA HOSPITALIZACION

Se aprecia que cerca del 90% de casos fueron trasladados a los Servicios de Hospitalización del Instituto: mas de la mitad se trató de damas, y el 10% a los Servicios de hospitalización de Clínica.

La predominancia del sexo femenino se explica al observar los porcentajes del momento de admisión (Cuadro 1), aunque, de manera general, los ingresos de varones son mayores que de las damas en los servicios de hospitalización del INSM HDHN según los anuarios estadísticos citados (16) (17).

ALTA DE LA UHB SEGUN GRUPO ETAREO

Un gran porcentaje de pacientes egresados de la UHB estuvieron comprendidos entre los 15 y 32 años (más del 75.0) lo que se perfilaba desde los cuadros de ingreso, en que se aprecia que fundamentalmente los usuarios de la UHB son jóvenes del sexo femenino; luego entre los 33 y 50 años de edad está cerca del 25.0 de egresos, y finalmente, el restante con el 2.0; ratificándose que esta cifras se asemejan a las registradas en los compendios estadísticos del INSM HDHN para los pacientes de los servicios de hospitalización estandar (16) (17).

DESTINO LUEGO DEL ALTA DE LA UHB

La gran mayoría de pacientes egresados de la UHB son referidos a los consultorios externos de adultos (78.0), siguiendo la tendencia que se aprecian en los compendios estadísticos citados; en cifras porcentuales menores se encuentra el departamento de niños y adolescentes, salud mental comunitaria (12.0), quedando finalmente la trasferencia de pacientes a otros Centros de Salud como el H. Cayetano Heredia por la proximidad al Servicio de Emergencia.

CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO EN LA UHB

Se reitera que dado el corto período de tiempo de hospitalización en la UHB, se requiere movilizar todos los recursos que permitan el manejo rápido de los cuadros, generalmente emergentes, que presentan los pacientes que luego acceden a la UHB, siendo el trabajo del equipo multidisciplinario intensivo en estrecha colaboración con los familiares de los

pacientes para llevar a cabo las intervenciones en crisis que ameritan las circunstancias clínicas de ingreso, que han sido descritas anteriormente. Y este proceso se plasma mejor con el despliegue a través de grupos de trabajo por temas a manera de protocolos, como por ejemplo: el manejo del paciente suicida y su programa de prevención respectivo como se describe en una obra del autor (20) (21), atención de la violencia familiar y sus consecuencias, etc y en general el uso de diversas formas de aproximación terapéutica en crisis: farmacológicas, psicosociales o el uso de la electroterapia según requiera el trasfondo identificado.

Es importante señalar que participación de los familiares en cercana colaboración con el equipo profesional de Emergencia es un elemento crucial en la resolución de crisis de manera rápida, dándole en sentido a la modalidad de hospitalización breve a manera de unidad de cuidado intensivo, habiendo notado, como ya apuntan autores extranjeros, que la rápida sensibilización de los familiares trae como consecuencia su efectiva participación y el logro de las metas establecidas (6) (7), observándose que el denominador común es la real participación de las familias como agente de recuperación precoz de los cuadros psicopatológicos que requieran admisión en la UHB.

◆ CONCLUSIONES

Al cabo de un año de funcionamiento de la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) del Servicio de Emergencia del INSM HDHN, y por lo anteriormente expuesto, se puede emitir las siguientes conclusiones:

1) Que de los 97 pacientes estudiados la mayoría fueron jóvenes de 15 a 32 años, predominantemente del sexo femenino, con una

proporción cercana de 3/1 de dama -varón,

2) Las condiciones principales de admisión fueron la agitación psicomotriz con conducta heteroagresiva con 34.0% luego el intento suicida con casi 30.0%; posteriormente conducta desorganizada o descompensación reciente con 20.0, crisis ansiosas /depresivas con 11% y con menos de 5% conducta catatónica y compulsiva.

3) Los pacientes nuevos, que consultaron y fueron admitidos por primera vez a la UHB fueron 63 (65%), y los restantes 34 (35%) tenían historia clínica antigua en la institución.

