

Tiempo de demora asistencial en pacientes psiquiátricos en un servicio de urgencias. Un abordaje mixto.

La Chica Molina, Julia*; Gutiérrez Marín, María*; Pérez Millán, Macarena*

* Diplomada en enfermería. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Conflicto de interés:

No se declara ninguno

Agradecimientos:

Las autoras quieren agradecer su colaboración y ayuda a la Unidad de Investigación de la Dirección de Enfermería del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Resumen:

Los servicios de urgencias atienden patologías diversas, incluyendo a pacientes de salud mental que sufren un proceso agudo. Estos pacientes, por sus especiales características, tienen un circuito asistencial propio en el que, en primer lugar, se descarta cualquier proceso somático previamente a su valoración psiquiátrica. El objetivo de trabajo es evaluar si el actual protocolo asistencial incrementa el tiempo de espera para la atención en estos pacientes.

Lo habitual en estos casos es que compartan sala de espera con los pacientes que acuden por problemas de tipo biológico, y este particular provoca, en ocasiones, situaciones molestas y de estrés a pacientes, acompañantes y profesionales.

Se plantea como opción, en el caso de verificarse la hipótesis, establecer un circuito independiente, con sala de espera específica y, en la medida de lo posible, atención prestada por especialistas en Salud Mental mientras el paciente se encuentre en observación, antes de la visita por psiquiatría.

Palabras clave: salud mental, urgencias.

Summary:

Emergency services treat a variety of pathologies, including mental health patients undergoing an acute process. These patients, due to their special characteristics, have their own care circuit in which, first of all, any somatic process is ruled out prior to psychiatric evaluation. The aim of this study is to evaluate whether the current care protocol increases the waiting time for care in these patients.

The usual practice in these cases is for them to share the waiting room with patients who come for biological issues, and this particular situation can sometimes cause discomfort and stress for patients, companions, and professionals.

It is proposed as an option, if the hypothesis is confirmed, to establish a separate circuit, with a specific waiting room, and, to the extent possible, provide care by mental health specialists while the patient is under observation, prior to the psychiatry appointment.

Keywords: emergency, mental health.

Antecedentes

Los problemas de Salud Mental (SM) están actualmente al orden del día. Se trata de situaciones patológicas que, durante mucho tiempo, han estado muy estigmatizadas pero que, poco a poco, van siendo conocidas, aceptadas y asumidas por la sociedad. Las causas de los trastornos mentales incluyen una

combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal^{1,2}.

Uno de los principales problemas que afrontan estos pacientes es la presentación de un brote agudo, que requiere habitualmente asistencia urgente. La actual configuración de los servicios de urgencias suele requerir de una primera valoración de estos pacientes para descartar el posible origen somático de su problema, lo que ocasiona habitualmente un mayor tiempo de espera de estos pacientes, en muchas ocasiones con una situación emocional cuando menos difícil y, de tanto en tanto, difícil de controlar.

Las salas de espera compartidas con personas con patologías no mentales se convierten frecuentemente en una fuente de problemas para estos pacientes, sus acompañantes y los profesionales. Ya se ha informado de que las enfermeras requieren habilidades en la evaluación y el tratamiento precisos de las personas con problemas de salud mental en todos los entornos³, por lo que es fácil suponer que, si profesionales sanitarios formados necesitan ciertas habilidades especiales para tratar con estas personas, los pacientes y acompañantes de estos normalmente carecen de competencias y aptitudes para hacerlo. Además, es preciso tener en cuenta que en los servicios de Urgencias y Salud Mental es donde usualmente más episodios de violencia se registran⁴.

Encontrar posibles soluciones requiere de diversas estrategias. Una de ellas podría ser incorporar a profesionales de enfermería de salud mental en el servicio de urgencias desde la admisión inicial, como se ha llevado a cabo en otros entornos, pero se trata sin duda de algo de más difícil realización en nuestro escenario concreto⁵, aunque hay experiencias en ese sentido⁶. También hay estudios que muestran resultados sobre las solicitudes de atención urgente por propia voluntad de pacientes incluidos en programas de salud: en Canadá se informó de que hasta un 6% de estos pacientes lo hicieron⁷. Son, por otro lado, cifras similares obtenidas en nuestro entorno⁸. En cualquier caso, no se puede obviar la influencia de la percepción de los profesionales, en este caso enfermeras de

urgencias, ya que en ocasiones se enfrentan a situaciones poco habituales en esos entornos. Para ello, es más aconsejable establecer vínculos con los Servicios de Salud Mental que intentar incrementar las habilidades de estos profesionales⁹.