4) Los diagnósticos nosográficos, según la CIE-9, fueron las psicosis esquizofrénicas (46.4) predominando en varones; luego las psicosis afectivas (28.9) afectando mas a las damas; en tercer lugar las reacciones de adaptación (15.5) afectando mayormente al sexo femenino; con menos del 5% figuraron los trastornos neuróticos, estado paranoide, retardo mental y trastornos dependientes del alcohol.

5) En cuanto a los trastornos esquizofrénicos la mas frecuente fue la de tipo paranoide (66.7), la de tipo agudo (22.2), y con menos de 5% la hebefrénica y catatónica.

Respecto a las psicosis afectivas, la fase depresiva ocupó el 75% de casos, luego la fase maniaca (14.3) y finalmente la circular (10.7).

6) El 70% pacientes permaneció los 3 días propuestos, de 3 a 6 días un 20%, y de 7 a 11 días un 10%, respondiendo a criterios de flexibilidad, complicaciones o concurrencias médicas, dificultad de ubicación de familiares para la admisión o reinserción y varios casos de implicancias judiciales.

7) En los diagnósticos de alta de UHB figura-

ron la psicosis esquizofrénica con 36.7; luego la psicosis afectiva (26.5), cuyas cifras fueron menores que a las del ingreso; con porcentajes menores al 10% aparecen los trastornos neuróticos y los restantes.

8) En la disposición final, fueron dados de alta de la UHB, 51.6 de pacientes sobre un 48.4 que requirió hospitalización prolongada; es decir que mas de la mitad de pacientes no requirió internamiento tradicional con el consiguiente ahorro de costos a la familia y a la institución.

El porcentaje anual de reingresos fue calculado en 4.1 fundamentalmente por reiteración de intención suicida.

De los pacientes que continuaron hospitalizados, 90% de ellos pasaron a los servicios estandar del instituto y 10% a la Clínica.

9) Mas del 75% de pacientes egresados de la UHB está comprendido entre los 15 y 32 años y predomina el sexo femenino, como se perfiló en los cuadros de admisión.

La gran mayoría de los egresados fueron referidos a los consultorios externos de adultos (78.0) luego en menor porcentaje a los de niños, salud mental comunitario y otros hospitales.

10) Varios de las conclusiones no han podido ser comparadas con reportes de estudios similares al señalarse escasez de ellos que, han mencionado algunos aspectos más no la integridad de las variables del presente estudio.

Es así que se ha tenido que recurrir a parámetros reportados a nivel internacional o a indicadores estadísticos propios de la institución, coincidiendo algunos hallazgos con las tendencias descritas para la hospitalización estandar del INSM HDHN.

11) Las principales características de la UHB fueron: el trabajo interrelacionado del equipo multidisciplinario con la familia para la intervención en crisis y resolución de los cuadros emergentes y el uso de aportes farmacológicos, psicosociales y tratamiento biológicos.

12) Todo parece indicar, en un año de evaluación, que la modalidad de Hospitalización Breve, en el INSM HDHN, es una alternativa viable que acorta la estadía, reduce los costos a los familiares y al estado, permite la intervención familiar comprometida, así como permite la reinserción precoz del paciente en su ámbito socio-laboral, y concretamente

evita en más de la mitad de los casos estudiados el acceso a internamientos prolongados cuyas desventajas han sido comentadas a lo largo del trabajo.

El autor señala, sin embargo, en base a información y reportes internacionales, que sería conveniente efectuar seguimientos a mas largo plazo, con una población más numerosa de pacientes, hacer estudios comparativos con los sistemas tradicionales y evaluar con precisión los parámetros de costo/beneficio de esta modalidad, que habiendo iniciado su funcionamiento con solo 3 camas tiene proyectado ampliar a un número mayor conforme a los planes institucionales de origen.

◆ REFERENCIAS

1) OMS-OPS Orientación de la Atención psiquiátrica en Sud América. Oficina de Lima - Perú, 1995. pp.s.

2) OPS. Recomendaciones del I Grupo de Trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. Reestructuración de la atención psiquiátrica en A. Latina. 1996. Panama: I.I.

3) GLICK I.D. et al. «Short versus long Hospitalization. A prospective controlled Study. IV One year follow-up results for schizophrenic patients». Am J. Psychiatry, 1976, 133: 509-514.

4) Sartorius N. et al. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. 1993.WHO Chap. Conclusions pp. 468-473.

5) Werner M., Mendel, M.: Effect of length of hospitalization on rate and quality of remission from acute psychotic episodes». J.

of Nervous and Mental Disease, 1966; 143: 226-232.

6) Herz M.I, Endicott J., Spitzer R.L.: «Brief hospitalization of patients with families: Initial results» 1975, Am. J. Psychiatry, 132:413-418.

7) Herz M.I, Endicott J., Spitzer R.L.: «Brief hospitalization : a two year follow-up». Am J. Psychiatry; 1977, 134: 505-507.

8) Izaguirre E.: Modalidades de Hospitalización Psiquiátrica 2do. Congreso Nacional de Psiquiatría, 1971. Nov. Lima.

9) Mariátegui Javier: Salud Mental y Realidad Nacional, 1988. Ed. Minerva. Lima.

10) Mori G.et al. «Emergencias en Psiquiatría, 1989. Revista de Neuropsiquiatría, 68:112-137.

- 11) Crosby M.: algunos factores en la hospitalización reincidente de pacientes esquizofrénicos en una institución de Salud Mental. Tesis Bach. Psicol. PUC. 1985-Lima.
- 12) Guerra M.: «Hospitalización Breve: Resultados preliminares de un año de seguimiento de pacientes esquizofrénicos crónicos reagudizados atendidos en el Servicio de Emergencia del H.V.L.H. Anuales de Salud Mental, 1991, VII: 75-87.
- 13) MINISTERIO DE SALUD - Lineamientos de Política de Salud, Quinquenio 1995-2000 Lima - Perú.
- 14) Plan Nacional de Salud Mental, 1990. Lima - Perú.
- 15) Macher O., Cachay C. Plan Operativo Institucional, 1995 INSM HD HN. Lima - Perú.
- 16) Compendio Estadístico del INSM HD HN: 1982 - 1994 - Lima.
- 17) Compendio Estadístico del INSM HD HN : 1996 - Lima.
- 18) Kaplan adn Sadock. Synopsis of Psychiatry, Seventh Ed., 1994 Williams and Wilkns - Baltimore, USA. Chap 2 pp. 65.
- 19) Vidal G. Alarcón R.: Psiquiatría B.A. Médica Panamericana, 1986.
- 20) Vásquez F.: Estudio del Intento de Suicidio en el Servicio de Emergencia del INSM HS HN 1994-1996 - Lima (Jornadas Institucionales).
- 21) Vásquez F.: Valoración del intento suicida: una aproximación para el manejo y tratamiento, 1997. Lima (Jornada Institucional).
- 22) Schuster J. MD.: Psychiatric consultation in the general Hospital Emergency Department. Psychiatric services Jun. 1995, Vol 46 N° 6 pp 555-557.
- 23) Heeren R.O. Estudio descriptivo del intento de suicidio en un hospital psiquiátrico. Tesis Bach. UPCH 1994 - Lima.
- 24) Flaherty - Chanon - Davis. Manual de Psiquiatría para residentes. Diagnóstico y tratamiento 1989. Ed. MED Panamericana. Cap. 4 pp. 69-77.
- 25) Bruno Michael: Guide to hospital - based Psychiatric Services. New York Medical College, 1984, Lenox Hill Hospital N. York. Chap 2. pp. 35.
- 26) MINSA. Dirección de Salud de las personas - Comisión Especial para elaborar el Reglamento para la atención de la persona Humana Afectada en su Salud Mental y que padece enfermedad psiquiátrica antes, durante y después del proceso penal HDHN-HVLH- HHV. Lima 1997.
- 27) Hyman S., Tesar G.: Manual of Psychiatric Emergencies. Third Edition, 1994 USA.
- 28) Beresin. E., Gordon C. Emergency ward management of the borderline patient. Gen Hosp. Psychiatry 3: 23, 1981.
- 29) Perry JC, Vaillant Ge. : Personlity disorders. Sec 27.1 pp 1352-1387 in H. I. Kaplan and B.J Sadock Comprehensive Textbook. Psychiatry. Baltimore 1989.
- 30) Gerson, S. and Bassuk, E. Psychiatric Emergencies, An overview Am. J. Psychiatry 137: 1, 1980.