Sí parece más factible minimizar en lo posible la demora en la atención a estos pacientes. Y, en este sentido, parece necesario organizar circuitos asistenciales que favorezcan tanto su atención como la calidad del cuidado que reciben, para lo que sin duda es preciso, tal y como se argumentaba previamente, contar con la colaboración de las enfermeras de urgencias y de salud mental.

En nuestro país existe el Sistema Español de Triage (en adelante SET), cuyos antecedentes se comentan a continuación. En este sentido, en junio de 2000 nace un nuevo sistema de triaje estructurado denominado «Model Andorrà de Triatge» (MAT) que convierte una escala basada en síntomas y diagnósticos centinela en una herramienta fundamental de urgencias y emergencias¹⁰.

En nuestro Hospital, el funcionamiento de la clasificación de pacientes recae en la figura de la enfermera de triaje/clasificación, usando el sistema SET. Siguiendo sus indicaciones, más del 90% de los pacientes psiquiátricos se encuentran clasificados en prioridades III, consideradas urgentes, tiempo de respuesta de 30 minutos según SET.

Se indican los tiempos de respuesta según el Sistema de SET¹⁰.

Objetivos

Objetivo general

·Analizar la demora media de asistencia en pacientes de urgencias médicas y de salud mental en un hospital de tercer nivel.

Objetivos Específicos:

·Analizar la incidencia de pacientes atendidos en emergencias por problemas de salud mental.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET (Sistema Español de Triage).

- Analizar la incidencia de pacientes atendidos en emergencias por problemas de salud médico quirúrgicos.
- Evaluar diferencias según proceso patológico.
- Analizar diferencias en función de los datos sociodemográficos.

Metodología

Diseño

Estudio dividido en dos fases:

- Cuantitativo, de tipo descriptivo transversal con dos grupos de pacientes.
- Cualitativo, por medio de grupos focales de enfermeras de urgencias y salud mental.

Ámbito de estudio

·Urgencias hospitalarias del área del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. El HUVV es un centro de tercer nivel que atiende una población aproximada de 700.000 habitantes. (más o menos, incluyendo serranía y Costa del Sol).

Primera fase, estudio cuantitativo

Población y muestra

Pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) de Málaga, que acuden por patología de relacionada con la salud mental.

El área del HUVV atiende a una población de aproximadamente 700.000 personas. Es hospital de referencia de más de 20 centros de salud, incluidos en los distritos sanitarios Málaga-Guadalhorce y Costa del Sol, así como de los Hospitales Comarcales de la Serranía de Ronda y Costa del Sol, de Marbella. Las urgencias del centro atendieron un total de 10.462 pacientes en 2022 esto son sólo urgencias de salud mental. Atendiendo a un error alfa del 5% y una precisión del 95%, el tamaño muestral aconsejado es de 385 individuos.

Muestreo

Se realizará un muestreo aleatorio hasta conseguir el tamaño muestral indicado. Una vez conseguido, se separarán las urgencias convencionales de aquellas cuyo origen es la salud mental. Los datos se obtuvieron mediante la creación de una máscara en el sistema Informático Diraya, con la colaboración del área de Tecnología, Información y Comunicación (TIC) desde el 01/01/2022 hasta el 31/05/2023.

Variables

Se obtendrán variables sociodemográficas:

edad, sexo, patología de base, comorbilidades, consumo de tóxicos y tabaco, nivel socioeconómico, nivel educativo, asistencia previa a urgencias, asistencia previa a servicios de Salud Mental.

·Número de pacientes no psiquiátricos que acudieron a urgencias.

·Número de pacientes psiquiátricos que acudieron a urgencias.

·Tiempo desde que se realiza el triaje a un paciente psiquiátrico hasta que es atendido por un facultativo de urgencias.

·Tiempo desde que se realiza el triaje al resto de pacientes hasta que es atendido por un facultativo de urgencias.

·Tiempo de estancia en urgencias de los pacientes psiquiátricos.

·Tiempo de estancia en urgencias del resto de pacientes en urgencias.

·Número de pacientes psiquiátricos que acuden a urgencias y se fugan (827 pacientes).

·Número del resto de pacientes que acuden a urgencias y se fugan (5.864 pacientes).

·Tiempo desde que se le realiza el triaje a un paciente psiquiátrico hasta que es atendido por el Psiquiatra.

·Tiempo desde que se le realiza el triaje al resto de pacientes hasta que son vistos por su especialista.

·Pacientes psiquiátricos que vuelven a urgencias en menos de 15 - 30 días.

·Pacientes psiquiátricos que acuden a urgencias se quedan ingresados a cargo de salud mental en el HUVV.

·Pacientes psiquiátricos que son remitidos para ingreso en salud mental por orden judicial y/o han sido valorados por un Psiquiatra de atención primaria, consultas externas u otro hospital.

·Número de paciente psiquiátricos que precisan contención mecánica en su estancia en urgencias.

·Número de pacientes psiquiátricos que pasan por el cuarto de críticos de urgencias.

Análisis de datos

Análisis descriptivo

Para las variables cualitativas se calcularán frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas, en función de la distribución de los datos, si es normal como medida de tendencia central se utilizarán la media y como medida de dispersión la desviación típica. Si no lo es, se emplearán la mediana y el rango intercuartílico.

La normalidad o no de la distribución de los datos se calculará mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff.

Análisis bivalente

Para realizar comparaciones entre variables cualitativas, se empleará la prueba de la χ^2 .

Si la variable resulta no paramétrica, se empleará el coeficiente de correlación de Spearman.

Para determinar la asociación entre una variable independiente dicotómica y dependiente cuantitativa de distribución paramétrica se empleará la *t* de Student para muestras independientes; en caso de distribución no paramétrica se empleará la *U* de Mann-Whitney.

Se valorará la realización de un análisis multivariante por medio de una regresión logística, así como el análisis de un modelo predictivo para datos de tiempo de espera hasta el evento por medio de una regresión de Cox.

Segunda fase: estudio cualitativo

Estudio cualitativo fenomenológico con enfoque eidético para conocer las experiencias sobre la atención urgente en enfermeras de urgencias y de salud mental. Para ello, se seleccionarán a las participantes mediante muestreo intencional. Como técnica de recogida de datos se utilizará la de grupo focal o de discusión.

El análisis de la información se llevará a cabo de forma progresiva, a medida que se va obteniendo la información hasta conseguir la saturación de datos.

Para ello, se establecerán unas categorías previas, ejes de orientación de búsqueda de la investigación, relacionadas con las ideas las cuales se quieren indagar, y que serán el guión a seguir durante los grupos focales.

Los procedimientos a seguir, según Taylor y Bogdan, serán descubrimiento, codificación y relativización de los datos. Se extraerán los datos más relevantes y significativos para poder realizar las categorías que forman parte del informe final de la investigación.

Para establecer el rigor y la confiabilidad de los datos obtenidos se seguirán los criterios de confiabilidad de Guba y Lincoln:

- **Credibilidad:** la recogida de datos se llevará a cabo mediante grupos focales complementadas con notas de campo del observador externo. Para el análisis de datos se utilizará la técnica de triangulación.

- **Transferibilidad:** Tanto las características de los participantes del estudio como la situación de estudio han sido descritas minuciosamente.

- **Dependencia o consistencia:** Las técnicas de recogida de datos y de análisis de los mismos son descritas detalladamente en el apartado de procedimiento y análisis de datos. Se realizará una triangulación de situaciones, personas y técnicas de recogida de datos. Para ello, se valorará la presencia de informantes-clave a los que realizar una entrevista en profundidad.

- **Conformabilidad:** Todos los grupos serán grabados, realizándose posteriormente transcripciones textuales y citas directas (verbatim).

Aspectos éticos y legales

Este estudio se adhiere a la Declaración de Helsinki, más concretamente a los apartados reflejados en su última versión (Fortaleza, Brasil, 2013). Así mismo, se respetarán todos los condicionantes legales en vigor relacionados con la investigación y la autonomía del paciente (Ley 3, 2018, de Protección de Datos, Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y sus actualizaciones y versiones a nivel autonómico).

Los datos se extraerán de la historia digital de salud del Servicio Andaluz de Salud, de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Todos los datos serán codificados y convenientemente anonimizados mediante clave específica, y se conservarán en dispositivo no accesible vía red.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, se prevén dificultades para el acceso a algunos datos en la historia clínica digital de los pacientes, ya que concretamente se trata de personas que, en ocasiones, debido a sus características clínicas, son difíciles de localizar. Por ello, solicitamos la exención de la entrega de la hoja de información al paciente y consentimiento informado, reiterando el compromiso reflejado en el párrafo anterior (ANEXO A).

Limitaciones

El estudio presenta algunas limitaciones que se describen a continuación.

En primer lugar, al tratarse de un estudio unicéntrico, puede haber dificultad para alcanzar el tamaño muestral necesario, debido a las especiales características de los pacientes, lo que obligaría a alargar en el tiempo la recogida de datos. Por ejemplo, y con datos que ya poseemos,

desde el 01/01/2022 hasta el 31/05/2023 se atendieron un total de 311.179 urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de los cuales 10.462 eran pacientes psiquiátricos, esto supone un 3,36%, no obstante, pero creemos que este número de entradas es mayor, debido a las dificultades de la recogida de muestras.

El segundo aspecto a tener en cuenta es el tipo de diseño, que no permitirá obtener relaciones de causalidad, aunque sí hará posible realizar un mapa de la situación en nuestro entorno.

Por otro lado, la incorporación de una parte cualitativa colaborará en la detección de aspectos no contemplados en el análisis cuantitativo, lo que a su vez permitirá una mejor triangulación de datos y una mayor consistencia al proceso investigador, compensando de alguna manera los sesgos anteriormente descritos.

Problemas encontrados a la hora de la recogida de datos:

El sistema de recogida estadística de datos Diraya que se utiliza en este Hospital, recoge los datos de motivo de consulta de clasificación. Por lo tanto, si la enfermera de clasificación no indica que el paciente es psiquiátrico, no se puede identificar solo por motivo de consulta, si no que se ha tenido que cruzar el motivo de entrada más los datos de historia clínica.

Los pacientes psiquiátricos deben de tener identificado por parte de su médico de familia sus problemas de salud y el estado de su paciente en seguimiento por SME. Muchos de los pacientes que se han incluido en el estudio no tenían dicha identificación.

Aplicabilidad clínica

La detección de este problema puede contribuir a una mejora de los protocolos asistenciales actuales.

En función de los resultados obtenidos se podrían ofrecer opciones y definir nuevas estrategias que permitieran una mejor gestión del tiempo de espera de los pacientes psiquiátricos cuando son atendidos en servicios de urgencias, mejorando su atención, la gestión del riesgo de agresiones y la confortabilidad de los pacientes en general.

Bibliografía

1. Lopera, J. D. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2014; 32: S11-S20.
2. Collazos, M. V. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud mental 2007; 30(2): 75-80.
3. Gerace A, Muir-Cochrane E, O'Kane D, Couzner L, Palmer C, Thornton K. Assistants in nursing working with mental health consumers in the emergency department. Int J Ment Health Nurs. 2018 Dec;27(6):1729-1741. doi: 10.1111/inm.12477. Epub 2018 May 15. PMID: 29762891.
4. Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J. A., Jiménez-Barbero, J. A. Violencia de los usuarios hacia los profesionales de salud mental y urgencias. The European Journal of Psychology Applied to Legal Context 2017; 9(1): 33-40.
5. Kverno K, Mangano E. Psychiatric Emergencies and the Potential Role of Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioners. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2021 Mar 1;59(3):7-12. doi: 10.3928/02793695-20210212-03. PMID: 33647157.
6. Wand T, Collett G, Cutten A, Buchanan-Hagen S, Stack A, White K. Patient and staff experience with a new model of emergency department based mental health nursing care implemented in two rural settings. Int Emerg Nurs. 2021 Jul;57:101013. doi: 10.1016/j.ienj.2021.101013. Epub 2021 Jun 13. PMID: 34134083.
7. Sirotich, F., Durbin, A. & Durbin, J. Examining the need profiles of patients with multiple emergency department visits for mental health reasons: a cross-sectional study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016; 51: 777-786.
8. Guzmán-Parra, J., Martínez-García, A. I., Guillén-Benítez, C., Castro-Zamudio, S., Jiménez-Hernández, M, Moreno-Küstner, B. Factores asociados a las demandas psiquiátricas a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga (España). Salud mental 2016; 39(6): 287-294.
9. Østervang, C., Geisler Johansen, L., Friis-Brixen, A., & Myhre Jensen, C. Experiences of nursing care for patients who self-harm and suggestions for future practices: The perspectives of emergency care nurses. International journal of mental health nursing, 2022; 31(1): 70-82.
10. Sistema SET: Este sistema, en 2003, fue asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) como el modelo estándar de triaje en castellano para todo el territorio español y se denominó «Sistema Español de Triage» (SET).
11. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Versión impresa ISSN 1137-6627. Anales Sis San Navarra vol. 33, supl. 1, Pamplona 2010. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias.