



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**CAMPO: SALUD MENTAL PÚBLICA**

**IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE  
PSIQUIATRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MEXICANAS**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS**

**PRESENTA:**

**ALEJANDRO MOLINA LOPEZ**

**TUTOR: DR. JORGE CARAVEO ANDUAGA**  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

**COMITÉ TUTOR: DRA. SHOSHANA BERENZON GORN**  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

**COMITÉ TUTOR: DR. GUILHERME LUIZ GUIMARAES BORGES**  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

**Ciudad Universitaria, Enero de 2016.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

*“Urgente” es una palabra con la que vivimos día a día,  
en nuestra agitada vida y a la cual,  
le hemos perdido ya todo sentido de premura y prioridad.*

*“Urgente” es la manera más pobre de vivir en éste mundo  
¿Porque sabes? El día que nos vamos  
Dejamos pendiente las cosas que verdaderamente fueron urgentes.*

*“Urgente” es que seas más amigo, más humano, más hermano.*

*“Urgente” es que te sepas hijo de Dios, y que Él te ama  
Y quiere verte sonreír feliz y lleno de vida.*

*“Urgente” es que sepas valorar el tiempo que te pide un niño, una niña...*

*“Urgente” es que mires a tu familia, tus hijos, tu esposa,  
Y a todos los que te rodean, y valores ese maravilloso tesoro.*

*“Urgente” es que les digas a las personas hoy, no mañana,  
¡Cuánto los quieres!...*

Facundo Cabral

**A mis amados esposa e hijos,  
Kari, Alex y Ana Pau  
Con todo mi amor, y por supuesto,  
con mi mayor prioridad**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi amada esposa Kari, quien me apoyó en el terreno físico y emocional, logístico y afectivo, sin su apoyo éste proyecto no hubiera sido posible. La felicito por su ingreso a la Maestría que inició justo al terminar mi Doctorado. Me siento muy orgulloso, y sobre todo, cada vez más enamorado.

A mi hijo Alex, quien con su alegría, carisma y vitalidad es una luz constante en mi vida. Y entre rompecabezas y juegos de ajedrez, demuestra cada vez más inteligencia.

A mi hija Ana Pau, quien con su sonrisa y alegría me inspira fortaleza y felicidad, especialmente cuando sólo dice el simple bisílabo “papá”

A mi madre Rosa María, de quien aprendí a resolver los problemas más complicados de las maneras más simples.

A mis suegros Luis y Rosario, por su apoyo incondicional en tantas situaciones simples y complejas. Su ayuda siempre ha sido mucho más que una ayuda.

A mis compadres Paty, Juan, Ingrid, Emmanuel y Yunuen por su amistad y apoyo en tantos momentos.

A mi amiga Ana Fresán, que ha sido un modelo admirable de vida personal y profesional, y cuya influencia fue probablemente la más importante para que una idea se haya plasmado en un instrumento, y un instrumento en ésta Tesis.

A mi Jefa en el Instituto Nacional de Psiquiatría, la Dra. Martha Ontiveros Uribe, por su apoyo y sobre todo por su paciencia ante mi hiperactividad de llevar a cabo éste y muchos otros proyectos. Géminis teníamos que ser.

A mis alumnos de Alta Especialidad Francisco León, Rodrigo Hervert, Rafael Rangel y Aurora Molina, por suplirme en mis funciones durante la realización de éste proyecto.

A los Doctores Víctor Rico, Wendy Córdova, Rosa I. Villagómez, Mirna Trancoso, Alejandro Escalante, Germán Prado y a la Lic. Eunice Rivera por su gran apoyo clínico, administrativo y de gestión durante mi investigación en los Hospitales Psiquiátricos de Mexicali, Tijuana y Xalapa. Sin sus facilidades ésta investigación no hubiese sido posible.

A mis maestros los Doctores y Profesores Jorge Caraveo, Shoshana Berenzon, Guilherme Borges, Blanca Vargas, Guadalupe García de la Torre, Catalina González, Martha Edilia Palacios, Francisco Juárez, Ricardo Orozco y muy especialmente María Elena Medina-Mora, por todas sus enseñanzas, apoyo, ejemplo y recomendaciones.

## INDICE

Antecedentes	5
I. Utilización de Servicios en Salud Mental	5
II Los Servicios de Urgencias	8
III Triage en Urgencias	22
IV Indicadores de calidad en servicios de Urgencias	39
V Estudio Piloto de Indicadores Inmediatos y mediatos en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría	56
Planteamiento del Problema	66
Justificación:	69
Pregunta de Investigación e Hipótesis	70
Objetivos	71
Método:	71
Procedimiento	72
Diseño del Estudio	97
Recursos Humanos, Materiales y Financieros necesarios	99
Consideraciones Éticas:	100
Aprobación del Comité de Ética en Investigación del INPRF:	104
Resultados	106
Síntesis de Resultados.	106
Resultados en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California	111
Resultados en el Hospital de Salud Mental de Tijuana	141
Resultados en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental de Xalapa	169
Resultados Integrales de las Tres Instituciones:	196
Resultados del Análisis Multivariado	212
Discusión:	222
Conclusiones	278
Apéndice:	280
Galería de Imágenes	298
Bibliografía	308

# **ANTECEDENTES**

## **I**

### **UTILIZACION DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

La demanda de los servicios de salud mental ha crecido en los últimos años, aunque no siempre oportuna ni correctamente atendida. En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica<sup>1</sup>, se estimó que el 28.6% de la población mexicana presentó un trastorno mental a lo largo de la vida, el 13.9% en los últimos meses y 5.8% en los últimos 30 días. Entre los trastornos mentales más frecuentes están las fobias específicas (7.1%), seguidas por los trastornos de la conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). La región centro-oeste del país es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos a lo largo de la vida (36.7%) y la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%). La región norte del país es la que presentó mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%).

A pesar de la alta prevalencia de trastornos mentales, sólo uno de cada 10 sujetos con trastorno mental recibe atención<sup>1</sup>. La explicación del bajo porcentaje de búsqueda de atención de servicios de salud mental por parte de la población con algún padecimiento mental puede radicar en el miedo a negarse la atención hospitalaria<sup>2</sup>, la falta de servicios de salud mental incluyentes, no discriminatorios y accesibles que estén integrados a los sistemas de salud generales<sup>3</sup>, estigmatización de la enfermedad mental así como la utilización de los servicios relacionados<sup>4</sup> e incluso conflictos de roles de género en los que la masculinidad no permite la búsqueda de atención<sup>5</sup>.

Caraveo y cols. en 1999 describieron que en nuestro país la “Primera puerta” para la atención de trastornos mentales consistía en las redes sociales; el 54% acude con familiares y amigos; el 10% con sacerdotes y ministros y el 15% prefiere automedicarse. Sólo un 20% busca ayuda institucional, en alguno de sus tres niveles<sup>6</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud desarrolló el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental<sup>7</sup> para conocer la situación de los servicios en diferentes partes del mundo. La evaluación realizada en México coordinada por la Organización Panamericana de la Salud y el Instituto Nacional de Psiquiatría demostró que el eje de atención en la salud mental sigue siendo el tercer nivel: Ejemplo de ello es que existen 46 hospitales psiquiátricos públicos frente a 13 unidades de internamiento en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. En dicho reporte, se estimó que aproximadamente el 50% de los pacientes que reciben atención, se atienden en servicios hospitalarios. Así mismo, se cuenta con 495 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 293 usuarios por cada 100,000 habitantes.

Por otro lado, los recursos humanos que laboran en cualquier establecimiento de salud mental asciende a 10,000; la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.5 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo y 0.53 trabajadores sociales. Un hallazgo importante es que en México un porcentaje mayor de pacientes son tratados en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno, lo cual aumenta los costos del tratamiento y amplía la brecha de atención<sup>7</sup>.

Para afrontar éstas demandas de atención en salud mental en diferentes sectores, las recomendaciones internacionales de atención en salud mental siguen un modelo piramidal de prioridades en los que en la base se sitúan servicios comunitarios esenciales destinados para la atención de las condiciones crónicas; en un nivel intermedio se encuentran los servicios de atención primaria para programas prioritarios de salud mental como es el caso de las adicciones o los trastornos psicóticos; y finalmente en el nivel más alto se encuentran los servicios más especializados incluyendo emergencias, con tratamiento en hospitales generales y en menor medida en hospitales psiquiátricos<sup>8</sup> (v. Fig. 1).

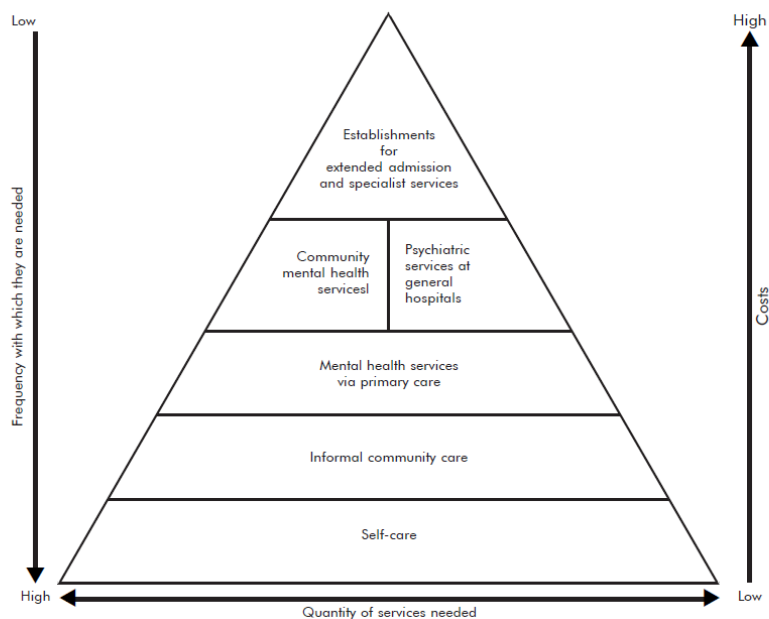


Fig 1. Organización Óptima de los Servicios de Salud Mental. Tomado de Lara-Muñoz y Cols., 2011

A pesar de ésta recomendación internacional, en México no se ha podido llevar con totalidad el modelo sugerido, por el contrario, el estudio de Sistemas de Salud Mental Nacional reveló que se sigue un patrón de búsqueda de atención en salud mental diferente al mencionado ya que la mayoría de los usuarios de servicios de salud mental lo hacen en el medio hospitalario mientras que la atención primaria cubre una minoría de las condiciones en salud mental<sup>7</sup>.

Es por ello que para conocer los problemas y sus soluciones de los sistemas de salud mental en México es fundamental el estudio de las instituciones hospitalarias, las cuales cuentan con diferentes servicios y ofertas de atención, resaltando entre las principales los servicios de hospitalización y urgencias. De éstos últimos, su importancia es fundamental ya que son los servicios institucionales con mayor accesibilidad y que deben de ofrecer capacidad de resolución a diferentes demandas, especialmente cuando los servicios ambulatorios no están disponibles. Estas diferentes demandas pueden variar en función de su severidad o gravedad al momento de presentarse a recibir atención, por lo que es necesario el estudio de los procedimientos de atención en dichos servicios y las posibles intervenciones para aportar mejoras a los mismos.



## II

# LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

### 1.- Definiciones de Urgencia Médica y Urgencia Psiquiátrica

La definición de *urgencia médica* es la condición crítica y generalmente aguda que requiere una intervención que debe realizarse rápidamente y sin demora, y en caso de dilación peligraría la vida o la función<sup>9</sup>. Sin embargo, con respecto de la definición de *urgencia psiquiátrica*, en la bibliografía actual existen diferentes definiciones no concluyentes de dicho concepto.

Algunos autores de los textos generales de Psiquiatría mencionan que la urgencia psiquiátrica es una condición psicopatológica aguda que requiere una atención inmediata o en el transcurso del mismo día<sup>10</sup>; sin embargo, ésta definición no especifica bajo qué criterios o condiciones se estratifica la prioridad de la atención. Otras definiciones establecen que la urgencia psiquiátrica es *cualquier* situación subjetiva que motive la búsqueda de atención inmediata por el paciente, la familia, el médico o alguna autoridad social o judicial<sup>11</sup>, lo anterior es muy inespecífico secundario a la alta inter-subjetividad que acarrea dicha definición, y bajo la perspectiva de utilización de servicios podría representar un problema ya que ofrece atención indiscriminada a condiciones que podrían no ameritarla y retrasaría la atención a condiciones más graves. Algunos autores han establecido que una forma de disminuir la inter-subjetividad en psiquiatría es llegar a un cierto nivel de integración entre la percepción individual y social<sup>12</sup>.

Por otro lado, algunas definiciones de urgencias psiquiátricas enfatizan el riesgo de la pérdida de la integridad biopsicosocial, sin embargo ante una urgencia es necesario jerarquizar lo biológico y físico sobre el resto de los componentes de la totalidad, por lo que las definiciones de urgencias deben de priorizar la integridad física antes que la integridad psicológica<sup>13</sup>.

Por otro lado, muchas urgencias psiquiátricas pueden confluir simultáneamente con urgencias médicas, lo cual es motivo de confusión,

reingresos y presencia de trastornos mentales severos<sup>14</sup>. Un fenómeno frecuente es el deslindamiento de responsabilidad entre los servicios de urgencias de hospitales generales y psiquiátricos, siendo lamentable el estado de “peregrinación” de algunos enfermos que al no cumplir con los criterios de inclusión o infraestructura de uno u otro hospital, tienen que migrar de un servicio de urgencias a otro sin recibir una atención definitiva, retrasando la intervención que, paradójicamente, deberían de recibir en forma inmediata.

Se han observado fenómenos etnográficos en pacientes alcohólicos mexicanos en servicios de urgencias de hospitales generales, en los que los pacientes con intoxicación alcohólica aguda no son atendidos con la misma prioridad que otro tipo de pacientes, aún con alguna condición médica complicada<sup>15</sup>. Es por ello que las urgencias psiquiátricas deben de ser categorizadas en niveles de gravedad para priorizar la atención en las urgencias más graves sobre las no graves, al igual de como ocurre con las urgencias médicas.

Algunos estudios han diferenciado el tipo de usuarios de los servicios de urgencias de acuerdo a los motivos por los cuales se acuden. En Bélgica, Bruffaerts definió dos grupos principales de pacientes, los llamados “incidentales”, es decir, aquellos pacientes que acuden por primera vez a un servicio de urgencias psiquiátricas y los “recurrentes”, o aquellos pacientes que acuden de forma regular. Se encontró que los usuarios recurrentes tienen más trastornos de personalidad, uso o abuso de sustancias, ejercen violencia a si mismos o a otros y presentan síntomas psicóticos más frecuentemente que los incidentales, quienes se presentaron más frecuentemente con motivo de síntomas depresivos<sup>16</sup>.

## **2.- Características de Servicios de Urgencias Hospitalarias**

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico altamente profesionalizado, con disponibilidad inmediata de recursos a pacientes que requieran (o necesiten) cuidados urgentes, a cualquier hora del día o de la noche. Una de las principales características de los SUH es la *accesibilidad* física, económica,

temporal y administrativa que explica que en forma cíclica presenten fenómenos de saturación, aglomeración y esperas excesivamente prolongadas para la asistencia inicial. Aunque el incremento en la demanda puede atribuirse al incremento en la población y al aumento de condiciones que pueden complicarse agudamente, también se atribuye a la utilización del servicio de urgencias como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para problemas no urgentes<sup>17</sup>.

Los servicios de urgencias representan un punto crucial en la atención intra-institucional e inter-institucional. Un estudio realizado en Suecia reveló que hasta 59% de los usuarios que solicitan atención en un servicio de urgencias ya habían buscado anteriormente atención en otros sectores, especialmente en usuarios de género femenino y mayor duración de la sintomatología<sup>18</sup>.

Debido a la amplia heterogeneidad y variabilidad en las condiciones que pueden ameritar una atención expedita, los servicios de urgencias deben ofrecer atención abierta y continua a dichas condiciones, a diferencia de los servicios ambulatorios que por lo general están organizados y supeditados a procedimientos administrativos que exigen filtrar o seleccionar a sus usuarios en una forma mucho más específica y que asignan una cita en varios días, semanas o incluso meses después.

Sin embargo, la atención abierta y continua en los servicios de urgencias puede generar algunos problemas. Por un lado, la disposición del servicio a todas horas que ofrece una valoración de los usuarios que se presentan voluntaria o involuntariamente en forma impredecible a solicitar una consulta, puede favorecer altas afluencias al servicio que no solamente incrementan la demanda mensual o anual reflejada en los censos del servicio, sino que en ocasiones pueden por momentos saturar (en inglés "*overcrowding*") el servicio debido a la demanda simultánea de diferentes usuarios, y a lo largo del tiempo pueden incrementar "en bola de nieve" la afluencia a los servicios de urgencias, primordialmente por parte de pacientes frequentadores no graves<sup>19</sup>. Lo anterior constituye un reto para los servicios de urgencias, los cuales deben de contar con estrategias estandarizadas que procuren tres aspectos en la atención de los usuarios que acuden al servicio: Satisfacción del paciente, participación del

paciente, y cuidados dirigidos a las necesidades del paciente, especialmente en los momentos de aumento en la demanda del servicio<sup>20</sup>.

De la misma forma, se ha observado que la oferta abierta, exhaustiva o indiscriminada de atención en los servicios de urgencias puede generar usuarios frequentadores del servicio, que han sido descritos como pacientes con poco apoyo social, mal apego al tratamiento médico, inasistencia a sus citas en consulta externa. Lo anterior está ligado muchas veces con comorbilidad con algún trastorno de la personalidad<sup>21</sup>. El impacto de éste fenómeno no se limita a los servicios de urgencias, sino que también puede redundar en la utilización de servicios dentro de la institución e incluso a nivel comunidad<sup>22</sup>.

La falta de procesos y estrategias que permitan una adecuada organización de los servicios de urgencias, así como la falta de una correcta clasificación de las condiciones altamente heterogéneas que generan una demanda específica en cada servicio, pueden generar complicaciones en cuestión de organización, logística y calidad en los servicios de salud, con consecuencias también variables, que pueden ir desde detrimento en la satisfacción de la atención hasta aumento en los costos, utilización inadecuada del servicio e incluso aumento en la tasa de mortalidad. En el otro extremo, las estrategias centradas en el usuario que optimizan los recursos y mejoran aspectos como el tiempo de espera o el tiempo total de estancia en el servicio, pueden ser decisivas para mejorar la calidad, satisfacción e incluso la mortalidad de usuarios que acuden al servicio de urgencias<sup>23</sup>.

El uso excesivo o inadecuado de los servicios de urgencias está asociado con algunos tipos de consulta en los que la condición no precisamente pone en riesgo la vida o la función pero que genera en los usuarios la sensación de ameritar una atención inmediata. Por ejemplo, condiciones como las enfermedades de la piel, alteraciones mentales y problemas osteomusculares muestran una asociación consistente con el uso inadecuado de los servicios de urgencias, ya que la percepción de gravedad del propio paciente o de sus familiares condiciona también la utilización del servicio de urgencias<sup>24</sup>.

Love y cols. (2012) propusieron que una posible solución a los problemas de exceso de demanda y/o utilización inadecuada, consiste en que los servicios de urgencias deben de tomar la iniciativa de diseñar e

implementar la mejoría del flujo de pacientes que llegan al servicio mediante el rediseño del proceso del **Triage**, en el que un médico especialmente abocado en ésta tarea con el objetivo de mejorar los tiempos de espera, eficiencia y satisfacción de los usuarios, se dé a la tarea de clasificar en forma oportuna las diferentes prioridades de atención en el servicio de urgencias. Love reportó que mediante dicha medida se obtuvo una disminución en el promedio de los tiempos de espera de 75 a 25 minutos y reduciendo el porcentaje de usuarios que abandonaron el servicio sin tratamiento de 3.6% a 0.9%<sup>25</sup>.

### **3.- Panorama actual de los Servicios de Urgencias Médicas en México**

Las estrategias de atención primaria ciertamente resuelven muchos problemas de salud, pero los centros de segundo y tercer nivel no sólo atienden el resto sino que aporta nuevas visiones aplicables incluso en la atención primaria. La organización de los servicios de atención médica por niveles determina que los especialistas y los recursos tecnológicos complejos y costosos se concentren en sitios de referencia para lograr su aprovechamiento óptimo. México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1121 son públicos. De ellos, 628 atienden población no asegurada. Los restantes 3,082 son hospitales privados.

El sector público cuenta con 0.74 camas/1000 habitantes, que corresponden a 0.63/1000 habitantes de las instituciones que atienden a la población no asegurada, y 0.87/1000 habitantes de las instituciones de seguridad social, cifras inferiores a lo sugerido por la Organización Mundial de la Salud de 1 cama/1000 habitantes<sup>26</sup>. En los últimos años el sistema mexicano de información en salud ha experimentado cambios importantes sobre todo por la incorporación de la tecnología de la información en los procesos de recolección y análisis. Cada institución cuenta con sus propios formatos y criterios de recolección de datos.

Aunque los Hospitales de segundo y tercer nivel son unidades heterogéneas entre sí, comparten problemas similares como unidades de atención médica. Algunos de los problemas que suelen compartir las unidades hospitalarias son, por mencionar algunos ejemplos:

- Heterogeneidad de criterios operativos
- Ineficacia en el sistema de referencia y contra-referencia
- Sobredemanda de atención de urgencias
- Insuficiencia de recursos y de áreas adecuadas para desahogar la población en urgencias
- Alta demanda derivada de las zonas conurbadas
- Personal insuficiente
- Saturación en algunos servicios
- Abastecimiento de medicamentos insuficiente
- Equipo de informática insuficiente e inadecuado en la mayoría de los casos
- Debilidades gerenciales y operativas<sup>26</sup>.

En México, los SUM suelen ser parte de Instituciones de segundo y tercer nivel, y por lo tanto, comparten una parte o todos éstos problemas. Con el objetivo de mejorar la atención y resolución en los servicios de urgencias, se han hecho varios programas. En 2006 bajo la metodología del Ciclo de Gestión del *“Plan de Mejora de Urgencias”*, se realizaron gestiones y reuniones de taller para unificación de criterios operativos generando diferentes estrategias de gestión y monitoreo. Entre las estrategias que se incluyeron figuraron las siguientes:

- Adecuación del área física
- Sistema de referencia en urgencias
- Capacidad resolutoria del personal de urgencias
- Incremento en los recursos
- Análisis de la productividad
- Reforzamiento del programa de mejora continua
- Supervisión constante
- Sensibilización al personal<sup>26</sup>.

<b>Institución</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>INCMNSZ</b>	21,359	25,801	30,529	33,306	31,347	32,001
<b>INER</b>	12,009	9,219	11,665	11,981	13,679	13,875
<b>INNN</b>	10,976	11,434	11,723	11,504	10,401	9,491
<b>INP</b>	37,156	40,915	39,881	40,043	38,632	35,682
<b>INPer</b>	16,234	17,387	16,254	18,189	20,300	20,667
<b>INPRF</b>	5,661	6,056	5,565	4,947	8,025	8,259

*Tabla 1. Productividad anual de 2001 a 2006 de los Servicios de Urgencias de los Institutos Nacionales de Salud. INCMNSZ: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas; INNN: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; INP: Instituto Nacional de Pediatría; INPer: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes; INPRF: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tomado de: Programa de Acción Específico 2007-2012, Medicina de Alta Especialidad, Secretaría de Salud, 2008.*

Al analizar la Tabla 1, se puede observar que los servicios de urgencias de otras instituciones de tercer nivel tienen una productividad superior a las 10,000 consultas anuales, y para el caso del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición o el Instituto Nacional de Pediatría la productividad es superior a las 30,000 consultas anuales, llegando en algunos años a rebasar las 40,000. Estas cifras son notablemente contrastantes con las del Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría, en las que la productividad oscila alrededor de las 5,000 consultas, observándose un incremento importante desde el año 2005 que asciende hasta más de 8,000 consultas<sup>26</sup>.

Llama la atención la menor productividad de las consultas de urgencias que se valoran en un hospital psiquiátrico comparadas con la productividad de las consultas de urgencias que se valoran en Instituciones de atención médica. Estos son los primeros datos que hacen ver que las condiciones que operan en los servicios de urgencias de hospitales generales y psiquiátricos son muy diferentes.

En 2008 se inició como iniciativa de la Secretaría de Salud Federal el Programa de Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución (SUMAR) como parte del programa SI CALIDAD. El programa SUMAR tiene como objetivo mejorar la calidad así como los tiempos de espera, la satisfacción, resolución y disminuir la tasa de mortalidad en los servicios de urgencias. El programa SUMAR ha tenido a la fecha cuatro agendas técnicas,

la última en 2011<sup>27</sup>. El programa SUMAR especifica una serie de indicadores relacionados con la atención de urgencias médicas, sin embargo no abarca indicadores de atención específicos de Servicios de Urgencias en Salud Mental.

#### **4.- Utilización de Servicios de Urgencias Psiquiátricas (SUP)**

##### **a) Importancia de los SUP**

La Psiquiatría de Urgencias ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. En Estados Unidos, tras la desinstitucionalización y búsqueda de la reincorporación del enfermo mental a la comunidad, miles de enfermos mentales agudos son actualmente enviados a hospitales generales, siendo los servicios de Urgencias el primer punto de entrada para dichos pacientes<sup>28</sup>. Se ha estimado que hasta un 30% de los usuarios que tienen primer contacto con los servicios de salud mental acuden a un servicio de urgencias, y se ha visto un incremento de hasta 130% del total de consultas en los Servicios de Urgencias Psiquiátricas (SUP) en los últimos años<sup>16</sup>. Entre los factores que podrían explicar el incremento en la demanda de los SUP en los últimos años están el el aumento en los comportamientos suicidas en el mundo<sup>29</sup> y en México<sup>30</sup>, el incremento de conductas violentas asociadas a uso de sustancias<sup>31</sup> y el aumento en la prevalencia del consumo de alcohol<sup>32</sup>.

Los SUP resuelven las demandas de muchos usuarios cuando otros servicios de atención no están disponibles<sup>33</sup>. Así mismo, algunos autores consideran que la demanda de los SUP puede ser un indicador de la calidad y satisfacción de un servicio de salud determinado, ya que el aumento o disminución en las consultas de urgencias, así como la asistencia y apego a los servicios ambulatorios, pueden ser una representación indirecta del impacto de los servicios de los programas de salud mental existentes<sup>34</sup>.

La decisión de hospitalizar o enviar a un paciente psiquiátrico a tratamiento ambulatorio tiene implicaciones médicas y económicas de alto alcance. Los diagnósticos psiquiátricos hechos en la sala de urgencias son a



veces formulados como planes para controlar síntomas debido a la presión del tiempo y limitaciones en la capacidad de recolectar información<sup>35</sup>.

Las condiciones psiquiátricas son altamente comórbidas con condiciones médicas o físicas. En un estudio se siguieron durante doce meses a 723 pacientes coreanos con algún tipo de depresión mayor, encontrando que dichos pacientes presentaron o desarrollaron algún tipo de comorbilidad física de 34% (n=247), encontrando una relación significativa entre menor tasa de respuesta al tratamiento y presencia de síntomas ansiosos, gravedad global y duración del tratamiento<sup>36</sup>. Se ha descrito que los pacientes con trastorno bipolar tienen mayor demanda de utilización de todos los servicios de salud incluyendo servicios hospitalarios y ambulatorios tanto médicos como psiquiátricos, cuando se comparan con los indicadores de utilización de servicios de otros pacientes sin el diagnóstico de trastorno bipolar<sup>37</sup>.

Se ha detectado que el malestar (en inglés *distress*) emocional y psicosocial está relacionado con la alta utilización de todo tipo de servicios de salud. En un estudio se compararon las características de 318 pacientes con utilización alta de servicios ambulatorios de salud mental con 203 pacientes con utilización estándar, encontrando que los síntomas depresivos y los trastornos somatomorfos son potentes predictores de la atención psiquiátrica frecuente<sup>38</sup>.

Respecto a la atención de urgencias en psiquiatría, se ha observado la tendencia de utilizar a los servicios de emergencias médicas como una alternativa de atención a los pacientes con alguna condición psiquiátrica. En Australia se desarrolló el *Psychiatric Assessment and Planning Unit* (PAPU), un programa dirigido a mejorar el acceso a cuidados psiquiátricos a los pacientes que se presentan en el servicio de urgencias del Royal Melbourne Hospital. Al detectar oportunamente los pacientes psiquiátricos mejoraron considerablemente no sólo el tiempo de espera sino también los requerimientos de restricción involuntaria en el servicio de urgencias<sup>39</sup>.

## **b) Incremento en la demanda en los SUP**

Se ha observado que algunos servicios de urgencias psiquiátricas han incrementado su productividad en más de 150% en los últimos 13 años, debido a la limitación de los servicios ambulatorios a cubrir la demanda creciente debida al aumento en el consumo de sustancias y a la desinstitucionalización<sup>40</sup>. Un servicio de urgencias en Amsterdam comparó dos cohortes de utilización de servicios en 1983 y 2005, reportando que el número de pacientes referidos por la policía aumentaron del 29% al 63%; en 1983 todas las consultas urgentes eran valoradas en el sitio de ocurrencia y en 2005 el 60% fueron vistas dentro del servicio; el número de pacientes psicóticos aumentó de 52% en 1983 a 63.3% en 2005, con un decremento de las admisiones voluntarias de 61% en 1983 a 28% en 2005, y el número de consultas de urgencias que terminaron en una hospitalización disminuyó de 42% en 1983 a 27% en 2005<sup>41</sup>. La Fig. 1 grafica el aumento progresivo del número de consultas en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría del 2004 al 2008<sup>42</sup>. El aumento progresivo de la demanda de servicio de urgencias también ha aumentado el uso de servicios por motivo de urgencias médicamente innecesarias, por lo que se ha vuelto necesario seleccionar los motivos de asistencia a los servicios de urgencias para proveer mejores cuidados para personas con urgencias verdaderas. Las visitas a los departamentos de urgencias del hospital para necesidades no urgentes se han estimado que ocurren por arriba del 85% de todas las valoraciones para los departamentos de urgencias médicas. Esto crea carga financiera indebida y limita la disponibilidad de cuidados urgentes para pacientes que si lo necesitan<sup>43</sup>. De forma frecuente, se han encontrado que algunos servicios de urgencias médicas se encuentran mal coordinados para proveer cuidados de salud mental<sup>44</sup>. Lo anterior puede explicarse debido a diferentes problemas en la categorización de las urgencias psiquiátricas.

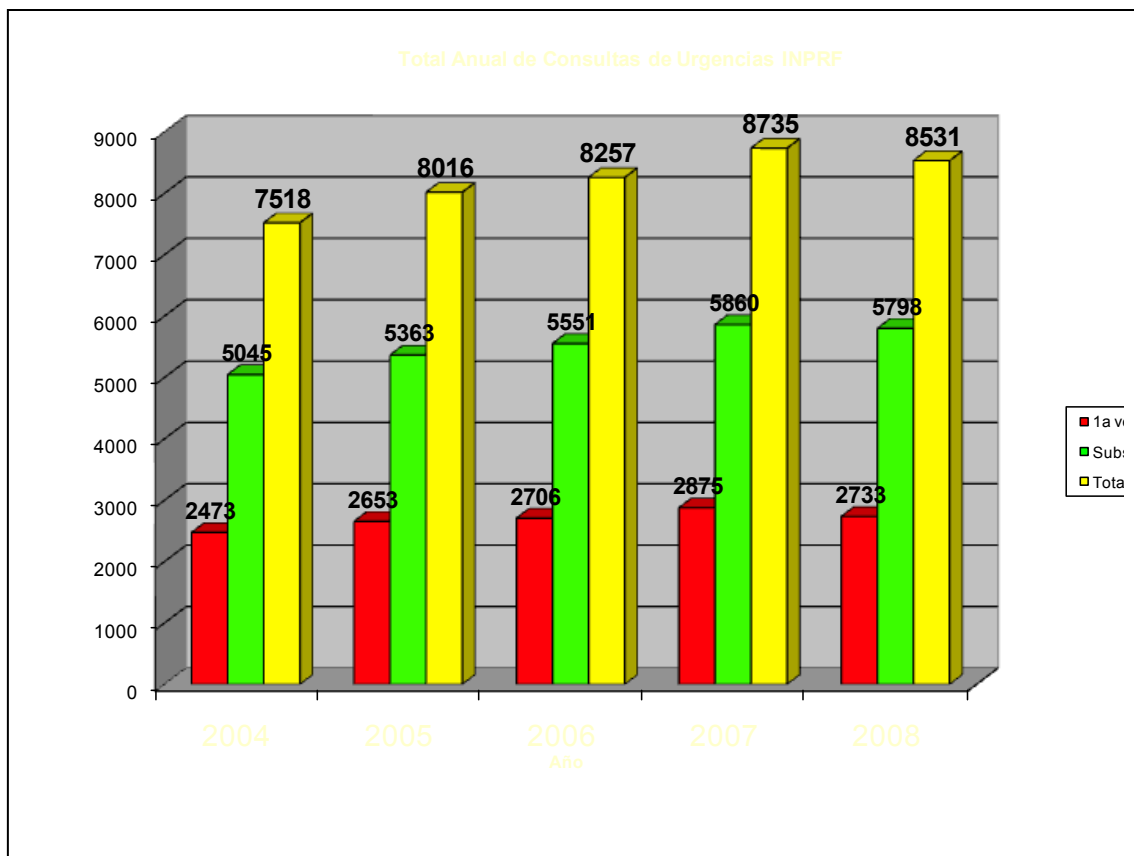
Los resultados secundarios a estos incrementos en la demanda de los servicios de urgencias incluyen: Saturación de los servicios de urgencias, aumento en los tiempos de espera, frecuentación y abuso en los servicios, desvío de ambulancias para usuarios que no la ameritan, y abandono del servicio de usuarios que ameritaban una intervención de emergencia<sup>44</sup>.

El incremento de la afluencia de usuarios a los servicios de urgencias depende en mucho de la cobertura e implementación de servicios de salud

mental a nivel de la comunidad<sup>35</sup>, y está comprobado que cuando los servicios que proporcionan atención psiquiátrica comunitaria satisfacen las necesidades locales se asocia con menor demanda en los servicios de atención médica tanto ambulatoria como hospitalaria<sup>43</sup>.

El problema de la demanda de atención de urgencias psiquiátricas tiene dos polaridades: Por un lado, se necesita la atención priorizada a condiciones críticas cuya atención no pueda demorarse (urgencias “verdaderas”); por el otro lado, se necesita regular e incluso diferir la atención de los usuarios frequentadores o que “abusan” de dicho servicio, es decir, que demanden atención inmediata por motivos que en realidad no representan la necesidad de una atención urgente (urgencias “sentidas”). Este fenómeno ha comenzado a representar importantes problemas logísticos en la medida que la demanda de los servicios de urgencias psiquiátricas ha aumentado<sup>22</sup>.

Se desconocen reportes publicados de demanda y productividad de SUP en México. La Fig. 1 muestra el total anual de consultas valoradas en el SUP del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” durante cinco años (2004-2008), mostrando una tendencia de crecimiento de la demanda del mismo<sup>42</sup>.



Gráfica 1. Total Anual de consultas de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría de 2004 a 2008 (Fuente: Base de datos electrónica del Instituto Nacional de Psiquiatría 2004 - 2008). Se observa un incremento gradual cada año, con un ligero decremento en 2008 con respecto de 2007. La demanda de consultas de 1ª vez y subsecuente también mostraron un patrón de crecimiento anual continuo, permaneciendo la proporción de consultas de 1ª vez con subsecuentes.

Al igual que lo reportado para servicios de urgencias hospitalarias, se ha visto que la implementación de programas de intervención temprana en los SUP reduce significativamente los costos por utilización de camas de hospital y nuevas visitas al servicio<sup>45</sup>. Sin embargo, dichos programas deben de considerar una definición consensada y firme de lo que es una Urgencia Psiquiátrica

### c) Instituciones de Salud Mexicanas Representativas de la Atención a las Urgencias Psiquiátricas

El sistema de salud mexicano incluye instituciones de Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención, según la densidad de población y la complejidad de las condiciones médicas que generan la respectiva demanda. La atención de urgencias por lo general implica una demanda de atención compleja e inmediata que requiere un mínimo de infraestructura y de recursos humanos y

materiales, por lo que lo más común es encontrar a los servicios de urgencias en hospitales generales o de alta especialidad, es decir de segundo o tercer nivel. Aunque la recomendación internacional es concentrar la atención psiquiátrica en el primer nivel de atención con el objetivo de disminuir las hospitalizaciones psiquiátricas y reincorporar al enfermo mental lo más rápido posible a su rehabilitación, las urgencias psiquiátricas suelen demandar atención especializada que por lo general requiere una mayor infraestructura de atención. A continuación se mencionan algunas de las Instituciones de salud mexicanas con atención específica a urgencias psiquiátricas y que se contemplaron como posibles participantes de investigación:

- Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Institución Psiquiátrica Pública de Tercer Nivel dependiente de la Secretaría de Salud mediante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. La atención es de concentración a usuarios que se presentan en forma voluntaria, mediante el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua de Lunes a Domingo de 08:00 a 21:00 horas.

- Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Institución Psiquiátrica Pública de Segundo Nivel dependiente de la Secretaría de Salud mediante los Servicios de Salud Mental. La atención es de concentración a usuarios que se presentan en forma voluntaria e involuntaria, mediante el servicio de Urgencias de Lunes a Domingo las 24 horas.

- Hospital Psiquiátrico “IMSS San Fernando”, Institución Psiquiátrica de Segundo Nivel dependiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. La atención es exclusiva para derechohabientes del IMSS que se presentan en forma voluntaria e involuntaria, mediante el servicio de Admisión Médica Continua de Lunes a Domingo las 24 horas

- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, Institución Neurológica Pública dependiente de la Secretaría de Salud por medio de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Se da atención a urgencias neurológicas de

Lunes a Domingo las 24 horas, con Interconsulta del Servicio de Neuropsiquiatría para la atención de urgencias neuropsiquiátricas.

- Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno”, brinda atención de urgencias las 24 horas con hospitalización exclusiva para pacientes del género masculino.

- Hospitales Psiquiátricos del interior de la República: Hospitales Psiquiátricos ubicados en las principales ciudades del interior de la República Mexicana que brindan atención de urgencias psiquiátricas las 24 horas. Entre estos hospitales se encuentran el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (Mexicali, B.C.), el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Norte”, Hermosillo Sonora y el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, Oaxaca, Oaxaca, entre otros.

#### **d) Importancia de los indicadores de utilización de Servicios de Urgencias Psiquiátricas**

El interés por el estudio de los indicadores de calidad de atención en los servicios de urgencias médicas se ha incrementado considerablemente, lo cual ha permitido el diseño de diferentes indicadores y planes de mejora en diferentes áreas de especialidad y subespecialidad de las urgencias médicas, citando como ejemplos la identificación preoperatoria de predictores de muerte por peritonitis en India<sup>46</sup>, o la relación entre tiempo de permanencia en urgencias y la mortalidad de los pacientes por traumatismo severo<sup>47</sup>.

Debido a que las urgencias psiquiátricas tienen un contexto y definición diferente a la de las urgencias médicas, el estudio de los indicadores específicos de la calidad de atención en servicios de urgencias psiquiátricas es considerablemente menor que el de las urgencias médicas. Existen algunos estudios que han demostrado que los hospitales que tienen algún programa de seguimiento de pacientes suicidas mantienen niveles más altos de indicadores de calidad de la atención a lo largo del tiempo, incluso por varios años<sup>48</sup>. Sin embargo se ha reportado en estudios retrospectivos que la revisión de algunos indicadores de calidad de atención fundamentales no son oportunamente revisados en los servicios de urgencias, por ejemplo Mahal y cols. Realizaron

un estudio de revisión de expedientes de pacientes suicidas que visitaron un servicio de urgencias en California, detectando que de 19 indicadores de calidad ninguno de 145 pacientes completó la evaluación, documentándose con frecuencia algunos procesos como acceso a armas de fuego, eventos vitales estresantes recientes y contratos de seguridad<sup>49</sup>.

### III

## TRIAGE EN URGENCIAS

### 1.- Historia y Evolución del Triage

Históricamente, el primer sistema de clasificación de urgencias se desempeñó en el ámbito militar, cuando el cirujano francés Jean Dominique Larrey (1766-1842) diseñó a finales del Siglo XVIII una estrategia para evaluar brevemente a los heridos de las guerras napoleónicas antes de ser formalmente atendidos, para saber en forma rápida cuáles eran los que ameritaban más la atención por encima de los heridos no graves, los agonizantes o los fallecidos. A este método se le denominó en francés *Triere*, que significa ordenar o clasificar. El método fue muy exitoso y reconocido por la Corte de Napoleón, y pronto se extendió a otros ámbitos militares, por lo que se anglosajonizó al término *Triage*<sup>50</sup>. Posteriormente, la utilidad del Triage se extendió al ámbito de la atención en desastres.

No fue hasta que en 1977 se reportó en Australia el primer sistema de Triage aplicado a un servicio de urgencias médicas, diseñado y aplicado por enfermeras, para priorizar las emergencias secundarias a un accidente, el cual fue llamado *Box Hill Triage Scale*<sup>51</sup>. A partir de éstas reformas se comenzó a trabajar arduamente en mejorar los sistemas de Triage en los Servicios de Urgencias de Hospitales Generales, hasta que en 1994 se diseñó en Reino Unido el Triage de Manchester<sup>52</sup>, que se ha demostrado su validez y confiabilidad en múltiples estudios<sup>53</sup>.

Un segundo instrumento publicado en 1998 fue el Canadian Triage and Acuity Scale, que tiene como objetivo clasificar las diferentes urgencias médicas asociándolas a un tiempo máximo de espera<sup>54</sup>.

El Triage en servicios de urgencias médicas es una herramienta fundamental en la atención de los pacientes que acuden a dichos servicios, ya que en ellos se suelen aglomerar numerosos usuarios que ameritan atención, pero que individualmente tienen condiciones con diferente grado de gravedad, y se necesita una valoración inicial enfocada a priorizar la atención a aquellas condiciones que implican mayor riesgo<sup>55,56</sup>.

El Triage de Manchester consiste en un Código de cinco diferentes condiciones de gravedad que pueden arribar a un servicio de urgencias. De acuerdo a la prioridad de la condición es mayor o menor el tiempo de espera para ser atendido por un facultativo. La Fig. 2 esquematiza el Triage de Manchester.



Fig. 2 Triage de Manchester. Consiste en un código de cinco posibles condiciones representadas por un color (rojo, naranja, amarillo, verde y azul) que pueden arribar a un servicio de urgencias. De acuerdo a la urgencia de la condición se establece el tiempo de espera de las condiciones, que varía desde atención inmediata hasta espera de 240 minutos



## **b) Triage en Salud Mental**

Como fue descrito en el capítulo anterior, las urgencias psiquiátricas son diferentes de las urgencias médicas, por lo cual los servicios de urgencias deben utilizar instrumentos o herramientas específicas que detecten una u otra, considerando siempre una zona de intersección para ambas, que consiste en las urgencias médicas que pueden manifestarse con síntomas neuropsiquiátricos. Desafortunadamente, en materia de urgencias psiquiátricas, emergencias conductuales y sus respectivas herramientas de detección, existe en todos los países un importante rezago respecto de las emergencias médicas, no siendo una excepción el caso de México.

Un hallazgo interesante respecto de la historia del Triage es que se comenzó a utilizar criterios de selección para hospitalizar o no hospitalizar pacientes psiquiátricos en 1961<sup>57</sup>, más de quince años antes que el Box Hill Triage<sup>51</sup> de 1977. El sistema no consistió propiamente en un triage sino en diferentes criterios para ayudar a tomar la decisión de hospitalizar o no hospitalizar a un paciente psiquiátrico.

Existen varias escalas publicadas de Triage en Psiquiatría. La escala de Crisis y Triage (CTRS) de Bengelsdorf y colaboradores se publicó por primera vez en 1984<sup>58</sup> y fue validada en 1991<sup>59</sup>. La CTRS consta de tres dominios (Peligrosidad, Red de Apoyo y Falta de Cooperación) que puntea cada uno del 1 (Máximo riesgo) al 5 (Mínimo riesgo), obteniéndose un puntaje mínimo de 3 (Condición con más riesgo) y un puntaje máximo de 15 (Condición con menos riesgo). Los autores proponen un punto de corte de 9 como indicativo de hospitalización psiquiátrica. Sus limitaciones implican que se requiere de mucho tiempo para realizarla, no incluye posibles condiciones médicas y uso es más dirigido a predecir la necesidad de internamiento psiquiátrico de un paciente en condición crítica más que para identificar una urgencia psiquiátrica.

En 1999, Smart y Cols. Diseñaron el Mental Health Triage Scale<sup>60</sup>, un instrumento para la clasificación de urgencias psiquiátricas que consta de cuatro categorías de riesgo, con un impacto significativo en la disminución en los tiempos de espera<sup>60</sup>. Sin embargo la asignación a las categorías de riesgo es subjetiva e inespecífica.

En 2005 los enfermeros psiquiatras Raucci y Spaccapeli diseñaron en Italia un instrumento denominado Triage Psichiatrico Territoriale (TPT), diseñado específicamente para la población del Hospital Psiquiátrico di Monza. El TPT fue diseñado para que personal médico y de enfermería del Hospital Di Monza, inspirado en el MHTS Australiano.

El TPT está disponible en la red como Tesis de Maestría en Enfermería de Giuseppe Stefanizzi<sup>61</sup>, cuyo asesor fue Vincenzo Raucci, uno de los autores del TPT. La Tesis trata de un estudio cualitativo de las necesidades en Enfermería de un Servicio de Salud Mental, en la Hacienda Hospitalaria de San Gerardo de Monza, en Italia. Buscando en todos los buscadores de bibliografía científica, no hay ninguna publicación de Raucci y Spaccapeli que profundicen sobre las propiedades o alcances del TPT, por lo que se asume que el Instrumento sólo se implementó y aplicó en el Hospital de Monza.

AZIENDA OSPEDALIERA  
"OSPEDALE CIVILE DI VIMERCATE"

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
MILANO-BICOCCA

## LAUREA IN INFERMIERISTICA

# **Il ruolo dell'infermiere nelle situazioni di urgenza-emergenza: ipotesi di Triage Psichiatrico Territoriale (T.P.T.) nel CPS di Monza dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza**

Relatore: IPAFD STEFANIZZI Giuseppe  
Correlatore: I RAUCCI Vincenzo

Tesi di laurea  
PORTA Barbara  
matr.057334

A.A. 2005/2006

*Fig 3.A Portada de la Tesis del M.en C. Enf. Giuseppe Stefanizzi, asesorado por el Dr. Vincenzo Raucci, autor del del Triage Psichiatrico Territoriale ©2005 (TPT) en un Hospital de Monza, Italia. La Tesis tiene datos de revisión bibliográfica valiosos, los cuales son sólo datos cualitativos y no evalúa aspectos clinimétricos fundamentales del TPT como validez, confiabilidad y aplicabilidad del TPT dentro y fuera de la Institución que fue diseñado (Stefanizzi y Raucci, 2006).*

## Scheda di TPT versione 1.2 (Triage Psichiatrico Territoriale)

Raucci - Spaccapeli © 2005

Data	Ora	Infermiere				
Cognome	Nome		Sesso			
Luogo di nascita		Data di nascita				
Luogo di intervento						
Tipo di segnalazione (1)						
Sospensione della terapia		NO	SI			
Disturbo dei processi di pensiero (2)		0	1	2	3	
Da quanto tempo _____		Stato di agitazione (3)				
		0	1	2	3	
Stato di ansia (4)		0	1	2	3	
Stato di aggressività (5)		0	1	2	3	4
Parametri vitali e osservazione fisica		Nel caso di punteggio superiore a 2 potrebbe essere necessario ricorrere all'intervento delle forze dell'ordine senza necessariamente completare il processo di triage e/o la visita medica				
P.A.		↓		↓		
p.a.p.		A		A		
respiro		B		B		
sudorazione		C		C		
contraz. musc.		D		(6)		

Codice colore assegnato			

**Legenda**

(1) Specificare se l'operatore è stato attivato su segnalazione del diretto interessato, o di un parente, o di altro soggetto e se si è trattata di segnalazione telefonica, scritta o con accesso diretto presso la struttura

(2) Disturbo dei processi di pensiero - Indicare "0" se assente; "1" se è presente una interpretazione degli stimoli ambientali; "2" se è presente una interpretazione con inserti deliranti; "3" se è presente un pensiero inappropriato, non basato sulla realtà (delirio) - segnare stesso valore in caso di confusione mentale

(3) Stato di agitazione - Indicare "0" se assente; "1" se LIEVE (irrequietezza, la persona non riesce a stare ferma autonomamente, pensieri e parole veloci, e così via - tale sintomatologia recede con l'intervento dell'infermiere); "2" se MODERATA (si contiene a fatica); "3" se MARCATA (il paziente è incontinentabile - mancanza di freni inibitori)

(4) Stato di ansia - Indicare "0" se assente; "1" se difficoltà di concentrazione, irrequietezza, insicurezza e apprensione; "2" se irritabilità, paura, diffidenza e preoccupazione; "3" se insonnia, agitazione, angoscia, ritiro sociale/apatia e fobie - i parametri vitali, in quanto soggettivi, non influiscono sul livello da attribuire

(5) Secondo la scala di aggressività evidente (Yudofsky, 1996) il punteggio è 0 se non vi è aggressività, 1 se è solo verbale, 2 se è rivolta agli oggetti, 3 se è rivolta verso sé stessi, 4 se è rivolta contro altre persone

(6) In caso di aggressività rivolta a sé stessi indicare: "A" se vi sono atti volti ad attirare l'attenzione; "B" se vi sono tagli, graffi, abrasioni superficiali; "C" se vi sono manifestazioni di cui al punto B più gravi o ingestione di sostanze tossiche; "D" se vi è tentato suicidio con determinazione (gas, impiccagione, e così via).  
In caso di aggressività rivolta ad altri indicare: "A" se manifestata (a mani nude) ma non compiuta; "B" come A ma compiuta; "C" compiuta con l'ausilio di armi proprie o improprie.

CODICE COLORE ASSEGNATO			
Bianco - Situazioni che si presentano con richiesta di urgenza ma che dopo valutazione (e gestione) infermieristica si decide di differire.	Verde - Situazioni che spesso si presentano in maniera eclatante ma che si risolvono dopo un colloquio infermieristico.	Giallo - Situazioni che necessitano di un intervento degli operatori, che non sempre richiedono un ricovero urgente ma solo un monitoraggio costante, anche in considerazione della compliance terapeutica e della presenza o meno di figure di supporto alla persona (risorse di rete).	Rosso - Situazioni che richiedono un tempestivo intervento da parte degli operatori (medici e infermieri) e che necessitano, il più delle volte, di un ricovero urgente.
L'assegnazione dei codici colore non sarà, ovviamente, definitiva ma potrà variare, positivamente o negativamente, a seconda dell'evoluzione della crisi.			

Fig 3.B. Instrumento del Triage Psichiatrico Territoriale (©Raucci y Spaccapeli, 2005). El instrumento evalúa cuatro dimensiones de urgencia representada por cuatro colores, evaluando aspectos psicopatológicos del pensamiento, ansiedad, agitación y agresividad, ésta última con dos subdominios y cinco subcategorías, respectivamente. El instrumento no especifica tiempos máximos de espera para cada condición y no determina bajo qué circunstancias objetivas una intervención psiquiátrica se requiere como inmediata, por encima de otra subjetiva no urgente.

El TPT evalúa en cuatro dimensiones en forma de color (rojo, amarillo, verde y blanco) el grado de afectación en el proceso de pensamiento, estado de ansiedad, estado de agitación, y estado de agresividad, éste último con dos dimensiones del color rojo, a su vez subdividido en tres y cuatro categorías según el grado de agresividad. Cada evaluación consta de un breve instructivo estructurado para su calificación, y resume los tipos de urgencia de acuerdo a la necesidad de intervención inmediata por parte del personal médico. El TPT resulta de un esfuerzo valioso por parte de sus autores, pero cuenta con limitaciones técnicas ya que su aplicación impresiona ser confusa al incluir aspectos de la psicopatología que sería complicado determinar en una entrevista breve como lo es el Triage en Urgencias, y el instrumento es tardado de realizar y resulta muy confuso al integrarlos en una sola valoración para determinar la rapidez de actuación. Además, el TPT sólo está probado localmente y no hay bibliografía científica que sustente su validez y confiabilidad, y posteriormente su impacto en indicadores de calidad en servicios de urgencias locales y externos.

Se ha definido el fenómeno de la “Reforma del Triage” en la que algunos servicios de urgencias han realizado esfuerzos en mejorar la identificación de las urgencias psiquiátricas, como es el caso de Australia<sup>62</sup>.

En Irlanda se desarrolló un modelo de atención urgente en un hospital de salud mental forense. El modelo se denominó DUNDRUM (*Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual*), un cuarteto de evaluaciones y protocolos para psiquiatras forenses que requieren valorar en forma rápida pacientes generalmente con un proceso legal y con alta peligrosidad. Los cuatro modelos del DUMDRUM incluyen: DUNDRUM-1 (Triage de Seguridad); DUNDRUM-2 (Triage de Urgencia) DUMDRUM-3 (Cumplimiento de programas de salud mental) y DUMDRUM-4 (Recuperación). Se reportó una correlación entre las evaluaciones DUMDRUM-1 y DUMDRUM-2 ( $r=0.66$ ) y una consistencia interna aceptable con un alpha de Cronbach de  $\alpha=0.754$ <sup>63</sup>. Los programas DUMDRUM-3 y DUMDRUM-4 incluyen evaluaciones que permiten conocer si los pacientes pueden o no ser trasladados a otra unidad de mayor o menor seguridad tras su valoración en el área de urgencias, lo cual permite detectar los casos de mayor probabilidad de peligrosidad para ser trasladados a otra unidad, o bien los casos de menor probabilidad de que esto ocurra y por

lo tanto mayor seguridad de ser trasladados, reportándose un coeficiente de Spearman para riesgo dinámico de  $r=0.5^{64}$ . El cuarteto DUMDRUM es bastante completo aunque sumamente extenso y complejo para su aplicación, y está dirigido a usuarios de servicios de urgencias que tienen antecedentes de psicopatía grave con alta peligrosidad, por lo que difícilmente podría aplicarse a usuarios de servicios de urgencias que no posean éstas características.

El Triage utilizado en Medicina de Urgencias y Emergencias no siempre puede detectar una condición psiquiátrica de riesgo, ya que los instrumentos de triage de urgencias médicas generalmente están realizados en función del riesgo vital, siendo que en las Urgencias Psiquiátricas el paciente puede tener integridad en sus funciones vitales pero manifestar algún tipo de riesgo hacia sí mismo o los demás<sup>65</sup>.

### c) El Triage Psiquiátrico: Un Instrumento Hecho en México

Tomando en cuenta la necesidad de una nueva clasificación de urgencias psiquiátricas, se desarrolló el *Triage Psiquiátrico* (©Molina-López A, 2008), Instrumento que categoriza las Urgencias Psiquiátricas en una de cinco categorías posibles de riesgo representadas por un color, además de 32 posibles condiciones que pueden presentarse en un servicio de urgencias, ya sea médicas u hospitalarias, que permiten identificar rápidamente el nivel de riesgo de cada una de ellas. El Triage Psiquiátrico así como su respectivo algoritmo de actuación se registraron en el Registro Público de Derecho de Autor, dependiente de la Secretaría de Educación Pública del Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos, el 06 de Noviembre de 2008 con Número de Registro 03-2008-102210294200-01.

Grado de Prioridad	Código de color	Nivel de Riesgo	Tipo de condición	Acción a realizar
1	Rojo Plus (Marrón)	Alto	Emergencia Médica	Referencia
2	Rojo	Alto	Psiquiátrica Crítica	Restricción
3	Amarillo	Medio	Psiquiátrica Vulnerable	Estabilización
4	Verde	Bajo	Psiquiátrica Estable	Contención
5	Blanco	Nulo	Urgencia Sentida	Derivación

Fig. 3. Clasificación de urgencias psiquiátricas según el Triage Psiquiátrico de Molina-López A y Cols. (© 2008). Se da máxima prioridad a las emergencias médicas, las cuales deben recibir atención médica inmediata en un hospital general. Las urgencias psiquiátricas de riesgo alto (Código rojo) deben de recibir restricción inmediata ya que implican un peligro inminente para la integridad de sí mismo o los demás.

El Triage Psiquiátrico ofrece las ventajas de que a mayor gravedad la evaluación es más rápida, ya que concluye al encontrar cualquier condición de inestabilidad médica, peligrosidad, o vulnerabilidad, y se asigna a la condición un código en color que está coordinado a un algoritmo de acción predeterminado.

#### **d) Validez y Confiabilidad del Triage Psiquiátrico.**

El Triage Psiquiátrico se implementó como procedimiento habitual en el Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría a partir del 1º de Octubre de 2008. El personal médico residente y de enfermería recibieron varios programas de capacitación para la aplicación del Triage Psiquiátrico.

Para investigar sobre la validez y confiabilidad del Triage Psiquiátrico, se llevó a cabo el Proyecto de Investigación “Estudio Piloto de un Instrumento de Triage Psiquiátrico”, realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría del 1º de Diciembre de 2008 al 1º de Diciembre de 2009. En éste estudio se incluyeron un total de n=7,631 sujetos, encontrando asociación significativa entre color del Triage con la referencia y la conducta suicida ( $\chi^2 = 1860, p=0.001$ ). Se encontró correlación significativa con la puntuación de la Crisis Triage Rating Scale con el color ( $r=0.646, p<0.001$ ) y la puntuación ( $r=0.704, p<0.0001$ ) del Triage Psiquiátrico. El Coeficiente Correlación Intraclase para evaluar la confiabilidad del Triage Psiquiátrico fue el mayor (ICC=0.98, IC 95%)<sup>66</sup>.

## TRIAGE PSIQUIATRICO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

Instrucciones: A continuación se le describen una serie de urgencias psiquiátricas. Evalúe en forma directa y/o indirecta cada una de las urgencias psiquiátricas en orden progresivo. Cada enunciado sirve como guía para la evaluación. El clínico deberá de marcar con una "X" un solo nivel y color de la mayor severidad de la condición del paciente, y deberá encerrar en un círculo un solo número, que corresponda al código de la urgencia psiquiátrica más grave que describa lo más cercano posible la situación actual que presente el paciente.

NIVEL DE SEVERIDAD, CONDICION Y ACCION				
Marrón Emergencia Médica	Rojo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Alto	Amarillo Urgencia Psiquiátrica Riesgo Medio	Verde Urgencia Psiquiátrica Riesgo Mínimo	Blanco Urgencia Sentida Riesgo Nulo
Médica Crítica	Psiquiátrica Crítica	Psiquiátrica Vulnerable	Psiquiátrica Estable	Psiquiátrica mínima
Referencia	Restricción	Estabilización	Contención	Derivación

### SOPORTE BASICO VITAL

- 01 Paciente inconsciente con "CAB" inestable
- 02 Paciente confuso, con "CAB" inestable

### CONDICIONES MEDICAS COMPLICADAS Y GRAVES

- 03 Cuadro neuropsiquiátrico reciente con deterioro cognitivo o motor de inicio súbito
- 04 Fluctuaciones de alerta con Signos Vitales o Laboratoriales alterados o desconocidos
- 05 Cuadro convulsivo reciente sin estudios o tratamientos previos
- 06 Inestabilidad estructural o funcional secundario a daño físico o químico

### INTOXICACION O ABSTINENCIA POR SUBSTANCIAS

- 07 Intoxicación o abstinencia en estado inconsciente o confuso
- 08 Intoxicación o abstinencia con síntomas autonómicos
- 09 Intoxicación o abstinencia sin síntomas autonómicos

### AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA (Grita, Insulta, Golpea, Amenaza)

- 10 Golpea o intenta golpear deliberadamente con arma u objeto
- 11 Golpea o intenta golpear deliberadamente con su cuerpo
- 12 Amenaza con agresión física inminente sin llegar a golpear
- 13 Grita, insulta o hace improperios sin llegar a amenazar o golpear
- 14 Se muestra combativo, retador, beligerante o querulante

### GESTO, IDEACION O INTENTO SUICIDA

- 15 Presenta actos deliberados de autolesión en la entrevista
- 16 Refiere intención de autolesión en la entrevista
- 17 Refiere haber presentado intentos o gestos suicidas en la última semana
- 18 Refiere haber tenido ideación suicida en la última semana

### AGITACION MAYOR NO AGRESIVA

- 19 Agitación Psicótica/Maniaca: Se muestra expansivo, disfórico, irritable, suspicaz y/o con actitud alucinada
- 20 Agitación Ansiosa/Depresiva: Presenta crisis de angustia/llanto incoercible a la contención verbal
- 21 Agitación Disociativo-Convertiva: Presenta síntomas sugestivos de disociación o crisis pseudoneurológica
- 22 Agitación secundaria a efectos secundarios de medicamentos: Temblor, Acatisia, Rigidez, Distonía, Espasmos

### AGITACION MENOR

- 23 Antecedentes de cuadros de agitación en la última semana y reducidos o remitidos en el momento actual
- 24 Efectos secundarios menores de medicamentos que no afectan la funcionalidad motora
- 25 Labilidad emocional durante el interrogatorio que no requiere intervención en crisis

### HOSTILIDAD Y NEGATIVISMO

- 26 Demanda atención especial y/o impone sus propios procedimientos
- 27 Hostil y/o reacio a contestar las preguntas o recibir atención

### URGENCIA SUBJETIVA

- 28 Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente físicos
- 29 Urgencia subjetiva con síntomas primordialmente emocionales

### PERSONAL, ADMINISTRATIVA U HORARIA

- 30 Motivos personales que le impiden ser atendido de forma habitual
- 31 Motivos económicos que le impiden ser atendido de forma habitual
- 32 Motivos de horario que le impiden ser atendido de forma habitual

Nivel de urgencia: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_

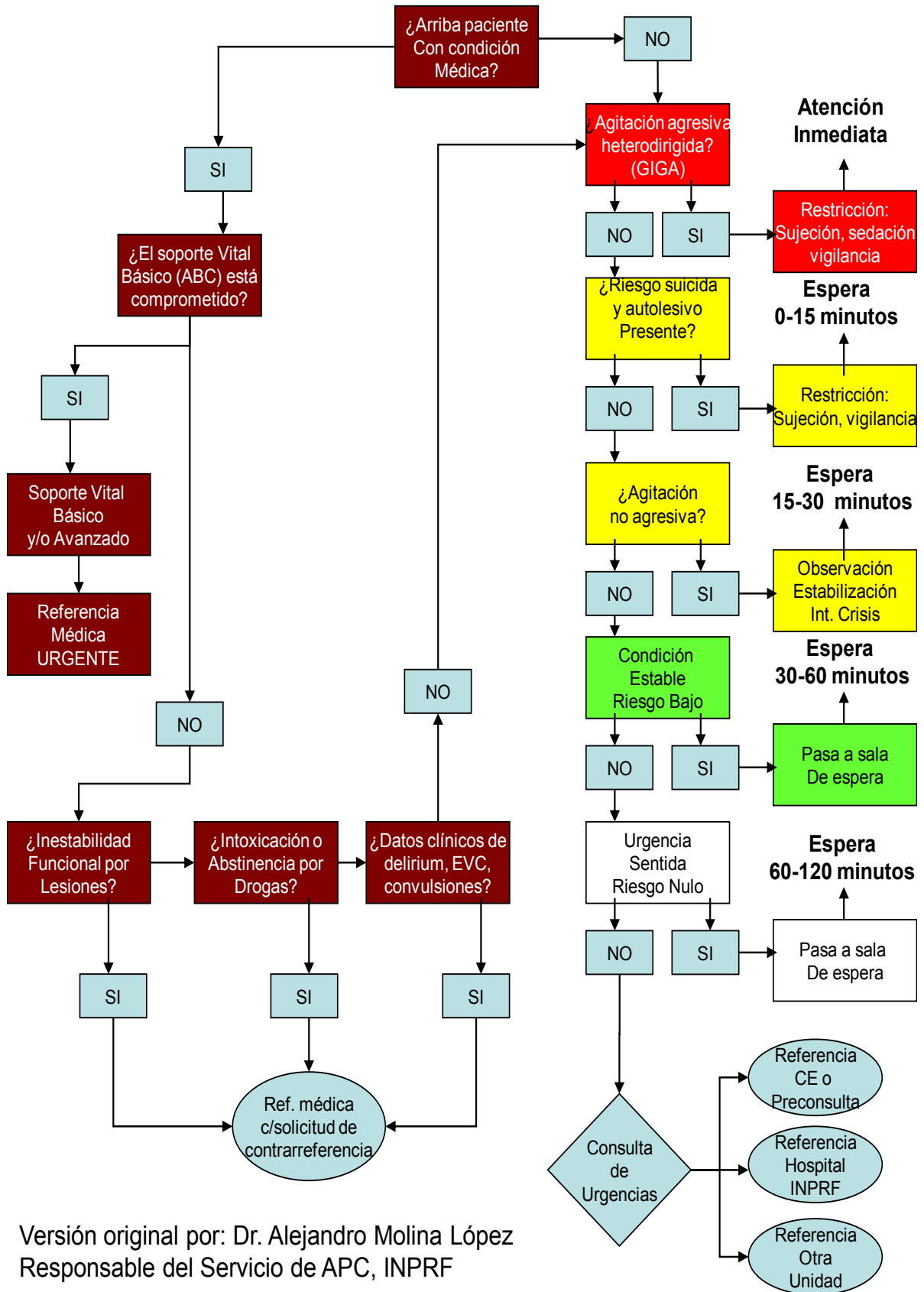
(Nivel y color de la urgencia psiquiátrica más grave)

(Código de la urgencia psiquiátrica más grave)

©Alejandro Molina-López, 2008



# Algoritmo de Actuación TRIAGE PSIQUIATRICO

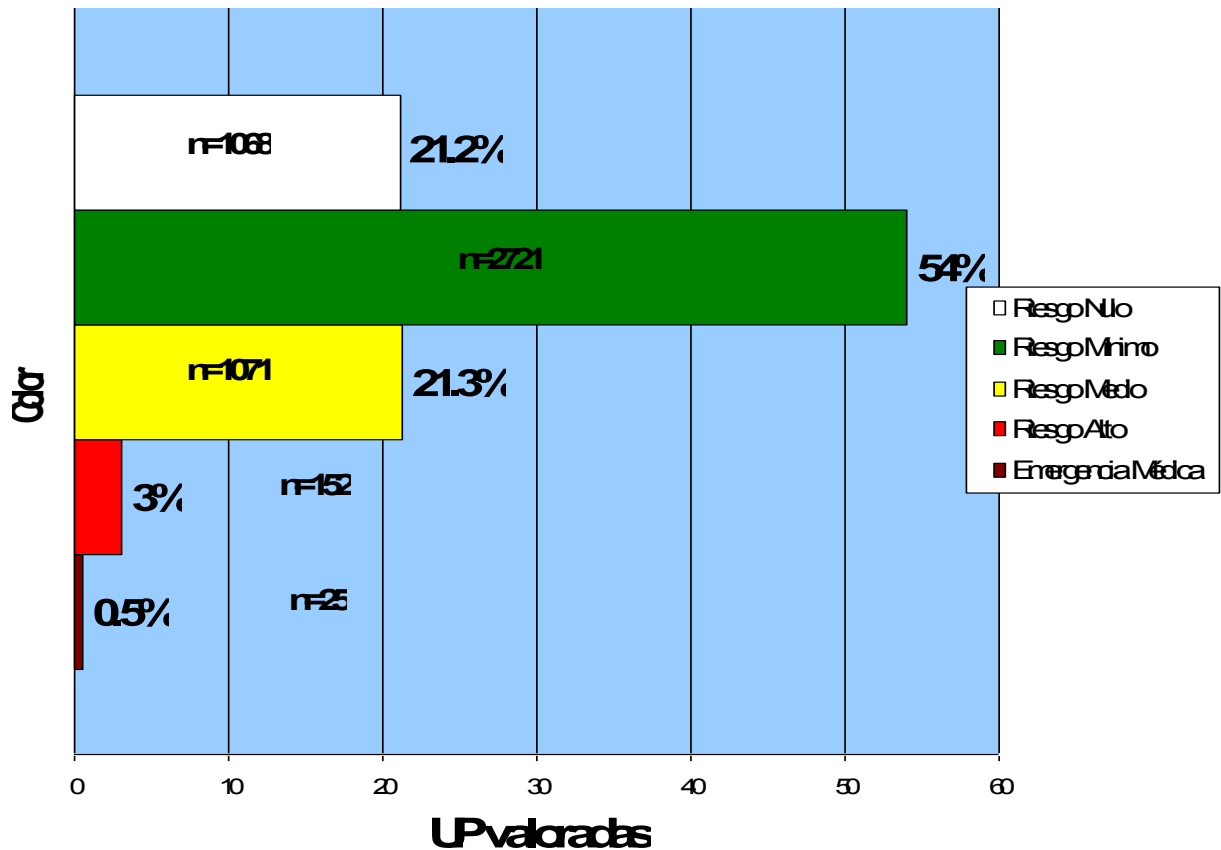


Versión original por: Dr. Alejandro Molina López  
Responsable del Servicio de APC, INPRF

#### **d) Implementación y Aplicación del Triage Psiquiátrico en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRF**

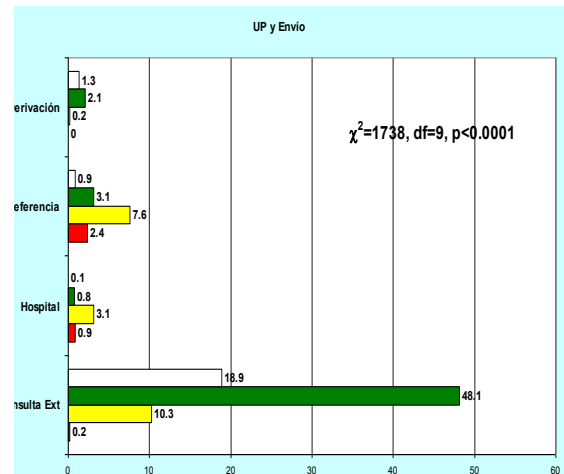
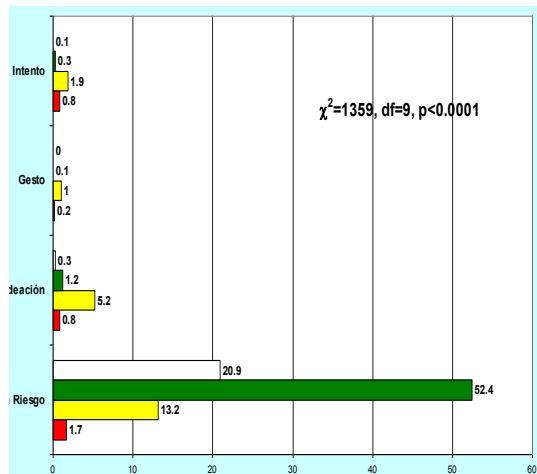
El autor de la presente Tesis realizó un estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría en el que se aplicó el Triage Psiquiátrico en todos los usuarios que acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC), antes Urgencias. Dicho estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, presentándose en dos fases, la primera fase del 1º. De Octubre de 2008 al 30 de Junio de 2009, el cual fue presentado como cartel en la Reunión Anual de Investigación del INPRF y en el XX Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, ambos en 2009<sup>67</sup>. Se registraron las variables clínicas y demográficas de cada usuario, y se hizo una comparación del tipo o gravedad de urgencia psiquiátrica con las variables clínicas y sociodemográficas de cada usuario. La Fig. 2 resume las frecuencias de Urgencias Psiquiátricas de éste estudio, demostrando que la mayoría de las condiciones no son urgencias graves. La Segunda fase incluyó el análisis anterior y abarcó los registros hasta el 30 de Julio de 2010, completando una muestra de 13,259 sujetos. Los resultados de la muestra completa del estudio lanzaron los siguientes resultados: El 64.5% de mujeres son usuarios subsecuentes ( $\chi^2 = 26.6$ , 1 gl,  $p < 0.001$ ), el 62.9% de usuarios hombres subsecuentes no acuden regularmente a sus citas en consulta externa ( $\chi^2 = 4.1$ , 1 gl,  $p = 0.04$ ), Existió mayor relación de ideación (8.8%) e intento suicida (3.9%) en mujeres que en hombres ( $\chi^2 = 48.1$ , 3 gl,  $p < 0.01$ ), y la mayor parte de los hombres fueron referidos a otra institución ( $\chi^2 = 25.53$ , 3 gl,  $p < 0.001$ ). No hubo diferencias significativas entre género y turno de atención ( $\chi^2 = 1.6$ , 2 gl,  $p = 0.44$ )

## Clasificación de UP por Triage



Gráfica 2 Frecuencia y Tipo de Urgencias Psiquiátricas vistas en el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Psiquiatría del 1º. de Octubre de 2008 al 30 de Junio de 2009. Durante éste período la oferta de atención del servicio fue durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Los resultados de éste estudio arrojaron que los usuarios con Urgencias Psiquiátricas de más riesgo tienen mayor edad, riesgo suicida, referencias a otras unidades y requieren mayor tiempo de atención. Las urgencias de riesgo medio (Amarillas) fueron más frecuentes en mujeres (25.5%) y las urgencias con riesgo nulo (Blancas) fueron más frecuentes en hombres (13.4%) ( $\chi^2=20.54$ , 4 gl,  $p=0.001$ ). Los usuarios con UP de riesgo mínimo y nulo son mayormente usuarios con expediente subsecuente y sin apego a consulta externa. Se observó que la mayoría de las urgencias graves fueron referidas a otras unidades, mientras que las urgencias no graves fueron enviadas a consulta externa ( $p<0.001$ ).



Gráfica 3A y 3B: Frecuencia tipo y de UP y comparación con conductas suicidas y derivación a otras instituciones. Se observan mayor frecuencia de UP de riesgo bajo y nulo en la ausencia de conducta suicida y en los pacientes derivados a Consulta Externa, y una mayor proporción de UP de riesgo medio y alto entre los pacientes con ideación suicida, referidos a otras instituciones y hospitalizados

	Consultas	Puntuación TRIAGE	Tiempo de Consulta (min)
	110	4.96 ± 3.14	50.99 ± 47.95
	291	13.21 ± 5.58	69.08 ± 51.16
	3263	18.92 ± 3.19	71.88 ± 49.10
	8007	27.07 ± 3.04	53.57 ± 29.94
	1588	29.25 ± 2.07	47.26 ± 31.75

Tabla 2. Frecuencias totales de los Niveles de Urgencias en la muestra del 1°. De Octubre de 2008 al 25 de Junio de 2010. Se observó una correlación entre el color y la puntuación de  $r=0.76$  con  $p<0.001$ .

Los resultados de ésta investigación mostraron que se aplicó el TrPsq a un total de 13,259 usuarios, demostrando lo siguiente: El TrPsq tiene una adecuada correlación entre color y tipo de UP ( $r=0.76$ ,  $p<0.0001$ ), mayor frecuencia de utilización del servicio en mujeres que en hombres (66% vs 33%) y mayor frecuencia de UP de riesgo medio (amarillas) en mujeres que en hombres (25% vs 22%,  $p<0,001$ ). Las UP de riesgo nulo (blancas) están asociadas con mal apego a tratamiento y consulta externa ( $\chi^2=20.54$ ,  $p<0.001$ ). Existe asociación entre UP de mayor riesgo y riesgo suicida,

hospitalización, referencia a otras instituciones y tiempo de consulta ( $p < 0.001$ ).<sup>67</sup>

Los presentes datos concretos sostienen que en una muestra considerable el instrumento tiene validez de apariencia suficiente, ofrece mayores ventajas al favorecer la atención en el género de mayor vulnerabilidad y afluencia al servicio, detecta a los usuarios frequentadores y con mal apego a Consulta Externa fomentando en apego a la misma al requerir mayores tiempos de espera para Consulta de Urgencias, y sugiriendo valores predictivos adecuados al ser consistente la calificación de UP con envíos congruentes a su nivel de riesgo.

A pesar que se conoce el funcionamiento del Triage Psiquiátrico en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría, y los niveles de urgencia han sido consistentes con las variables clínicas y sociodemográficas de los usuarios de esa institución, no se conocen los criterios de atención de otras instituciones de salud en las que se atienden urgencias psiquiátricas. Se requiere conocer los criterios existentes de atención en urgencias psiquiátricas en otras instituciones de salud, y se requiere conocer si el Triage Psiquiátrico, previamente probado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, ofrece alguna validez externa al ser aplicado en otras instituciones de salud.

## **5.- Características de la Implementación del Triage en la Medicina de Urgencias y Emergencias**

Se ha descrito poco acerca de la demografía y tipo de urgencias psiquiátricas que arriban a los servicios de urgencias psiquiátricas y generales. En un estudio publicado en 2007 se reveló que en cinco servicios de urgencias de hospitales generales australianos, el 1.0% (IC 95% 0.7-1.4) de los usuarios de salud mental y en 1.6% (IC 95% 1.5-1.7) de los no usuarios de servicios de salud mental requirieron atención inmediata (Utilizando el Triage de Manchester de Urgencias Médicas de Cinco Categorías), siendo la categoría de Triage más prevalente la clasificación "4" (Para ser visto en 60 minutos) en alrededor de 41.7% (IC 40.1-43.3) de los usuarios de salud mental y 47.9% (IC 47.6-48.2) de los no usuarios de salud mental<sup>68</sup>.

Algunos expertos en Medicina de Urgencias y Emergencias en distintas partes del mundo coinciden que la atención a los usuarios que acuden a los servicios de urgencias debe de estar estructurada y en base a un instrumento de triage científicamente probado. La Sociedad Catalana de Medicina de Emergencias emitió en 2008 un documento de posición que revela diez características que debe tener el Triage estructurado en los servicios de urgencias, y que se describe a continuación:

*1.- La disponibilidad de un sistema de triage estructurado es una medida fundamental para mejorar la calidad de los servicios de urgencias y emergencias. La disponibilidad de un triage de cinco niveles válido, útil, relevante y reproducible y de una estructura física, profesional y tecnológica en los centros donde se atienden las urgencias y emergencias, que permitan hacer el triage según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.*

*2.- El sistema de triage ha de definir un estándar de motivos de consulta a Urgencias y ha de tener suficiente solidez científica para ser aplicado tanto a los niños como a los adultos, independientemente del tipo de hospital o tipo de urgencias hospitalarias.*

*3.- El triage estructurado ha de permitir identificar rápidamente a los pacientes que padecen una enfermedad que posa en peligro su vida, con el objetivo de priorizar su asistencia, para disminuir su riesgo*

*4.- El triage estructurado permite mejorar la seguridad de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias y emergencias. El sistema de triage ha de poder controlar en forma continua todo lo que ocurre dentro y fuera del área de urgencias (salas de espera), dando información fluida a familiares sobre tratamientos a utilizar y tiempos de espera, permitiendo la gestión ordenada de la actividad de diferentes equipos asistenciales*

*5.- El sistema de triage ha de ser realizado por profesionales sanitarios y ha de tener un carácter multidisciplinario. El triage estructurado es un triage no*

excluyente integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional. Puede implementar dinámicas multidisciplinarias como lo son el triage avanzado, el triage multidisciplinario, las visitas rápidas y la derivación.

6.- *El triage estructurado se ha de implementar como una parte de un sistema de control de pacientes en tiempo real, dentro de un sistema de registro informático.* La informatización del triage permite reducir la variabilidad en la aplicación de la escala de triage, favoreciendo el manejo clínico de los pacientes, el análisis de la casuística y la comparación de las cargas de trabajo, como la base para la auditoría y la mejora de la calidad de los servicios de urgencias y emergencias.

7.- *El triage estructurado se ha de realizar las 24 horas al día, con independencia del tipo de paciente o del centro de servicio de Urgencias donde se aplique.* A pesar que la importancia del triage estructurado se muestra más aparente a medida que los servicios de urgencias se saturan, ésta se ha de realizar las 24 horas del día tanto en situaciones de saturación como en ausencia de la misma.

8.- *El triage estructurado permite disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias, determinando el área asistencial más adecuada para los pacientes.* La organización de la asistencia en base a los niveles de urgencia determinados por el sistema de triage estructurado se ha mostrado efectiva para combatir la saturación de los servicios de Urgencias y Emergencias

9.- *La implantación del triage estructurado se ha de realizar siguiendo un procedimiento estandarizado.* La implantación del sistema de triage estructurado ha de contar con la adhesión de los profesionales sanitarios, gestores y profesionales a las recomendaciones científicas propuestas, adecuando la estructuración física y tecnológica operativa y la dotación del personal de los servicios de Urgencias y Emergencias a las recomendaciones propuestas. El éxito de la implantación está garantizado por la creación de una

Comisión de triage en Servicios de Urgencias mediante un programa homologado de formación de triage estructurado de Urgencias y Emergencias

*10.- El triage estructurado introduce un lenguaje común para todos los profesionales que asisten al Urgencias y Emergencias, independientemente de la medida, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es fundamental para mejorar la gestión de las Urgencias y las Emergencias en el lugar donde se producen y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales<sup>69</sup>.*

## **IV**

### **INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE URGENCIAS**

Debido al importante aumento en la demanda así como la utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarias, y a que existe una gran variabilidad en los diferentes servicios de urgencias tanto en estructura como en organización, actividad y gestión, es necesario identificar los puntos clave para garantizar la atención y mejora continua de la calidad, satisfacción y seguridad de los usuarios de los servicios de urgencias. Ante éste panorama, surge por un lado la necesidad de tomar medidas encaminadas a mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de urgencias, a mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales que trabajan en urgencias, y a ofrecer mejores resultados en los procesos de atención. Para evaluar el impacto en estas actividades, es necesario poder medir y comparar la actividad que desarrollan los servicios de urgencias mediante el registro de indicadores.

Un *indicador de calidad* es la medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial<sup>70</sup>. Existen múltiples indicadores que expresan en forma directa o indirecta la medición en salud, Existen cinco rubros de indicadores en salud:



*Indicadores de daño* (i.e. morbilidad, mortalidad, invalidez); *indicadores de salud de una comunidad*, *indicadores sociomédicos* (Que incluyen los indicadores de salud mental), *indicadores de salud positiva* y finalmente la *medición de necesidades en salud*.<sup>71</sup>

### **a) Características de un sistema de evaluación a través de indicadores**

En el caso de indicadores sociomédicos relacionados con la salud mental y la utilización de servicios de salud, es importante la medición y monitorización de indicadores de calidad. A continuación se describen las definiciones y características más relevantes de un indicador de calidad.

1.- *Características de un indicador de calidad*. Un indicador debe tener validez (capacidad para identificar situaciones en las que se puede identificar la calidad de la asistencia); Sensibilidad (Capacidad para detectar todos los casos en los que se produce una situación o problema real de calidad) y especificidad (Capacidad para detectar aquellos casos en los que existen problemas de calidad).

2.- *Definición del Proceso*. Consiste en especificar el ámbito de asistencia que se va a someter a monitorización. Deben definirse las actividades profesionales, estructuras y circuitos que intervienen en el proceso.

3.- *Selección de los aspectos más relevantes*. Se trata de priorizar los aspectos más importantes con el proceso definido. Se suelen utilizar diferentes criterios de prioridad como el número de clientes afectados, riesgo de actividad para el paciente o actividad identificada previamente como problemática.

La evaluación de la calidad de la asistencia que se ofrece en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado que es útil para éste fin. Su determinación es necesaria para

determinar el nivel de calidad y permite aplicar las mejoras en los puntos débiles más necesarios y seleccionar las acciones más efectivas.

Para su implementación es preferible una incorporación progresiva y acorde a los sistemas de información, facilitando la implicación de los profesionales en el programa de mejora de la calidad. La periodicidad para su determinación puede variar según las características del propio indicador, el interés de los profesionales o el acceso a la información.

La utilización de indicadores permite además establecer comparaciones de actividad con criterios uniformes. Naturalmente, la aplicación de indicadores en distintos centros y por distintos profesionales generará una información útil e imprescindible para ir adecuando alguno de los estándares y conocer su capacidad para medir aquello para lo que se ha definido<sup>70</sup>.

#### **b) Indicadores de calidad en los servicios de urgencias.**

Dependiendo del concepto que interese medir, los indicadores pueden ser de dos tipos: *De actividad* (por ejemplo, número de pacientes atendidos por cada mil habitantes y año); y *de calidad* (por ejemplo, número medio de demora en la atención a los pacientes). Dentro de los de calidad, hay dos subtipos: Indicadores de proceso (aquellos que evalúan la calidad de los procesos asistenciales, es decir, cómo se hacen las cosas) e indicadores de satisfacción (los que miden el resultado final de las actividades sanitarias en función de las expectativas cubiertas o no cubiertas de los usuarios independientemente del modo en la que éstas hayan sido hechas<sup>71</sup>).

En resumen, tratándose de la medición de la actividad y calidad de un proceso en un servicio de urgencias, se establecen cuatro grupos de indicadores:

1.- Indicadores de actividad. Son aquellos que miden la cantidad de solicitudes de asistencia que se presentan en el servicio de urgencias. Tienen un valor

informativo para evaluar el uso de los recursos asistenciales y su gestión, además de permitir una comparación de la actividad del centro con otros servicios de urgencias de otros centros. Entre algunos indicadores de actividad en servicios de urgencias están:

- a) Número de consultas urgentes: Describe el número total de consultas de asistencia sanitaria en un tiempo determinado. Incluye las consultas informativas o administrativas que aunque no reciben asistencia, consumen tiempo y recursos asistenciales
- b) Frecuencia relativa anual: Mide la cantidad de asistencias urgentes realizadas en relación con la población bajo cobertura del centro. Se define como “población cubierta” la del censo de población en el área geográfica de cobertura del centro hospitalario.
- c) Frecuentación relativa diaria: Mide el número de pacientes que consultan cada día con un servicio de urgencias en relación a la población cubierta por dicho servicio<sup>9</sup>.

2.- Indicadores de calidad de proceso. Son aquellos que miden aspectos cualitativos del proceso de asistencia de la urgencia. Estos indicadores miden el funcionamiento del servicio de urgencias desde el punto de vista organizativo y de la calidad de los procesos. Entre los indicadores de calidad se encuentran:

- a) Tiempo medio de primera asistencia facultativa: Mide el tiempo medio medido en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia por un médico desde que accede al servicio de urgencias. Se excluye el contacto no asistencial con el médico que pudiera realizar la labor de triage en la sala de urgencias.
- b) Tiempo medio de consulta médica en urgencias: Mide el tiempo medio medido en minutos desde que una consulta con un facultativo inicia hasta que termina ésta. Por lo general se refiere a la entrevista médica y no suele incluir otros procedimientos especiales a menos que así se especifique.
- c) Tiempo medio de permanencia en urgencias: Tiempo total que permanece el paciente en el servicio desde que llega hasta que abandona el mismo, sea por alta, por ingreso, por fallecimiento, por traslado a una unidad de observación o

por traslado a otro centro. Se propone además establecer el porcentaje de pacientes que permanecen más de 3 horas y más de 6 horas en el servicio.

d) Codificación diagnóstica de altas. Mide la cantidad de informes en los que el diagnóstico clínico ha sido codificado. Como instrumento de codificación se propone la CIE-10.

e) Proporción de usuarios que recibieron maniobras especiales. Mide la proporción de todos los usuarios que durante su consulta de urgencias requirieron algún tipo de procedimiento especial distinto al de la entrevista. Entre las maniobras especiales dentro de un servicio de urgencias psiquiátricas se encuentran: Permanencia en observación, ministración de medicamentos en urgencias, realización de maniobras de restricción física (Sujeción) y realización de intervención en crisis (Estrategias psicológicas, conductuales y verbales que ayudan a un usuario a mitigar un estado emocional crítico).

f) Proporción de ingresos. Mide la cantidad de pacientes que han requerido ingreso hospitalario dentro del total de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

g) Tasa de retorno a urgencias. Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en el servicio y ser dados de alta, regresa el mismo dentro de las 72 horas siguientes por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la capacidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias<sup>9</sup>.

h) Tasa de abandono del servicio. Mide la cantidad de pacientes que tras ser registrados y asignados para ser valorados, se retiraron del servicio antes de recibir valoración formal en el servicio. La bibliografía internacional lo define como *Left without seen*<sup>72</sup>.

3.- Indicadores de satisfacción o de trato digno. Son aquellos que miden aspectos cualitativos relacionados con las expectativas cubiertas o no cubiertas de los usuarios o los familiares o acompañantes de éstos. Entre los indicadores de satisfacción se encuentran:

a) Tipo de usuario. Si el usuario encuestado es paciente, familiar o acompañante

- b) Satisfacción en el tiempo de espera. Percepción del usuario (Muy satisfecho, satisfecho, regular, insatisfecho o muy insatisfecho) que tuvo el usuario con el tiempo que tuvo que esperar para recibir consulta
- c) Satisfacción con la cantidad de medicamentos prescritos o entregados
- d) Satisfacción con el trato que recibió en general y:
- e) Personal del cual recibió maltrato, si es que lo recibió
- f) Información a pacientes y familiares. Mide el hecho de que el paciente y sus familiares han sido informados acerca de: la identificación del médico responsable, motivo de consulta, procedimientos y técnicas a realizar, diagnóstico y plan terapéutico. Para éste tipo de indicadores se encuestan aspectos fundamentales:

- Si el médico le permite hablar sobre su estado de salud
- Si el médico le explicó sobre su estado de salud
- Si el médico le explicó sobre el tratamiento que debe de seguir
- Si el médico le explicó sobre los cuidados que debe de seguir y:
- Percepción general de la información que le otorgó el médico<sup>73</sup>.

Para el caso de usuarios de urgencias psiquiátricas, se debe considerar que algunos usuarios requerirán maniobras especiales como pasar al servicio de observación, aplicación voluntaria o involuntaria de medicamentos en urgencias y/o restricción física, por lo que se sugiere agregar los dos siguientes incisos en la satisfacción en la información:

- Si el médico le explicó sobre las maniobras especiales que se aplicaron en urgencias.
- Si el médico le explicó sobre el envío que recibió el paciente al finalizar la consulta de urgencias<sup>73</sup>.

4.- Indicadores de continuidad. Los indicadores previamente descritos evalúan aspectos de un modo transversal en el tiempo, sin embargo es necesario evaluar el curso longitudinal de la atención de los usuarios con el fin de conocer la evolución del estado del paciente mediante indicadores de utilización de servicios que pueden conocerse al revisar los expedientes clínicos o registros

electrónicos tiempo después de la atención del usuario<sup>74</sup>. Entre los indicadores de continuidad de usuarios del servicio de urgencias se encuentran:

- a) Número de asistencias al servicio de urgencias. Mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en el servicio y ser dados de alta, regresan al mismo en un período de tiempo por cualquier causa. Indirectamente da una medida de la capacidad técnica de las soluciones dadas por el servicio de urgencias, y una forma alternativa de medirlo es calcular el promedio de visitas al servicio de urgencias por cada individuo.
- b) Número de hospitalizaciones: Mide cuántas veces y por cuánto tiempo el usuario ha sido ingresado dentro de la institución dentro del período de seguimiento
- c) Promedio de días de hospitalización: Mide el promedio de días en las que el usuario ha sido ingresado dentro de la institución dentro del período de seguimiento.
- d) Asistencia (Adherencia) a citas programadas en la consulta externa: Determina el número de veces que el usuario ha programado citas en consulta externa y el porcentaje de citas asistidas dentro del período de seguimiento<sup>74</sup>.

#### 5.- Tamaño de muestra para evaluar indicadores en sistemas de salud.

Para que el monitoreo de los indicadores sea el óptimo es necesario utilizar un tamaño de muestra estadísticamente representativo, recordando que el monitoreo es la fotografía de cómo está operando la unidad médica. El programa INDICAS<sup>73</sup> facilita una tabla de muestras mínimas necesarias según la productividad mensual que puede tener una determinada unidad en salud en área rural o área urbana. El cálculo del tamaño de muestra parte de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde N= Número de consultas del mes inmediato anterior;  $p=70$ ;  $q=100-p$ ;  $Z_{\alpha^2} = 1.6384$  y  $e = 5$  en área urbana y  $e = 10$  en área rural. Debido a que las instituciones a considerar pertenecen al área urbana, se utilizará la siguiente tabla para considerar el tamaño de muestra estadísticamente representativo<sup>73</sup>.

**AREA URBANA**

Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra
110	61	350	99	1000	121
120	64	400	103	2000	129
130	67	450	106	3000	132
140	70	500	108	4000	133
150	72	550	110	5000	134
160	74	600	112	6000	135
170	76	650	114	7000	135
180	78	700	115	8000	135
190	80	750	116	9000	136
200	82	800	118	10000	136
210	83	850	119	11000	136

*Tabla 3. Tamaños de muestra representativos para la aplicación del Cuadernillo INDICAS en unidades de atención urbana (INDICAS 2010).*

**c) Diseño de un sistema de indicadores en un servicio de urgencias**

Los indicadores de utilización de servicios de salud merecen ser diseñados para cada servicio y aspecto a estudiar en particular. En el caso de los indicadores de un servicio de urgencias (Indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad), merecen tener un proceso de diseño previamente sugerido con el fin de incluir todos los posibles indicadores relevantes en un servicio de urgencias. Felisart<sup>75</sup> sugirió las características más

importantes para diseñar los indicadores más ad hoc para cada tipo de servicio, así como un algoritmo para probar dichos indicadores.

a) Características del diseño de indicadores de utilización de servicios en salud

I. Dimensión: Aspecto importante de la asistencia que se valora. Característica o atributo de la atención asistencial para que sea considerada de calidad. Existen diferentes tipos de dimensión de los indicadores:

- Efectividad: Grado en que la asistencia al paciente se lleva a término en forma correcta según el estado actual del conocimiento científico.
- Eficiencia: Nivel en que la asistencia al paciente consigue el efecto deseado con el mínimo esfuerzo y con el mínimo coste según el estado actual del conocimiento científico
- Riesgo: Grado de repercusión en términos de morbilidad o mortalidad que supone la presencia del proceso
- Accesibilidad: Facilidad que tienen los pacientes para conseguir la atención que necesitan en el momento y lugar precisos
- Adecuación: Grado en el que el cuidado recibido es apropiado a las necesidades del paciente
- Continuidad: Grado en el que la atención requerida por los pacientes coordinada entre los profesionales a través de la organización y a lo largo del tiempo.
- Satisfacción: Grado en el que el cuidado y la atención recibido es apropiado a las expectativas del paciente y/o sus familiares.

II. Justificación: Utilidad del Indicador como medida de calidad

III. Fórmula: Expresión Matemática que reflejará el resultado de la medida

IV. Explicación de Términos. Definición de aquellos aspectos del indicador que pueden ser ambiguos o sujetos a diferentes interpretaciones<sup>75</sup>.



V. Población: Descripción de la Unidad de estudio que será objeto de la medida. No siempre es necesario medir sobre la totalidad de la población definida. En estos casos se recurre a la revisión de una muestra.

VI. Tipo: Se refiere a la clasificación de indicadores según la orientación de la evaluación. Se identifican como de estructura, proceso o resultado.

- Estructura: Elementos necesarios para la atención, tanto en lo que hace referencia a recursos humanos, tecnológicos o protocolos.
- Proceso: Forma en que se desarrolla la atención
- Resultado: Consecuencias de la atención

VII. Fuente de datos: Define cuál será el origen de la información y la secuencia de obtención de datos necesarios para poder cuantificar el indicador.

VIII. Estándar: Refleja el nivel deseado de cumplimiento del indicador. Dada la variabilidad de datos que puede ofrecer la literatura médica éste dato puede ser orientativo.

IX. Comentarios. Se incluyen reflexiones sobre la validez del indicador o se ponen de manifiesto posibles factores de confusión.

Tras el diseño de los indicadores, son imprescindibles tres actividades para conocer el impacto de una determinada actividad en el servicio:

- 1.- *Inicio de las actividades sistemáticas de medida*
- 2.- *Comparación con estándares previos*
- 3.- *Interpretación de resultados*<sup>75</sup>.

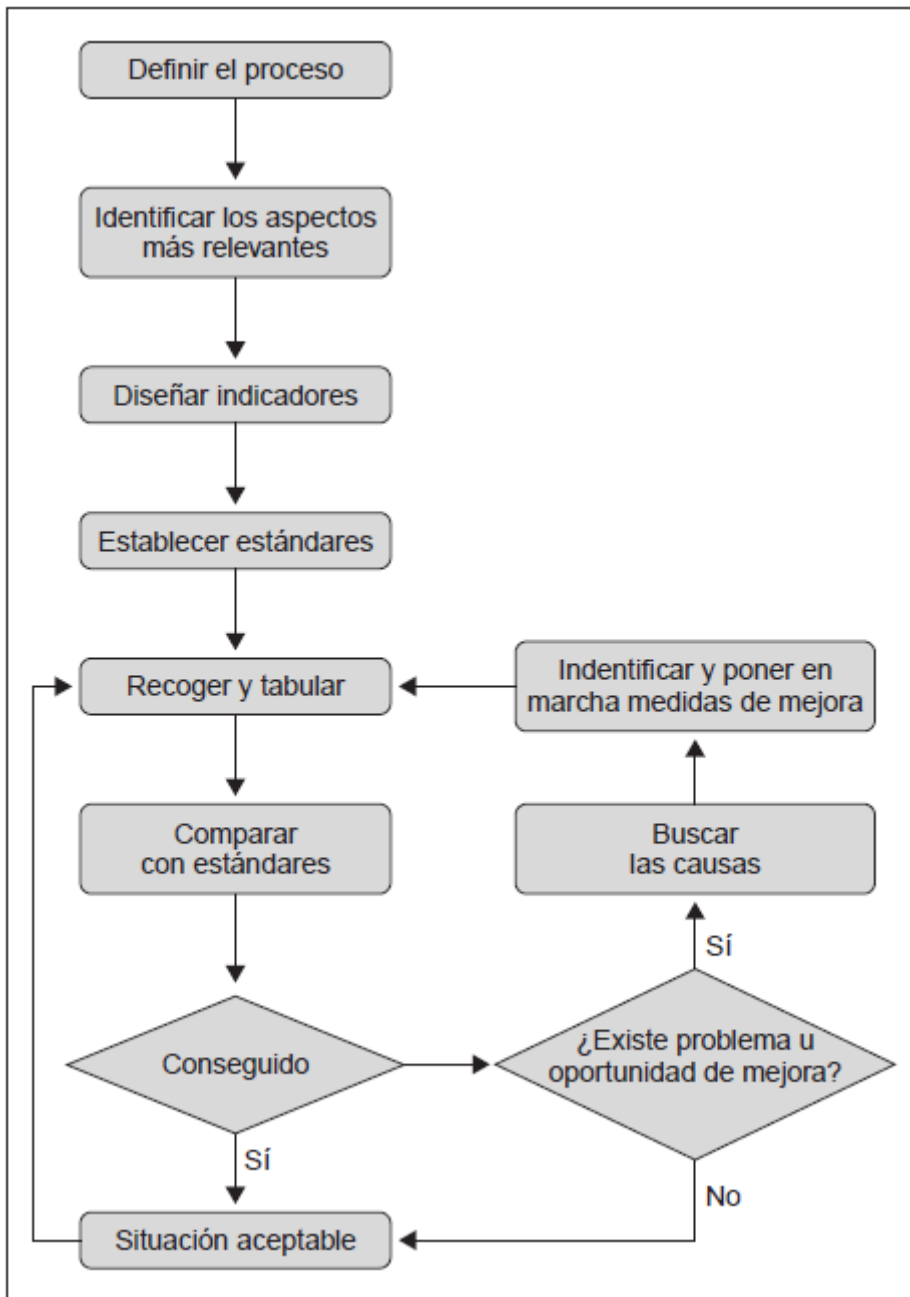


Fig. 4. Pasos para diseñar un sistema de evaluación de la calidad a través de indicadores. Tomada de Felisart, 2001.

Conjuntando los pasos del diseño de indicadores de servicios de salud sugeridos por Felisart<sup>75</sup>, incluyendo los indicadores de actividad, calidad, satisfacción y continuidad que se miden en un servicio de urgencias, se realizaron varios cuadros sinópticos con cada uno de los indicadores integrando las características de su diseño, mencionándolas a continuación:

INDICADOR DE ACTIVIDAD	DEFINICION	DIMENSION	FORMULA	TIPO	FUENTE DATOS
A.1 Número de Consultas Urgentes	Número Total de consultas en un tiempo determinado	Continuidad	$\frac{TOTAL\ CONSULTAS}{PERIODO\ DE\ UN\ AÑO}$	Estructura	Informes estadísticos del servicio
A.2 Frecuencia Relativa Anual	Cantidad de asistencias urgentes en relación con la población cubierta	Accesibilidad	$\frac{TOTAL\ CONSULTAS\ ANUALES}{TOTAL\ POBLACION\ CUBIERTA} \times 100$	Estructura	Informes estadísticos del servicio y censos de población
A.3 Frecuencia Relativa Diaria	Mide el número de pacientes que consultan cada día en relación con la población cubierta	Efectividad Riesgo	$\frac{PROMEDIO\ DIARIO\ CONSULTAS}{TOTAL\ POBLACION\ CUBIERTA} \times 100$	Estructura	Informes estadísticos del servicio y censos de población

Tabla 4A. Definición, Dimensión, Fórmula, Tipo y Fuentes de Información de Indicadores de Actividad de un Servicio de Urgencias

INDICADOR DE CALIDAD	DEFINICION	DIMENSION	FORMULA	TIPO	FUENTE DATOS
B.1 Tiempo medio de primera asistencia facultativa	Tiempo en minutos que tardan los pacientes en recibir la primera asistencia médica en urgencias	Adecuación Eficiencia	$\frac{\sum\ Tiempo\ en\ recibir\ 1a\ atención}{Total\ de\ pacientes\ atendidos}$	Proceso	Nota de Urgencias
B.2 Tiempo medio de permanencia en urgencias	Tiempo total en minutos que permanece el paciente desde que llega hasta que abandona el servicio	Adecuación Riesgo	$\frac{\sum\ Tiempo\ permanencia\ en\ urgencias}{Total\ de\ pacientes\ atendidos}$	Proceso	Nota de Urgencias
B.3 Codificación Diagnóstica de Altas	Mide la cantidad de informes en los que el Diagnóstico Clínico ha sido	Adecuación Riesgo	$\frac{Número\ informes\ Dx\ CIE - 10}{Total\ de\ pacientes\ atendidos} \times 100$	Proceso	Nota de Urgencias

	codificado (CIE-10)				
B.4 Proporción de pacientes que recibieron maniobras especiales	Proporción de pacientes que durante la consulta de urgencias requirieron maniobra especial distinta o adicional a la entrevista médica (Observación, medicación en urgencias o restricción)	Adecuación Eficiencia Riesgo	$\frac{\text{Número pac c/maniobra esp}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$	Proceso	Nota de Urgencias
B.5 Proporción de Ingresos	Proporción de pacientes que requirieron ingreso hospitalario tras haber sido atendidos en urgencias	Efectividad	$\frac{\text{Número de Ingresos}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$	Proceso	Nota de Urgencias
B.6 Tasa de retorno a urgencias	Proporción de pacientes que regresan a solicitar nueva valoración en urgencias una o más veces en un período menor de 72 horas	Efectividad Riesgo	$\frac{\text{Número pac revalorados} < 72h}{\text{Total de pacientes atendidos}} \times 100$	Proceso	Nota de Urgencias
B.7 Tasa de abandono del servicio	Proporción de pacientes que tras ser registrados y asignados se retiraron del servicio antes de recibir entrevista o valoración formal	Eficiencia Riesgo	$\frac{\text{Número pac que abandonaron}}{\text{Total pacientes atendidos}} \times 100$	Proceso	Nota de Urgencias

*Tabla 4B. Definición, Dimensión, Fórmula, Tipo y Fuentes de Información de Indicadores de Calidad de un Servicio de Urgencias*

INDICADOR DE SATISFACCION	DIMENSION	NIVELES DE SATISFACCION	TIPO	FUENTE DATOS
C.1 Usuario al que se aplica el cuestionario	Satisfacción Adecuación	a) Paciente b) Familiar o Acompañante	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.2 Satisfacción con el tiempo de espera	Satisfacción Adecuación	a) Muy Satisfecho b) Satisfecho c) Más o Menos Satisfecho d) Instatisfecho e) Muy Instatisfecho f) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.3 Oportunidad de comentar al Médico su estado de salud	Satisfacción Adecuación	a) El médico sí lo permitió b) El médico no lo permitió	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.4 Información del Médico sobre el estado de salud	Satisfacción Adecuación	a) El Médico sí le informó b) El Médico no le informó c) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.5 Información del Médico sobre el tratamiento que debe seguir	Satisfacción Adecuación	a) El médico sí le informó b) El médico no le informó c) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.6 Información del Médico sobre los cuidados que debe seguir	Satisfacción Adecuación	a) El Médico sí le informó b) El Médico no le informó c) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.7 Información que brindó el Médico sobre el envío	Satisfacción Adecuación Efectividad Riesgo	a) El Médico sí le informó b) El Médico no le informó c) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.8 Información que brindó el Médico sobre las maniobras especiales en urgencias	Satisfacción Adecuación Riesgo	a) El Médico sí le informó b) El Médico No le informó c) No contestó	Proceso	
C.9 Claridad General de la Información que brindó el Médico	Satisfacción Adecuación	a) Muy clara b) Clara c) Regular d) Confusa e) No recibí información	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS

		d) No contestó		
C.10 Satisfacción con la cantidad de medicamentos prescritos	Satisfacción Adecuación Efectividad Eficiencia	a) Muy Satisfecho b) Satisfecho c) Más o Menos Satisfecho d) Insatisfecho e) Muy Insatisfecho f) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.11 Trato en General que recibió en la unidad	Satisfacción Adecuación Eficiencia	a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Muy malo f) No contestó	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS
C.12 Personal que le dio mal trato (Si aplica)	Satisfacción Adecuación Riesgo Eficiencia	a) Recepción b) Archivo Clínico c) Vigencia de derechos d) Area Médica e) Trabajo Social f) Vigilancia g) Otros	Proceso	Encuesta a usuarios Cuadernillo INDICAS

Tabla 4C. Definición, Dimensión, Niveles, Tipo y Fuentes de Información de Indicadores de Satisfacción de un Servicio de Urgencias

INDICADOR DE CONTINUIDAD	DEFINICION	DIMENSION	FORMULA	FUENTE DE DATOS
D.1 Tasa de retorno a urgencias	Porcentaje de pacientes que regresan al servicio tras haber egresado en un periodo de tiempo	Continuidad	Tasa: $\frac{\text{No. de pac que regresaron > 2 veces a urgencias durante un periodo}}{\text{Total de pacientes atendidos durante un periodo}} \times 100$  Promedio de visitas: $\frac{\sum \text{ número de visitas a urgencias por paciente por periodo}}{\text{Total de pacientes atendidos durante un periodo}}$	Expediente Clínico Registro Electrónico
D.2 Número de hospitalizaciones	Cuántas veces y durante cuánto tiempo el usuario ha sido hospitalizado dentro de la institución en un periodo de tiempo	Continuidad	$\frac{\sum \text{ Número de internamientos por paciente por periodo}}{\text{Total de pacientes hospitalizados por periodo}}$	Expediente Clínico Registro Electrónico

D.3 Promedio de días de hospitalización			$\frac{\sum \text{Total de días de internamiento por paciente por período}}{\text{Total de pacientes hospitalizados por período}}$	Expediente Clínico Registro Electrónico
D.4 Asistencia a citas programadas en la consulta externa (Adherencia a Servicios ambulatorios)	Promedio de veces que el usuario ha asistido a citas programadas en consulta externa, y el porcentaje de citas asistidas vs no asistidas dentro de un período de tiempo	Continuidad	$\frac{\sum \text{Número de consultas asistidas en Consulta Externa por período}}{\text{Total de citas registradas en Consulta Externa por período}}$ <p>Porcentaje de asistencia P:</p> $\sum \frac{\text{Número de consultas asistidas a Consulta Externa}}{\text{Total de Consultas Programadas en Consulta Externa}} \times 100$ <p>Porcentaje de inasistencia Q:</p> $Q = 1 - P$	Expediente Clínico Registro Electrónico

Tabla 4D. Definición, Dimensión, Fórmula, Tipo y Fuentes de Información de Indicadores de Satisfacción de un Servicio de Urgencias

Para la medición de indicadores de calidad y satisfacción, la Secretaría de Salud de México lleva a cabo el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud<sup>73</sup>. El INDICAS es un ciclo integral de mejora continua que permite a los profesionales de la salud así como a los usuarios del servicio dar seguimiento a los indicadores período a período y evaluar los resultados de las acciones de mejora para alcanzar los estándares establecidos. Con la recolección de información a través de encuestas, el personal del establecimiento de salud conoce la percepción de los usuarios con respecto al servicio brindado.

A continuación se muestran dos ejemplos del Programa del Cuadernillo INDICAS2 utilizados para dichas encuestas:





Para efectos de síntesis y comprensión de los cuatro tipos de indicadores, a los tres primeros (Actividad, Calidad y Satisfacción) pueden ser medidos en el momento en el que el usuario se presenta al servicio, y pueden también ser llamados **Indicadores inmediatos**. La evaluación transversal en el tiempo de algunos indicadores puede generar una visión limitada en cuestión de impacto y consistencia, por lo que para evaluar el impacto a lo largo del tiempo de las estrategias de mejora se recomienda hacer un seguimiento prospectivo de los usuarios que acudieron a un servicio de urgencias un tiempo después de la valoración inicial. A los indicadores de continuidad que miden la consistencia y trascendencia longitudinal a lo largo de un período de tiempo determinado se les denomina también **Indicadores mediatos**.

## **V ESTUDIO PILOTO DE INDICADORES INMEDIATOS Y MEDIATOS EN EL SERVICIO DE APC DEL INTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA**

Durante el mes de Abril de 2012, el Investigador principal de éste trabajo hizo un pilotaje de medición de variables e indicadores en usuarios del Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (Antes urgencias) del Instituto Nacional de Psiquiatría, utilizando una semana típica (Captando el 100% de los usuarios que acudieron durante una semana de Lunes a Domingo sin días festivos o vacaciones) y estableciendo un seguimiento a 6 meses (Mes de Octubre de 2012). El Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” es un Instituto Nacional de Salud de Tercer Nivel, dependiente de la Secretaría de Salud a través de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Todos los usuarios que acuden al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua firman como procedimiento estandarizado una carta consentimiento en el que voluntariamente aceptan la valoración en la consulta. Una de las cláusulas de dicho consentimiento informado expresa que el usuario acepta que la información clínica se pueda manejar en forma anónima con fines bioestadísticos y de investigación.

Se presentan a continuación los resultados del presente pilotaje, en el que se midieron los indicadores en forma transversal (de actividad y calidad de proceso), también denominados indicadores inmediatos, y se midieron a los seis meses los indicadores en forma longitudinal (de continuidad), también denominados indicadores mediatos.

### **1.- Indicadores inmediatos (Actividad y Calidad de Proceso)**

Se consideró una fase piloto del Triage Psiquiátrico en la semana tipo de usuarios que acudieron al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría del **Lunes 16 al Domingo 22 de Abril De 2012**. No fue posible tener muestra basal antes de la implementación del Triage psiquiátrico, ya que éste instrumento se implementó y estandarizó en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua desde Octubre de 2008. Debido a que los registros se obtuvieron en forma retrospectiva, no se pudieron recabar los indicadores de satisfacción.

Los resultados preliminares para ésta semana tipo se mencionan a continuación: Durante la semana tipo acudieron al servicio de Atención Psiquiátrica Continua un total de n=164 usuarios, de los cuales n=119 fueron mujeres (72.56%) y n= 45 hombres (27.44%).

La mayoría de los usuarios son subsecuentes, es decir, que ya tienen expediente en la institución, con n=106 (64.64%), el resto son de primera vez en la institución con n=58 (35.36%). El promedio de edad fue de  $38.12 \pm 16.71$  años, con un rango de edad de 15 a 81 años.

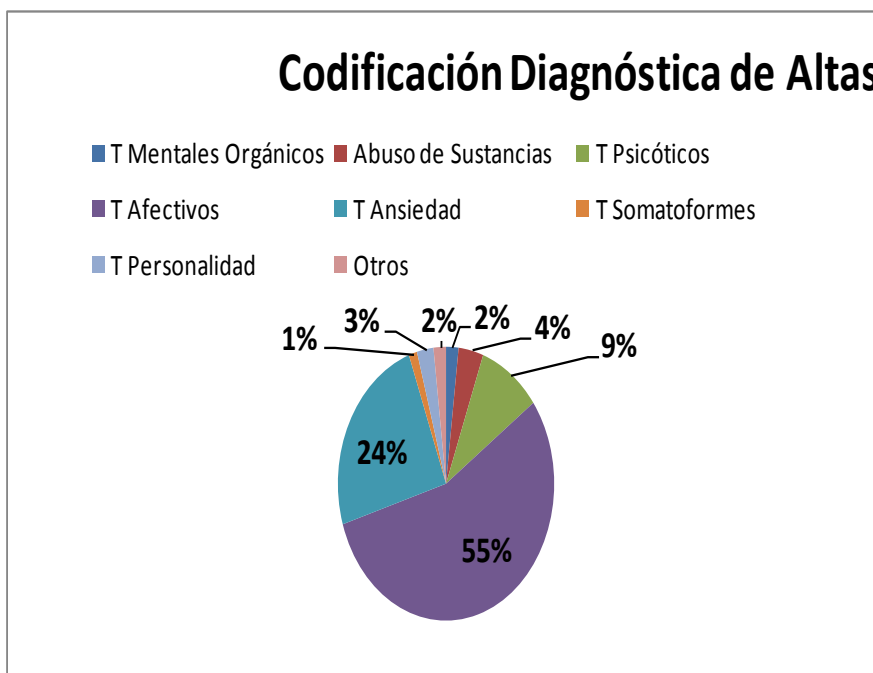


Fig. 4. Codificación Diagnóstica de Altas en la muestra de la semana tipo del Instituto Nacional de Psiquiatría (n=164). Se observa mayor prevalencia de Trastornos Afectivos (55%), seguida de trastornos de ansiedad (24%), Trastornos Psicóticos (9%) y abuso de sustancias (4%). El resto representó cada uno menos del 2% de la muestra total.

El envío de los usuarios fue como se describe a continuación:

Hospitalizados en el mismo INPRF: n=9 (5.49%); referidos: n= 39 (24.39%), y enviados a Consulta Externa o Preconsulta del INPRF: n=115 (70.12%). De los ingresos en el INPRF, n=3 correspondieron a un episodio maníaco (33.33%), n=5 correspondieron a un trastorno psicótico (55.55%), y n=1 correspondió a un trastorno de reacción al estrés (11.11%).

El 100% de los internamientos correspondió a color amarillo de Triage Psiquiátrico, de los cuales n=4 implicaron riesgo suicida (44.44%), n=1 tenía agitación psicótica, (11.11%) y n=4 tenían conductas potencialmente riesgosas (44.44%).

Durante el período de seguimiento, los pacientes que se hospitalizaron sumaron un total de 208 días de hospitalización, con un promedio de estancia de  $23.11 \pm 10.63$  días de hospitalización.

Es importante mencionar que un paciente que no se hospitalizó durante la semana tipo, acudió 7 ocasiones a urgencias con un índice de asistencia a consulta externa de 0.82, fue hospitalizado en dos ocasiones con 49 días de estancia hospitalaria en total.

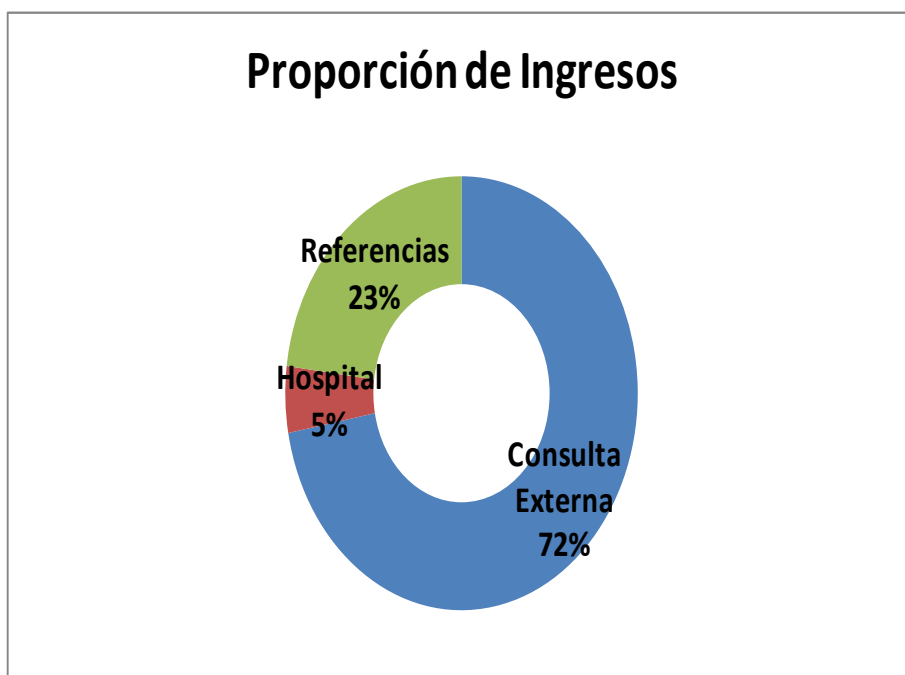


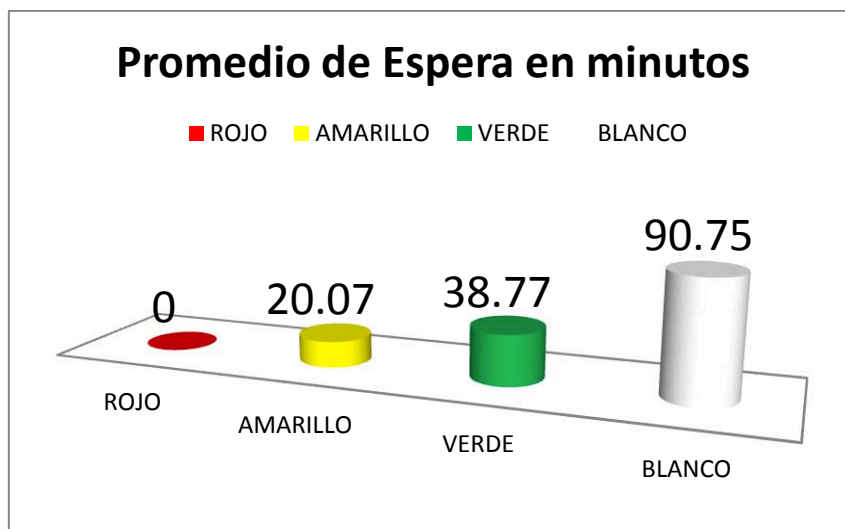
Fig. 5. Envío de los usuarios en la muestra de la semana tipo del Instituto Nacional de Psiquiatría (n=164). El 5% de los usuarios fueron hospitalizados, mientras que el 23% de los usuarios fueron referidos y el 72% fueron enviados a servicios ambulatorios (Consulta Externa y Preconsulta).

La distribución de los diferentes niveles de riesgo de las urgencias psiquiátricas detectadas por el triage psiquiátrico a principios de la consulta fue la siguiente:

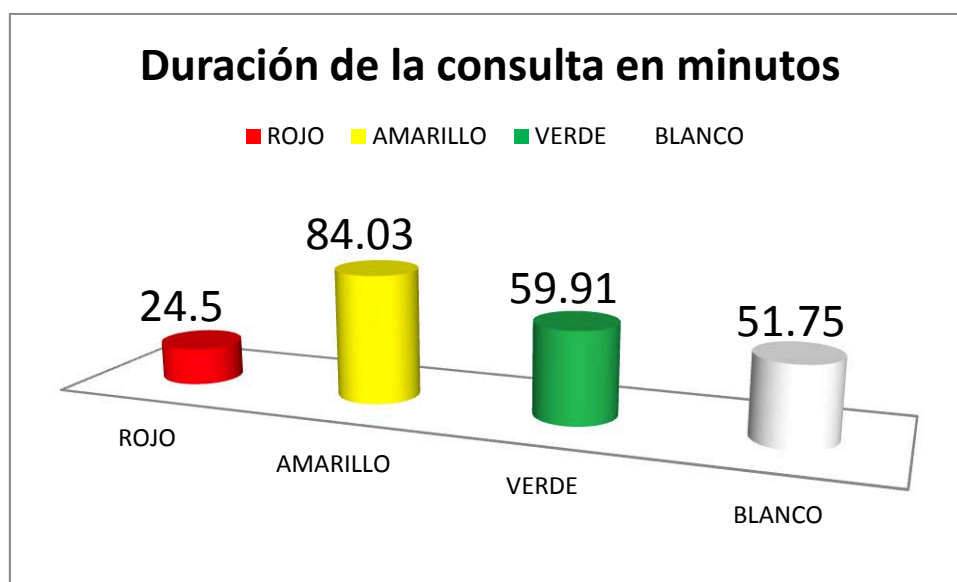
- a) Código Marrón: n=0 (0%)
- b) Código Rojo: n=4 (2.43%)
- c) Código Amarillo: n=65 (39.63%)
- d) Código Verde: n=83 (50.61%)
- e) Código Blanco: n=12 (7.31%)

La distribución de la conducta suicida resultó como se describe a continuación: Ninguna: n=136 (82.92%); Ideación o Planeación suicida: n=17 (10.36%); Gesto o amenaza suicida: n=2 (1.21%); Intento suicida: n=12 (7.31%); Pacto terapéutico o contrato de no-suicidio: n=5 (3.04%).

Se realizaron gráficas de tiempos de espera desglosadas para cada nivel o color de urgencia psiquiátrica, descritas a continuación:



Gráfica 4. Tiempos de espera en minutos para las distintas UP detectadas por el Triage Psiquiátrico. (Semana tipo del Lunes 16 al Domingo 22 de Abril de 2012, en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría) Los estándares de espera recomendados son: Urgencia Marrón: Atención Inmediata (0 minutos); Urgencia Roja: Atención Inmediata (0 minutos); Urgencia Amarilla: Espera de 15 a 30 minutos; Urgencia Verde: Espera de 30 a 60 minutos; Urgencia Blanca: Espera de 60 a 120 minutos. El promedio de espera para cada tipo de nivel de riesgo permanece dentro de los estándares mencionados.



Gráfica 5. Tiempo de permanencia o duración de la consulta de urgencias en minutos. Se observa un mayor tiempo de estancia en las urgencias amarillas (Mayor vulnerabilidad). Los estándares de consulta para condiciones no urgentes se han descrito de 30 a 45 minutos, siendo prolongado para las urgencias verdes y blancas. La corta duración de las urgencias rojas puede representar una rápida referencia a otras unidades más que una resolución del problema. Ninguna condición permaneció > 6 horas en el servicio.

## C.2 Indicadores mediatos (Continuidad)

Se hizo un seguimiento a 6 meses de los usuarios que acudieron a la semana tipo del 16 al 22 de Abril de 2012, por lo que se realizó un seguimiento de los servicios utilizados de cada uno de los pacientes hasta finales del mes de Octubre de 2012.

Se consultó cada uno de los usuarios que acudieron a la semana tipo basal, captando quiénes habían regresado a los servicios de Consulta Externa u Hospitalización en el INPRF.

Para los usuarios se calculó el índice de asistencia a Consulta Externa, consistente en el dividendo entre el número de citas a consulta externa y el número de consultas asistidas a consulta externa, siendo 1 el índice de asistencia más alto y 0 el índice de asistencia nulo.

Así mismo, se calculó para cada usuario el tiempo de adherencia a los servicios ambulatorios durante los seis meses, calculándose mediante el tiempo total entre la consulta de urgencias y la última cita programada en el servicio, variando desde los usuarios sin seguimiento (Aquellos que después de la consulta de urgencias nunca regresaron a solicitar ningún servicio), hasta aquellos que al final del seguimiento contaban con asistencia regular y nueva cita en el servicio.

Los resultados de tiempo de adherencia se resumen en la siguiente tabla:

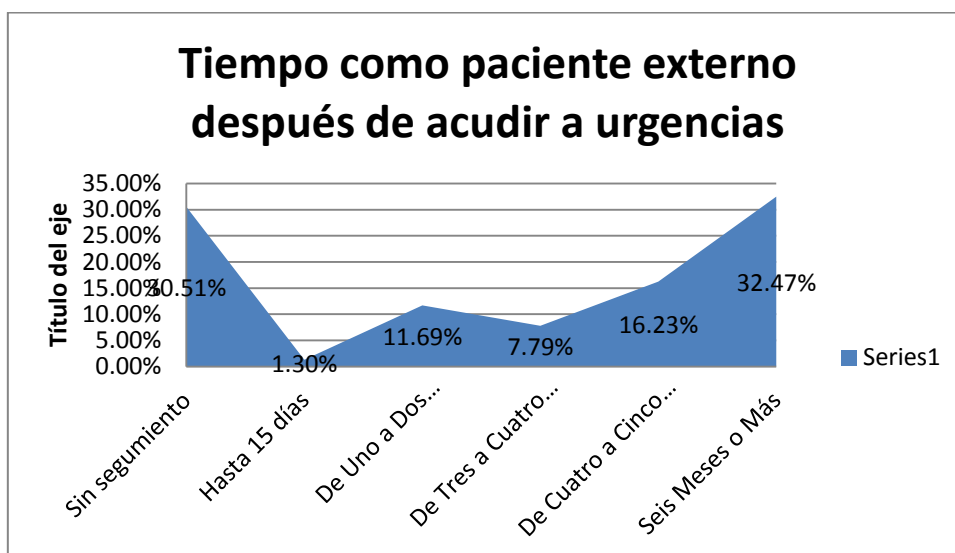
Tiempo de adherencia a CE	n	%
Sin seguimiento	47	30.51%
Hasta 15 días	2	1.30%
De Uno a Dos Meses	18	11.69%
De Tres a Cuatro Meses	12	7.79%
De Cuatro a Cinco Meses	25	16.23%
Seis Meses o Más	50	32.47%

Tabla 4. Porcentajes de usuarios con adherencia a servicios de consulta externa durante los seis meses de seguimiento.

Se muestra que la mayoría de los usuarios se concentran en dos diferentes tipos de adherencia a servicios ambulatorios: La tercera parte de los usuarios que acudieron al servicio de urgencias no regresaron a ningún servicio del INPRF; mientras que otra tercera parte continuó acudiendo a los servicios ambulatorios en el INPRF seis meses después de haber recibido la consulta.

La tercera parte restante se distribuyó en los pacientes que abandonaron la adherencia a la asistencia en Consulta Externa de los 15 días hasta los cinco meses de haber recibido la consulta de urgencias. Lo anterior nos permite concluir que 2/3 de las personas que acuden a urgencias abandonan el tratamiento ambulatorio.

La tabla anterior se puede graficar de la siguiente manera:



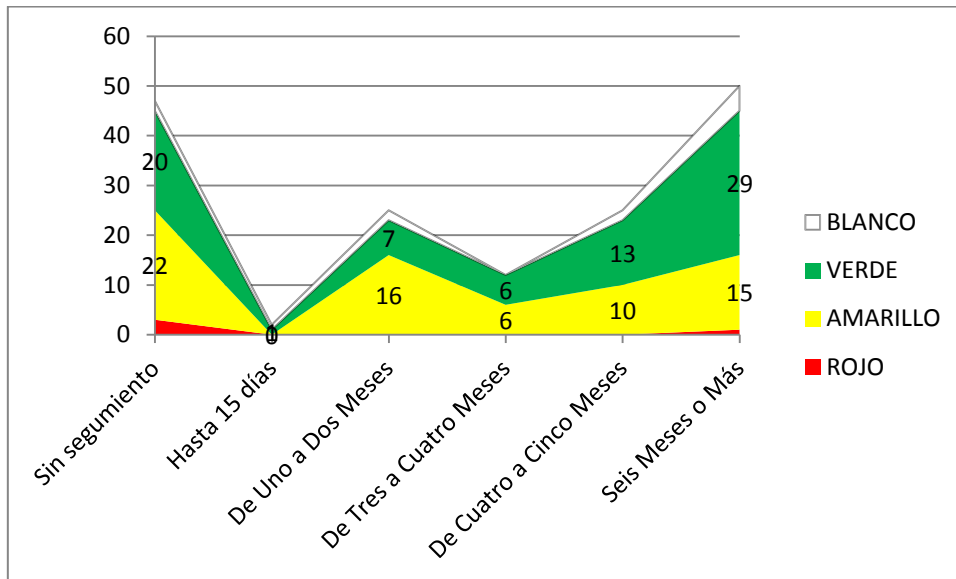
Gráfica 6. Porcentajes de los usuarios de urgencias que tuvieron adherencia a servicios de consulta ambulatoria.

Se desglosaron los resultados de acuerdo al nivel de riesgo de las urgencias psiquiátricas medidas por el Triage Psiquiátrico durante la consulta de urgencias otorgada en el mes de Abril de 2012, resultando en la siguiente tabla:

Tiempo de adherencia	ROJO	AMARILLO	VERDE	BLANCO
Sin seguimiento	3	22	20	2
Hasta 15 días	0	0	1	1
De Uno a Dos Meses	0	16	7	2
De Tres a Cuatro Meses	0	6	6	0
De Cuatro a Cinco Meses	0	10	13	2
Seis Meses o Más	1	15	29	5

Tabla 5. Resultados del seguimiento de los usuarios de urgencias en cuestión de adherencia a servicios ambulatorios. Se observa mayor adherencia en usuarios con urgencia psiquiátrica de riesgo bajo (verde) y riesgo nulo (blanco).

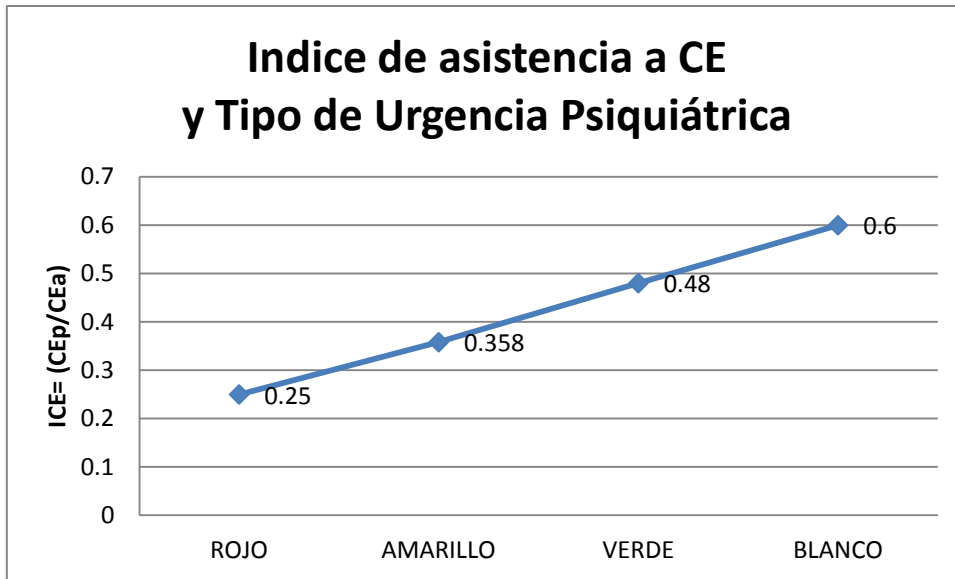
Los resultados antes expuestos revelan que los usuarios con urgencia psiquiátrica (Urgencia roja o amarilla) tienen una mayor proporción de abandono de los servicios ambulatorios en comparación con los usuarios sin urgencia psiquiátrica (Urgencia verde o blanca), cuya proporción es mayor para el apego a los servicios ambulatorios. Graficando los resultados vertidos en ésta tabla tenemos lo siguiente:



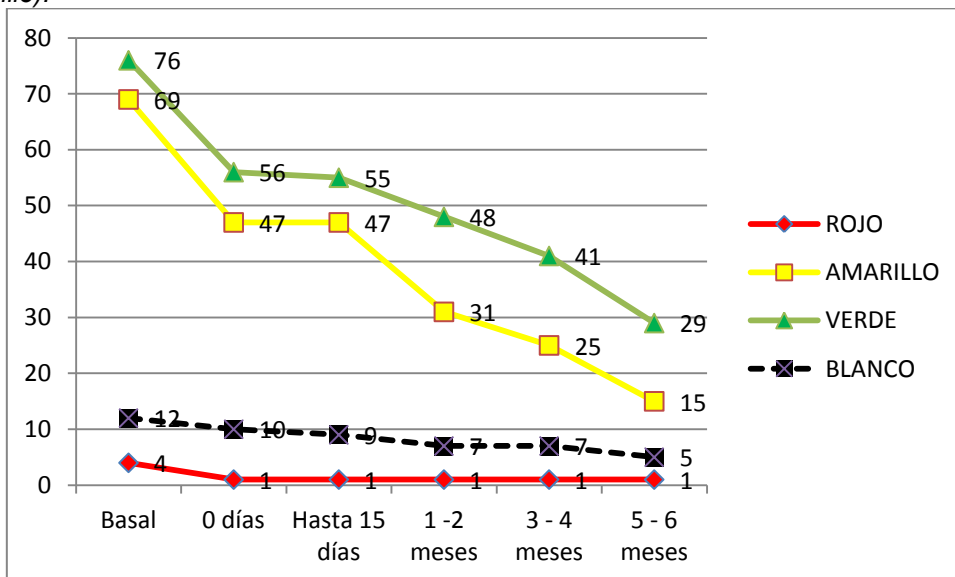
Gráfica 7. Seguimiento a 6 meses de usuarios de servicios de urgencias desglosado por color de urgencia psiquiátrica.

Se graficó el promedio de los índices de asistencia a consulta externa con el tipo de urgencia psiquiátrica detectada por el Triage Psiquiátrico en Abril de 2012, reportándose lo siguiente:





Gráfica 8. Promedio de índice de asistencia (Media de consultas asistidas entre consultas programadas) Se observa mayor índice de adherencia en las urgencias psiquiátricas de menor riesgo (verde y blanco) en comparación con urgencias psiquiátricas de riesgo alto (marrón, rojo y amarillo).

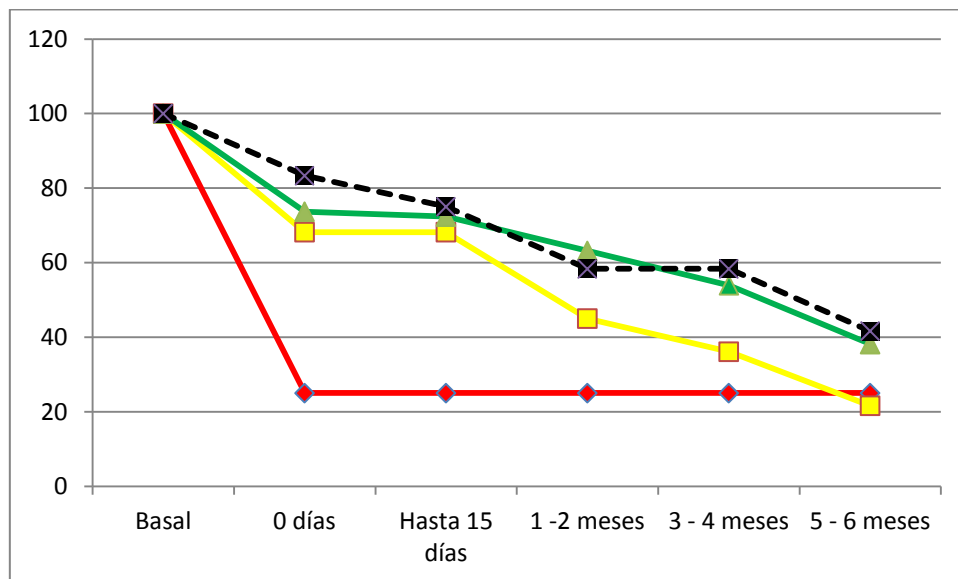


Gráfica 9. Número de usuarios que acudieron a consulta externa durante el período de seguimiento desglosados por nivel de riesgo de urgencia psiquiátricas.

Se obtuvo una correlación de  $r=0.7478$  ( $p<0.005$ ) entre el índice de asistencia y del tiempo de adherencia a consulta externa. Se observa mayor tiempo de adherencia en las urgencias blancas (riesgo nulo) seguidas de las urgencias verdes (riesgo bajo).

Se puede detectar en los indicadores de continuidad tras finalizar el seguimiento a 6 meses en Octubre de 2012, que existe un alto porcentaje de pacientes que visitan el servicio de urgencias y que no regresan a solicitar

atención en consulta externa, o bien acuden durante muy poco tiempo y desertan en su atención. Llama la atención que la proporción de usuarios con urgencias de riesgo alto es mayor en cuestión del abandono de los servicios ambulatorios, desconociéndose el motivo por el cual no regresan a recibir atención ambulatoria. Por otro lado, la proporción de pacientes con urgencia psiquiátrica de bajo riesgo presentan mayor adherencia a los servicios ambulatorios, y el abandono de los servicios ambulatorios es proporcionalmente menor en el grupo de los usuarios con urgencias blancas (Riesgo nulo), seguidos de las urgencias verdes (Riesgo bajo), en comparación con las urgencias amarillas (riesgo medio-vulnerable) y las urgencias rojas (riesgo alto-peligro). A continuación se muestra la gráfica de sobrevivencia de apego a los servicios de consulta urgencias, desglosado por proporciones según cada grupo de riesgo según el triage psiquiátrico.



Gráfica 10. Porcentajes de continuidad en la adherencia según el nivel de urgencias psiquiátricas en usuarios del servicio. Se observa mayor continuidad de adherencia en usuarios con menor riesgo (verde-blanco) en comparación con usuarios de mayor riesgo (rojo-amarillo).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de urgencias presentan múltiples problemas organizativos secundarios a la demanda asistencial. Dos de los problemas más importantes de los servicios de urgencias son la sobrecarga y el uso inadecuado de los mismos. Está comprobado que las políticas administrativas dirigidas a mejorar los indicadores de utilización de servicios tienen un impacto positivo en éstos dos problemas, existiendo bibliografía científica que corrobora éste impacto hacia los servicios de urgencias en general, siendo menores los reportes relacionados para urgencias psiquiátricas, sin haber estudios previos publicados que reporten alguna estrategia de mejora continua específica de servicios de urgencias psiquiátricas en nuestro país.

Los criterios de atención a las urgencias psiquiátricas son extremadamente variables, tanto de un sujeto a otro como en una institución a otra, debido a una falta de consenso tanto en las definiciones como en los instrumentos para su clasificación. El problema se vuelve aún más crítico con el aumento en la demanda, la cual se mantiene constante a lo largo de los años y no parece detenerse o reducirse.

A diferencia de las urgencias médicas, que pueden clasificarse en forma objetiva debido a que puede estimarse el riesgo de daño real a la vida, a un órgano o función, las urgencias psiquiátricas son generalmente subjetivas y los esfuerzos por estructurarlas y categorizarlas han sido insuficientes o poco concluyentes. Es por eso que se necesita definir el concepto de urgencia psiquiátrica en forma objetiva, estandarizada y que pueda replicarse y generalizarse a diferentes ámbitos de atención, no sólo los implicados en instituciones públicas de salud mental. En otras palabras, se necesita un nuevo constructo de urgencias psiquiátricas. Sin embargo, no existen datos endurecidos o concretos que fortalezcan cuantitativamente el constructo de lo que es una urgencia psiquiátrica.

Existen muchas condiciones que motivan la asistencia a un servicio de urgencias psiquiátricas, pero dichos motivos no suelen estar jerarquizados por

prioridad de riesgo o si lo están, utilizan procedimientos o herramientas poco aptas para tal fin. Lo anterior repercute en algunos servicios de urgencias psiquiátricas que no tienen un procedimiento definido de identificación de las urgencias psiquiátricas (triage) o bien utilizan instrumentos de triage diseñados para la categorización de urgencias médicas, lo cual no ofrece una validez, confiabilidad, sensibilidad ni especificidad suficiente para dicha categorización. En México hay un vacío muy grande en el conocimiento del funcionamiento y estructura de los servicios de urgencias psiquiátricas, lo cual demanda la creación de estrategias de estudio para detectar áreas de oportunidad en algunos servicios de urgencias.

Los programas de mejora continua a los Servicios de Urgencias (Por ejemplo el programa SUMAR<sup>27</sup>), contemplan exclusivamente a los servicios de urgencias médicas en hospitales generales. Estos programas recomiendan estrategias para mejorar la calidad, atención, resolución y satisfacción en los servicios que atienden urgencias médicas, quirúrgicas, traumatológicas y hasta obstétricas, pero no contemplan a las urgencias psiquiátricas. Lo anterior implica un importante rezago en la atención y resolución de problemas agudos de la salud mental, siendo fundamentales las iniciativas que gestionen e implementen la mejora continua en los servicios de urgencias psiquiátricas.

No se tienen reportes específicos de los modelos de atención a urgencias psiquiátricas en México que se llevan a cabo en algunas de las instituciones del Sector Salud que pueden considerarse representativas o fundamentales respecto de la atención psiquiátrica. Es necesario conocer los procedimientos existentes y si éstos tienen programas estructurados que permitan conocer los indicadores de calidad de atención respecto de los servicios de urgencias psiquiátricas.

Por otro lado, no se conoce si la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico (instrumento previamente implementado y aplicado para la clasificación, jerarquización y organización de la atención de urgencias psiquiátricas en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría), podría implicar cambios a los principales indicadores

de atención basales o estándares en los servicios que ofrecen atención en urgencias en psiquiatría después de implementarse y aplicarse en otro tipo de instituciones que puedan ser representativas de la atención médica y atención en salud mental en nuestro país.

Es frecuente encontrar rechazo, discriminación, estigma y falta de sensibilidad hacia los trastornos mentales, especialmente aquellos en estado agudo, mencionando como algunos ejemplos los intentos suicidas, las intoxicaciones por sustancias y las crisis afectivo-conversivas que llegan a instituciones de salud no psiquiátricas que ofrecen atención en urgencias. Esta desafortunada y frecuente respuesta por parte de los profesionales no pertenecientes a la salud mental suele deberse a la falta de capacitación, homologación de criterios o de conocimientos básicos sobre las urgencias psiquiátricas, así como la discriminación o el estigma relacionados con los trastornos mentales. Ello expone frecuentemente a los usuarios con algún tipo de urgencia psiquiátrica a una continua vulnerabilidad, aumento en la brecha de atención y exposición a discriminación y maltrato en los servicios de urgencias a dichas condiciones.

Es por eso que se requieren nuevas estrategias para fortalecer procesos de mejora continua que dignifiquen y mejoren la atención en salud mental a pacientes agudos, lo cual requiere de gestionar capacitación, políticas y programas sectoriales y de mejora continua hacia los procedimientos administrativos de tipo sociomédico con impacto en indicadores de sistemas de salud; para ello se requieren los estudios más básicos que demuestren que la implementación de éstos programas efectivamente tienen algún tipo de impacto significativo en los terrenos sociomédicos y de calidad y seguridad del paciente. Esto obliga a los profesionales clínicos y administrativos de la salud a innovar estrategias de mejora continua así como capacitación a los recursos humanos que laboran en los servicios de urgencias.

## JUSTIFICACION

El presente estudio permitirá conocer dos aspectos de las urgencias psiquiátricas que se atienden en instituciones de salud de nuestro país. Por un lado explorará las características habituales de atención de algunas instituciones representativas de la atención en salud mental mexicanas, y por otro lado permitirá conocer la validez externa de un instrumento que se ha probado previamente en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría, pero se desconoce cómo podría funcionar en otro tipo de instituciones. Al conocer los criterios de actuación de algunas instituciones de salud respecto de las urgencias psiquiátricas, se aportarán al conocimiento la situación actual de los sistemas de salud que llevan a cabo la cobertura de atención a usuarios con condiciones psiquiátricas urgentes.

Debido a que los programas prioritarios de salud no suelen incluir en ocasiones a la salud mental, el conocimiento de la situación actual de los aspectos más primordiales de la utilización de algunos de los servicios de urgencias psiquiátricas del sector salud revelará un dato desconocido hasta la fecha. El presente estudio tendrá como beneficio dos aportaciones cruciales al conocimiento de las urgencias psiquiátricas y la salud mental: En primer lugar, permitirá detectar los principales indicadores de actividad, calidad, satisfacción y continuidad corrientes en los servicios de urgencias psiquiátricas de Instituciones que estén interesadas en implementar éste procedimiento, y en segundo lugar, se realizará un proceso de implementación del Triage Psiquiátrico, lo cual generará además de un conocimiento para determinar el impacto en los indicadores de utilización de servicios posterior a la aplicación del Triage Psiquiátrico y del Algoritmo del Triage Psiquiátrico, ofrecerá una alternativa de mejora continua a los servicios de urgencias que a la fecha no se ha considerado en los programas de calidad y mejora continua locales o federales.

La Implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en los diferentes servicios de urgencias permitirá conocer si el instrumento mencionado puede representar una mejora en los procesos existentes en diferentes instituciones

de salud que otorgan atención a las urgencias psiquiátricas, y en caso de que se llegue a evidenciar un cambio significativo en los indicadores de atención de los servicios se podrá generar un conocimiento sobre un procedimiento de organización y estructuración de servicios de urgencias pionero en nuestro país. Al conocer las características de atención de éstas instituciones de salud e implementar un instrumento que ha demostrado ser útil en la clasificación de urgencias psiquiátricas, se podrá tener una visión más clara de la situación actual de las características y manejo de las urgencias psiquiátricas en nuestro país, así como el impacto administrativo en la calidad de atención de los servicios tras la implementación y aplicación de un modelo de atención en urgencias psiquiátricas pionero en México.

El aporte global de éste conocimiento radicará en que se tendrán datos cuantitativos de un sistema mexicano vigente de atención en salud que se ha calificado como poco objetivo y de menor prioridad al ser comparado con otro tipo de modelos asistenciales, lo cual podrá a su vez abrir importantes posibilidades de interés científico en un área de la salud mental poco explorada y comprendida.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿La implementación del Triage Psiquiátrico mejora los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad en servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas?

### **HIPOTESIS**

La implementación del Triage Psiquiátrico mejora los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad de utilización de servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo General.-** Conocer el Impacto de la Implementación y Aplicación del Triage Psiquiátrico en los Indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad de algunos servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas

### **Objetivos Específicos:**

1.- Describir las características físicas y de recursos humanos de algunos servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas.

2.- Describir los indicadores basales de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad de algunos servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas

3.- Describir los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad de algunos servicios de urgencias psiquiátricas de instituciones de salud mexicanas posteriores a la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico.

4.- Determinar el impacto en los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad posterior a la aplicación del Triage Psiquiátrico.

## **MÉTODO**

El presente estudio por su diseño y objetivos estará constituido de tres fases:

- 1.- Fase de Introducción
- 2.- Fase de Implementación y Aplicación
- 3.- Fase de Análisis de los Resultados



## PROCEDIMIENTO

### 1.- Fase de Introducción

La fase de introducción incluyó dos subfases en el proyecto: *La subfase de Gestión y la subfase de Descripción.*

#### a) Subfase de Gestión

La participación de las Instituciones en el proyecto fue de dos formas: 1.- Por invitación o 2.- Por Solicitud.

*1.- Por invitación:* El investigador principal contactó a la Institución mediante entrevistas o la elaboración de una carta invitación dirigida a la Dirección General de algunas instituciones de salud mental que podrían ser representativas de la atención en servicios de urgencias, y por otro lado, que pudiesen estar interesadas en la implementación del Triage Psiquiátrico. Algunas Instituciones que se podrían considerar representativas de la atención a UP podrían ser: el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, el Hospital Psiquiátrico “Samuel Ramírez Moreno” y la Clínica 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las características de las Instituciones que podrán ser invitadas a participar en éste protocolo son: Instituciones de Salud Mental en área urbana, en la Ciudad de México o Interior de la República, de Segundo o Tercer Nivel de Atención, que tengan un servicio de urgencias o atención médica continua encargado de valorar diferentes condiciones críticas o agudas, con productividad superior a las 5,000 consultas psiquiátricas anuales para hospitales psiquiátricos o 10,000 anuales para hospitales generales o de alta especialidad con servicio de psiquiatría o neuropsiquiatría (Secretaría de Salud, 2008).

Antes de dirigirse a la Institución objetivo, se procedió a realizar oficios de invitación a participar en el proyecto a los Titulares de cada Institución

(Director General) con copia al Director Médico y al Responsable o Jefe del Servicio de Urgencias. Las cartas invitaciones fueron avaladas por la Dirección General del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, en las que hizo énfasis en los alcances y beneficios que podrá representar la autorización de la realización del proyecto en cada institución representativa. En las Instituciones que se entregó carta invitación, se anexó copia del protocolo para su estudio y análisis, y la respuesta quedó supeditada a los criterios y procedimientos inherentes de cada institución. En caso de ser necesario, el Investigador Principal se presentó personalmente con el Titular o los responsables clínicos o administrativos las veces que fuese necesario para aclarar dudas o inquietudes. De acuerdo a los lineamientos de cada institución invitada a participar se esperó un oficio de respuesta que especificara si se ha concedió la autorización local de cada Institución representativa invitada para dar inicio al proyecto, o en su caso, falta de respuesta o carta de negativa a participar en el estudio.

En caso de que la respuesta fuese positiva, se solicitó que el o los oficios de autorización pudiesen permitir el acceso a las áreas de urgencias o atención médica continua de las instituciones que aceptaran participar, para hacer contacto con el personal operativo administrativo (Jefe del Servicio de Urgencias/Atención Médica Continua) como con el personal operativo clínico (Médicos Adscritos al Servicio de Urgencias, Enfermería, Psicología y Trabajo Social).

*2.- Por solicitud.* Se propuso a la Dirección de Enseñanza del INPRF vía Departamento de Educación Continua, la difusión del presente protocolo de investigación así como un Curso-Taller de Aplicación del Triage Psiquiátrico, en el que por solicitud expresa de algunas Instituciones se podría capacitar presencialmente sobre el Instrumento al personal médico y/o paramédico designado de cada Institución. Se difundió en los medios disponibles de la Dirección de Enseñanza del INPRF (Página web, boletín de actividades académicas, videoconferencia “Triage en Urgencias Médicas y Psiquiátricas” dictada por el investigador principal del proyecto) tanto los objetivos del presente proyecto de investigación como la posibilidad de tomar un curso-taller

sin costo, de 6 horas de duración coordinado e impartido por el Investigador Principal, consistente en aplicación del Triage Psiquiátrico dirigido al personal médico de las Instituciones y con aval del Departamento de Educación Continua del INPRF.

Aquellas instituciones que contestaron por escrito aceptando la invitación o que enviaron una carta oficial avalada por la Dirección General de la Institución, la cual solicitara expresamente participar ya sea en el curso de implementación del Triage psiquiátrico o bien en el presente proyecto de investigación, fueron las que se incluyeron en el estudio.

Una vez teniendo los oficios de aprobación o autorización de participación en el proyecto, ya sea por medio de una contestación positiva a una invitación o bien a la solicitud expresa de una institución a fin de implementar el Triage Psiquiátrico en una determinada institución, se procedió a realizar la subfase de descripción y la fase de implementación mencionadas a continuación.

## **b) Subfase de Descripción**

### *1.- Descripción del Servicio de Urgencias*

Se describió mediante entrevistas estructuradas al personal médico y paramédico que las autoridades hospitalarias de cada institución designaron para así contestar, lo que se menciona a continuación: La ubicación geográfica, estructura física, población cubierta así como los recursos materiales y humanos que integran cada uno de los servicios de urgencias/atención médica continua de las instituciones de salud representativas y que hayan aceptado la subfase de gestión de éste proyecto.

Se describió mediante una entrevista estructurada al personal médico y paramédico que las autoridades hospitalarias designaron los siguientes datos de la infraestructura física y humana de los servicios de urgencias: Los recursos materiales del área del servicio de urgencias, incluyendo área en m<sup>2</sup>,

número de consultorios disponibles, presencia de área de observación, recursos tecnológicos (computadoras, impresoras, teléfonos, etc.), presencia de personal de vigilancia y número de elementos disponibles, presencia de protocolos para atención inmediata por existencia de emergencia médica o violencia humana, recursos auxiliares para traslado de paciente intra o extra institucional (camillas, sillas de ruedas, ambulancia, etc.), presencia de área de choque con aditamentos (Oxígeno, desfibrilador, carro rojo, etc.).

Se elaboró un diagnóstico situacional del servicio de urgencias, enfocándose en las fortalezas y debilidades del servicio.

Se describió mediante entrevista estructurada con las autoridades hospitalarias el procedimiento habitual de atención (ya sea que esté consignado en un manual de procedimientos en caso de existir) y si existen políticas, protocolos o procesos específicos para el manejo de las urgencias psiquiátricas dentro del servicio. Se preguntará sobre capacitación continua, actividades de investigación, jornada laboral y actividad clínica de los recursos humanos del servicio.

## *2.- Reclutamiento de la muestra representativa (semana tipo) de utilización basal del servicio*

La meta inicial de instituciones con las que se trabajó para la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico fue un número de 3 hospitales o instituciones probables, de acuerdo a la respuesta positiva a la invitación o a la carta solicitud. Se obtuvo una muestra de utilización basal habitual del servicio, representada por todos los usuarios que acudieron al servicio de urgencias en una *semana tipo (week census)*<sup>76</sup>, la es una estrategia de investigación en utilización de servicios de salud y particularmente en servicios de urgencias, en la que se establece una medición basal de la utilización de un servicio de urgencias mediante el registro de todas las consultas que se presentan en un servicio de Lunes a Domingo las 24 horas, sin días festivos o de temporada vacacional<sup>76</sup>. El número de usuarios a evaluar por semana tipo fue variable respecto de cada Institución (por ejemplo, en el

INPRF el número de usuarios por semana tipo varía de 140 a 160 usuarios, para el caso del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez de 180 a 220, etc.) Cada consulta se registró con sus respectivas variables sociodemográficas, clínicas y de indicadores de actividad, calidad de proceso y satisfacción. La semana tipo será la muestra para evaluar el impacto de una medida sobre la utilización de un servicio de urgencias. Algunos estudios han utilizado la semana tipo para evaluar el impacto de la utilización de los servicios durante y después de un determinado fenómeno como un desastre natural o secundario al terrorismo<sup>76</sup>. La utilización de la semana tipo puede ser una herramienta útil para obtener una muestra representativa de uso de servicios y costos de atención en salud<sup>77</sup>.

CRITERIOS DE INCLUSION DE LA SEMANA TIPO BASAL: Se incluyeron todos los usuarios que acudieron al servicio en la semana tipo, que cumplieron con los requisitos administrativos de la respectiva institución, que el paciente y/o el familiar aceptaron firmar carta de consentimiento informado en la que se solicitó autorización de revisión de expediente clínico o electrónico, que recibieron una consulta formal de urgencias con los procedimientos habituales de cada institución, que contestaron la encuesta de los doce indicadores de calidad al final de su consulta, que contaron con un registro de atención durante el servicio, el cual podía incluir el antecedente si durante la consulta se requirió la aplicación de un procedimiento especial (Intervención en crisis, restricción química o física en el servicio de urgencias, toma de muestras de laboratorio, canalización intravenosa, monitorización cardiovascular), con la emisión de un diagnóstico clínico, una recomendación terapéutica y que el paciente haya egresado del servicio con un envío (referencia) específico.

CRITERIOS DE EXCLUSION DE LA SEMANA TIPO BASAL: Se excluyeron los usuarios que no aceptaron firmar la carta de consentimiento de revisión de datos de su expediente clínico o que no completaron el procedimiento administrativo y/o clínico de la utilización habitual de los respectivos servicios de urgencias, es decir, que no hayan contado con todas las características mencionadas en los criterios de inclusión previamente mencionados.

CRITERIOS DE ELIMINACION DE LA SEMANA TIPO BASAL: Se eliminaron a los sujetos que solicitaron expresamente salir del estudio después de haber firmado su carta consentimiento o aquellos que por alguna razón no hubiese sido posible consultar el expediente clínico o registros electrónicos.

VARIABLES DE LA MUESTRA BASAL DEL SERVICIO: Se llenó una hoja realizada exprofeso para el vaciado de las variables del estudio de la fase descriptiva, en la que se registraron los siguientes datos:

A) Variables sociodemográficas

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- 1ª vez o subsecuente
- 4.- Estado Civil
- 5.- Escolaridad
- 6.- Religión
- 7.- Distancia del Domicilio a la Institución

B) Variables clínicas

- 1.- Diagnóstico psiquiátrico (CIE-10)
- 2.- Consumo actual de Alcohol (último mes)
- 3.- Consumo anterior de alcohol
- 4.- Consumo actual de otras sustancias (último mes)
- 5.- Consumo anterior de otras sustancias
- 6.- Riesgo suicida actual (última semana)
- 7.- Número de intentos suicidas a lo largo de la vida
- 8.- Riesgo suicida actual
- 9.- Número de intentos suicidas previos

- 10.- Utilización del área de Observación
- 11.- Intervención restrictiva (sujeción) en urgencias
- 12.- Intervención conductual (intervención en crisis) en urgencias
- 13.- Intervención farmacológica (ministración de medicamentos) en urgencias
- 14.- Envío o referencia
- 15.- Adherencia a consulta externa subsecuente

### C) Variables de Indicadores de uso del servicio

#### C.A) Indicadores de Actividad:

- C.A.1 Número de consultas urgentes
- C.A.2 Frecuencia relativa anual
- C.A.3 Frecuencia relativa diaria

#### C.B) Indicadores de calidad de proceso

- C.B.1 Tiempo medio de primera asistencia facultativa (Tiempo de espera)
- C.B.2 Tiempo medio de atención (Tiempo de consulta)
- C.B.3 Tiempo medio de permanencia en urgencias (Length of Stay, LOS)
- C.B.4 Codificación diagnóstica de altas
- C.B.5 Proporción de pacientes que recibieron maniobras especiales
- C.B.6 Proporción de ingresos
- C.B.7 Tasa de retorno a urgencias en las últimas 72 horas
- C.B.8 Abandono del servicio sin ser valorado

#### C.C. Indicadores de satisfacción

- C.C.1 Usuario al que se aplica el cuestionario
- C.C.2 Satisfacción con el tiempo de espera
- C.C.3 Oportunidad de comentar al médico su estado de salud
- C.C.4 Información del Médico sobre su estado de salud
- C.C.5 Información del Médico sobre el tratamiento que debe seguir

- C.C.6 Información del Médico sobre los cuidados que debe seguir
- C.C.7 Información que brindó el médico sobre el envío
- C.C.8 Información que brindó el médico sobre las maniobras especiales en urgencias (Si aplica)
- C.C.9 Claridad general de la información que brindó el médico
- C.C.10 Satisfacción con la cantidad de medicamentos prescritos
- C.C.11 Trato en general que recibió en la unidad
- C.C.12 Personal que le dio mal trato (Si aplica)

C.D. Indicadores de continuidad (Para ser evaluados a los seis meses de seguimiento según reportes en expediente clínico o registros electrónicos)

- C.D.1 Asistencia a Consulta de Urgencias
- C.D.2 Número de hospitalizaciones
- C.D.3 Promedio de días de hospitalización
- C.D.4 Asistencia s Psicoterapia
- C.D.5 Asistencia a citas programadas en la consulta externa

La muestra obtenida por la semana tipo basal de las variables sociodemográficas, clínicas, de indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad, organizada en forma de todas sus respectivas variables, fue comparada con una segunda muestra que posteriormente se reclutó, tras las fases de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en los usuarios de una segunda semana tipo dentro del mismo servicio de urgencias, en cada una de las instituciones que hayan aceptado participar haya sido por invitación o por solicitud.

## **2.- Fase de Implementación y Aplicación**

La fase de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico incluyó los procedimientos referentes a la capacitación sobre el concepto y utilidad del Triage Psiquiátrico así como el algoritmo del Triage Psiquiátrico (asignación de tiempos de espera según el nivel de riesgo de cada urgencia psiquiátrica) al



personal médico y paramédico de los servicios de urgencias de cada institución de salud.

La fase de implementación y Aplicación incluyó las siguientes subfases: *Subfase de capacitación, de implementación y de aplicación.*

**a) Subfase de capacitación.**

Se hicieron las gestiones pertinentes para asignar una fecha y hora específica en cada institución con el objetivo primordial de capacitar mediante un curso único presencial en materia de aplicación del Triage Psiquiátrico el mayor número posible de recursos humanos de cada institución. Lo anterior se hizo con la autorización y colaboración de las autoridades administrativas y los titulares del área de urgencias de cada institución participantes, con el objetivo de llevar a cabo un curso teórico-práctico de seis horas de duración a los recursos humanos (médicos y paramédicos) que fueron designados o que hayan tenido interés en colaborar en la presente investigación como evaluadores o aplicadores del Triage Psiquiátrico, durante una segunda semana tipo.

Debido a que ésta investigación no contó con auspicio o financiamiento, la invitación a la participación al personal adscrito y residente de cada institución pudo promoverse como estrategia de mejora continua institucional o de actividad de investigación, actividades susceptibles de ser tomadas en cuenta como parte del programa de estímulos a la calidad del desempeño para el personal adscrito a la Secretaría de Salud Estatal o Federal, o bien como parte de una tesis de especialidad para el personal médico residente.

Se procedió a realizar un entrenamiento teórico-práctico mediante la impartición de un curso-taller estructurado y estandarizado al personal médico y paramédico de cada institución. En todos los casos, el profesor titular responsable de dicha capacitación fue el Investigador Principal de éste Proyecto.

Cada curso de capacitación para la aplicación de Triage Psiquiátrico consistió en un curso único impartido en un día, constituido en seis horas valor curricular (dos teóricas y cuatro prácticas). El curso y sus respectivas constancias fueron avalados por parte del Departamento de Educación Médica Continua pertenecientes a la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría. Cada una de las sesiones teórico-prácticas de entrenamiento consistieron en las siguientes:

I. Definiciones de Urgencias y Emergencias. Historia del Triage. Triage en Urgencias Médicas. Triage en Salud Mental. Necesidades de implementación de nuevos instrumentos de Triage en Salud Mental en Instituciones de Salud (Una hora).

II. Instrumento de Triage Psiquiátrico, niveles de riesgo, condiciones en los servicios de urgencias, y evaluación rápida. Algoritmo de Triage Psiquiátrico: Tiempos de espera, intervenciones en caso de emergencia médica, urgencia psiquiátrica de alto, medio, bajo y nulo riesgo. Proyecto de Investigación “Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas” (Una hora).

III. Taller de aplicación del Triage Psiquiátrico mediante viñetas clínicas y taller grupal (Dos horas).

IV. Aplicación supervisada del Triage Psiquiátrico del Triage Psiquiátrico en población usuaria real (Dos horas).

Para todas las instituciones de salud participantes, se recomendó un período de “lavado” de dos a cuatro semanas posterior al entrenamiento en aplicación del Triage Psiquiátrico, para evitar sesgos secundarios a la capacitación reciente del personal, además de que fue necesario que el procedimiento de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico pudiese tener un proceso de estandarización suficiente para poder evaluar con certeza los posibles resultados de la implementación y aplicación del Triage

Psiquiátrico en los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad.

## **b) Subfase de Implementación**

Se acordó con la autoridad administrativa y/o Titular del Área de Urgencias una fecha viable tanto para la institución como para el Investigador principal, en la que se pudiese captar la segunda muestra con el triage psiquiátrico implementado y con aplicación estandarizada (semana tipo, de Lunes a Domingo, las 24 horas continuas) en los usuarios del servicio de urgencias de cada una de las sedes representativas, después de haber recibido la capacitación correspondiente.

Se elaboraron hojas impresas con esquemas del Triage Psiquiátrico, así como el algoritmo de actuación del Triage Psiquiátrico para el o los clínicos que intervengan durante la fase de aplicación del instrumento y del algoritmo de actuación del Triage Psiquiátrico.

A partir de la fase de implementación, los responsables de la Implementación, estandarización, aplicación y toma de decisiones respecto del Triage Psiquiátrico fue el mismo personal de la Institución, no participando en ningún momento de la aplicación del Triage Psiquiátrico el investigador principal, con el objetivo de evitar sesgar los resultados de la implementación del Triage Psiquiátrico.

Cada titular de institución o área de urgencias tendrá la responsabilidad de garantizar que el Triage Psiquiátrico fuese aplicado en todos los usuarios las 24 horas de Lunes a Domingo de una semana tipo. Cada institución asignó según sus propios procedimientos o recursos al personal responsable de la aplicación del Triage Psiquiátrico. Generalmente una sola persona por turno pudo realizar todos los Triage Psiquiátricos de los usuarios que van llegando a solicitar atención al servicio, ya que la aplicación del Triage Psiquiátrico requiere pocos minutos y en ocasiones incluso segundos, y la calificación del Triage

Psiquiátrico sólo determinó la prioridad de atención y los tiempos máximos de espera según cada condición.

La implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico implicó como única maniobra la asignación de diferentes tiempos de espera de atención en función de los diferentes niveles de riesgo en los usuarios de su respectiva institución y semana tipo. Las intervenciones cognitivas, conductuales, farmacológicas, de restricción física o química, así como el envío y seguimiento quedaron completamente bajo criterio de cada Institución.

Siempre que fue posible, las valoraciones o entrevistas (consultas) de urgencias no fueron realizadas por el mismo personal que aplique el Triage Psiquiátrico. Así mismo, el personal que aplicó el Triage psiquiátrico fue designado por el mismo personal Institucional. A éste respecto, aunque la aplicación del Triage Psiquiátrico es relativamente sencilla, las recomendaciones apuntan a que los aplicadores del Triage Psiquiátrico sean los médicos de mayor jerarquía o experiencia, ya que conocen con más detalle los signos y síntomas de los trastornos mentales. Sin embargo debido a la infraestructura de cada institución no siempre fue posible que el médico con mayor experiencia aplicara el Triage Psiquiátrico, pudiendo ser aplicado por personal paramédico (Enfermería, Trabajo Social, Psicología) o Personal Administrativo (Secretarial).

Se elaboraron hojas realizadas ex profeso para la captura de las variables sociodemográficas, clínicas y de indicadores de utilización del servicio.

### **c) Subfase de Aplicación**

La aplicación del Triage Psiquiátrico y del Algoritmo del Triage Psiquiátrico se realizaron posterior a la medición de la semana tipo basal y a la capacitación del personal de salud. Antes de la medición de la segunda semana tipo (Semana tipo del servicio de urgencias con el Triage Psiquiátrico estandarizado y en funcionamiento) se dejó pasar un período de “lavado” de dos a cuatro semanas, con el objetivo de que el procedimiento de Triage Psiquiátrico fuese

suficientemente aplicado y estandarizado en el servicio de urgencias de cada institución de salud.

Se concertó con las autoridades institucionales una segunda cita en la institución para la medición de una segunda semana tipo con la aplicación del Triage Psiquiátrico. Fue entonces que se llevó a cabo una segunda medición de una semana tipo (Lunes a Domingo las veinticuatro horas, sin vacaciones ni días festivos) con los usuarios que acudieron al servicio, ésta vez con el Triage Psiquiátrico aplicándose y en funcionamiento habitual en el servicio de urgencias.

Durante los siete días de la semana tipo de la aplicación del Triage Psiquiátrico, todos los usuarios del respectivo servicio de urgencias de la respectiva institución fueron evaluados a su llegada al servicio con una evaluación del Triage Psiquiátrico para detectar el nivel de riesgo, color y código de urgencia psiquiátrica según el Triage Psiquiátrico establecido.

Durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, se priorizó la atención a los usuarios que tengan niveles de riesgo mayores en comparación con los que tengan niveles de riesgo menores, de acuerdo con el algoritmo de actuación descrito en páginas anteriores. De ésta forma, se siguió el procedimiento primario en el algoritmo del Triage psiquiátrico (antes de la consulta formal) según el color detectado por el Triage psiquiátrico, siendo preciso enfatizar que la única maniobra que se realizará en función de la evaluación del Triage Psiquiátrico será aumentar o disminuir los tiempos de espera de la atención médica según el código de color y calificación del Triage Psiquiátrico, definiendo los códigos de color y tiempos de espera a continuación:

El personal médico de cada Institución asignó uno de cinco niveles de riesgo del Triage Psiquiátrico según las características clínicas que vaya presentando cada usuario en el servicio. Se precisa a continuación los cinco niveles de riesgo del Triage Psiquiátrico, las condiciones probables que pudiesen representarla, y en qué circunstancias el evaluador podría clasificarlas:

### *1.- Color marrón (emergencia médica)*

La urgencia color marrón es la condición primordialmente médica que puede o no cursar con síntomas psiquiátricos, que implica un riesgo inminente de daño a la vida o función, y que amerita una intervención inmediata o mediata con una demora de no más de una hora de atención. El tiempo de espera según el Triage Psiquiátrico es **Atención Inmediata**.

Ejemplos de acciones que correspondería realizar para UP código marrón y que quedarán a criterio de cada Institución podrán ser:

- Maniobras de Reanimación Cardiopulmonar Básica o Avanzada.
- Exploración física y neurológica inmediata para llenado de hoja de referencia a hospital general.
- Impregnación o ministración IV de fármaco antiepiléptico y posterior referencia.
- Primeros auxilios (lavado, asepsia, antisepsia) de heridas provocadas por autolesiones.
- Elaboración inmediata de nota médica y referencia a servicio de urgencias médicas para estabilización médica con solicitud de contra-referencia.

### *2.- Color Rojo (urgencia psiquiátrica de alto riesgo)*

La urgencia color rojo es la condición psiquiátrica que se ha descartado una condición primordialmente médica, que cursa con síntomas psiquiátricos con presencia de agitación y violencia severos, que implica un riesgo inminente de daño a la integridad física del paciente o de terceros, manifestada por violencia explícita moderada (Gritar o Insultar) o violencia explícita grave (Golpear o amenazar) y que amerita una intervención inmediata, dirigida primordialmente a proteger al paciente de las consecuencias de sus actos violentos a sí mismo y a terceros. El tiempo de espera recomendado del Triage Psiquiátrico para las urgencias color rojo es: **Atención inmediata**.

Ejemplos de acciones que correspondería realizar para UP código rojo y que quedarán a criterio de cada Institución podrán ser:

- Intervención coordinada de todo el staff del servicio de urgencias/atención médica continua, incluyendo personal médico, de enfermería y de vigilancia
- Presencia de *coordinación senior*<sup>78</sup> del manejo de la urgencia, es decir, presencia de personal médico de alta experiencia que dirija la intervención.
- Aplicación de contención verbal según el caso lo amerite y el paciente sea susceptible de de-escalar la conducta agresiva dinámica. La contención verbal a la conducta agresiva suele ser altamente efectiva en la mayoría de los casos y puede evitar manejo de restricción física o química innecesaria. Sólo la puede aplicar personal con experiencia clínica en éste tipo de pacientes.
- Aplicación de restricción física según el caso lo amerite por indicación médica (La restricción física incluye aislamiento, inmovilización o sujeción)<sup>65</sup>.
- Aplicación de restricción química según el caso lo amerite por indicación médica (la restricción química psicofarmacológica recomienda aplicación de un fármaco antipsicótico oral en los casos de violencia moderada o intramuscular en los casos de violencia severa)
- Enviar al paciente a un área de observación donde un equipo multidisciplinario observe estrechamente la evolución del paciente. Deberán documentarse por parte del personal médico y enfermería las notas de evolución respectivas y que coordinen las indicaciones de ambos.
- Cuando la conducta agresiva se haya controlado, se pasará a la evaluación formal del servicio de urgencias, en la que se decidirá si el paciente es internado en la misma institución, enviado a servicios ambulatorios o referido a otra institución.

### 3.- *Color amarillo (Urgencia Psiquiátrica de riesgo medio)*

Las urgencias amarillas (urgencia psiquiátrica de riesgo medio) son las condiciones vulnerables que no ameritan una atención inmediata propiamente dicha ya que no ponen en peligro inminente la vida, función o integridad física del individuo o de terceros, sin embargo representa un estado activo de

*agitación psicomotriz no agresiva* de características psicótica, ansiosa, afectiva o somatoforme; por ésta razón la urgencia amarilla amerita una atención diferida pero aún priorizada debido a un estado psiquiátrico crítico. Al ser estados críticos que generan una dificultad aguda y considerable de funcionamiento psicosocial, el clínico debe de considerarlas en forma significativa. El tiempo de espera sugerido por el Triage Psiquiátrico es **pasar al usuario al área de observación y espera de 15 a 30 minutos**.

Ejemplos de acciones que correspondería realizar para UP código amarillo y que quedarán a criterio de cada Institución podrían ser:

- El paciente pasa al área de observación para ser monitorizado.
- No requiere restricción física o química, pero sí vigilancia estrecha por el personal médico y de enfermería.
- Puede permanecer sentada(o) o acostada(o) en observación, tomando las precauciones generales del paciente en urgencias de acuerdo a las metas internacionales de calidad y seguridad del paciente (por ejemplo identificación del paciente, control de caídas, aplicación correcta de medicamentos).
- Recibe una intervención inicial en crisis.
- De ser necesario, recibe medicación ansiolítica o antipsicótica oral como adyuvante de la intervención en crisis.
- Una vez yugulada la crisis y siendo el paciente capaz de verbalizar, puede pasar a la consulta normal de urgencias

#### *4.- Color verde (Urgencia Psiquiátrica de riesgo bajo)*

Las urgencias verdes son las condiciones psiquiátricas agudas o subagudas que no implican un peligro inminente para la vida o la función ni un estado crítico vulnerable propiamente dicho que requiera una intervención en crisis, que generan un estado de malestar en el usuario objetivo y significativo y que lo motiva a solicitar atención expedita.

Según el Triage Psiquiátrico, el período de espera sugerido para los usuarios con urgencia verde es **espera máxima de 60 minutos**. El tiempo de



espera es sugerido y puede variar de acuerdo a la demanda general del servicio y a la presencia de otras condiciones de mayor riesgo.

Ejemplos de acciones que correspondería realizar para UP código verde y que quedarán a criterio de cada Institución podrán ser:

- Se les informa de su condición no crítica y se les informa del tiempo aproximado de espera según la cantidad de trabajo del servicio y la presencia de condiciones más críticas de otros pacientes.
- Se les brinda material psicoeducativo (trípticos) con información del servicio o informativos sobre la atención psiquiátrica ambulatoria
- Se les pasa a la sala de espera

#### *5.- Color Blanco (Urgencia Psiquiátrica de riesgo nulo)*

Las urgencias blancas (Urgencia sentida y riesgo nulo) son las condiciones diversas (generalmente no son siquiera resultado de un estado psiquiátrico agudo) que no implican riesgo alguno y que están motivadas más para desahogar una diligencia administrativa o personal. En éste rubro corresponden los usuarios frequentadores del servicio que no desarrollan apego a la consulta externa y que la disponibilidad de los servicios de urgencias favorece a que se acerquen a solicitar la atención. Las expectativas de éstos usuarios suelen ser muy diferentes a los objetivos médicos de los servicios de urgencias. Algunos de los motivos de asistencia al servicio son la expedición de recetas, solicitud de resúmenes clínicos u otros documentos de carácter administrativo o legal, imposibilidad de asistencia a consulta externa por horario o economía, entre otras.

El tiempo sugerido por el Triage Psiquiátrico para las urgencias blancas es **espera de un máximo de 60 a 120 minutos**. El tiempo de espera es sugerido y puede variar de acuerdo a la demanda general del servicio y a la presencia de otras condiciones de mayor riesgo.

Ejemplos de acciones que correspondería realizar para UP código blanco y que quedarán a criterio de cada Institución podrán ser:

- Se les informa de su condición no crítica y se les informa del tiempo aproximado de espera según la cantidad de trabajo del servicio y la presencia de condiciones más críticas de otros pacientes.
- Se les brinda material psicoeducativo (trípticos) con información del servicio o informativos sobre la atención psiquiátrica ambulatoria.
- Se les explica que el apego a los servicios ambulatorios es el principal factor para mantener bienestar en la salud mental, y la frecuentación del servicio no suele resolver la condición por la que acuden.

Al igual que el método especificado en la fase de descripción, se registrarán en los usuarios las variables sociodemográficas, clínicas y de indicadores de utilización de servicios para la semana tipo en la que se implementó y aplicó el Triage Psiquiátrico:

CRITERIOS DE INCLUSION DE LA SEMANA TIPO DE APLICACIÓN DEL TRIAGE PSIQUIATRICO: Se incluyeron todos los usuarios que acudan al servicio en la semana tipo en la que se aplicó el Triage Psiquiátrico, que cumplieron con los requisitos administrativos de la respectiva institución, y en los que el paciente y/o el familiar aceptaron firmar carta de consentimiento informado en la que se solicitó autorización de revisión de expediente clínico o electrónico, que recibieron una consulta formal de urgencias con los tiempos de espera sugeridos por el algoritmo del Triage Psiquiátrico, que hayan contestado la encuesta de los doce indicadores de calidad al final de su consulta, que contaron con un registro de atención durante el servicio en el que se especificó si la consulta requirió la aplicación de un procedimiento especial (Intervención en crisis, restricción química o física en el servicio de urgencias, toma de muestras de laboratorio, canalización intravenosa, monitorización cardiovascular), con la emisión de un diagnóstico clínico, una recomendación terapéutica y que el paciente haya egresado del servicio con un envío (referencia) específico.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE LA SEMANA TIPO DE APLICACIÓN DEL TRIAGE PSIQUIATRICO: Se excluyeron los usuarios que no acepten firmar la carta de consentimiento de revisión de datos de su expediente clínico o que no completaron el procedimiento administrativo y/o clínico de la utilización del servicio de urgencias, es decir, que no contaron con todas las características de los criterios de inclusión previamente mencionados.

CRITERIOS DE ELIMINACION DE LA SEMANA TIPO DE APLICACIÓN DEL TRIAGE PSIQUIÁTRICO: Se eliminaron a los sujetos que solicitaron expresamente salir del estudio después de haber firmado su carta consentimiento o aquellos que por alguna razón no fue posible consultar el expediente clínico o registros electrónicos.

VARIABLES DE LA MUESTRA DE APLICACIÓN DEL TRIAGE PSIQUIATRICO: Se llenó una hoja realizada exprofeso para el vaciamiento de las variables del estudio de la fase descriptiva, en la que se registrarán los siguientes datos:

A) Variables sociodemográficas

- 1.- Sexo
- 2.- Edad
- 3.- 1ª vez o subsecuente
- 4.- Estado Civil
- 5.- Escolaridad
- 6.- Religión
- 7.- Distancia del Domicilio a la Institución

B) Variables clínicas

- 1.- Diagnóstico psiquiátrico (CIE-10)
- 2.- Consumo actual de Alcohol (último mes)

- 3.- Consumo anterior de alcohol
- 4.- Consumo actual de otras sustancias (último mes)
- 5.- Consumo anterior de otras sustancias
- 6.- Riesgo suicida actual (última semana)
- 7.- Número de intentos suicidas a lo largo de la vida
- 8.- Riesgo suicida actual
- 9.- Número de intentos suicidas previos
- 10.- Utilización del área de Observación
- 11.- Intervención restrictiva (sujeción) en urgencias
- 12.- Intervención conductual (intervención en crisis) en urgencias
- 13.- Intervención farmacológica (ministración de medicamentos) en urgencias
- 14.- Envío o referencia
- 15.- Color de Nivel de Riesgo de urgencia psiquiátrica (Para muestra de semana tipo aplicando Triage Psiquiátrico)
- 16.- Puntuación del Triage Psiquiátrico (Para muestra de semana tipo aplicando Triage Psiquiátrico)
- 16.- Adherencia a consulta externa subsecuente

### C) Variables de Indicadores de uso del servicio

#### C.A) Indicadores de Actividad:

C.A.1 Número de consultas urgentes

C.A.2 Frecuencia relativa anual

C.A.3 Frecuencia relativa diaria

#### C.B) Indicadores de calidad de proceso

C.B.1 Tiempo medio de primera asistencia facultativa (Tiempo de espera)

C.B.2 Tiempo medio de atención (Tiempo de consulta)

C.B.3 Tiempo medio de permanencia en urgencias (Length of Stay, LOS)

C.B.4 Codificación diagnóstica de altas

C.B.5 Proporción de pacientes que recibieron maniobras especiales

- C.B.6 Proporción de ingresos
- C.B.7 Tasa de retorno a urgencias en las últimas 72 horas
- C.B.8 Abandono del servicio sin ser valorado

#### C.C. Indicadores de satisfacción

- C.C.1 Usuario al que se aplica el cuestionario
- C.C.2 Satisfacción con el tiempo de espera
- C.C.3 Oportunidad de comentar al médico su estado de salud
- C.C.4 Información del Médico sobre su estado de salud
- C.C.5 Información del Médico sobre el tratamiento que debe seguir
- C.C.6 Información del Médico sobre los cuidados que debe seguir
- C.C.7 Información que brindó el médico sobre el envío
- C.C.8 Información que brindó el médico sobre las maniobras especiales en urgencias (Si aplica)
- C.C.9 Claridad general de la información que brindó el médico
- C.C.10 Satisfacción con la cantidad de medicamentos prescritos
- C.C.11 Trato en general que recibió en la unidad
- C.C.12 Personal que le dio mal trato (Si aplica)

#### C.D. Indicadores de continuidad (Para ser evaluados a los seis meses de seguimiento según reportes en expediente clínico o registros electrónicos)

- C.D.1 Asistencia a Consulta de Urgencias
- C.D.2 Número de hospitalizaciones
- C.D.3 Promedio de días de hospitalización
- C.D.4 Asistencia a Psicoterapia
- C.D.5 Asistencia a citas programadas en la consulta externa.

#### **d) Indicadores de Impacto directo y potencial.**

Uno de los objetivos fundamentales de éste estudio fue determinar el impacto que pudiese generar el Triage Psiquiátrico en los indicadores antes y después de su respectiva implementación y aplicación. Aunque se esperó que

la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico podría generar mejoras en algunos indicadores, en algunos otros probablemente no tenga un impacto directo, aunque podría ser indirecto o potencial.

Es por ello que los indicadores anteriormente mencionados se dividieron en dos posibles resultados: *Indicadores de Impacto directo e impacto potencial*.

1.- Indicadores de impacto directo: Aquellos indicadores que fueron primaria y directamente afectados por la manipulación de los tiempos de espera secundarios a la aplicación del Triage Psiquiátrico. Entre los indicadores de impacto directo se encuentran los siguientes:

a) Tiempo medio de primera asistencia facultativa.- Al priorizar las condiciones, los tiempos de espera se acortan en las situaciones más graves y se alargan en las condiciones menos graves, lo cual acortará el tiempo de espera en las primeras y alargará el tiempo de espera en las segundas.

b) Proporción de pacientes que recibieron maniobras especiales: La realización del triage permite detectar condiciones de alta vulnerabilidad o peligrosidad desde un principio y no hasta que se otorgue la consulta, lo cual puede por un lado, adelantar maniobras especiales como envío a observación, aplicación de restricción o el adelanto de un medicamento determinado.

c) Tasa de retorno a urgencias. La aplicación del triage puede disminuir la tasa de retorno a urgencias de pacientes con condiciones no graves, ya que el mayor tiempo de espera podría desalentar a los usuarios con urgencias con código verde o blanco a regresar al servicio.

d) Tasa de abandono del servicio. La detección oportuna de condiciones que no impliquen riesgo tras la aplicación del triage psiquiátrico, implican un mayor tiempo de espera, con lo cual algunos usuarios sin urgencia psiquiátrica grave podrían abandonar el servicio: cuando no se aplica el Triage los usuarios suelen estar a la expectativa de su valoración y pueden manifestar más paciencia

e) Satisfacción con el tiempo de espera: La aplicación del triage psiquiátrico puede modificar la percepción subjetiva de satisfacción de los usuarios, especialmente de aquellos que al no presentar un nivel de riesgo significativo tendrían que esperar mayor tiempo para ser atendidos.

f) Estancia total en el servicio: La aplicación del triage puede afectar directamente el tiempo total de estancia en el servicio de urgencias, ya que afecta el tiempo de espera desde un principio; así mismo la detección oportuna de cuadros potencialmente agitados puede evitar complicaciones que prolonguen excesivamente el tiempo total de estancia en el servicio.

2.- Indicadores de impacto potencial. Son aquellos indicadores que pueden llegar a verse afectados tiempo después de haberse realizado el triage psiquiátrico, es decir, que sus efectos no son perceptibles inmediatamente después de la aplicación del instrumento, pero que ésta podría modificar a largo plazo algunas conductas o hábitos de los usuarios, especialmente aquellas relacionadas con la continuidad de la atención.

a) Asistencia a urgencias. El triage psiquiátrico puede asignar tiempos de espera prolongados a usuarios sin urgencias psiquiátricas, lo cual podría desalentarlos a frecuentar el servicio más ocasiones, disminuyendo la tasa de frequentadores del servicio

b) Utilización de servicios ambulatorios (Consulta externa). Al desalentar a los usuarios sin urgencias graves de regresar al servicio de urgencias, el Triage psiquiátrico puede ser un motivo para mejorar la adherencia terapéutica en servicios ambulatorios, mejorando el índice de asistencia a servicios ambulatorios y disminuyendo la tasa de abandono del servicio de consulta externa

### 3.- Fase de Análisis de los Resultados.

Al completar las respectivas muestras en cada Institución, se vaciaron los datos en una hoja de cálculo electrónico de Microsoft Excel ® con el objetivo de comparar las variables de la semana tipo basal y de la semana tipo de durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, y se evaluó si existieron diferencias significativas en las variables de cada una de las semanas, y si éstas diferencias podrían ser consideradas como medidas de impacto directo o potencial.

Para determinar el tamaño de muestra de fase (basal o aplicación del Triage psiquiátrico) de cada institución, se utilizaron las recomendaciones del programa INDICAS<sup>73</sup>. Éste programa facilita una tabla de muestras mínimas necesarias según la productividad mensual que puede tener una determinada unidad en salud en área rural o área urbana. El cálculo del tamaño de muestra parte de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z\alpha^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z\alpha^2 * p * q}$$

Donde n= Número de consultas del mes inmediato anterior; p=70; q=100-p;  $Z\alpha^2 = 1.6384$  y e = 5 en área urbana y e = 10 en área rural. Debido a que las instituciones a considerar pertenecen al área urbana, se utilizará la siguiente tabla para considerar el tamaño de muestra estadísticamente representativo.



### AREA URBANA

Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra	Número de consulta	Tamaño de la muestra
110	61	350	99	1000	121
120	64	400	103	2000	129
130	67	450	106	3000	132
140	70	500	108	4000	133
150	72	550	110	5000	134
160	74	600	112	6000	135
170	76	650	114	7000	135
180	78	700	115	8000	135
190	80	750	116	9000	136
200	82	800	118	10000	136
210	83	850	119	11000	136

*Tabla 6. Tamaños de muestra representativos para la aplicación del Cuadernillo INDICAS en unidades de atención urbana (INDICAS 2010)*

Los resultados se expresaron de acuerdo a las medidas de estadística descriptiva y analítica pertinentes que se mencionan a continuación:

Para la fase descriptiva del estudio, se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis comparativo intra-institucional se utilizaron pruebas paramétricas comparativas de dos muestras independientes, incluyendo análisis de Chi cuadrada para las variables nominales, y t de student para variables intervalares, así como ANOVA de un factor. Para la asociación entre nivel de riesgo de urgencia psiquiátrica y variables clínicas y de indicador de servicios se utilizó la prueba de asociación paramétrica r de Pearson. Para el análisis multivariado inter-institucional se integraron las variables de las instituciones participantes en una sola muestra, y se realizó regresión logística con cálculo de OR e intervalos de confianza. Se compararon los resultados según color del Triage (Cinco categorías) o urgente/no urgente.

Se utilizó el Programa SPSS Versión 22.0 para el análisis estadístico univariado, y el programa STATA Versión 13.0 para el análisis estadístico multivariado.

#### **4.- Diseño del Estudio**

El presente estudio tuvo como objetivo general evaluar el impacto directo y potencial de la implementación y aplicación del Instrumento Triage Psiquiátrico y su respectivo algoritmo de actuación, para lo cual fue necesario estudiar las características de los servicios de urgencias de las Instituciones de salud representativas que aceptaron formar parte del presente estudio. La muestra de utilización habitual (antes de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico y su respectivo algoritmo) fue considerada como una muestra control no aleatorizada, ya que los usuarios que espontáneamente arribaron al servicio de urgencias durante la semana tipo basal fueron los que se reclutaron para la fase previa a la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico. Por otro lado, la muestra en la que se aplicó el Triage Psiquiátrico y posteriormente se evaluó el impacto respecto de la medición de la muestra control, tampoco fue aleatorizada y no forzosamente representó un equivalente experimental a la muestra control. Este diseño podría corresponder a lo que Cook y Campbell identificaron como ***Diseños de grupo control no equivalente***, los cuales han sido muy utilizados en la investigación social y son fácilmente interpretables.

Como antecedentes históricos de lo anterior, la psicología social experimentó una crisis que se considera inició con el trabajo de Ring en 1967 que abrió las puertas a un sinfín de críticas a la experimentación en Psicología Social y a la superficialidad de los temas, ya que la experimentación en Psicología Social no podía remontarse al laboratorio al igual que otros tipos de investigación. Esto provocó un cambio a nivel teórico y metodológico. Fue después que toma fuerza la utilización de la metodología cualitativa, sin embargo la metodología cualitativa no controla ni manipula las variables, sino construye modelos y categorías y describe fenómenos.

Uno de los autores que más ha sugerido la utilización de la metodología experimental han sido Cook y Campbell. En un trabajo publicado en 1979, abordan los “Diseños con grupo control no equivalente” y los “Diseños de series de tiempo interrumpidas”. A éste tipo de estudios los llamaron “cuasiexperimentales” y representan un método cuantitativo para la investigación en el campo de la psicología social<sup>79</sup>.

Para la construcción del diseño se utilizan uno o varios grupos a los que se les aplica la variable independiente (la intervención o tratamiento) y de uno o varios grupos control (que no reciben la intervención o tratamiento). En uno y otros grupos se realizan medidas pre y post tratamiento. El ejemplo prototípico es el siguiente:

Grupos	Asignación	Secuencia de Registro		
		Pretest	Tratamiento	Postest
Experimental	No aleatoria	$Y_{E1}$	X	$Y_{E2}$
Control	No aleatoria	$Y_{C1}$	--	$Y_{C2}$

Tabla 7. Diseño cuasiexperimental de grupo control no equivalente. El grupo control no es equivalente debido a que el investigador no puede aleatorizar a los sujetos. El diseño es ampliamente utilizado en la Psicología Social<sup>79</sup> (Shadish, 2009).

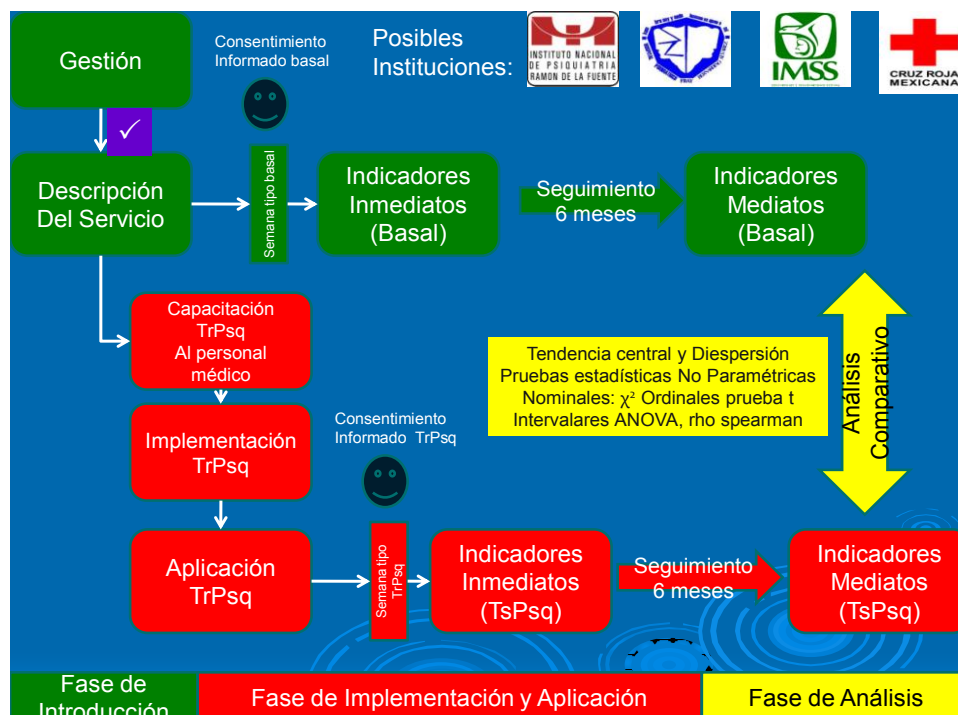


Fig. 7 Diseño del Estudio. Se muestran las tres fases (Introducción, Implementación y Aplicación, y análisis estadístico). Se consideró un estudio cuasiexperimental.

## **RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS NECESARIOS**

### **1.- Recursos Humanos**

La duración estimada para el presente protocolo fue de DOS AÑOS para la fase de campo los cuales incluirán todas las fases del presente Proyecto, más UN AÑO para asentamiento de resultados y discusión.

El presente estudio fue realizado por el investigador principal, quien es Médico Especialista en Psiquiatría, Maestro en Ciencias Médicas y alumno del Doctorado en Ciencias de la Salud, Campo Salud Mental Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. La coordinación y realización del Proyecto se realizó desde Agosto de 2011 a Julio de 2013. La fase de seguimiento a seis meses se extendió de Julio de 2013 a Febrero de 2014. Posteriormente se presentó el examen de Candidatura al Grado de Doctor y se realizó la Finalización de la Tesis programada para entregarse completa a más en el mes de Junio de 2015.

En cada sede representativa se hizo una gestión para que éste estudio participe como una introducción de una estrategia piloto para estructurar la atención en urgencias psiquiátricas en diferentes sedes. Por lo tanto, el primer paso fue la autorización administrativa de las sedes representativas para la realización del proyecto. Posteriormente, se eligió el personal médico adscrito y residente que participó en la captura de las variables sociodemográficas, clínicas y de indicadores de salud para el reclutamiento de la muestra de utilización habitual para la semana tipo. Después se capacitó al personal médico y paramédico institucional para la introducción, implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico y del Algoritmo del Triage Psiquiátrico de una segunda semana tipo, en un momento posterior a la medición de la semana tipo basal. Para lo anterior se requirieron por lo menos un médico adscrito para turnos hábiles (Captura y valoración del turno matutino y vespertino de día

hábil), y por lo menos tres médicos residentes (para cubrir guardias y turnos nocturnos, así como fines de semana).

## **2.- Recursos Materiales y Financieros**

Los recursos materiales para la realización del presente trabajo de investigación consistieron fundamentalmente en artículos de papelería (Cuadernos, Libretas de anotación, lapiceros, plumas). Se requirieron fotocopias para las hojas exprofeso y los esquemas de Triage. Los recursos económicos para conseguir el material, así mismo los viáticos secundarios a la investigación corrieron por cuenta del investigador principal. No hubo un financiamiento específico para la realización de éste proyecto de investigación.

El investigador principal del proyecto contó con un equipo de cómputo con los programas de Microsoft® Word, power point, y Excel para la elaboración de documentos, creación de las exposiciones para el entrenamiento y capacitación sobre la implementación del Triage Psiquiátrico y presentación en los Seminarios y Coloquios que el programa de Doctorado en Ciencias de la salud indicó.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio es una investigación con riesgo mínimo, ya que las diferentes etapas del mismo implican por un lado, el estudio de los usuarios que acuden en forma habitual a un servicio de urgencias, la capacitación formal de los recursos humanos de los servicios de urgencias para conocimiento del instrumento del Triage Psiquiátrico, y una aplicación piloto del mismo, la cual no interfiere con la demanda de atención por la cual se presenta espontáneamente cada usuario del servicio, requiere un tiempo muy breve para su aplicación, y tiene como único objetivo el calificar el nivel de riesgo que presenta un usuario al solicitar una consulta de urgencias. El Triage Psiquiátrico sólo evalúa el nivel de prioridad de cada consulta de urgencias, ayudando a organizar mejor la atención mediante la jerarquización de las

consultas con niveles de riesgo mayores por encima de los niveles de riesgo menores. Por lo anterior, la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico no representa una manipulación de la conducta del sujeto, ya que la aplicación del Triage Psiquiátrico es concordante con el motivo de consulta que acuden los sujetos, y permite una identificación oportuna de cualquier condición potencialmente complicada que no es posible en algunas instituciones donde no se aplica un procedimiento de Triage estandarizado. Independientemente de la clasificación del Triage, todos los usuarios terminan recibiendo la consulta de urgencias que solicitan, procurando por un lado una atención priorizada a aquellos que más lo necesitan, y un atención en general óptima a todos.

Aunque los usuarios que presentan una urgencia de menor nivel de riesgo podrían esperar más tiempo en comparación con los usuarios que presentan mayor nivel de riesgo, a los primeros les ha descartado previamente riesgo inminente o potencial, vital o de integridad física, con lo cual su condición objetivamente no urgente puede ameritar una atención más demorada en relación con las condiciones objetivamente urgentes.

A pesar del riesgo mínimo y de los beneficios que puede acarrear éste estudio, se tienen varios cuidados éticos que deben cubrirse. Primeramente, los usuarios deben tener conocimiento que se revisará su expediente con fines de investigación, y se les solicita su consentimiento para revisar el mismo; se les debe de plantear todos los principios de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y privacidad, y que la investigación en sí puede representar un beneficio directo, indirecto, inmediato e inmediato para los usuarios y el servicio. Así mismo, debe ofrecérseles la prerrogativa de negarse a participar en el estudio sin ningún tipo de consecuencia, lo cual sólo implicará no incluir al paciente dentro de la muestra ni revisar su expediente clínico.

En los casos de condiciones de alto riesgo en donde sea complicado obtener el consentimiento informado para revisión de expediente del usuario principal, se recabará la firma del familiar responsable para el consentimiento informado. Todos los usuarios podrán declinar su consentimiento en cualquier

momento de la investigación si así lo quisieran, sin influir en ningún momento en su atención actual o posterior.

El Triage Psiquiátrico no manipula la conducta del sujeto en ningún momento, sólo sugiere al clínico qué condiciones de riesgo son más riesgosas que otras, y de acuerdo a esa evaluación se priorizan las condiciones de más riesgo respecto de las de menos riesgo; sin embargo TODOS los sujetos reciben la atención; sólo varían los tiempos de espera de acuerdo a la presencia de otras condiciones más graves o la demanda que presente el servicio en el momento de su arribo. Lo anterior lejos de representar un daño, representa una opción práctica de mejorar la administración del servicio.

En el caso que algunos usuarios requieran intervenciones complejas que se consideren necesarias (Por ejemplo aplicación de fármacos o restricción física en usuarios con riesgo vital, muy agresivos o agitados), la condición seguirá permitiendo la aplicación del Triage, y los procedimientos necesarios se realizarán de acuerdo a los lineamientos y criterios internos de cada servicio, y no como consecuencia directa o indirecta, inmediata o remota de ésta investigación. Es importante recalcar que la evaluación del Triage Psiquiátrico sólo da una idea de lo expedito que debe de ser una intervención médica y no en la intervención médica misma, ya que el Triage Psiquiátrico es un auxiliar previo a la evaluación formal del servicio de urgencias, y nunca podría considerarse al triage psiquiátrico como un sustituto o análogo de la consulta de urgencias. Por su parte, Iserson consideró que las obligaciones éticas del personal que labora en un servicio de urgencias son cuatro fundamentales:

- 1.- Salvar vidas cuando sea posible
- 2.- Aliviar el dolor y el sufrimiento
- 3.- Consolar a pacientes y familias
- 4.- Protegerse contra heridas en el siguiente orden: a sí mismos, al personal y a pacientes<sup>80</sup>.

El Triage Psiquiátrico permite calificar en forma rápida el nivel de riesgo vital individual y colectivo de todos los usuarios que se presentan a un servicio de urgencias, facilitando la identificación de usuarios que tengan riesgo vital (urgencia marrón) o que representen peligro inminente para otros (urgencia

roja) o peligro potencial para sí mismos (urgencia amarilla). Por tal motivo, se considera que el Triage Psiquiátrico puede ser un auxiliar sencillo de aplicar y replicar, que puede favorecer los puntos 1 y 4 de las obligaciones éticas del personal de un servicio de urgencias según Iserson<sup>80</sup>.

Los beneficios potenciales del presente estudio son tanto individuales (para cada usuario según el tipo de urgencia presentado) y colectivos (para el servicio de urgencias en general), ya que se está manejando una estrategia de mejoría en los tiempos de espera y resolución para los diferentes niveles de riesgo de las urgencias psiquiátricas. Así mismo, se maneja que los beneficios puede ser inmediatos (al momento de la entrevista), e incluso seguirse manifestando a lo largo del tiempo (seguimiento retrolectivo a los seis meses). Es por ello que se considera que el presente estudio puede representar beneficios significativos en los usuarios de los servicios de urgencias, bajo un mínimo de riesgo (Implicado por la revisión de expedientes y por la variación de los tiempos de espera según los diferentes niveles de riesgo de cada usuario).

Se garantizará que la atención Médica no se verá afectada negativamente durante el proceso de implementación o aplicación del Triage Psiquiátrico de la siguiente manera: Desde el hecho de que el aplicador del Triage Psiquiátrico es un Médico diferente al Médico que valorará la consulta de Urgencias, no se verán afectados en número ni en función los recursos humanos que operan en cada servicio de urgencias. El tiempo necesario para la aplicación del Triage Psiquiátrico en cada usuario requiere pocos minutos y en ocasiones segundos, por lo que la atención médica no debe de ser demorada. En el caso de los usuarios con Urgencia Psiquiátrica de riesgo alto o medio (Códigos marrón, rojo o amarillo), la atención deberá ser priorizada, lo cual implicará un beneficio para esos usuarios. En el caso de los usuarios que sean clasificados con Urgencia Psiquiátrica de riesgo bajo o nulo (Códigos verde o blanco), la atención podrá demorar de acuerdo a la demanda general del servicio en el momento y a la presencia de otras urgencias con mayor nivel de riesgo. No se conocen efectos adversos del Triage Psiquiátrico durante el tiempo que lleva aplicándose en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría (Desde Octubre de 2008), que a la fecha del inicio del



presente proyecto lleva tres años ocho meses. Sin embargo, en el remoto caso que un usuario clasificado como Urgencia Psiquiátrica de Riesgo Bajo o Nulo, llegue a presentar un episodio de agitación durante la espera de su consulta de urgencias, el Código de clasificación del Triage se modificará a código de mayor riesgo, priorizando de esa forma su atención. De ésta manera, se garantizará que la atención médica no se verá afectada negativamente en ningún usuario.

El presente estudio pretende utilizar el Triage Psiquiátrico como una herramienta piloto en las instituciones que así lo acepten, aplicando el Triage sólo durante la semana tipo respectiva. Las instituciones que así lo consideren podrán continuar utilizando o no el Instrumento como parte de los procedimientos habituales de atención, lo cual podría ser considerado como un beneficio adicional a ésta investigación.

### **Aprobación del Comité de Ética en Investigación del INPRF**

Posterior a dos sometimientos ante el Comité de Ética en Investigación del INPRF (04-06-12 y 12-07-12), se recibió dictamen “Aprobado sin modificaciones” el 23-07-2012, lo cual habilitó al Investigador principal a iniciar la fase de campo del estudio.

Se presenta a continuación carta de aprobación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría respecto del proyecto de investigación.

Posteriormente se presentarán los resultados del estudio en las Instituciones de salud que participaron en el estudio; se desglosarán los resultados intra-institucionales, para finalmente integrar las variables en una sola muestra para los resultados inter-institucionales.



Calz. México - Xochimilco 101,  
Col. San Lorenzo Huipulco,  
Deleg. Tlalpan, C.P. 14370, México, D.F.

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

Tel. 56 55 28 11, Fax 56 55 04 11,  
<http://www.impcdsm.edu.mx>

"2012, Año de la Cultura Maya"

Comité de Ética en Investigación

Julio 23, 2012.

Dr. Alejandro Molina López  
Investigador Principal  
P r e s e n t e

Estimado doctor Molina:

Por medio de la presente me permito informarle que el proyecto titulado:  
"Implementación y aplicación de un instrumento de triage psiquiátrico en  
instituciones de salud mexicanas", ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que  
se considera que cumple con los requerimientos éticos y metodológicos  
establecidos.

Atentamente,

Dr. Jorge J. González Olvera  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

C.c.p. Dr. Armando Vázquez, Director de Servicios Clínicos.-Presente.  
Dr. Carlos Berlanga Cisneros, Subdirector de Investigaciones Clínicas y Secretario  
Técnico del Comité de Investigación Científica.-Presente.

# **RESULTADOS**

## **A. SINTESIS DE RESULTADOS**

Debido a la extensión de los resultados de ésta Tesis, se sintetizarán en ésta sección los resultados obtenidos en tres instituciones psiquiátricas de la república mexicana:

**1., El Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC).**

Ubicado en Mexicali, B.C., Institución Pública dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California.

**2.- El Hospital de Salud Mental de Tijuana (HSMT).** Asociación Civil de

Carácter Privado ubicada en Tijuana, B.C., que subroga servicios de salud al IMSS, ISSSTEcali y Seguro Popular, y

**3.- El Centro de Rehabilitación en Salud Mental (CRSM).** Hospital

Psiquiátrico Estatal perteneciente a la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz. Posterior a éste estudio su nombre cambió a Instituto Veracruzano de Salud Mental.

Institución	ST Basal (n)	Capacitación (n)	ST TrPsq (n)	Seguimiento Basal (n)	Seguimiento TrPsq (n)
<b>IPEBC</b>	03 al 09 Dic 2012 n = 93	05/12/2012 n = 18	01 al 07 Jul 2013 n = 111	Julio 2013 n = 86	Enero 2014 n = 107
<b>HSMT</b>	27 May al 02 Jun 2013 n =83	12/06/2012 n = 25	08 al 14 Jul 2013 n =60	Enero 2014 n = 80	Enero 2014 n = 58
<b>CRSM</b>	19 Ago al 01 Sep 2013 n = 95	21/08/2013 n = 32	30 Sep al 13 Oct 2013 n = 109	Febrero 2014 n = 77	Abril 2014 n = 99
<b>TOTAL</b>	n = 271	n = 75	n = 280	n =243	n = 264

*Tabla SINT1: Fechas y tamaño de muestras de las diferentes fases del estudio en tres Instituciones Psiquiátricas Mexicanas. Se obtuvo una muestra total de n = 551 usuarios de las semanas tipo y n = 544 seguimiento de usuarios a través de la revisión de los expedientes a los seis meses de haber visitado el servicio de Urgencias de cada Institución. IPEBC: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California; HSMT: Hospital de Salud Mental de Tijuana; CRSM: Centro de Rehabilitación de Salud Mental (Xalapa, Ver.), ST: Semana Tipo; TrPsq: Triage Psiquiátrico.*

		% Abandono	% Ret 72h	% Hospital	% Adh CE
<b>IPEBC</b>	<b>BASAL</b>	1.08	3.22	6.5	56
	<b>TRIAGE</b>	3.6	4.5	<b>1.8*</b>	<b>85.19*</b>
<b>HSMT</b>	<b>BASAL</b>	3.66	1.22	20.48	50.79
	<b>TRIAGE</b>	0	0	16.67	55.88
<b>CRSM</b>	<b>BASAL</b>	1.06	5.26	10.52	47.83
	<b>TRIAGE</b>	0.91	<b>2.76*</b>	<b>10*</b>	<b>66.67*</b>

*Tabla SINT2. Resultados de las proporciones de los indicadores de actividad durante la fase basal y durante la aplicación del Triage Psiquiátrico. Se muestran los porcentajes de usuarios que abandonaron el servicio antes de tomar consulta de urgencias (% Abandono); algunos usuarios regresaron dentro de las 72 horas después a su primera valoración (% Ret 72h), encontrándose que éste indicador disminuyó significativamente en la muestra del centro de Rehabilitación en Salud Mental en Xalapa, Ver.; Se observó que en las tres Instituciones disminuyeron las proporciones de usuarios hospitalizados durante la fase de aplicación del Triage Psiquiátrico, siendo significativas en el IPEBC (Mexicali) y en CRSM (Xalapa). Así mismo se observó un aumento de proporción de usuarios subsecuentes con apego a sus citas en Consulta Externa, siendo la diferencia significativa en el CRSM (Xalapa).*

		% Agresividad	% C Suicida	% Alcohol	% Sustancias
IPEBC	BASAL	20.41	5.38	36.55	24.73
	TRIAGE	<b>4.5*</b>	7.2	27.03	<b>45.05*</b>
HSMT	BASAL	29.28	19.51	28.05	8.54
	TRIAGE	28.34	13.34	23.33	<b>25*</b>
CRSM	BASAL	34.73	21.05	43.15	13.68
	TRIAGE	39.99	23.63	52.72	8.18

Tabla SINT3. Variables Clínicas antes y después de la Implementación y Aplicación del Triage Psiquiátrico en tres Instituciones de Salud Mexicanas. No se encontraron diferencias significativas salvo en las proporciones de usuarios agresivos y en la proporción de usuarios que habían consumido sustancias a lo largo de la vida, en la muestra del IPEBC (Mexicali). Se observaron las mayores frecuencias de conducta agresiva, así como de consumo de alcohol, en Xalapa en comparación con las otras Instituciones. IPEBC: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Mexicali, B.C.; HSMT: Hospital de Salud Mental de Tijuana, Tijuana, B.C.; y CRSM: Centro de rehabilitación en Salud Mental (Xalapa, Ver.). Se muestran los porcentajes de agresividad (Personas que se documentó que en la última semana Gritaron, Insultaron, Golpearon o Amenazaron) y de conducta suicida (Personas que en la última semana tuvieron ideación suicida, gesto suicida o intento suicida). Los porcentajes indicados para alcohol y sustancias se refieren al uso alguna vez en la vida, por lo que no especifican si tienen criterios de abuso o dependencia de la sustancia.

		% Observación	% Sujeción	% Ministración	% Int Crisis
IPEBC	BASAL	1.1	1.1	8.6	0
	TRIAGE	0	0	1.8	0
HSMT	BASAL	19.51	2.4	18.29	14.63
	TRIAGE	20	<b>6.66*</b>	<b>10*</b>	11.66
CRSM	BASAL	15.79	6.32	13.68	13.68
	TRIAGE	14.54	<b>2.73*</b>	<b>18.18*</b>	<b>2.73*</b>

Tabla SINT4. Maniobras especiales realizadas en urgencias, e indicadores de impacto directo relacionados con la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en Tres servicios de urgencias de hospitales psiquiátricos mexicanos. Se observa que la proporción de maniobras especiales es muy diferente de una institución a otra, sugiriendo falta de estandarización en procedimientos o falta de algoritmos para tratamiento de usuarios en urgencias. Observación: Usuarios que pasaron a un área de vigilancia especial sin requerir mayores intervenciones; Sujeción: Usuarios que debido a cuadros de agitación y agresividad agudos y graves, tuvieron la necesidad de restricción física para limitar conductas riesgosas; Ministración de Medicamentos; Cuando se le ministra a un paciente un medicamento durante la estancia en urgencias para controlar un cuadro de agitación o agresividad actual; Int Crisis: Maniobras de Intervención en Crisis, es decir todas las estrategias verbales y para-verbales que favorecen que un cuadro de crisis emocional aguda pueda ser remitida.

		$\bar{X}$ Espera	$\bar{X}$ Consulta	$\bar{X}$ LOS
<b>IPEBC</b>	<b>BASAL</b>	12.63 ± 14.24	30.81 ± 47.76	42.58 ± 53.95
	<b>TRIAGE</b>	<b>24.73 ± 25.94*</b>	26.27 ± 17.47	52.32 ± 31.21
<b>HSMT</b>	<b>BASAL</b>	65.72 ± 53.79	36.36 ± 34.15	109.6 ± 13.16
	<b>TRIAGE</b>	<b>38.18 ± 4.45*</b>	37.3 ± 16.76	89.33 ± 50.51
<b>CRSM</b>	<b>BASAL</b>	63.41 ± 60.28	40.37 ± 29.08	101.2 ± 60.04
	<b>TRIAGE</b>	<b>42.09 ± 43.51*</b>	<b>34 ± 20.58*</b>	90 ± 47.05

*Tabla SINT5. Resultados de los Indicadores de Calidad de proceso: Medias y Desviación estándar de tiempos en el servicio de urgencias (en minutos), antes y después de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico. Se muestran los promedios de consulta en cada una de las Instituciones, antes y después de la aplicación y estandarización del Triage Psiquiátrico, y su respectiva aplicación por el personal institucional. Los tiempos de espera basales de Mexicali se reportaron muy cortos, por lo que los tiempos de espera en Mexicali fueron mayores durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, tomando en cuenta que el tamaño de muestra fue considerablemente mayor en comparación con el basal (n=93 en basal vs. N=111 en el Triage Psiquiátrico). Se observaron diferencias significativas en las tres instituciones respecto del tiempo de espera, y se observó menor tiempo de consulta en el Centro de Rehabilitación en Salud mental (Xalapa). En Tijuana se observó la mayor disminución en tiempos de espera (Aproximadamente 42% de disminución en los tiempos de espera). No hubo cambios significativos para el LOS (Length of Stay), aunque se observó una disminución de éste indicadore en Tijuana y en Xalapa.*

		Tiempo Espera	Claridad Info	Trato
<b>IPEBC</b>	<b>BASAL</b>	4.52 ± 0.68	4.55 ± 0.611	4.66 ± 0.705
	<b>TRIAGE</b>	4.24 ± 1.0	4.54 ± 0.763	4.60 ± 0.763
<b>HSMT</b>	<b>BASAL</b>	3.9 ± 1.19	4.33 ± 0.93	4.6 ± 1.101
	<b>TRIAGE</b>	4.23 ± 0.85	4.47 ± 0.65	4.47 ± 0.597
<b>CRSM</b>	<b>BASAL</b>	3.86 ± 0.887	4.426 ± 0.558	4.47 ± 0.53
	<b>TRIAGE</b>	3.95 ± 0.774	4.39 ± 0.56	4.47 ± 0.52

*Tabla SINT6. Resultados de los Indicadores de Satisfacción, los cuales se obtuvieron mediante la aplicación de una encuesta de satisfacción al finalizar la consulta de urgencias por la que acudía el usuario. Se resumen tres preguntas clave dentro de los indicadores de satisfacción: Satisfacción con el tiempo de espera (Percepción del usuario que el tiempo que tuvo que esperar para una consulta de urgencias no demoró importantemente; Claridad de la Información (Percepción del usuario que el médico le está explicando adecuadamente sobre su padecimiento y las recomendaciones a seguir) y Satisfacción con el Trato (De acuerdo a qué siente el usuario con el trato del médico y del personal de salud. Para todas las muestras, se muestra el promedio y desviación estándar de las encuestas, donde 5=Muy satisfecho; 4=Satisfecho; 3=Regular; 2=Insatisfecho y 1=Muy insatisfecho). Se observa que en el CRSM los indicadores de satisfacción fueron prácticamente iguales antes y después de la aplicación del Triage Psiquiátrico, mientras que en la muestra del HSMT (Tijuana), el promedio de la satisfacción con el tiempo de espera se elevó casi en 0.3 puntos.*

		No. Hosp	$\chi$ días hosp	$\chi$ Cons Urg
IPEBC	BASAL	5	22.8 ± 10.52	1.64 ± 0.931
	TRIAGE	4	21.25 ± 4.78	1.86 ± 1.21
HSMT	BASAL	26	26.6 ± 13.34	1.8 ± 1.08
	TRIAGE	10	<b>20.6 ± 11.65*</b>	1.56 ± 0.73
CRSM	BASAL	17	20.38 ± 9.65	2.16 ± 0.37
	TRIAGE	14	<b>15.5 ± 10.11*</b>	2.02 ± 1.50

Tabla SINT7. Indicadores de continuidad (1). Se observa la utilización de servicios (Hospitalización y Urgencias) de los usuarios que acudieron en la muestra basal y de aplicación del Triage psiquiátrico. Se observa en todos los casos una disminución en los días de hospitalización y en el total de hospitalizaciones reportadas, durante las fases de aplicación del Triage psiquiátrico. Éstas diferencias fueron significativas en el HSMT (Tijuana) y en el CRSM (Xalapa). La utilización de los servicios de urgencias se mantuvo prácticamente igual en las tres instituciones, sin haber una diferencia en relación con la aplicación del Triage psiquiátrico.

		$\chi$ Cons CE	$\chi$ C Psicoter	$\chi$ Meses Adh CE
IPEBC	BASAL	3.14 ± 2.3	3.66 ± 3.8	1.91 ± 2.39
	TRIAGE	3.0 ± 1.53	3.09 ± 2.7	2.4 ± 2.49
HSMT	BASAL	3.17 ± 1.08	5.23 ± 4.43	3.830 ± 2.555
	TRIAGE	2.08 ± 0.96	2.78 ± 3.42	2.847 ± 2.481
CRSM	BASAL	2.36 ± 1.11	1.8 ± 0.92	2.156 ± 2.59
	TRIAGE	2.73 ± 1.4	2 ± 0.738	2.052 ± 3.00

Tabla SINT8. Indicadores de Continuidad (2). Se observan las medias de las consultas a Consulta Externa (CE) asistidas durante el período de seguimiento de seis meses. Se observa algunos cambios leves, algunos favoreciendo la adherencia y otros desfavoreciéndola, sin quedar un patrón claro del papel del Triage para mejorar o no la adherencia a servicios ambulatorios. Se observa una disminución importante de adherencia a citas en Consulta externa en el HSMT (Tijuana), la cual es consistente con la disminución a citas en psicoterapia durante la fase del Triage Psiquiátrico. Aunque las diferencias a seis meses no fueron significativas, se marcan diferencias importantes a los primeros dos meses del seguimiento, sugiriendo que tras finalizar la consulta de urgencias se deben llevar a cabo programas de seguimiento y/o de adherencia a servicios ambulatorios.

## **B. RESULTADOS EN EXTENSO**

### **RESULTADOS EN EL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA (MEXICALI, BAJA CALIFORNIA).**

#### **A) Subfase de Gestión**

Tras haber aprobado el Comité de Ética en Investigación del INPRF, se procedió a elaborar una carta invitación firmada por el Investigador Principal y con Visto Bueno de la Directora General del INPRF; dirigido al Director General y al Director Médico del Instituto de Psiquiatría de Baja California. La carta invitación fue sellada de acuse a principios de Agosto de 2012, recibiendo una respuesta de aprobación de participación en el Proyecto de Investigación por parte del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Psiquiatría de Baja California (IPEBC). Finalmente, el IPEBC extendió el 21 de septiembre de 2012 el oficio 036/DSS/2012, en el que se informa que el Comité de Ética e Investigación del IPEBC aprobó por unanimidad el presente proyecto, y que autorizan al investigador principal presentarse en las instalaciones del IPEBC para dar inicio al proyecto de investigación.

En atención a dicho oficio se gestionó en la Dirección de Enseñanza del INPRF la impartición del Curso “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas”, gestionándolo para la primera semana de Diciembre de 2012. El Investigador



Principal de éste proyecto se presentó en consecuencia en la semana tipo del Lunes 03 al Domingo 09 de Diciembre de 2012 en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

## **B) Subfase de Descripción**

El investigador principal de éste proyecto se presentó en las instalaciones del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California del Lunes 03 al Domingo 09 de Diciembre de 2012. Durante ésta estancia se realizó lo siguiente:

B.1 Descripción y Diagnóstico situacional del Servicio de Urgencias del IPEBC

B.2 Captura de semana típica basal del Lunes 03 de Diciembre de 2012 (00:00 horas) a Domingo 09 de Diciembre de 2012 (24:00 horas)

B.3 Impartición del Curso “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas” a trabajadores del IPEBC

### **B.1 DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN EL IPEBC**

#### **a) Descripción general del IPEBC**

El IPEBC es una Institución dependiente de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, que proporciona servicios especializados en Salud Mental a la población de influencia (Mexicali y alrededores). El IPEBC cuenta con servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias las 24 horas.

Cuenta con una plantilla de médicos generales y especialistas adscritos, principalmente al área de consulta externa. El IPEBC ofrece la formación de recursos humanos para la especialidad en Psiquiatría, la cual dura cuatro años. Los estudios de los Médicos Residentes son regulados y autenticados por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Actualmente se cuenta con una plantilla de 11 residentes de psiquiatría que rotan por los diferentes servicios.

### **b) Descripción del Servicio de Urgencias del IPEBC**

El servicio de urgencias del IPEBC está diseñado para la atención de emergencia del paciente psiquiátrico trabajando las 24 horas los 365 días del año.

<b>TURNO MATUTINO 7am-3pm</b>	<b>TURNO VESPERTINO 3pm-9pm</b>	<b>TURNO NOCTURNO 9pm- 7am</b>	<b>FINES DE SEMANA Y FESTIVOS</b>
2 MÉDICOS ADSCRITOS	1 MÉDICO ADSCRITO	1 MÉDICO ADSCRITO	1 MÉDICO ADSCRITO
	2 RESIDENTES	2 RESIDENTES	2 RESIDENTES
1 ENFERMERA			
1 GUARDIA SEGURIDAD	1 GUARDIA SEGURIDAD	1 GUARDIA SEGURIDAD	1 GUARDIA SEGURIDAD

## INFRAESTRUCTURA

Se cuenta con un área diseñada para dicha atención, conformada con una sala de espera con capacidad para 10 pacientes , 2 consultorios, un área para atención de enfermería adjunta a la sala de espera así como un cuarto de observación vecino a los consultorios de emergencias.

Al área de urgencias es posible su acceso en vehículos como ambulancias, patrullas de seguridad pública o automóviles particulares en caso de que se requiera. Esta área se encuentra integrada dentro del edificio de hospitalización, está en la primera planta, con una sola puerta de acceso principal para los usuarios hacia la sala de espera, con una capacidad para 12 personas, donde se encuentra una enfermera y personal de seguridad, la sala comunica directamente con los dos consultorios con puertas individuales, uno de estos con salida hacia el pasillo que comunica al cuarto de observación adjunto y al área de hospitalización, la sala de espera cuenta con una puerta de acceso hacia este mismo pasillo para personal del hospital.

Cuenta con luz natural por las ventanas las cuales son de acrílico y con luz artificial para su iluminación. Se cuenta con sistema de aire acondicionado general por las condiciones climáticas extremas en temporada de verano (mayo-septiembre). Tanto los consultorios como el cuarto de observación cuenta con sistema de vigilancia con cámaras de circuito cerrado, los monitores de vigilancia se encuentran en la caseta de acceso del hospital, con un guardia de seguridad las 24 horas del día, así como en central de enfermería en el

primer piso del hospital, quienes en caso de ser necesario brindan apoyo al área.

### EQUIPO E INSUMOS

Cada consultorio cuenta con un equipo de cómputo, que consiste en una PC, con acceso al sistema de archivo electrónico, así como una impresora por consultorio. Se cuenta con línea telefónica con servicio interno en ambos consultorios, con acceso a todas las áreas del hospital, incluyendo hospitalización, central de enfermería, caseta de vigilancia y áreas administrativas así como consulta externa de paidopsiquiatría y adultos. Así mismo, se cuenta con un sistema cerrado de seguridad con cámaras en cada uno de los consultorios, sala de espera y cuarto de observación, con monitores en central de enfermería de pabellón psiquiátrico (hospitalización) y caseta de vigilancia.

### PROCEDIMIENTO DE ATENCION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL IPEBC.

El usuario se registra a su llegada en la caseta de vigilancia en el acceso principal del IPEBC, posteriormente, pasa al área de consulta externa para realizar su registro en el sistema de pacientes y otorga datos generales mismos que se ingresan al momento de realizar el pago correspondiente, quedando agendado al médico que se encuentra en el área de urgencias y visible en su monitor, lo que permitirá ingresar el resto de información durante la consulta.

Una vez hecho esto, el paciente ingresa en compañía de un familiar al área de urgencias y es llamado por el personal médico en el turno asignado por el propio sistema. Los usuarios son atendidos en orden que fueron asignados por el sistema. El tiempo de espera es variable de acuerdo a la presencia simultánea de otros usuarios. En caso de presentarse una urgencia vehiculada por la seguridad pública (Ambulancias, patrullas o autoridad judicial) se interrumpe temporalmente el trabajo realizado en los consultorios y se recibe la consulta que requiere atención.

Tras recibir la atención médica, el usuario recibe recetas, las cuales deben de ser autorizadas por la instancia del seguro popular, si es que cuenta con dicha derechohabencia, y posteriormente pasa a la farmacia de la institución, donde se le surten dichas recetas. En síntesis, se deben de hacer las siguientes ocho filas cuando se acude a solicitar consulta de urgencias en el IPEBC:

- 1.- Fila para registrarse y entrar al IPEBC.
- 2.- Fila para registrar consulta de urgencias (Area de Consulta Externa).
- 3.- Fila para pagar consulta de urgencias (Area de caja).
- 4.- Espera para recibir consulta de urgencias (Sala de espera de urgencias).
- 5.- Atención de urgencias per se.
- 6.- Fila para autorización de medicamentos por seguro popular (Area de seguro popular).
- 7.- Fila para surtido de medicamentos (Farmacia).
- 8.- Fila para solicitar consulta externa subsecuente (Consulta externa).

## B.2 Medición de Indicadores de Semana Tipo Basal

Se acudió al IPEBC durante la semana típica del Lunes 03 al Domingo 09 de Diciembre de 2012. Se dio a leer y firmar el consentimiento informado a todos los usuarios que acudieran espontáneamente al servicio de urgencias del IPEBC durante esa semana, desde las 00:00 horas del Lunes hasta las 24:00 horas del Domingo. Se capturaron los indicadores inmediatos basales (Indicadores de actividad, calidad de proceso y satisfacción) de los usuarios de urgencias durante la semana tipo basal. Durante la semana típica basal, se registraron un total de n=98 usuarios, de los cuales n=5 se negaron a firmar el consentimiento informado y un total de n= 3 se retiraron del servicio sin que se lograra realizar la encuesta, registrándose un total de n=93 usuarios durante la semana tipo basal.

De la muestra total (n=93), el 53.76% fueron mujeres (n=50) y el 46.23% fueron hombres (n=43). La edad promedio de la muestra fue 36.96 años, con una desviación estándar de 16.06 años. El 46.23% de los usuarios fueron de primera vez (n=43), mientras que el 53.76% de los usuarios fueron subsecuentes, es decir, que ya habían acudido anteriormente al IPEBC y que por lo tanto tenían Historia Clínica.

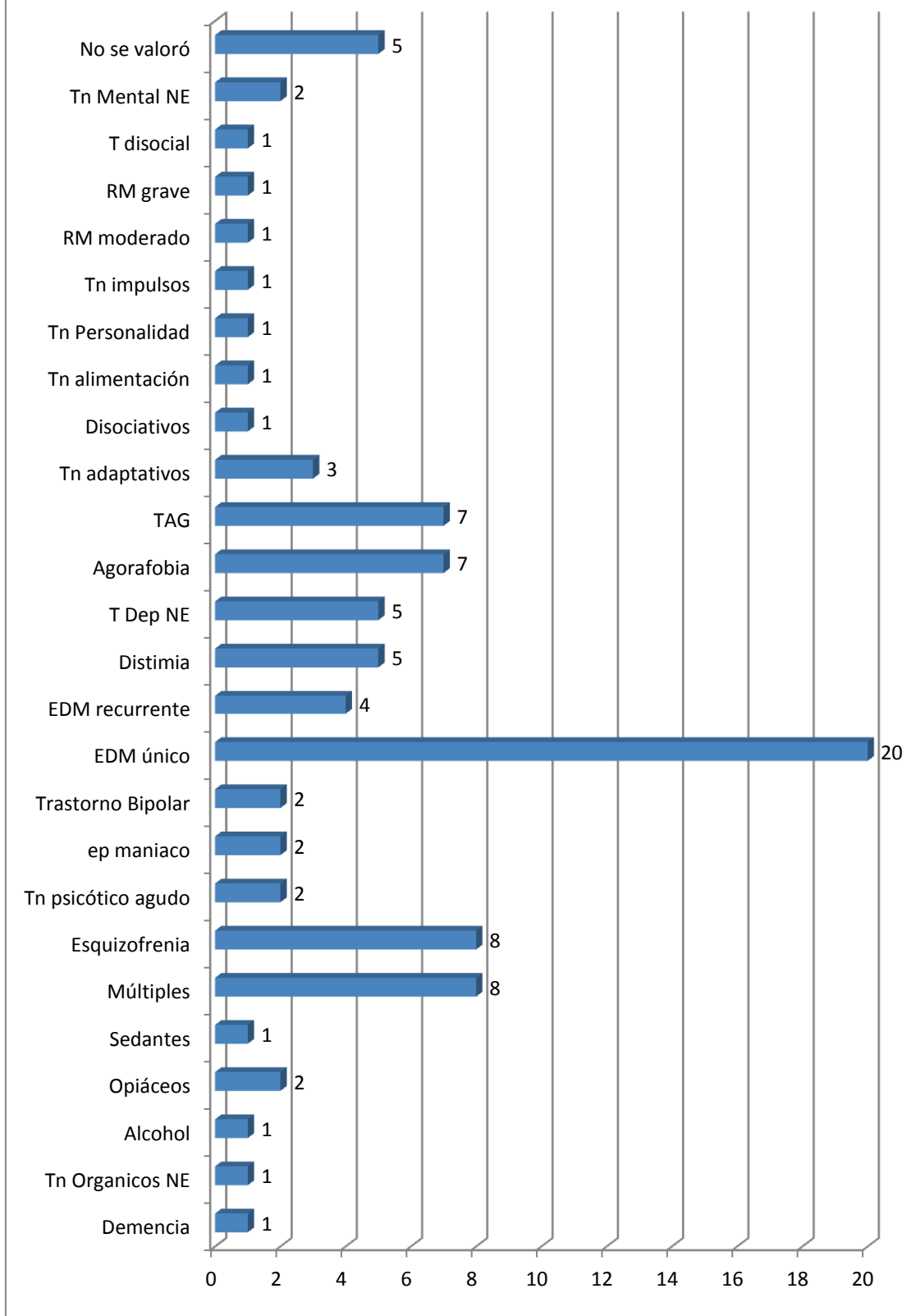
Respecto a la adherencia a la Consulta Externa en usuarios subsecuentes del IPEBC, el 56% (n=28) acude a sus citas en consulta externa,

el 19% (n=38) no acude a sus citas en consulta externa, y 3% (n=6) refirieron desconocer dicha información.

De la muestra basal, una persona abandonó el servicio antes de concluir valoración (1.08%), y tres usuarios (3.22%) regresaron a urgencias durante la misma semana y dentro de las primeras 72 horas. Estos tres usuarios acudieron en el turno vespertino y nocturno, con diagnósticos de trastorno psicótico no especificado, Episodio Depresivo Mayor Recurrente y Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Se muestra a continuación los diferentes diagnósticos psiquiátricos según la CIE-10 que se encontraron en la muestra de la semana típica basal del instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California.

## Diagnóstico según CIE-10



Gráfica IPEBC.1. Frecuencia (n) de los principales diagnósticos de trastornos mentales de la CIE-10 de la muestra de la semana típica basal del IPEBC. Se observa que el Diagnóstico más frecuente es el Episodio Depresivo Mayor único. Se observa que el consumo de opiáceos es incluso superior al consumo de alcohol.



De la muestra total (n=93), se sujetó gentilmente a un usuario y se consultaron esposados a tres usuarios. Se atendió en observación a un usuario, y se ministraron medicamentos en urgencias a 8 usuarios (8.6%). Los medicamentos ministrados en urgencias fueron los siguientes: Benzodiacepina oral (n=1), Haloperidol y Olanzapina Intramuscular (n=1), Olanzapina oral (n=2), Olanzapina IM (n=1), Levomepromazina oral (n=1), Levomepromazina y Zuclopentixol IM (n=1).

Los informantes de las encuestas de satisfacción fueron los siguientes: 20.43% el propio paciente (n=19), 36.55% un familiar (n=34) y 4.3% otra persona (n=4). Los indicadores de satisfacción, especialmente aquellos relacionados con el tiempo de espera y la percepción de la claridad de la información, se muestran a continuación.

El tiempo promedio de espera para recibir consulta de urgencias fue muy corto, de 12.63 minutos con una Desviación Estándar de 14.29 minutos. En 19 usuarios (20.43%) no se pudo recabar el dato de tiempo de espera, por lo que se utilizó el método LOCF para rellenar los datos no recopilados. Los rangos de hospitalización variaron desde un minuto hasta 117 minutos.

Respecto al tiempo promedio de consulta fue el siguiente: 30.81 minutos promedio de consulta, con una desviación estándar de 47.76 minutos. El tiempo mínimo de consulta de urgencias fue de 5 minutos, y el máximo de 447 minutos. En 40 usuarios se utilizó el método LOCF para calcular la duración de consulta.

Respecto al tiempo total de estancia en el servicio de urgencias (Length Of Stay, LOS), el tiempo promedio de estancia total en el servicio fue de 42.58 minutos con una desviación estándar de 50.95 minutos. El tiempo mínimo de estancia total en el servicio fue de 13 minutos, y máximo de 480 minutos. Se presentan a continuación los percentiles de los tiempos de espera, tiempo de consulta y tiempo de estancia total en el servicio, así como las gráficas de los promedios respectivos.

### **C) Subfase de capacitación**

La Dirección Médica y la Dirección de Enseñanza del IPEBC difundieron entre los médicos la actividad académica de la impartición del curso-taller “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas” desde una semana antes del curso. Dicha actividad se programó para el día Miércoles 05 de Diciembre de 2012, de 08:00 a 14:00 horas.

Tras llenar los formatos requeridos por la Dirección de Enseñanza del INPRF, se procedió a impartir el curso-taller mediante la enseñanza teórica de dos horas y la integración teórico-práctica de cuatro horas. Se impartió el curso a un total de 18 empleados del IPEBC, la mayoría médicos de la rama administrativa y clínica, así como a algunos de los médicos residentes. Los asistentes se mostraron entusiastas en el curso y manifestaron interés en el mismo. Se capacitó un total de 18 empleados médicos y paramédicos del

IPEBC. Entre los cuales figuraron psiquiatras, médicos generales, y enfermeros. Se tramitaron las constancias emitidas por parte del INPRF y se enviaron vía mensajería posteriormente al IPEBC, para entregarlas a los asistentes al curso.

Se quedó en el compromiso que el IPEBC utilizaría sus propios recursos para implementar, aplicar y estandarizar el Triage Psiquiátrico como parte de sus procedimientos habituales. Para ello se nombró comisionada de la implementación a una residente de 4º año del IPEBC para la coordinación de la Implementación del Triage Psiquiátrico durante las últimas semanas del 2012 y primeras semanas del 2013, con la expectativa de realizar la medición experimental en el mes de febrero de 2013.

#### **D) Implementación del Triage Psiquiátrico en el IPEBC**

La implementación del Triage Psiquiátrico en el IPEBC se tenía planeada realizarla en enero o febrero de 2013, sin embargo tuvo un importante retraso secundario a que la ex colaboradora comisionada para dicha actividad quien primero retrasó el compromiso, y en marzo de 2013 súbitamente abandonó sus labores en dicha institución. La excesiva distancia geográfica del investigador principal retrasó la supervisión de dicha institución, poniendo en serio riesgo el proyecto debido a la falta de avances, resultando en una observación realizada por el Comité Doctoral durante el Tercer Coloquio de Investigación realizado en Febrero de 2013.

Para corregir ésta situación y evitar que la implementación y estandarización del Triage Psiquiátrico continuara demorándose más, se gestionó una rotación en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California de un alumno del Curso de Posgrado de Alta Especialidad de Urgencias en Psiquiatría, cuya sede principal se encuentra en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, y cuyo Profesor Titular es el Investigador Principal de éste Proyecto.

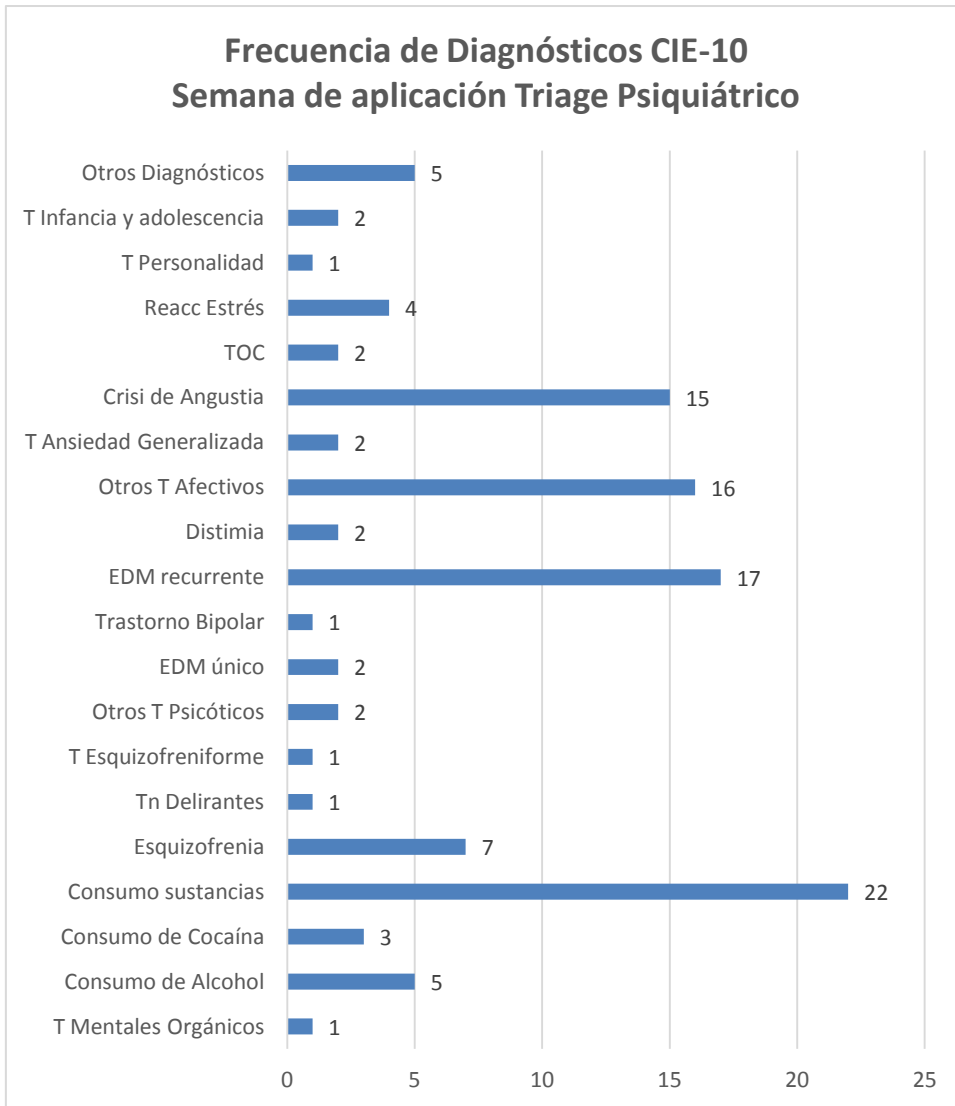
El alumno del Curso de Posgrado de Alta Especialidad de Urgencias en Psiquiatría es un Médico Especialista en Psiquiatría, formalmente graduado, con cédula profesional y certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría, quien además se encontró inscrito en uno de los cursos de Alta Especialidad para Médicos Especialistas por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicha rotación ha sido formalmente solicitada por la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, y fue formalmente programada del 17 de Junio al 31 de Julio de 2013. Las actividades encomendadas para el alumno de alta especialidad son las siguientes: 1.- Apoyar en la atención clínica del Servicio de Urgencias del IPEBC; 2.- Favorecer el intercambio académico mediante la participación activa en actividades de supervisión y docencia entre los médicos adscritos y residentes del IPEBC y 3.- Realizar la supervisión adecuada para la implementación y estandarización del Triage Psiquiátrico en el Servicio de urgencias del IPEBC.

#### D.1 Descripción de la semana tipo durante la aplicación del Triage Psiquiátrico en el IPEBC.

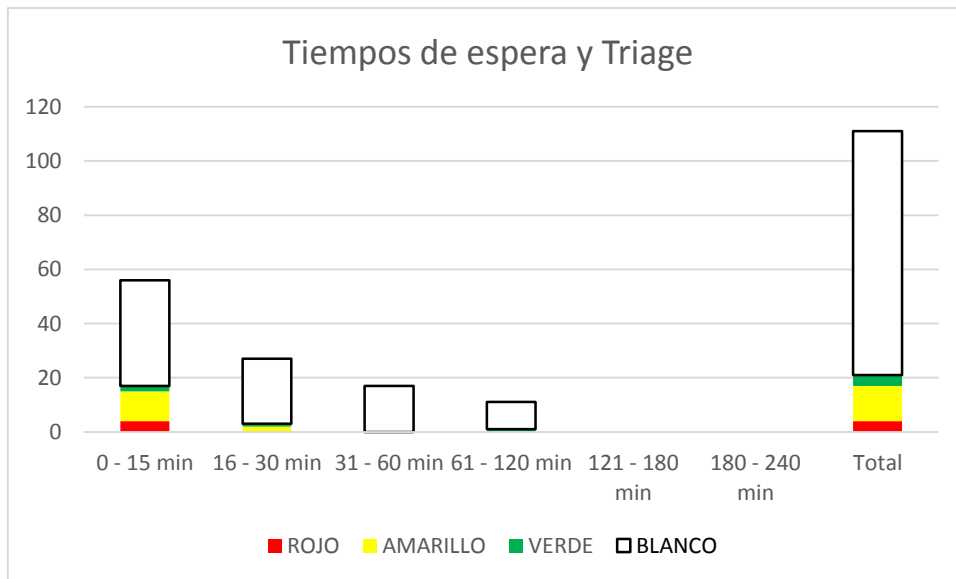
Para la fase de medición del Triage Psiquiátrico en el IPEBC, una vez estandarizado se utilizó la semana **tipo del Lunes 01 al Domingo 07 de Julio de 2013**. Durante ésta medición se obtuvieron un total de n=111 consultas, de las cuales 52.25% (n=58) fueron mujeres y 47.75% (n=53) fueron hombres. El 51.35% (n=57) fueron consulta de primera vez, mientras que 48.65% (n=54) fueron consultas subsecuentes. Se encontró un importante porcentaje de usuarios subsecuentes sin apego a sus citas en consulta externa, por lo que un 14.81% (n=8) no se apegan a las citas ambulatorias, y el 85.19% (n=46) se apegan a dicho servicio ambulatorio.

Para ésta medición, el tiempo promedio de espera fue de 24.73 minutos, con una desviación estándar de 25.94 minutos. A continuación se muestra una tabla con los percentiles y los tiempos de espera. La gráfica D.1 refleja los promedios de los tiempos de espera, consulta y estancia total en el servicio globales.

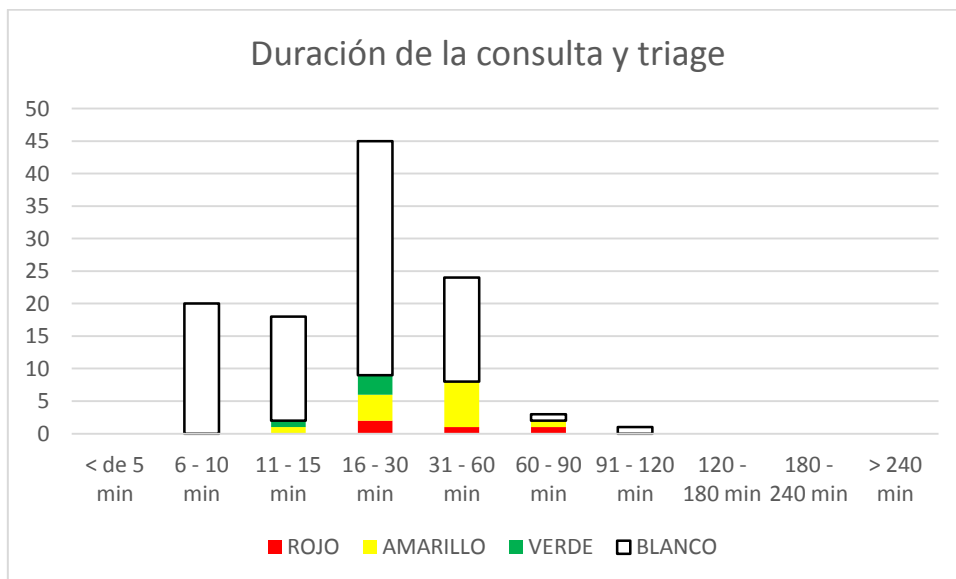
Debido a que a la muestra de la semana tipo se realizó durante la estandarización del Triage Psiquiátrico, se desglosaron los tiempos de espera y las proporciones de tipo de urgencias. muestra la distribución de proporciones según la evaluación del Triage Psiquiátrico antes de recibir consulta de urgencias.



*Gráfica IPEBC2 Frecuencia de Diagnósticos Psiquiátricos según la CIE-10 durante la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California*



Gráfica IPEBC3. Frecuencias de tipos de urgencias psiquiátricas y distribución de tiempos de espera. Se muestra que las urgencias psiquiátricas de mayor riesgo (Rojo y amarillo) se atendieron dentro de los primeros 15 minutos. Dentro del rango de 16 a 30 minutos una pequeña proporción de urgencias amarillas y verdes se atendieron, y los tiempos mayores de espera fueron exclusivos de urgencias blancas. Se observa una mayoría de urgencias blancas sobre las demás, pudiendo tener tiempos de espera cortos o largos. La distribución alcanzó una “gráfica en marimba” lo cual habla de distribución decreciente en función de la gravedad de las Urgencias Psiquiátricas que se presentaron en el servicio.



Gráfica IPEBC 4. Frecuencias de niveles de urgencias psiquiátricas según el Triage Psiquiátrico y distribución de tiempos de duración de la consulta de urgencias. Se observa que las consultas de menor duración (menos de 10 minutos) son generalmente para código blanco, es decir no urgentes. Existe una distribución central en la que las consultas de mayor gravedad requieren mayor tiempo de atención.

## D.2 Comparación de la Semana Típica Basal con la Semana típica del Triage Psiquiátrico

Se hizo la comparación de proporciones de la semana tipo basal (Funcionamiento del servicio sin el Triage Psiquiátrico) con la semana tipo con el Triage Psiquiátrico estandarizado en el servicio. A continuación se muestran las gráficas comparativas de los indicadores de impacto directo e impacto potencial del Triage Psiquiátrico.

BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Estado Civil	n	%	Estado Civil	n	%		
Soltero	39	41.93	Soltero	49	44.14	1.172	0.948
Casado	22	23.65	Casado	31	27.93		
Divorciado	6	6.45	Divorciado	7	6.31		
Unión Libre	15	16.12	Unión Libre	15	13.51		
Viudo	5	5.37	Viudo	6	5.41		
Separado	4	4.3	Separado	3	2.7		
No contestó	2	2.15	No contestó	0	0		
Total	93	100	Total	111	100		

*Tabla IPEBC1 Comparación de frecuencias y porcentajes de Estado Civil durante la semana tipo basal y la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico. No se observaron diferencias significativas desde el punto de vista de estado civil entre ambas muestras.*

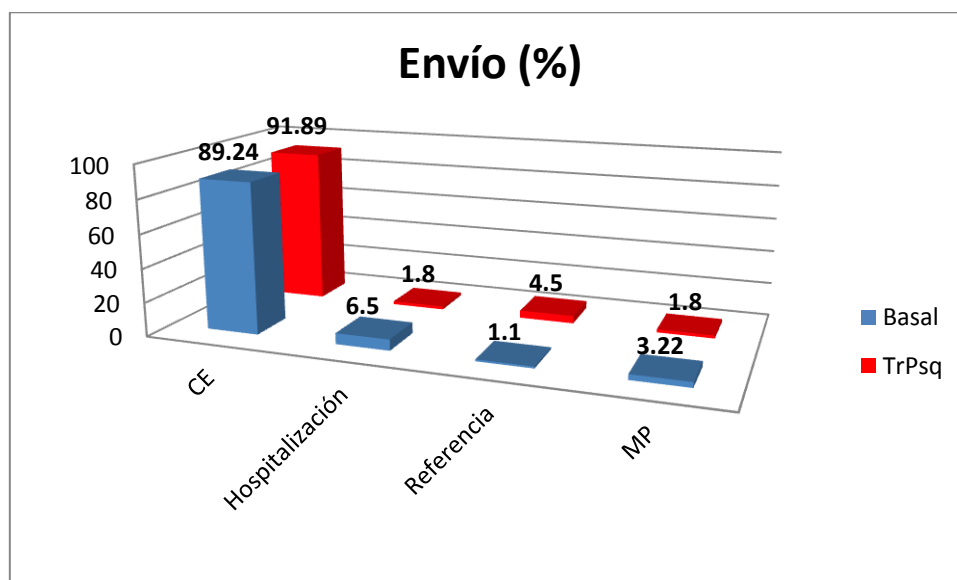
BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Escolaridad	n	%	Escolaridad	n	%		
Analfabeta	9	9.67	Analfabeta	7	6.31	11.22	0.047*
Primaria	22	23.65	Primaria	15	13.51		
Secundaria	26	27.95	Secundaria	54	48.65		
Preparatoria	15	16.12	Preparatoria	26	23.42		
Profesional	9	9.67	Profesional	9	8.11		
Posgrado	1	1.08	Posgrado	0	0		
No contestó	11	11.82	No contestó	0	0		
Total	93	100	Total	111	100		

*Tabla IPEBC 2. Frecuencias y Porcentajes de Escolaridad durante la semana tipo basal y la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico. En la semana tipo de aplicación prácticamente se duplicó la proporción de escolaridad secundaria, existiendo cambios en la proporción de educación primaria y de preparatoria, lo cual llevó a encontrar diferencias significativas entre las muestras.*

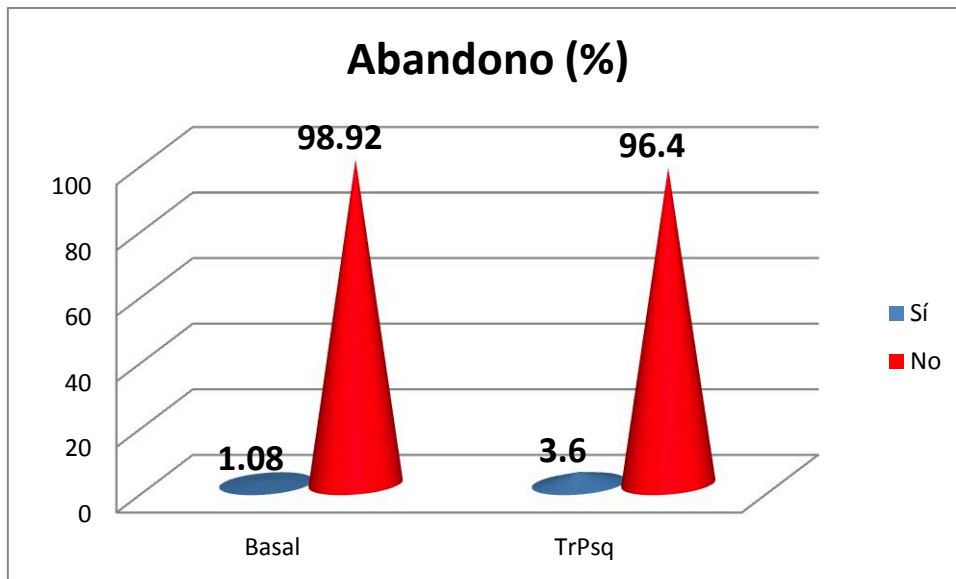


BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Religión	n	%	Religión	n	%		
Agnóstico	5	5.38	Agnóstico	0	0	9.572	0.088
Ateo	17	18.27	Ateo	17	15.32		
Bautista	1	1.08	Bautista	2	1.8		
Católica	47	50.53	Católica	55	49.55		
Evangelista	1	1.07	Evangelista	1	0.9		
Cristiana	10	10.75	Cristiana	26	23.42		
Testigo Jehová	3	3.23	Testigo Jehová	10	9		
No contestó	9	9.68	No contestó	0	0		
Total	93	100	Total	111	100		

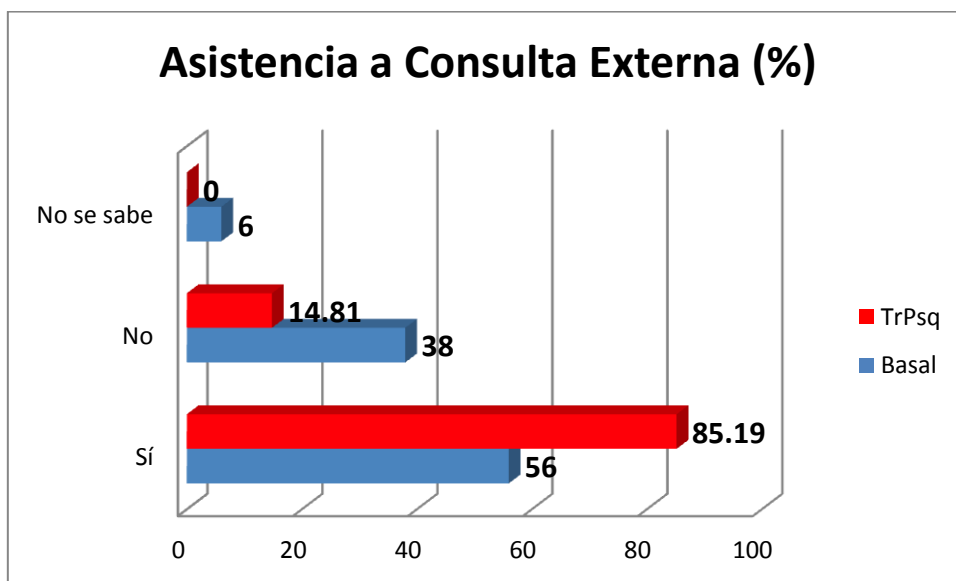
Tabla IPEBC3 Comparación de frecuencias y porcentajes de religiones durante la semana tipo basal y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico. Se encontraron que durante la aplicación del Triage psiquiátrico aumentaron las proporciones de religión católica y cristiana, generando diferencias cerca de lo significativo.



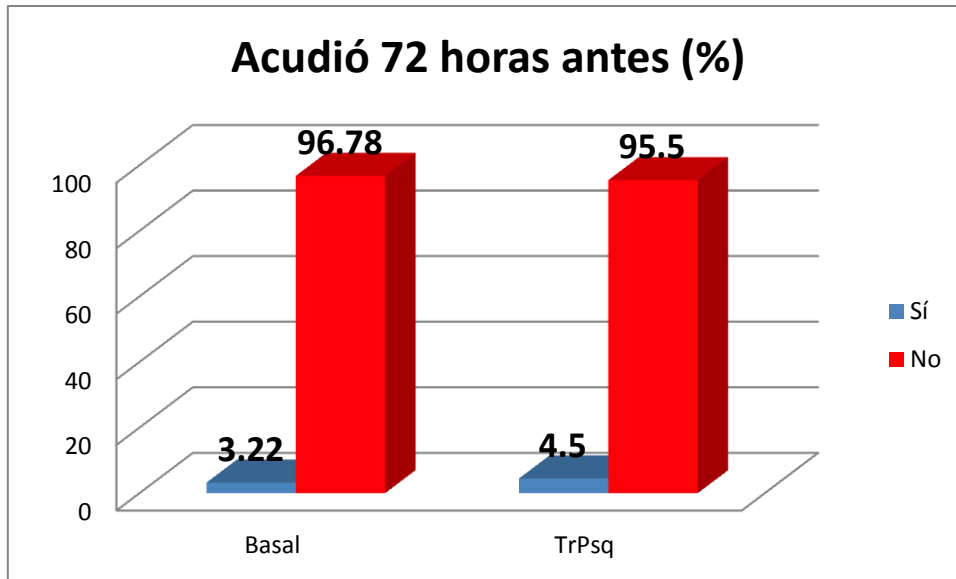
Gráfica IPEBC5. Comparación de la muestra basal (azul) con la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico (Rojo). Aumentaron el porcentaje de las referencias aunque las diferencias no fueron significativas ( $\chi^2 = 4.509$ ,  $gl=3$ ,  $p=0.211$ ).



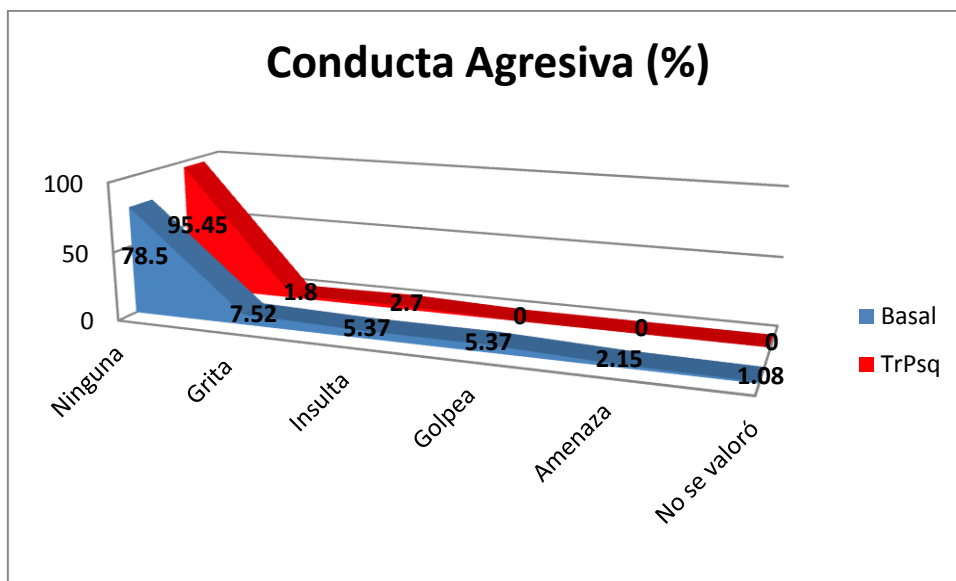
Gráfica IPEBC6. Porcentaje de abandono del servicio durante la semana tipo basal (azul) y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico. Las diferencias no fueron significativas ( $\chi^2 = 1.353$ ,  $df=1$ ,  $p=0.245$ ).



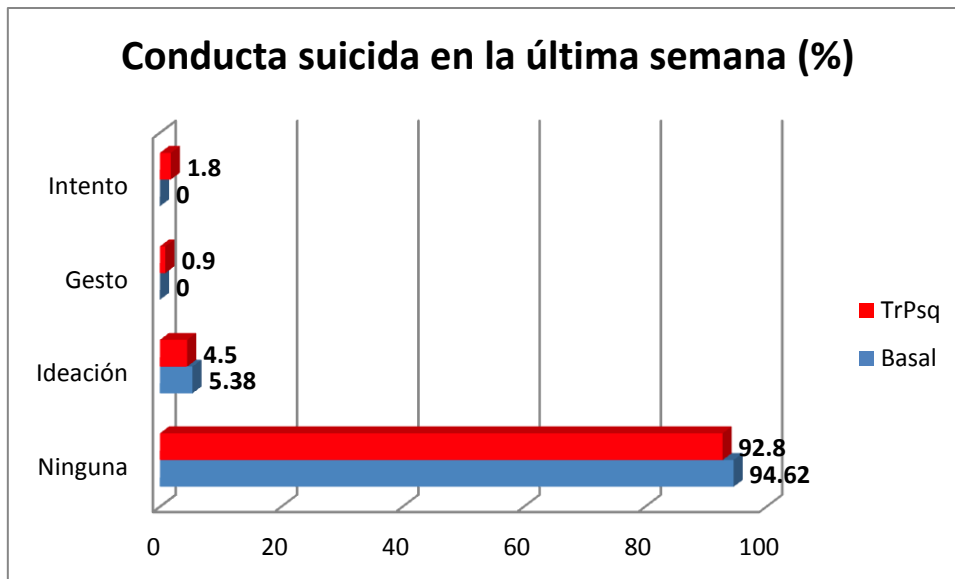
Gráfica IPEBC7. Porcentaje usuarios subsecuentes con asistencia regular a Consulta Externa en comparación con usuarios subsecuentes sin asistencia regular a consulta externa, durante la muestra de la semana tipo basal (azul) y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico. Las diferencias fueron altamente significativas ( $\chi^2 = 45.991$ ,  $df=1$ ,  $p<0.0001$ ).



Gráfica IPEBC8. Porcentaje de usuarios del servicio de urgencias del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que re-acudieron al servicio en un periodo de 72 horas antes de recibir la consulta de urgencias, durante la muestra de la semana tipo basal (azul) y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico. Las diferencias no fueron significativas ( $\chi^2 = 0.220$ ,  $df=1$ ,  $p=0.639$ ).



Gráfica IPEBC9. Porcentaje de usuarios del servicio de urgencias del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que tuvieron algún tipo de conducta agresiva (Gritar, Insultar, Golpear y Amenazar) en la última semana antes de recibir la consulta de urgencias. Se hizo una comparación de la muestra obtenida durante la semana tipo basal (azul) y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico (rojo). Se observa un aumento de la proporción de ninguna conducta agresiva presentada al mismo tiempo que disminuyó la proporción de conductas agresivas durante la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico, encontrándose diferencias significativas. ( $\chi^2 = 14.542$ ,  $df=4$ ,  $p=0.006$ ).

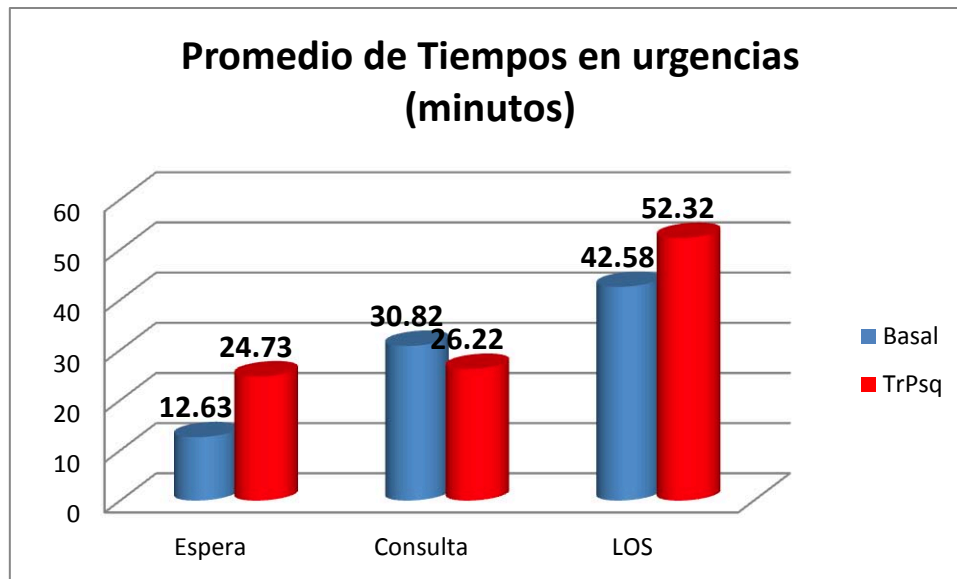


Gráfica IPEBC10. Porcentaje de usuarios del servicio de urgencias del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que tuvieron algún tipo de conducta suicida (Ideaación, Gesto o Intento Suicida) en la última semana antes de recibir la consulta de urgencias. Se hizo una comparación de la muestra obtenida durante la semana tipo basal (azul) y la semana tipo de aplicación de Triage Psiquiátrico. No se encontraron diferencias significativas entre las muestras ( $\chi^2 = 2.607$ ,  $df=3$ ,  $p=0.456$ ).

	Abandono	Regreso 72h	Observación	Sujeción	Intervención Crisis	Medicación
Basal	4	5	2	0	0	3
Triage	1	3	1	1	1	8
$\chi^2$	1.353	0.22	0.191	1.189	1.189	3.394
p	0.245	0.639	0.662	0.276	0.276	0.065

Tabla IPEBC4. Comparación de indicadores de actividad y maniobras especiales durante la fase basal y durante la aplicación del Triage psiquiátrico en el Instituto de psiquiatría del estado de Baja California. Se observó aumento importante, casi significativo en la ministración de medicamentos durante la aplicación del Triage Psiquiátrico. Así mismo, hubo una disminución no significativa de usuarios que abandonaron el servicio sin ser valorados o que regresaron dentro de las 72 siguientes horas.

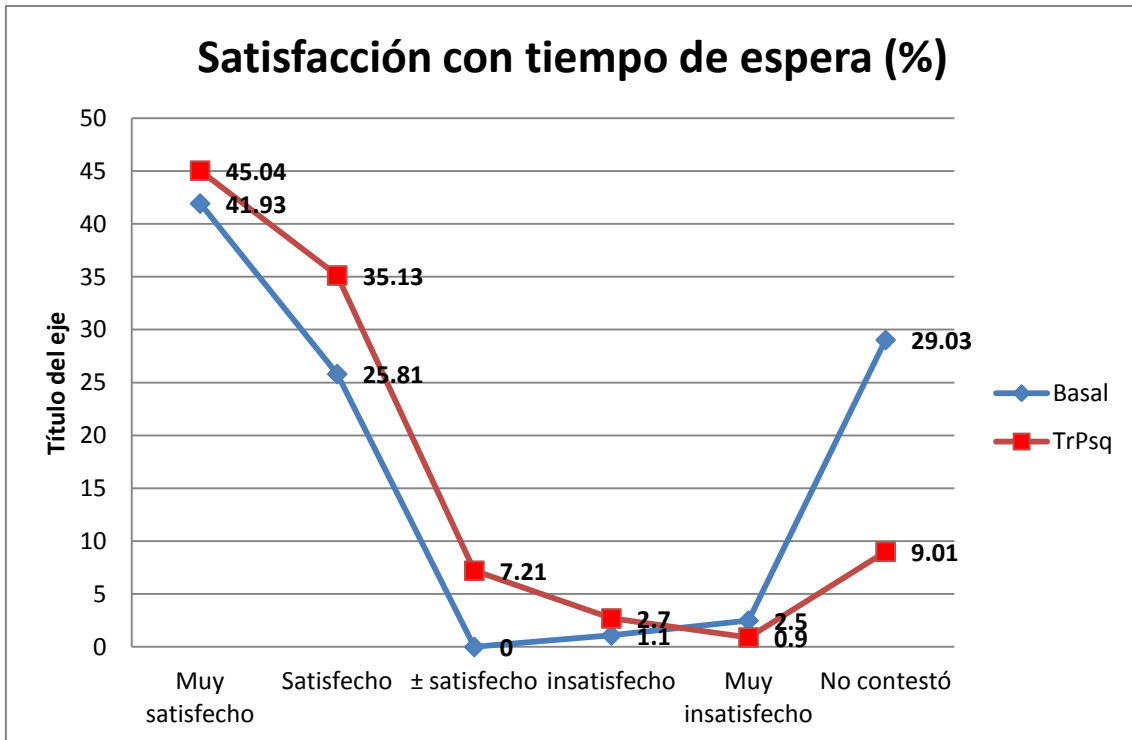
Respecto de los indicadores de impacto directo, para las maniobras de observación, no hubo cambios en las muestras de las semanas típicas basal o la de aplicación del Triage Psiquiátrico, ya que durante la muestra basal se sujetaron  $n=2$  usuarios y durante la fase de aplicación del Triage psiquiátrico se sujetó  $n=1$  usuario ( $\chi^2 = 0.191$ ,  $df=1$ ,  $p=0.662$ ). Así mismo se observaron diferencias significativas en sujeción gentil ( $\chi^2 = 1.189$ ,  $df=1$ ,  $p=0.276$ ), e intervención en crisis ( $\chi^2 = 0.189$ ,  $df=1$ ,  $p=0.276$ ).



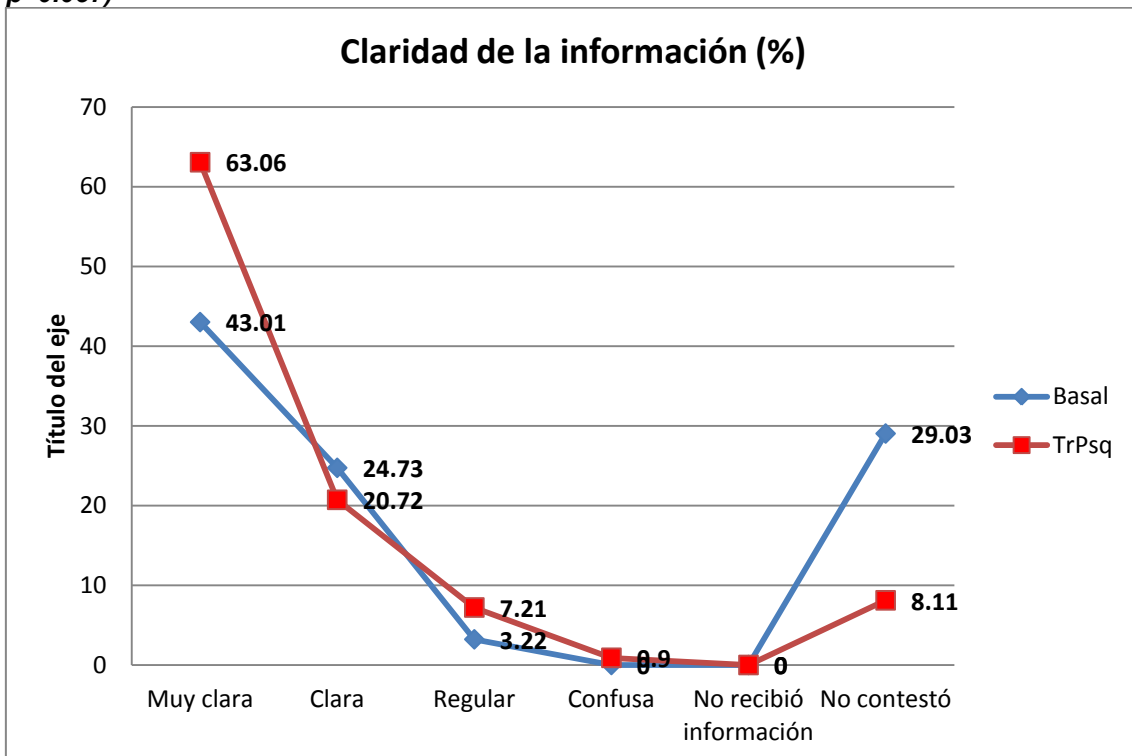
Gráfica IPEBC11. Comparación de indicadores de calidad de proceso (tiempos en urgencias) en las que se muestran las medias de tiempos de espera (tiempo de llegada al servicio al inicio de atención por un médico), tiempo de consulta (tiempo del inicio al final de la valoración por parte de un médico) y Estancia Total en el Servicio (En inglés Length of Stay, LOS). Las Desviaciones Estándar fueron para tiempos de espera SD=14.293 minutos basal y SD=25.94 minutos muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico, para tiempo de consulta SD=47.66 minutos basal y SD=17.45 minutos muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico. Para LOS fueron SD=50.955 minutos basal y SD=31.21 minutos muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico SD=Se observó mayor tiempo de espera durante la fase del Triage psiquiátrico, tomando en cuenta que el tiempo registrado antes era muy corto (12 minutos). **Se observaron diferencias significativas para los tiempos de espera ( $t=4.014$ ,  $p<0.0001$ )**. Se observaron menores tiempos de consulta durante la aplicación del Triage Psiquiátrico ( $t=-0.943$ ,  $p=0.347$ ) y mayores tiempos de estancia (LOS) durante la aplicación del Triage Psiquiátrico ( $t=1.67$ ,  $p=0.096$ ).

BASAL (min)				TRIAGE (min)			
Percentil	Espera	Duración	LOS	Percentil	Espera	Consulta	LOS
10	3	10	17	10	1	9	18
25	5	14	21	25	5	15	30
50	10	18	33	50	17	22	45
75	15	35	45	75	31	31	65
100	117	447	480	100	119	105	200
				F	16.1	0.889	2.79
				p	<b>0.0001*</b>	0.347	0.96

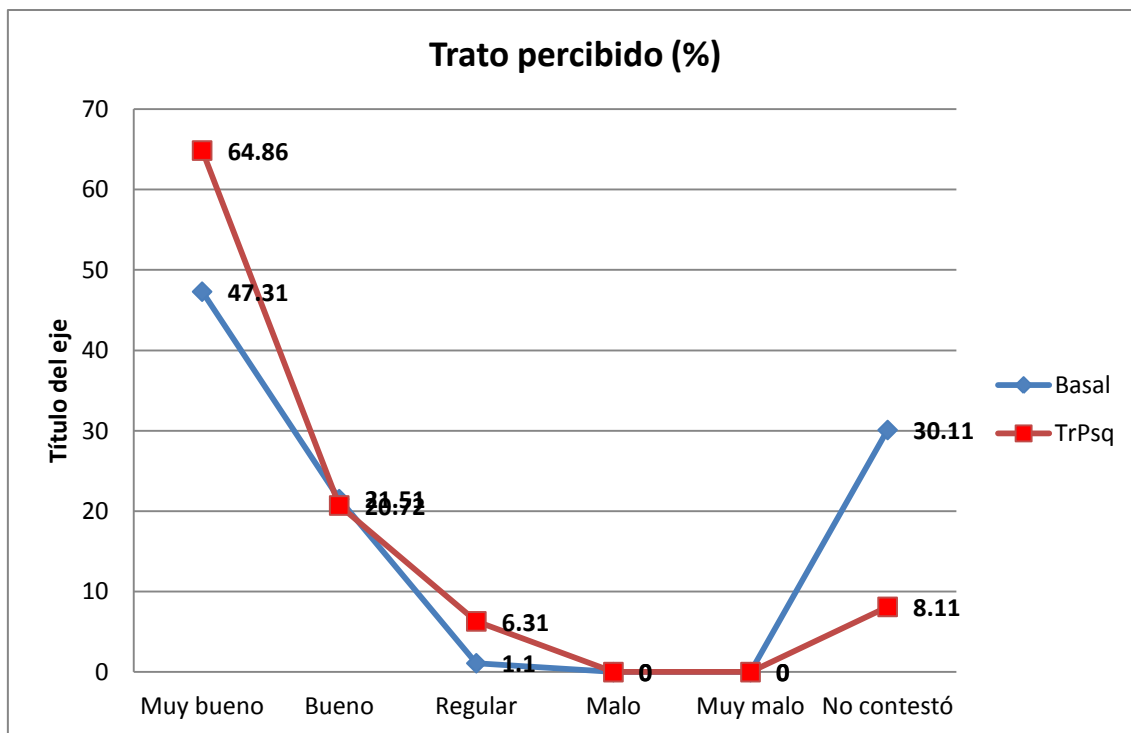
Tabla IPEC5. Comparación de percentiles de indicadores de calidad de proceso entre la muestra basal y la aplicación del Triage psiquiátrico en el Instituto de psiquiatría del Estado de Baja California. Dados los tiempos de espera basales reportados como muy breves, los resultados de la aplicación del Triage psiquiátrico fueron superiores a los basales, siendo significativo para el indicador de tiempo de espera.



Gráfica IPEBC12. Comparaciones de indicadores de satisfacción para satisfacción de tiempo de espera. Se calificaron desde “Muy Satisfecho” (Con valor de 5) hasta “Muy insatisfecho” (Con valor de 1. Las medias de las puntuaciones de satisfacción fueron basal/aplicación de Triage psiquiátrico  $4.52 \pm 0.685$  vs  $4.24 \pm 1.014$ , con diferencias significativas ( $F=3.682$ ,  $p=0.057$ ))



Gráfica IPEBC13. Comparaciones de indicadores de satisfacción para claridad en la información. Se calificaron desde “Muy Satisfecho” (Con valor de 5) hasta “Muy insatisfecho” (Con valor de 1. Las medias de las puntuaciones de satisfacción fueron basal/aplicación de Triage psiquiátrico  $4.55 \pm 0.611$  vs  $4.54 \pm 0.763$ , sin diferencias significativas ( $F=0.11$ ,  $p=0.885$ )).



Gráfica IPEBC14. Comparaciones de indicadores de satisfacción para percepción del trato. Se calificaron desde "Muy Satisfecho" (Con valor de 5) hasta "Muy insatisfecho" (Con valor de 1). Las medias de las puntuaciones de satisfacción fueron basal/aplicación de Triage psiquiátrico  $4.66 \pm 0.705$  vs  $4.60 \pm 0.763$ , sin diferencias significativas ( $F=0.509$ ,  $p=0.555$ ).

## E. Seguimiento a 6 meses de las muestras basal y de aplicación del Triage Psiquiátrico

### E.1 Seguimiento a 6 meses de la semana tipo basal del IPEBC.

En Junio de 2013 se cumplieron 6 meses de haber recopilado la semana tipo basal en el IPEBC, por lo que fue el momento de capturar los indicadores de continuidad en los 93 registros de la semana tipo basal del IPEBC.

Se revisaron cada uno de los expedientes electrónicos de los usuarios que conformaron la semana típica basal (Lunes 03 a Domingo 09 de Diciembre de 2012). Para los indicadores de seguimiento, mediatos o de continuidad se calculó el índice de asistencia a consulta externa, consistente en el dividendo

entre el número de citas a consulta externa y el número de consultas asistidas a consulta externa, siendo 1 el índice de asistencia más alto y 0 el índice de asistencia nulo.

Así mismo, se calculó para cada usuario el tiempo de adherencia a los servicios ambulatorios durante los 6 meses, calculándose mediante el tiempo total entre la consulta de urgencias y la última cita programada en el servicio. De ésta forma, los usuarios que continuaron asistiendo a los servicios ambulatorios o que continuaron como pacientes activos de los servicios del IPEBC, contaron con mayor tiempo de adherencia al tratamiento ambulatorio. De ésta forma el tiempo mínimo de adherencia fueron 0 meses y el máximo 6 meses.

Se encontró que durante el período de seguimiento, 5 de los usuarios se hospitalizaron en dicho período de tiempo, sumando 114 días y con un promedio de estancia de 22.8 días por internamiento. Se encontró correlación entre la hospitalización y el tiempo de consulta ( **$r=0.4364$ ,  $p<0.001$** ) y la estancia total en el servicio (**LOS,  $r=0.4222$ ,  $p<0.001$** ). Se encontró correlación negativa significativa entre número de días de hospitalización y asistencia a consultas de urgencias ( **$r=-0.018$ ,  $p<0.05$** ). Éste hallazgo se puede deber a que los usuarios hospitalizados no hacen uso del servicio de urgencias mientras dura la hospitalización. El tiempo que dura la consulta de urgencias puede ser un buen predictor de hospitalización y de días de hospitalización. Se encontró correlación entre Tiempo de consulta ( **$r=0.436$ ,  $p<0.001$** ) y LOS ( **$r=0.422$ ,  $p<0.001$** ).



Una correlación que confirma la congruencia entre las variables, es que la utilización de servicios de consulta externa ( **$r=0.858$ ,  $p<0.001$** ), el índice de asistencias ( **$r=0.840$ ,  $p<0.001$** ) y asistencia a sesiones de psicoterapia ( **$r=0.404$ ,  $p<0.05$** )

Se indagó si existe asociación entre los usuarios que se hospitalizaron mediante número de días de hospitalización, y los indicadores de calidad. A este respecto, se encontró una asociación significativa entre días de hospitalización y duración de la consulta de urgencias ( **$F=89.58$ ,  $p<0.001$** ) y LOS ( **$F=76.29$ ,  $p<0.001$** ), así como conducta suicida en la última semana ( **$F=3.816$ ,  $p=0.01$** ) y conducta agresiva en la última semana ( **$F=3.263$ ,  $p=0.04$** ). Por otro lado no se encontró asociación entre la adherencia a consulta externa y ningún indicador de calidad ( **$F=1.259$ ,  $p=0.313$ , ns**)

Se calculó el índice de asistencia por usuario, consistente en el cociente entre el número de citas asistidas durante el período de seguimiento entre el número total de citas, resultando en 0 en los usuarios sin apego o que no acudieron a sus consultas, y 1 en los usuarios con asistencia perfecta. El promedio del índice de asistencia de la muestra ajustada ( $n=86$ ) fue de 0.421, lo cual implica un índice de asistencia inferior al 50% de las citas otorgadas. No se encontró correlación entre número de medicamentos prescritos y número de asistencias a consulta externa ( **$r=0.184$ , ns**). Se encontró una correlación positiva entre número de consultas asistidas y tiempo de adherencia ( **$r=0.887$ ,  $p<0.001$** ) Existió una correlación positiva pobre entre la asistencia a psicoterapia y la adherencia a servicios ambulatorios ( **$r=0.33$ ,  $p<0.05$** ).

Durante el período de seguimiento, n=5 usuarios de los 93 que acudieron en la semana tipo basal fueron hospitalizados en el IPEBC. Entre los cinco pacientes hospitalizados sumaron un total de 114 días de hospitalización, con un rango de 10 a 33 días de hospitalización, con un promedio de estancia hospitalaria de  $22.8 \pm 10.52$  días de internamiento hospitalario.

En conclusión, la semana tipo basal del IPEBC demuestra una población bajacaliforniana principalmente del área de Mexicali, con índice de apego a citas en consulta externa inferior al 50% y que tiende a disminuir a lo largo del tiempo en forma creciente, siendo necesario evaluar el impacto del triage en éstos indicadores.

## E.2 Seguimiento de la Semana de Triage Psiquiátrico y comparación de indicadores

El investigador principal de éste proyecto regresó al IPEBC el 08 y 09 de enero de 2014 para capturar los indicadores de seguimiento de la semana tipo de Triage Psiquiátrico obtenida la primera quincena de Julio 2013.

De la muestra n=111, se pudo tener seguimiento de n=107 usuarios en el IPEBC, perdiéndose el seguimiento n = 4 usuarios, el motivo de ésta pérdida fue falta de información de los expedientes con el que se pudiese realizar un seguimiento. A cada uno de esos n=107 usuarios se midieron los indicadores mediatos o de continuidad, que se resumen en los siguientes:

- a) Número de asistencias a consulta de urgencias
- b) Número de asistencias a consulta externa
- c) Número de hospitalizaciones (si las tuvieron)

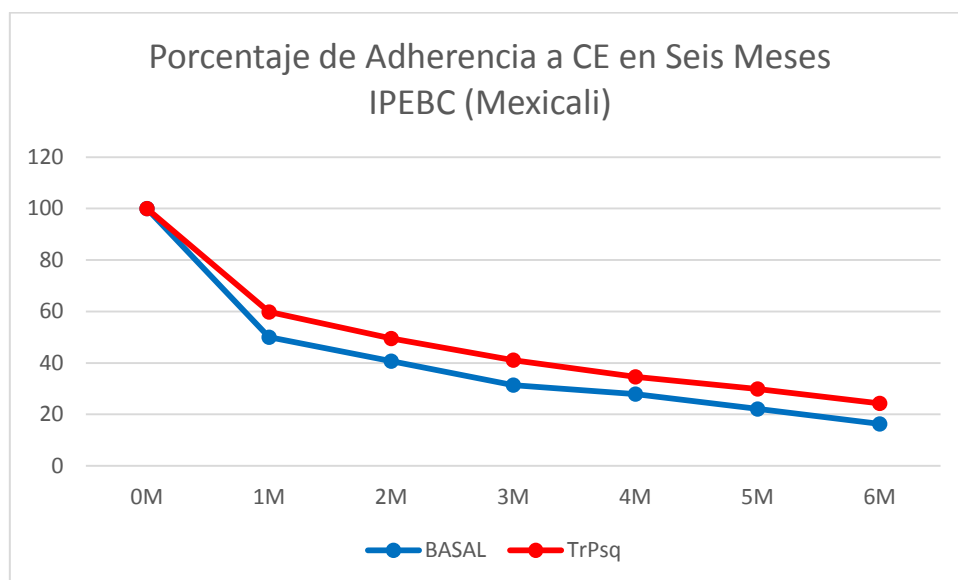
- d) Número de días de hospitalización
- e) Existencia de cita programada a los seis meses de haber recibido consulta de urgencias
- f) Porcentaje de adherencia a consulta externa (Porcentaje de usuarios que a lo largo del seguimiento se mantuvieron como pacientes activos en la CE).

Se resume la información en la tabla IPEBC11, mostrando las diferencias encontradas entre los indicadores de continuidad basales (muestra tomada en Diciembre de 2012 y con seguimiento a 6 meses en Julio 2013), y los indicadores de continuidad de la muestra del Triage Psiquiátrico (muestra tomada en Julio de 2013 y con seguimiento a 6 meses en enero de 2014).

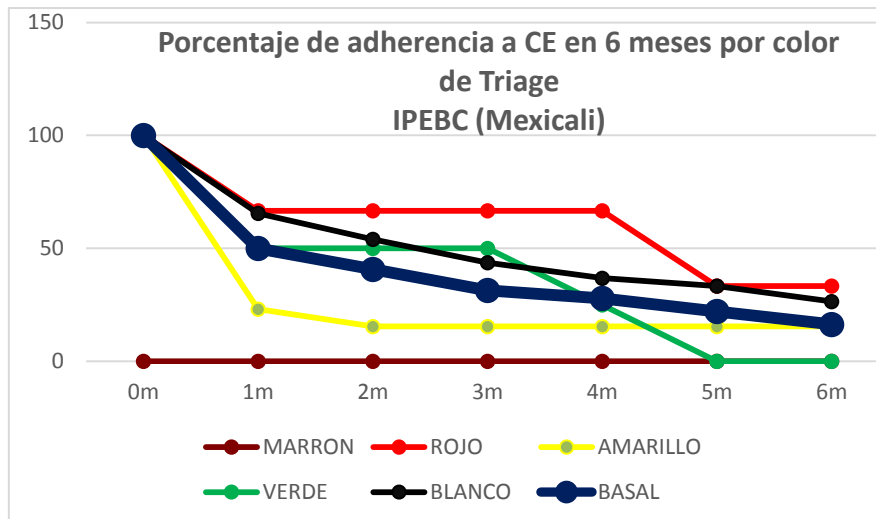
MEXICALI	Basal	TrPsq	Estadística	p
Total de Consultas de Urgencias (asistidas)	54	55	F=7.858	0.006**
Media Consultas Urgencias (SD)	1.64 (0.931)	1.86 (1.21)		
No. Usuarios que no acudieron a urgencias	64	69		
Total de Consultas de CE (asistidas)	132	186	F=0.358	0.55
Media consultas CE (SD)	3.14 (2.3)	3.0 (1.53)		
No. Usuarios que no acudieron a CE	44	46		
Total de Citas a Psicoterapia (asistidas)	66	65	F=0.622	0.431
Media consultas a Psicoterapia (SD)	3.66 (3.8)	3.09 (2.7)		
No. De usuarios que no acudieron a Psicoterapia	66	87		
Cita programada a los seis meses (n)	14	8	t=-1.658	0.099*
Cita programada a los seis meses (%)	15.03	7.47		
No. De usuarios sin cita programada a los 6 m	72	79		
Total de hospitalizaciones	5	4	F=0.458	0.499
Media de Hospitalizaciones (SD)	1 (0)	1 (0)		
Total de días de hospitalización	17	6	F=781	0.378
Media de días de hospitalización (SD)	21.7 (10.52)	27.7 (4.78)		
No. De usuarios que no se hospitalizaron	81	103		
Media de meses de adherencia a CE	3.73 (2.08)	3.82 (2.11)	F=1.84	0.176
Porcentaje de Adherencia a CE a los seis meses	16.3	24.3		

*Tabla IPEBC6. Indicadores de continuidad a 6 meses de las muestras basales (Antes de la implementación del Triage Psiquiátrico) y de aplicación del Triage Psiquiátrico estandarizado. Se observan diferencias en el número de asistencias a Consulta Externa en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico, así como menor número de días de hospitalización y promedio de días de hospitalización en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico, con muy pocas diferencias en la media del tiempo de adherencia al tratamiento de consulta externa, pero con mayor adherencia en el grupo que se aplicó el Triage Psiquiátrico*

Se realizaron gráficas comparativas para evaluar la sobrevida en la adherencia a los servicios de consulta externa en ambas muestras. Las gráficas IPEBC27 e IPEBC28 muestran ésta diferencia al desglosarlas por grupo (muestra basal vs. Muestra de Triage Psiquiátrico estandarizado) y por color (sobrevida de adherencia de cada uno de los colores del Triage Psiquiátrico comparados con la línea porcentual basal institucional).



*Gráfica IPEBC15. Comparación de porcentajes de usuarios que continuaron con adherencia a los servicios de Consulta Externa tras recibir consulta de urgencias de la muestra basal (color azul) y de la muestra de la aplicación del Triage Psiquiátrico estandarizado (color rojo). Se observa una distribución muy similar con un ligero aumento de la adherencia en el grupo del Triage Psiquiátrico Estandarizado. No se observaron diferencias significativas entre los grupos ( $F=1.84$ ,  $p=0.186$ ).*



Gráfica IPEBC16. Porcentajes de adherencia a Consulta externa por desglose de color de Triage psiquiátrico. Se observa que los colores rojo (UP de alto riesgo), verde y blanco (UP de bajo y nulo riesgo) tuvieron un mayor porcentaje de adherencia respecto de la adherencia basal institucional (Línea gruesa azul). No se detectaron UP marrón (Urgencia Médica) durante la muestra. Es notorio que las UP amarillas (Riesgo medio) tuvieron una caída importante en la adherencia respecto de la basal. No se observaron diferencias significativas en función del color con el envío ( $F=1.633$ ,  $p=0.186$ ), asistencia a Consulta Externa durante el seguimiento ( $F=1.259$ ,  $p=0.292$ ) ni tiempo de adherencia a servicios ambulatorios durante el seguimiento ( $F=1.798$ ,  $0.152$ ).

Los resultados del IPEBC mostraron algunos cambios en los indicadores de actividad (menos conducta suicida), calidad de proceso (mayor tiempo de espera y mayor LOS en las muestras del Triage Psiquiátrico), sin diferencias en los indicadores de satisfacción. Se encontraron mayor número de consultas de urgencias asistidas durante el período de seguimiento, y un número menor de programación de citas en consulta externa en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico. No hubo diferencias significativas en la media de hospitalizaciones ni la media de días de hospitalización.

Un hallazgo importante es que los usuarios del servicio de urgencias van presentando menor asistencia a los servicios ambulatorios con el paso del tiempo, lo cual puede tener consecuencias de tipo costo-beneficio a mediano y largo plazo tanto para los usuarios como para la institución.

# RESULTADOS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TIJUANA A.C.

## A) Subfase de Gestión

El Hospital de Salud Mental de Tijuana (HSMT) recibió difusión por parte del Departamento de Educación a Distancia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, al escuchar la Videoconferencia “Triage en Urgencias Médicas y Psiquiátricas”, dictada por el investigador principal de éste estudio, el 25 de Julio de 2012, la cual siguió estando presente en la red de internet por un tiempo más. Para participar en éste estudio, por parte de la Dirección Médica del HSMT, se estuvo interesado en ingresar en éste proyecto, y tras asistir a las Jornadas Estatales de Salud Mental en Mexicali, Baja California, en Mayo de 2013, el Investigador Principal reportó los resultados de la semana típica basal del IPEBC. Fue entonces que la Dirección Médica del HSMT y el Investigador Principal de éste estudio acordaron que el HSMT podría incluirse al Protocolo de Investigación mediante la *vía por solicitud*. Se envió el oficio de solicitud por parte de la Dirección Médica del HSMT al investigador a principios el mes de Mayo de 2013, acordando iniciar el proyecto a finales de Mayo de 2013.

## b) Subfase de Descripción

### A.1 Descripción General del Servicio de Urgencias del HSMT

Tras recibir carta solicitud para participar en el proyecto por parte del Hospital de Salud Mental de Tijuana (HSMT), el investigador principal del presente estudio se presentó en el mes de mayo de 2013 para proceder a iniciar la investigación.

El Hospital de Salud Mental de Tijuana es una Asociación Civil con poco más de cinco años de funcionamiento desde su fundación (2008), dedicada a atender los aspectos más relevantes de la Salud Mental de la región de Tijuana y alrededores. Aunque la Institución es una Asociación Civil de índole privada, sus ingresos son mayormente originarios de los pacientes subrogados que cuentan con seguro popular, IMSS, e ISSSTEcali (ISSSTE para los derechohabientes del Estado de Baja California); los pacientes no derechohabientes se consideran como privados y deben pagar una cuota con un nivel único de costo de servicios.

EL HSMT cuenta con servicios de hospitalización (voluntaria e involuntaria), consulta externa, hospital de día, psicología, psicometría y urgencias las 24 horas. Hasta el momento no cuenta con residentes en Psiquiatría, ya que es una Institución que no es dependiente de la Secretaría de Salud Federal o Local, y requiere estar certificada y acreditada para ofrecer la formación de recursos humanos en Psiquiatría.

Actualmente el HSMT participa continuamente en actividades como promoción a la salud mental, psico-educación, capacitación y sensibilización a los sectores sociales y comunitarios sobre la importancia de la salud mental.

Participa continuamente en actividades de difusión en TV, radio, internet y ofrece continuos cursos de sensibilización sobre salud mental a poblaciones específicas.

## A.2 DESCRIPCION ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HSMT

El Servicio de Urgencias del HSMT cuenta con acceso inmediato del estacionamiento a la entrada principal, cuenta con una rampa de discapacitados. La entrada a urgencias es de puerta doble, lo cual favorece la entrada de los pacientes. Inmediatamente después de la entrada se encuentra un área de aproximadamente 4 x 5 metros, en la cual se encuentra la sala de espera, con 5 sillas, para los pacientes que acuden a urgencias. La limpieza y el mobiliario son excelentes, encontrándose en muy buen estado. En dicha área se encuentra un aparato dispensador de agua con conos, para autoservicio de los usuarios de urgencias.

En el área de recepción se encuentra un módulo de primera atención, atendida por un Licenciado en Trabajo Social, quien cuenta con equipo de cómputo e impresora. Es en éste lugar donde se presentan los usuarios a solicitar una consulta de urgencias cuando así lo disponen o bien vienen vehiculados por otro servicio dentro o fuera del HSMT.

Pasando el módulo de primera atención, hay una segunda puerta de entrada doble, fabricada de madera pintada de color gris claro, que permite la



entrada al servicio de urgencias por sí mismo. El área clínica de urgencias es extensa, existe un pasillo y área común de aproximadamente 4 x 5 m, en el cual confluyen las siguientes áreas:

1.- Un consultorio de enfermería, de aproximadamente 2 x 3 m, ocupado por un enfermero especialista, con equipo de cómputo e impresión. El enfermero especialista es el responsable de realizar el Triage en las personas que acuden al servicio

2.- Un área de observación de aproximadamente 6 x 8 m en la que se encuentran dos camas de movimiento electrónico. Se encuentran empotradas en la pared toma de oxígeno y aparato de monitorización cardiovascular que permite toma sistemática de TA, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria y saturación capilar de oxígeno. Se cuenta con carro rojo con bitácora de medicamentos, ventilador electrónico y desfibrilador. El carro rojo cuenta con bitácora de medicamentos y lista de insumos. El desfibrilador y ventilador se encuentran en adecuadas condiciones (Se aprecian nuevos), cuentan con una calcomanía de próxima revisión. No se encuentra en el servicio la bitácora de mantenimiento del desfibrilador y ventilador.

3.- Un área de acceso exclusivo al personal

4.- Una segunda área de observación, de aproximadamente 4 x 6 m, en la que se encuentran tres camas con movimiento automático electrónico, las cuales cuentan cada una con una terminal de oxígeno que se encuentra empotrada a la pared. Entre cada camas hay una cortina de separación.

5.- Un pasillo final de aproximadamente 2 m de largo que termina en una puerta trasera, que se utilizada como puerta de entrada del personal.

6.- Un consultorio médico de aproximadamente 3 x 2 cm con una cama de movimiento automático electrónico, con terminal de oxígeno y esfigmomanómetro empotrados a la pared.

7.- Un consultorio médico, de aproximadamente 3 x 4 cm, en el que se encuentran un escritorio con equipo de cómputo, una silla para el médico y tres sillas para los usuarios de la consulta de urgencias. La silla del médico está orientada hacia la pared lateral del consultorio, las sillas de los usuarios están orientados hacia la ventana y/o pared. No se encuentran extintores (Por el área del servicio ameritaría dos o tres extintores al acceso), letreros que mencionen rutas de evacuación, o salida de emergencia.

8.- Personal Humano en Urgencias: Está constituido por:

a) Dos médicos Psiquiatras que laboran intercaladamente turnos de 8 o 12 horas, de Lunes a Viernes, estando disponible un Médico Psiquiatra por Turno.

b) Un médico general de jornada acumulada que está a cargo de hospitalización y urgencias los fines de semana.

c) Un enfermero especialista que labora de lunes a viernes durante 12 horas.

d) Un licenciado en trabajo social que labora de lunes a viernes durante 12 horas.

e) Personal de hospital que atiende urgencias nocturnas en caso de presentarse.

9.- Indicadores de Actividad

El servicio de urgencias del Hospital de Salud Mental de Tijuana tiene como principal área de influencia a la Ciudad de Tijuana y alrededores. Al ser una zona fronteriza con el Estado de California y particularmente con la Ciudad de San Diego, es frecuente la presencia de inmigrantes en la zona. Las

estadísticas mensuales del total de consultas de urgencias durante 2012 se resume a continuación:

	Ene	Feb	Mar	Abr	Mar	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
<b>Psiquiatra</b>	96	133	121	185	207	183	212	270	282	293	294	239	<b>2515</b>
<b>Medico General</b>	40	24	28	32	32	22	22	23	44	35	27	23	<b>352</b>
<b>Total</b>	136	157	149	217	239	205	234	293	326	328	321	262	<b>2867</b>

*Tabla HSMT1. Productividad mensual reportada por el psiquiatra y el médico general en urgencias del HSMT durante 2012. El médico general labora los fines de semana en jornada acumulada, estando a cargo de hospital y urgencias. El psiquiatra es único en el servicio y atiende de Lunes a Viernes en horario intercalado de 8 o 12 horas.*

La tabla HSMT1 muestra que El 87.77% de las consultas son valoradas por un médico psiquiatra, mientras que el 12.23% son valoradas por médicos no psiquiatras, generalmente en los turnos nocturnos.

### A.3 DESCRIPCION FUNCIONAL (De procesos) DEL HSMT.

El procedimiento para recibir atención en el servicio de urgencias del HSMT es el siguiente:

- 1.- El usuario, familiar y/o acompañantes se presentan al servicio.
- 2.- Son recibidos por el Lic. En Trabajo Social del Módulo, quien registra la consulta de urgencias en una hoja de vaciado y en el sistema electrónico.
- 3.- Si el paciente y/o familiar acude visiblemente irritable, agitado o agresivo, se pasa al área de observación y se avisa verbalmente al médico psiquiatra en el servicio, quien interrumpe las actividades que esté realizando y en conjunto con el área de enfermería realizan la intervención inicial del paciente, que puede ser intervención en crisis, intervención farmacológica y/o restricción física.

4.- Si el paciente amerita internamiento psiquiátrico, o bien se queda en el servicio de observación para efectos de desintoxicación, monitorización clínica u otros motivos, se notifica al área de hospitalización para que los médicos de dicha área acudan a valorar al paciente.

5.- Si el paciente y/o familiar acuden sin un estado irritable, agitado o agresivo, el Licenciado en Trabajo Social programa en el sistema de cómputo la urgencia, para lo cual el paciente debe acudir a la caja del hospital y recabar un recibo de pago, independientemente de su derechohabencia (Seguro Popular, ISSSTEcali, IMSS o Medio Privado). En el caso de contar con algún tipo de seguridad social se subroga el pago y se registra en el recibo, en el caso de ser paciente privado el mismo paciente costea el pago único.

6.- El paciente o familiar “No agitado” regresan al servicio de urgencias, donde presentan el recibo correspondiente. Acto seguido se habilita la consulta de urgencias y se solicita al enfermero especialista que realice una evaluación inicial (Triage).

7.- El enfermero realiza el Triage inicial al paciente que va a pasar al servicio de urgencias, en el que los pacientes “no agitados” generalmente son categorizados como urgencia “no grave”. Debido a que el paciente voluntariamente realizó el pago, se asigna automáticamente el nivel “5” a todo paciente que visiblemente se encuentra médica, psiquiátrica y emocionalmente estable.

8.- El médico psiquiatra del servicio evalúa las condiciones que por prioridad (asignada por el enfermero o en caso de presencia de una agitación obvia) se vayan presentando; si en el momento existe un paciente con agitación, agresividad o condición médica, el médico psiquiatra suspende el resto de las

actividades hasta estabilizar las condiciones más críticas. Una vez estabilizadas, el médico psiquiatra regresa a continuar la atención en el servicio.

9.- El paciente espera un tiempo que puede ser muy variable antes de pasar a su asistencia facultativa, de acuerdo a la cantidad de otros usuarios que también demanden consulta de urgencia, o a la presencia simultánea de otros usuarios no graves pero que simultáneamente solicitan la atención.

10.- El paciente recibe su consulta de urgencias, que puede ser de primera vez (Primer contacto con la Institución) o subsecuente (Contacto previo con la Institución). Los pacientes de primera vez se les hace una evaluación dirigida al padecimiento actual (No se les realiza historia clínica en urgencias). Los pacientes subsecuentes cuentan ya con registros previos (expedientes) que están disponibles automáticamente en el sistema.

11.- Para el egreso del servicio de pacientes que ocuparon el área de observación, el médico de urgencias o de hospitalización considera que el paciente está en condiciones de ser egresado, y es derivado a hospitalización, consulta externa, o se le entrega hoja de referencia.

12.- Para el egreso del servicio de paciente “no agitado” y que se valoró sólo por medio de entrevista (Sin requerir utilizar el servicio de observación o maniobras de sujeción), el médico emite un diagnóstico presuncional, prescribe los medicamentos que el paciente llevará en su domicilio, y egresa al paciente, generalmente al servicio de consulta externa, a reserva de derivarlo a hospitalización o realizar referencia.

13.- Los pacientes tras su valoración pasan a la farmacia a que se le brinden los medicamentos prescritos, y pasan también al área de consulta externa a que se les asigne una cita.

#### A.4 Descripción de la semana tipo basal del HSMT

##### *a) Variables sociodemográficas*

Tras la aceptación de la Institución a participar en el Proyecto, se realizó una medición de la **semana tipo basal del Lunes 27 de Mayo al Domingo 02 de Junio de 2013**, de 00:00 a 24:00 horas. Aunque el personal había tomado una videoconferencia sobre Triage en Urgencias Médicas y Psiquiátricas en Julio de 2012, dicha medida no estaba estandarizada, ya que el único médico en el servicio de urgencias del HSMT no realizaba categorizaciones de prioridad.

Los usuarios que acudieron al servicio firmaron la carta de consentimiento informado aprobada por el Comité de Ética en Investigación.

Durante la semana tipo basal se registraron n=85 usuarios, de los cuales n=2 se fugaron antes de recibir consulta de urgencias y uno se negó a participar en el estudio, por lo que la muestra basal consistió en n=82 usuarios.

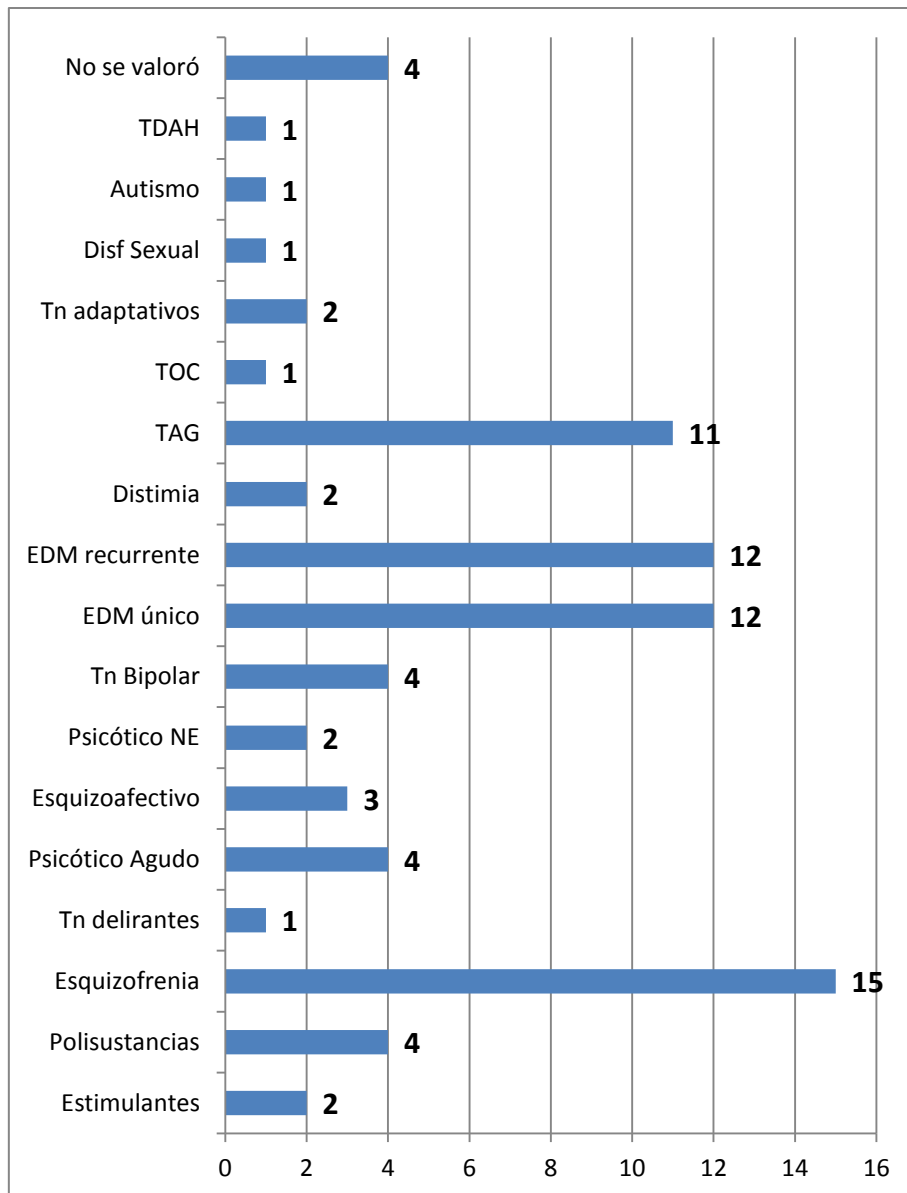
De los 82 usuarios, el 54.65% fueron del sexo masculino (n=44) y el 46.34% (n=46.34%) del sexo femenino. La mayoría de los usuarios fueron subsecuentes (76.82%, n=63), y una minoría fueron usuarios que tenían primer contacto con la institución (23.17%, n=19). Entre los usuarios subsecuentes, la razón entre adherencia/no adherencia a servicios ambulatorios es

prácticamente 1:1, con 50.79% (n=32) de adecuada adherencia a servicios ambulatorios, y 49.2% (n=31) de inadecuada adherencia a servicios ambulatorios. El estado civil de los usuarios fue predominantemente soltero, y la mayoría de los usuarios tenían escolaridad secundaria.

*b) Indicadores de Actividad.*

Con respecto a la proporción de usuarios que abandonaron el servicio del Hospital de Salud Mental de Tijuana, n=3 usuarios (3.66%) decidieron abandonar el servicio sin autorización médica y antes que terminara la consulta. Un usuario acudió 72 horas previas al servicio (1.22%). Se encontró una asociación significativa entre abandono del servicio y regreso al servicio de urgencias en las últimas 72 horas ( $\chi^2=39.994$ ,  $df=1$ ,  $p=0.025$ ).

La morbilidad psiquiátrica se reporta a continuación, de acuerdo a la codificación diagnóstica del CIE-10:



*Gráfica HSMT1. Morbilidad Psiquiátrica según el código diagnóstico de la CIE-10 en la población usuaria del Hospital de Salud Mental de Tijuana. Se observa mayor frecuencia de Esquizofrenia (F20) seguida de los Episodios Depresivos Mayores Únicos (F32) y Recurrentes (F32), y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41).*

Entre los n=17 usuarios que se hospitalizaron durante la semana tipo basal, se encuentran los siguientes hallazgos descriptivos: La edad promedio fue de 47.05 años, de los cuales n=7 (El 41%) tuvieron algún padecimiento psicótico del espectro de la esquizofrenia; n=5 (29.41% de los usuarios que se internaron) tuvieron riesgo suicida, y n=7 (41% de todos los pacientes que se internaron) tuvieron conducta agresiva, fundamentalmente gritar y golpear.



Se observó que el fenómeno de que la proporción de usuarios referidos a otras instituciones es relativamente más baja en comparación con instituciones de la ciudad de México (En la muestra de la semana tipo del INPRF mencionada en el apartado de antecedentes, la proporción de envíos fue de 23%, mientras que en el HSMT es de sólo 1.22).

Respecto de las maniobras especiales aplicadas a la muestra durante la semana tipo basal, se reportó lo siguiente: Se envió al servicio de observación a n=16 usuarios (19.52% del total de la muestra basal), se sujetaron a n=2 usuarios (2.43%), se realizó intervención en crisis a n=12 usuarios (14.64%) y se aplicaron medicamentos en urgencias a n=15 usuarios (18.29%). De los n=15 usuarios que recibieron medicamentos administrados durante la consulta en el servicio, n=6 recibieron Olanzapina dispersable oral (40%), n=3 recibieron olanzapina Intramuscular (20%), n=2 recibieron haloperidol intramuscular (13.33%) y n=4 recibieron benzodiacepina vía oral (26.66%). Se encontró asociación entre conducta agresiva y realización de sujeción gentil ( $\chi^2=11.935$ ,  $df=4$ ;  $p=0.018$ ).

### *c) Indicadores de calidad de proceso*

Para describir los tiempos de espera se calculó por intervalos de tiempo de espera y por percentiles. Para describir los intervalos de tiempo de espera, se observó que el mayor porcentaje de la muestra (31.71%, n=26) esperó entre una y dos horas su respectiva consulta; el 18.29% (n=15) esperó entre 31 y 60

minutos, y el 20.73% (n=17) esperó menos de 15 minutos para recibir su consulta de urgencias.

Se detectó que la mediana o percentil 50 es equivalente a 55 minutos de espera para recibir consulta. El promedio del total de tiempos de espera fue de 65.72 minutos con una SD de 53.79 minutos.

Respecto al tiempo de consulta (Diferencia entre la hora de inicio y hora final de atención en el servicio) se observó que la mayor proporción de pacientes (36.58%, n=30) reciben atención en un intervalo de tiempo de 31 a 60 minutos. Existen proporciones menores para tiempos de espera menores y mayores que el mencionado. El promedio de duración de la consulta de urgencias fue de 36.36 minutos, con una SD de 34.15 minutos.

Se calculó el tiempo total de estancia en el servicio de urgencias (en inglés Length of Stay, LOS), que abarca la diferencia entre la hora de registro al servicio y el tiempo de egreso. La literatura internacional sugiere que se debe de tener un LOS menor a cuatro horas para garantizar un estándar de calidad y disminuir las posibilidades de mortalidad en un servicio de urgencias médicas. La literatura disponible no menciona un LOS específico para urgencias psiquiátricas. El promedio del LOS en el HSMT fue de 109.65 minutos con una SD de 103.16 minutos.

Se compararon diferentes indicadores de actividad como envío, consumo de sustancias en la última semana, conducta agresiva y aplicación de sujeción gentil, con el tiempo de espera. No se encontraron diferencias significativas relacionadas con el envío (**F=0.779, p=0.754**), sustancias (**F=0.84, p=0.386**), conducta suicida (**F=0.319, p=0.845**) ni sujeción gentil

**(F=0.23, p=0.890)**. Llama la atención que el número de intentos suicidas en la vida modifica la asociación generando una tendencia estadística **(F=1.156, p=0.083, ns)**. Lo anterior podría explicar que los usuarios con varios intentos suicidas podrían ser “ya conocidos” por el servicio y privilegiar su atención cuando regresan al mismo, aunque no es un fenómeno del todo claro. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas entre tiempo de espera y conducta agresiva la última semana **(F=1.277, p=0.037)**. Lo anterior sugiere que todos los usuarios esperan el mismo tiempo sin importar la gravedad de su condición, salvo cuando se presentan con evidente estado de agresividad, única situación que privilegia su atención aún por encima de otras condiciones que pueden ser graves pero sin agitación evidente, como condiciones médicas o riesgo suicida.

Se encontró que el LOS (Length Of Stay) no tuvo asociación entre edad, sexo o incluso duración de la consulta, pero sí se encontró asociación con el envío **(F=17.679, p=0.007)**, riesgo suicida actual **(F=5.872, p=0.004)** y una tendencia estadística con la conducta suicida en la última semana **(F=23.70, p=0.096)**. Sin embargo, a diferencia de la asociación de tiempo de espera con la conducta agresiva expresada en el párrafo anterior, no hubo asociación entre LOS y conducta agresiva en la última semana **(F=1.152, p=0.494)**.

Se observaron también algunas asociaciones de la estancia en el servicio de urgencias con algunos indicadores de satisfacción. Se encontró importante asociación entre el LOS y satisfacción con el tiempo de espera **(F=31.815, p<0.001)**. Así mismo, se encontró asociación entre la información de maniobras especiales y LOS **(F=5.447, p=0.005)**, posiblemente porque el

usuario promedio no requiere de maniobras especiales y por lo tanto no se le informa sobre las mismas, mientras que el usuario que requiere maniobras especiales es oportunamente informado. La claridad de la información y el LOS tuvieron también asociación significativa (**F=3.577, p=0.024**), ya que mayor tiempo de intervención implica mayores posibilidades de comunicación. También hubo una asociación significativa entre LOS y satisfacción con cantidad de medicamentos (**F=3.135, p=0.36**), posiblemente debido a que los usuarios más complicados requieren más medicamentos y con ello demandan más tiempo de consulta y de estancia total en el servicio.

Además de los indicadores de actividad y calidad, se hicieron unas encuestas para evaluar los indicadores de satisfacción en el servicio de urgencias. Las encuestas ahondaban sobre 12 preguntas de calidad percibida directamente por el usuario.

#### c) Indicadores de Satisfacción.

De los n=82 usuarios que acudieron durante la semana típica basal, se completaron n=49 encuestas de satisfacción (59.76%), mientras que n=33 (40.24%) no contestó las mismas. El 37.8% de los usuarios fue el mismo paciente, y el 21.96% fue algún familiar.

Se detectó que en la población usuaria del HSMT hay indicadores de satisfacción favorables en la mayoría de sus usuarios, sin embargo nos pudimos percatar que la comunicación y la información por parte del médico no siempre están presentes, ya que en ocasiones alguna información como la de

maniobras especiales o envío no son siempre explicadas a satisfacción del paciente.

Por otro lado, llama la atención que la satisfacción derivada de la comunicación (57.31%) y la información (49.97%) que reciben los pacientes, son menores que la percepción global del trato que reciben los pacientes (93.9%), el cual en su mayoría es detectado como muy satisfactorio.

Al ahondar en los indicadores de satisfacción nos percatamos que existen áreas de oportunidad respecto de la atención del personal del HSMT para con sus usuarios.

### **C) Subfase de Capacitación**

#### C.1 Capacitación al HSMT sobre implementación del Triage Psiquiátrico

Previa gestión del curso taller “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para detección y atención de urgencias psiquiátricas” en el INPRF, se logró la gestión para capacitar al personal del HSMT **el Miércoles 12 de Junio de 2013**, consiguiéndose la capacitación de **25 profesionales que laboran dentro del HSMT.**

Se logró la impartición del curso teórico-práctico de 6 horas valor curricular al personal médico y paramédico del Hospital de Salud Mental de Tijuana; tras de lo anterior se implementó el Triage Psiquiátrico con el fin de

estandarizar su aplicación y proceder a reclutar la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico.

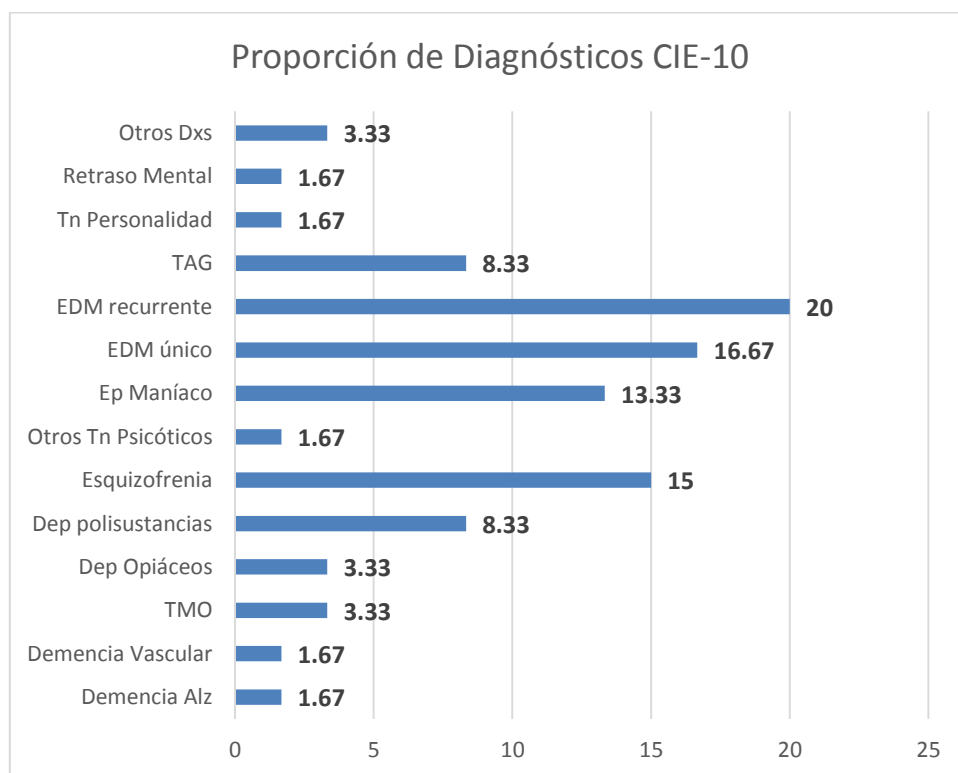
#### **D) Implementación y Aplicación del Triage Psiquiátrico en el HSMT**

Tras la capacitación, la implementación del triage psiquiátrico comenzó a correr en el servicio de urgencias del HSMT a partir del 13 de Junio de 2013, el cual se estandarizó aplicándose al 100% de los usuarios por parte del mismo personal médico y paramédico del HSMT. Posterior a su estandarización, se capturó la semana tipo Triage Psiquiátrico del **Lunes 08 al Domingo 14 de Julio de 2013**.

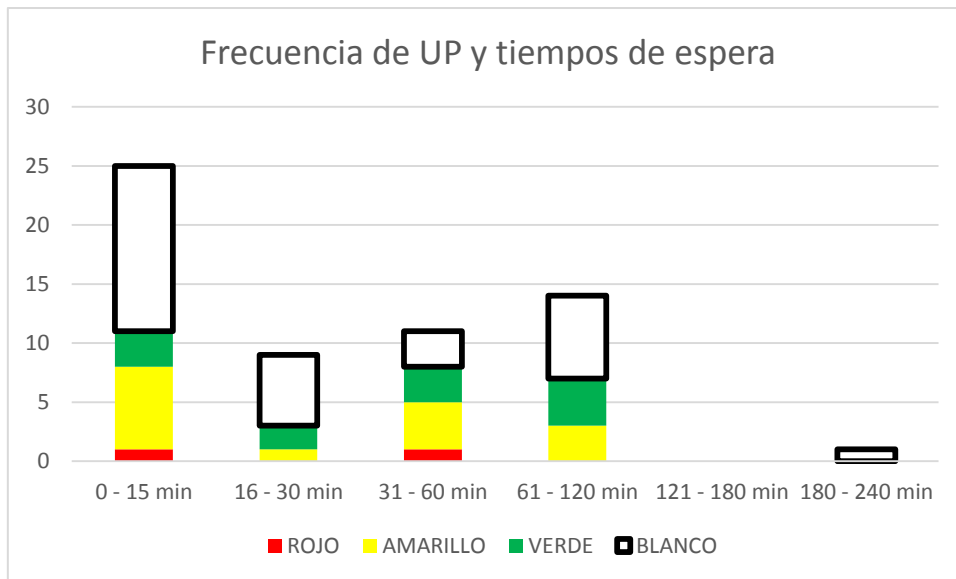
Cada usuario firmó el consentimiento informado y se llenaron las respectivas encuestas de indicadores de actividad, calidad de proceso y satisfacción a los usuarios que acudieron al servicio de urgencias del HSMT durante esa semana.

Durante la semana típica del 08 al 14 de Julio, se presentaron al servicio de urgencias un total de **n=60** usuarios. De ellos, el 51.66% (n=31) fueron mujeres, y el 48.34% (n=29) fueron hombres. El 43.33% (n=26) fueron usuarios de primera vez en la institución, y el 56.67% (n=34) fueron usuarios subsecuentes. De los usuarios subsecuentes, el 55.88% (n=19) acudían normalmente a los servicios ambulatorios, mientras que el 44.12% (n=15) no acudían habitualmente a los servicios ambulatorios.

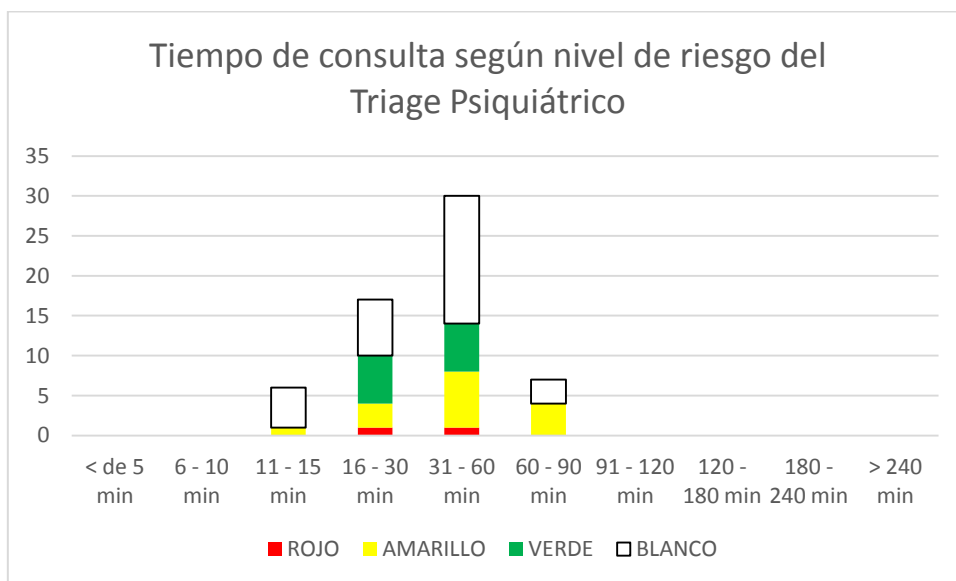
Se muestra a continuación la gráfica de morbilidad diagnóstica según el CIE-10 durante la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana:



*Gráfica HSMT2. Proporción de Diagnósticos Psiquiátricos según CE-10 en los usuarios del HSMT en la muestra que se aplicó el Triage Psiquiátrico. Se observa que la entidad más prevalente es el Episodio Depresivo Mayor Recurrente.*



Gráfica HSMT3. Tiempos de espera desglosados por los de los diferentes niveles de riesgo de urgencia psiquiátrica según el Triage Psiquiátrico. Se observa que las urgencias blancas (de riesgo nulo) se atendieron en todos los tiempos de espera, ya que su proporción superó el 50% de toda la muestra. No se observó tendencia a valorar urgencias más graves en menos tiempo (El servicio de urgencias del HSMT sólo cuenta con un médico por turno). No se encontró la “gráfica en marimba” que revela la adecuada distribución de tiempos de espera en urgencias.



Gráfica HSMT4. Distribución de los tiempos de consulta desglosados según el nivel de riesgo del Triage Psiquiátrico. Se observa una distribución normal siendo el tiempo de consulta promedio de 30 a 60 minutos.

#### D.1 Comparación de indicadores inmediatos basales y de aplicación de Triage Psiquiátrico



Se compararon los resultados de las proporciones encontradas en la muestra basal (27 de mayo al 02 de Junio de 2013) con la muestra que se aplicó el Triage Psiquiátrico (Del 08 al 14 de Agosto de 2013). Ambas proporciones se expondrán en gráficas para determinar los cambios proporcionales en la muestra antes y después de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana.

Se muestran a continuación la comparación de las variables sociodemográficas durante la semana tipo basal y la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico.

BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Estado Civil	n	%	Estado Civil	n	%		
Soltero	40	48.78	Soltero	34	56.67	5.416	0.367
Casado	20	24.39	Casado	14	23.33		
Viudo	3	3.65	Viudo	3	5		
Divorciado	5	6.09	Divorciado	0	0		
Unión Libre	10	12.19	Unión Libre	8	13.33		
Sepadado	4	4.87	Sepadado	1	1.67		
Total	82	100	Total	60	100		

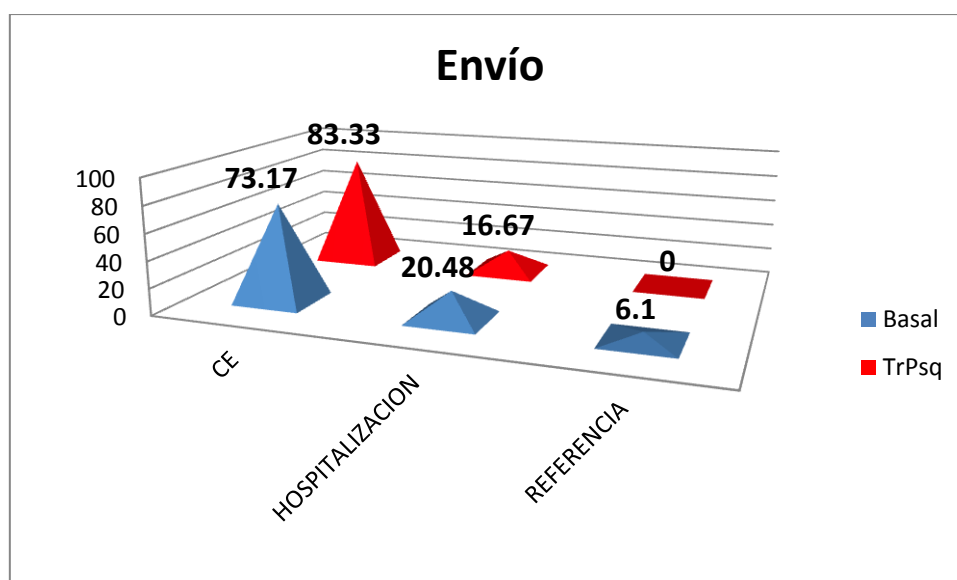
Tabla HSMT2. Comparación de frecuencias y proporciones de las muestras basal y de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana. No se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras.

BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Escolaridad	n	%	Escolaridad	n	%		
Analfabeta	2	2.43	Analfabeta	2	3.33	2.667	0.751
Primaria	24	29.26	Primaria	14	23.33		
Secundaria	31	37.8	Secundaria	22	36.67		
Preparatoria	18	21.95	Preparatoria	14	23.33		
Profesional	6	7.31	Profesional	8	13.33		
Posgrado	1	1.22	Posgrado	0	0		
Total	82	100	Total	60	100		

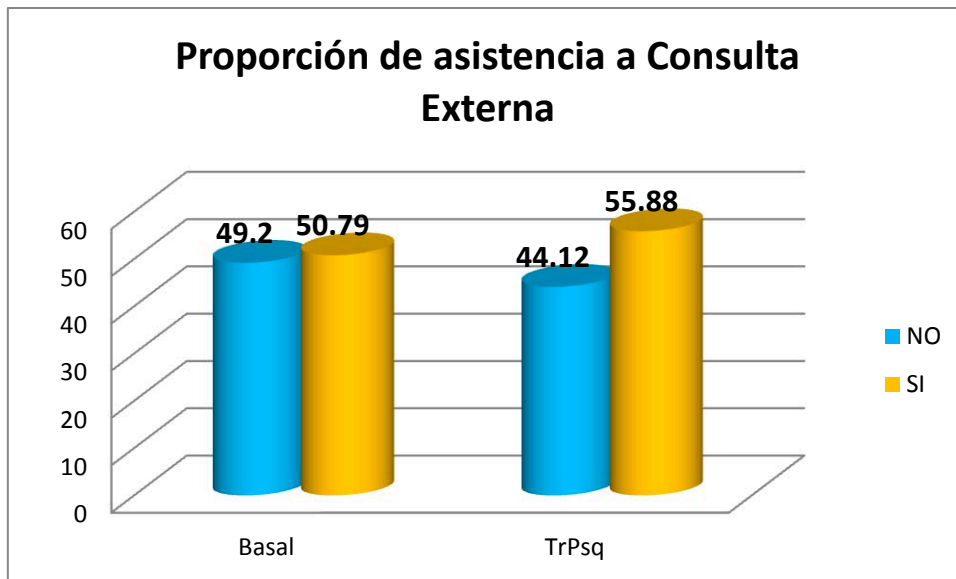
Tabla HSMT3. Comparación de frecuencias y proporciones entre las muestras basal y de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de escolaridad entre ambas muestras.

BASAL			TRIAGE			$\chi^2$	p
Religión	n	%	Religión	n	%		
Católica	53	64.63	Católica	41	68.33	0.808	0.937
Cristiana	10	12.19	Cristiana	6	10		
Evangelista	1	1.22	Evangelista	0	0		
T. Jehová	6	7.32	T. Jehová	3	5		
Ateo	11	13.42	Ateo	9	15		
Pentecostés	1	1.22	Otra	1	1.67		
Total	82	100	Total	60	100		

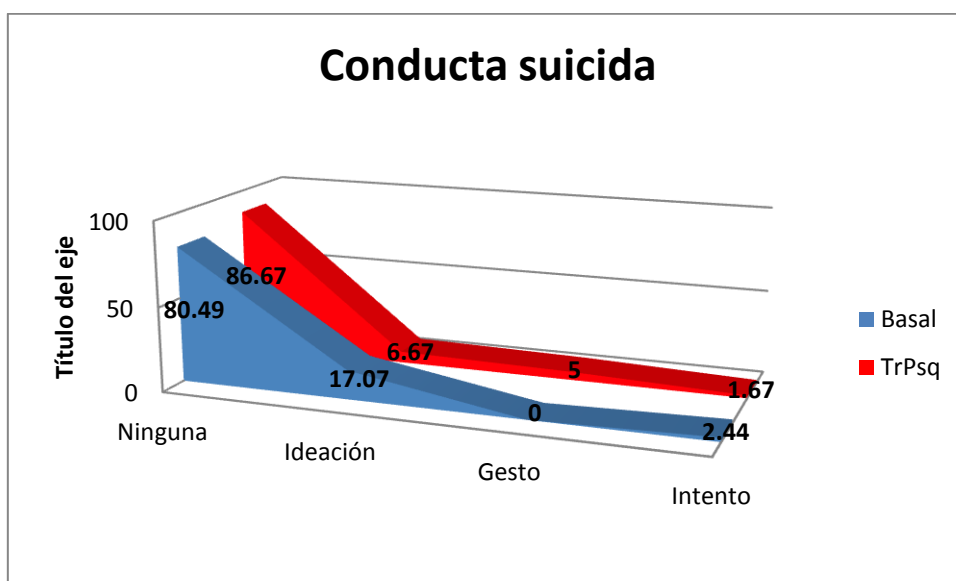
Tabla HSMT4. Comparación de frecuencias y proporciones entre las muestras basal y de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana. No se encontraron diferencias significativas entre las religiones de ambas muestras.



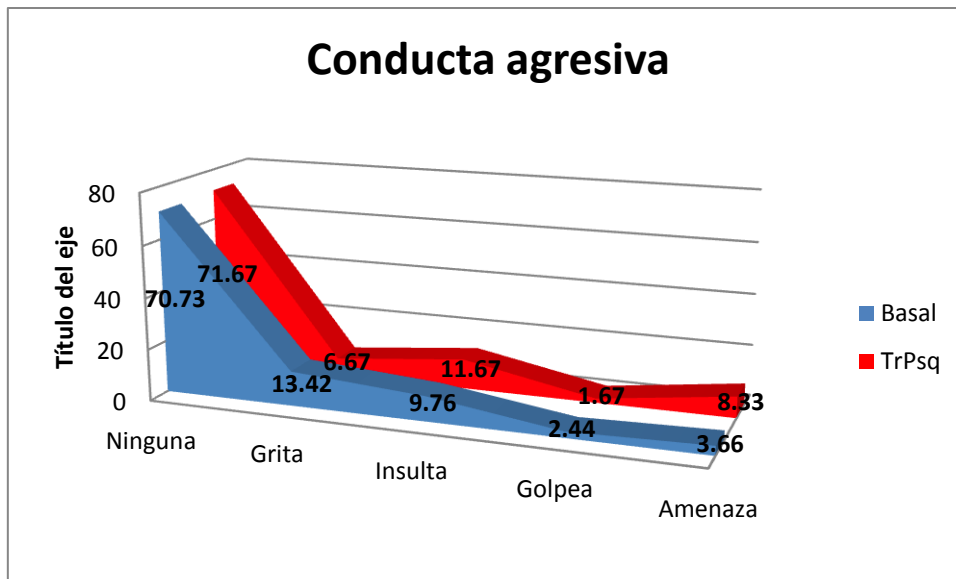
Gráfica HSMT5. Comparación de proporciones de envío antes y después de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el HSMT. Se observa mayor proporción de referencias a CE con menor proporción de hospitalizaciones y ninguna referencia en la muestra que se implementó el instrumento. No se encontraron diferencias significativas en la comparación basal/aplicación del Triage Psiquiátrico ( $\chi^2=3.107$ ,  $df=3$ ,  $p=0.389$ ).



Gráfica HSMT6. Proporción de pacientes subsecuentes con y sin apego a las consultas ambulatorias (Consulta Externa). Se observa un aumento en la proporción de usuarios que se apegan a Consulta Externa en la muestra de implementación y Aplicación del Triage Psiquiátrico. No hubo diferencias significativas entre ambas muestras ( $\chi^2=0.564$ ,  $df=1$ ,  $p=0.453$ ).



Gráfica HSMT7. Comparación de proporciones de conducta suicida. Se observa disminución de la ideación y los intentos suicidas en la muestra de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico, con aumento de las conductas tipo gesto o amenaza suicida. **Las diferencias fueron estadísticamente significativas** ( $\chi^2=7.484$ ,  $df=3$ ,  $p=0.058$ ).



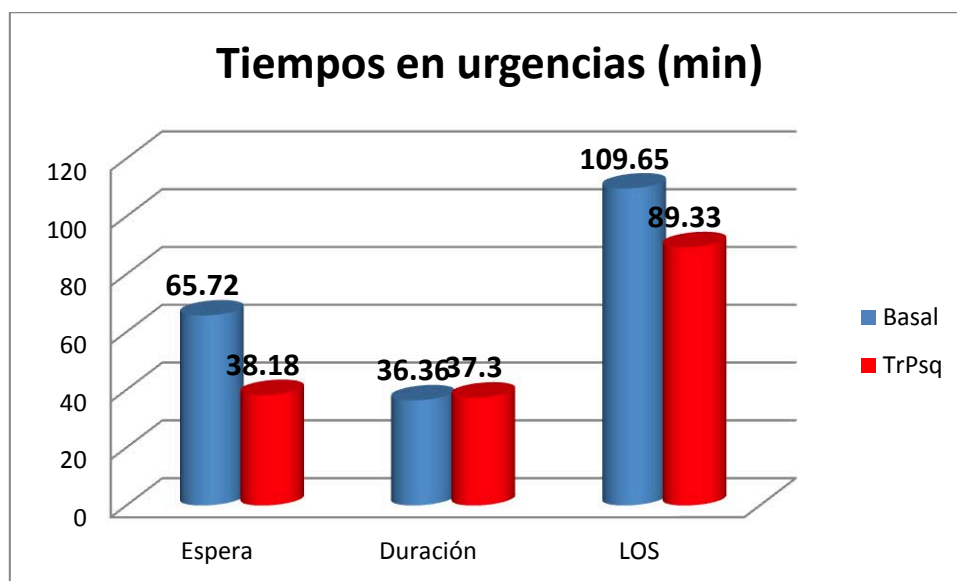
Gráfica HSMT8. Comparación de proporciones de conducta agresiva. Se observan cambios de diferentes conductas antes y después de la implementación del Triage Psiquiátrico. No se observaron diferencias significativas entre la muestra basal y la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico ( $\chi^2=3.068$ ,  $df=4$ ,  $p=0.547$ ).

	Abandono	Regreso 72h	Observación	Sujeción	Int Crisis	Medicación
Basal	0	0	12	4	7	6
Triage	3	1	16	2	12	15
$\chi^2$	2.271	0.755	0.001	1.41	0.395	2.148
p	0.132	0.385	0.971	0.235	0.53	0.143

Tabla HSMT5. Frecuencias (n) de indicadores de actividad y maniobras especiales durante la fase basal y la aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana. No se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras, aunque se observó un aumento proporcional en las maniobras especiales de observación, intervención en crisis y sujeción, con disminución en la maniobra restrictiva (sujeción).

Al comparar las medias de los indicadores de calidad de la muestra basal con la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico, se observó que durante la semana tipo de Triage Psiquiátrico hubo una disminución en los tiempos de espera de 27.54 puntos porcentuales respecto de la basal. Hubo un pequeño

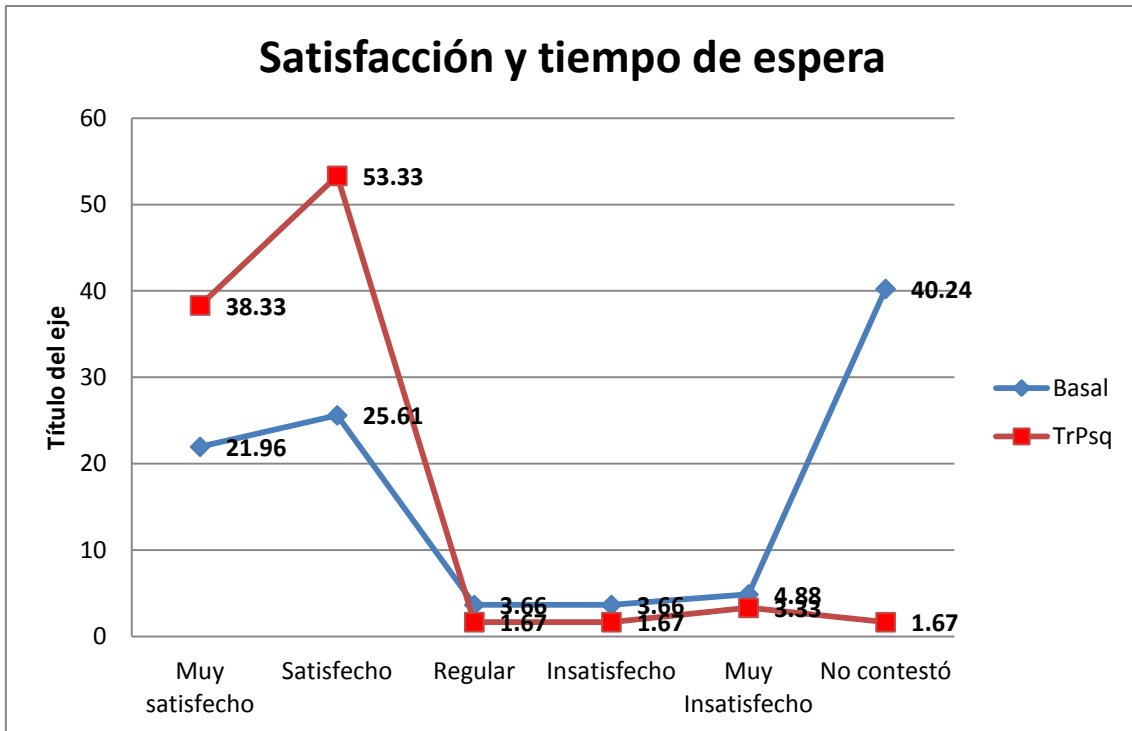
aumento en el tiempo de consulta (0.94 puntos porcentuales) Y una disminución de 20.32 puntos porcentuales en el LOS.



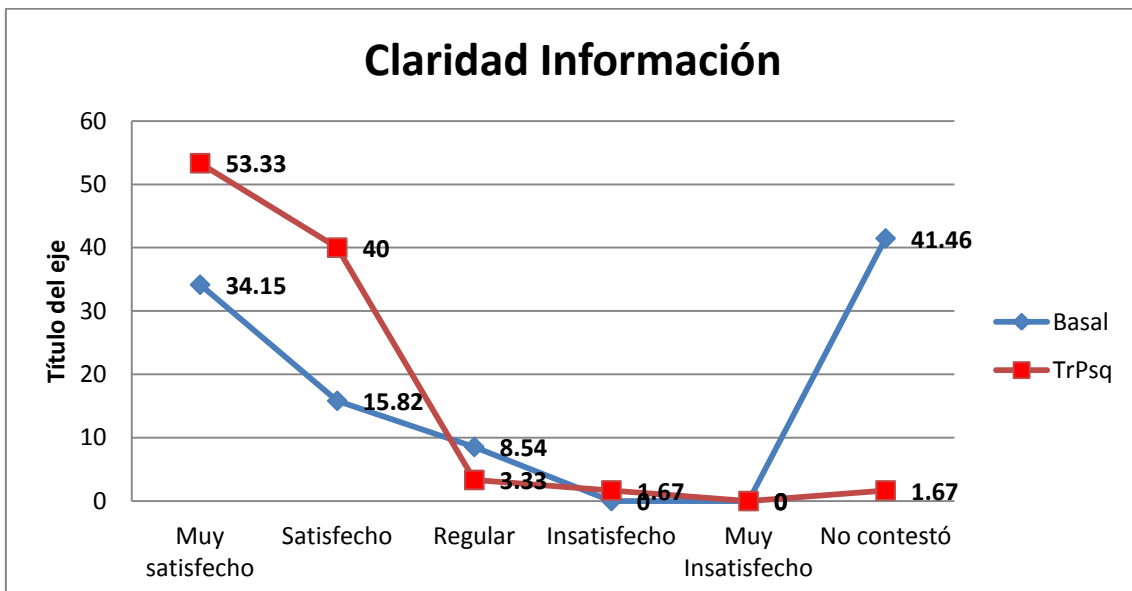
Gráfica HSMT9. Comparación de los indicadores de calidad de proceso (Tiempos de espera, de duración de consulta y tiempo total de estancia en el servicio (en inglés Length Of Stay, LOS). Se observó una disminución considerable del promedio de tiempo de consulta basal frente a triage psiquiátrico ( $65.72 \pm 53.78$  vs.  $38.18 \pm 41.45$ ) con diferencias significativas ( $t = -3.303$ ,  $p = 0.001$ ). No se observaron diferencias en el tiempo de consulta ( $36.35 \pm 34.15$  vs  $37.3 \pm 16.76$ ;  $t = 0.197$ ,  $p = 0.844$ ); y aunque el LOS fue mayor en la muestra basal ( $109.65 \pm 103.15$  vs  $89.33 \pm 50.51$ ) las diferencias no fueron significativas ( $t = -1.405$ ,  $p = 0.162$ ).

BASAL (min)				TRIAGE (min)			
Percentil	Espera	Consulta	LOS	Percentil	Espera	Consulta	LOS
10	7	6	36	10	4	6	15
25	18	17	50	25	9	17	25
50	55	29	105	50	29	29	35
75	100	45	146	75	60	45	48
90	147	72	190	90	80	72	65
100	232	255	885	100	264	255	76
				F	8.644	4.199	2.12
				p	<b>0.004*</b>	<b>0.042*</b>	0.148

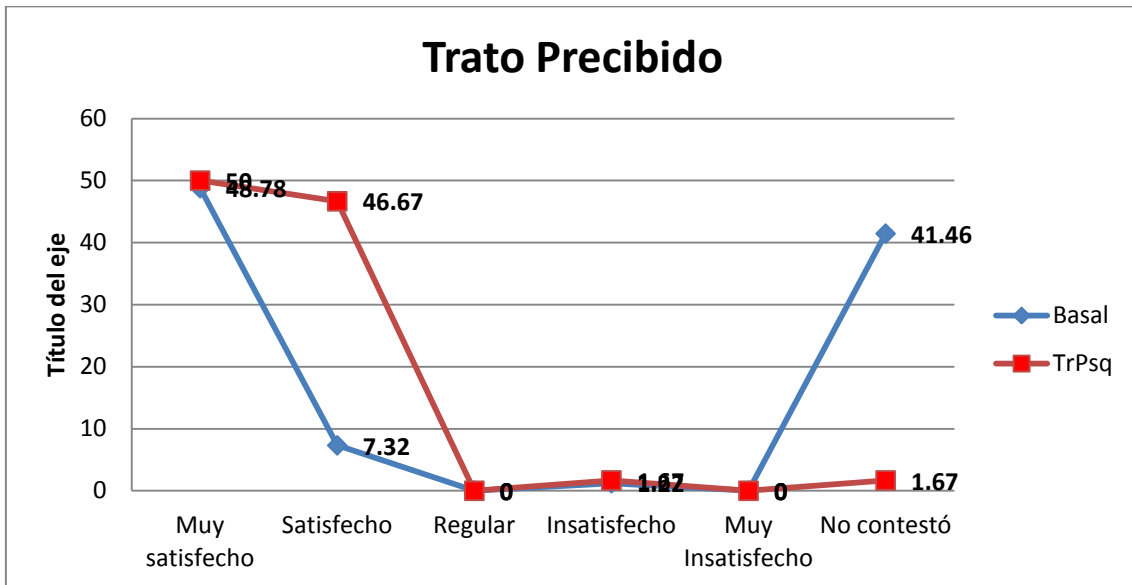
Tabla HSMT6. Comparaciones de percentiles (en minutos) de los indicadores de calidad de proceso (Tiempos de espera, tiempos de consulta y Estancia Total en el Servicio o Length Of Stay (LOS). Se observa una disminución importante y significativa en la muestra en la que se aplicó el Triage Psiquiátrico en comparación con la muestra basal.



Gráfica HSMT10. Comparación de proporciones de niveles de satisfacción referentes a los tiempos de espera para tomar consulta de urgencias, por parte de los usuarios del servicio de urgencias, en una muestra antes (color azul) y después (color rojo) de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana. Se observan importantes diferencias en los porcentajes de usuarios muy satisfechos y satisfechos durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, sin prácticamente presentarse cambios en los porcentajes de insatisfechos. Las puntuaciones medias de las encuestas de satisfacción fueron: Basal: Media de satisfacción  $3.917 \pm 1.19$  vs TrPsq: Media de Satisfacción  $4.237 \pm 0.85$ . Las diferencias no fueron significativas ( $t=1.609$ ,  $p=0.111$ ).



Gráfica HSMT11. Comparación de proporciones de niveles de satisfacción respecto de la claridad de información. Nuevamente las puntuaciones de satisfacción aumentaron en la muestra del Triage Psiquiátrico mientras que las medias de insatisfacción fueron muy similares ( $4.33 \pm 0.93$  vs  $4.475 \pm 0.652$ ). Las diferencias no fueron significativas ( $t=0.921$ ,  $p=0.359$ ).



Gráfica HSMT12. Comparación de proporciones de niveles de satisfacción de trato percibido antes (color azul) y después (color rojo) de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el servicio de urgencias del HSMT. La media de satisfacción fue ligeramente mayor en la muestra basal respecto de la muestra de aplicación del Triage psiquiátrico ( $4.604 \pm 1.105$  vs  $4.475 \pm 0.597$ ). Las diferencias no fueron significativas ( $t = -0.773$ ,  $p = 0.442$ ).

## E. Resultados de los Indicadores de Continuidad en el HSMT

### E.1. Comparación de indicadores mediatos (continuidad) entre la muestra basal y la muestra de aplicación de Triage Psiquiátrico

El investigador principal de éste proyecto regresó al HSMT el 06 y 07 de enero de 2014 para capturar los indicadores de seguimiento de las semanas tipo basal (Obtenidas a finales de mayo de 2013) y de la semana tipo Triage psiquiátrico (Obtenida en la primera quincena de Julio de 2013).

Respecto de la semana tipo basal (Mayo 2013), de los  $n=83$  usuarios se perdieron dos, quedando  $n=81$  usuarios para el seguimiento. Respecto de la semana tipo TrPsq (Julio 2013), se conservó el seguimiento de los  $n=60$  usuarios.

A cada uno de los usuarios de las muestras, n=81 (basal) y n=60 (seguimiento), se midieron los indicadores mediatos o de continuidad, que se resumen en los siguientes:

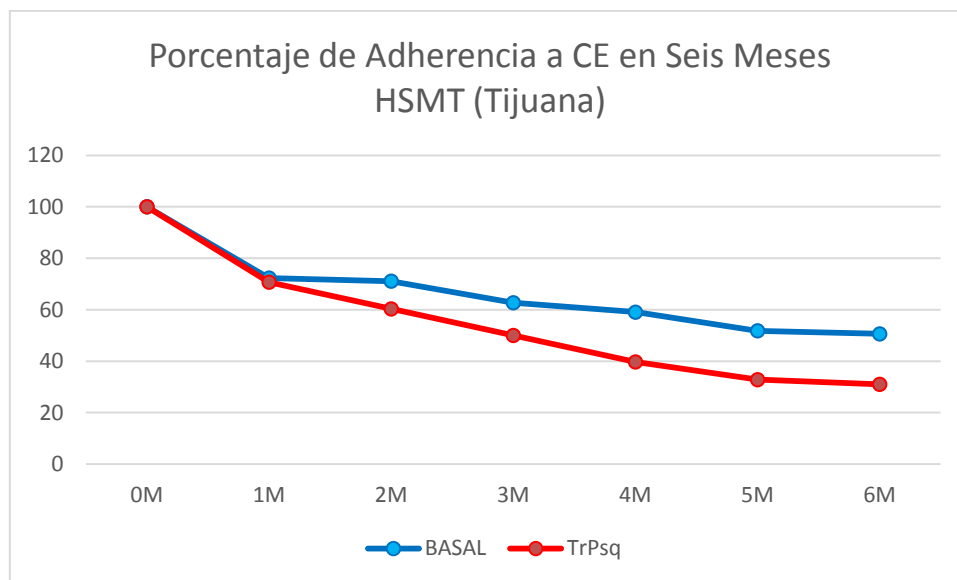
- a) Número de asistencias a consulta de urgencias
- b) Número de asistencias a consulta externa
- c) Número de hospitalizaciones (si las tuvieron)
- d) Número de días de hospitalización
- e) Existencia de cita programada a los seis meses de haber recibido consulta de urgencias
- f) Porcentaje de adherencia a consulta externa (Porcentaje de usuarios que a lo largo del seguimiento se mantuvieron como pacientes activos en la CE.

Se resume la información en la tabla HSMT14, mostrando las diferencias encontradas entre los indicadores de continuidad basales (muestra tomada en Mayo de 2013 y con seguimiento a 6 meses en Enero de 2014), y los indicadores de continuidad de la muestra del Triage Psiquiátrico (muestra tomada en Julio de 2013 y con seguimiento a 6 meses en enero de 2014).

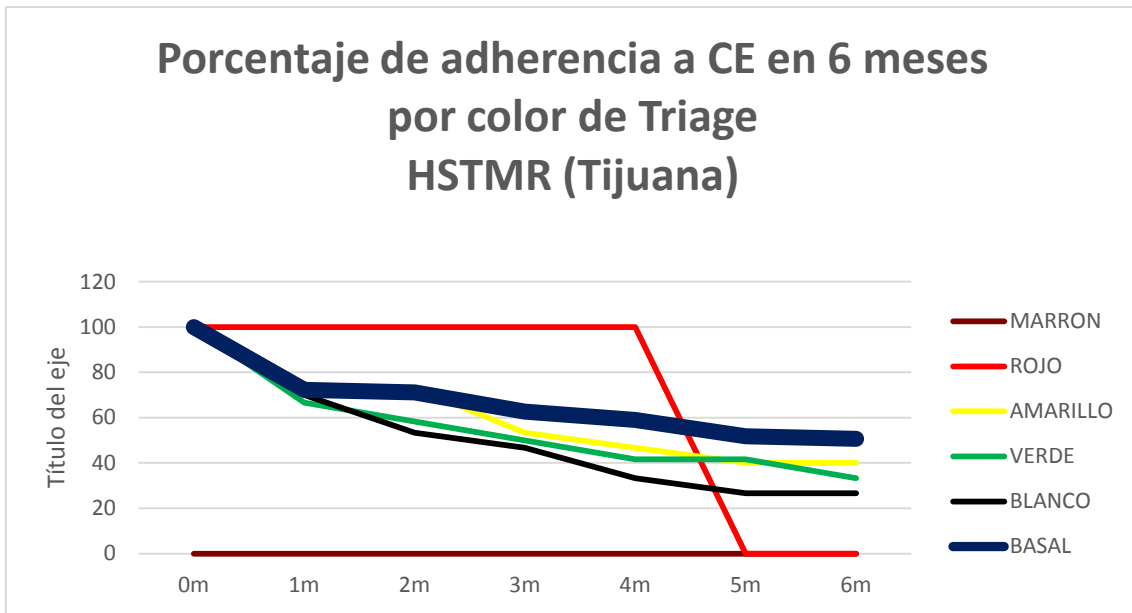


TIJUANA	Basal	TrPsq	Estadística	p
Total de Consultas de Urgencias (asistidas)	45	25		
Media Consultas Urgencias (SD)	1.8 (1.08)	1.56 (0.73)	F=0.659	0.418
No. Usuarios que no acudieron a urgencias	55	42		
Total de Consultas de CE (asistidas)	180	60		
Media consultas CE (SD)	3.17 (1.42)	2.08 (0.96)	F=11.13	0.001**
No. Usuarios que no acudieron a CE	21	19		
Total de Citas a Psicoterapia (asistidas)	183	50		
Media consultas a Psicoterapia (SD)	5.23 (4.43)	2.78 (3.42)	F=6.18	0.014*
No. De usuarios que no acudieron a Psicoterapia	45	40		
Cita programada a los seis meses (n)	45	22		
Cita programada a los seis meses (%)	55.55	36.66	t=2.14	0.034*
No. De usuarios sin cita programada a los 6 m	35	36		
Total de hospitalizaciones	26	10	F=3.45	0.066
Media de Hospitalizaciones (SD)	1.13 (0.44)	1.11 (0.33)		
Total de días de hospitalización	657	186		
Media de días de hospitalización (SD)	26.66 (13.34)	20.66 (11.68)	F=5.609	0.019*
No. De usuarios que no se hospitalizaron	56	16		
Media de meses de adherencia a CE	4.71 (1.95)	3.93 (2.04)	F=5.501	0.026*
Porcentaje de Adherencia a CE a los seis meses	50.6	31		

Tabla HSMT7. Comparación de indicadores de continuidad durante el seguimiento de las muestras basal (muestra de mayo 2013) y de aplicación del Triage Psiquiátrico estandarizado (muestra de julio 2013). Se observa una mayor de frecuentación de servicios de consulta externa durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, aunque los porcentajes de deserción a los seis meses fueron mayores en la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico. A menor número de hospitalizaciones y menor promedio de días de hospitalización en la muestra de aplicación del Triage psiquiátrico respecto de la basal.



Gráfica HSMT13. Comparación de proporciones de usuarios que conservaron adherencia a los servicios de consulta externa durante los seis meses de seguimiento. Se aprecia que la muestra de Triage Psiquiátrico (Rojo) mostró un comportamiento de sobrevida muy similar a la gráfica de proporción basal (azul), sin embargo a lo largo del tiempo la disminución de adherencia en el grupo del Triage Psiquiátrico comienza a ser mayor respecto a la basal, y dicho aumento es continuo y progresivo hasta los 6 meses. Es importante recordar que la muestra total de la semana tipo de Triage Psiquiátrico fue algo menor que la basal ( $n=60$  de la semana TrPsq vs  $n=83$  de la basal). **Las Diferencias fueron significativas ( $F=5.101$ ,  $p=0.026$ ).**



*Gráfica HMST14. Comparación de proporciones en adherencia a la Consulta Externa a lo largo del período de seguimiento. Se observa que a excepción del color rojo (UP de alto riesgo), el resto de los usuarios tuvieron una adherencia a la CE muy similar durante el primer mes, y posteriormente comenzaron a decaer respecto al funcionamiento basal del servicio, aunque ésta caída proporcionalmente fue muy similar. No hubo diferencias respecto del color y la adherencia a servicios ambulatorios ( $F=0.331$ ,  $p=0.803$ ).*

## RESULTADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL XALAPA, VERACRUZ

### A) Subfase de Gestión.

El investigador principal del proyecto denominado “Implementación y aplicación de un instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas” recibió una carta solicitud por parte del Director General del Centro de Rehabilitación en Salud Mental (CRSM). El CRSM cambió su nombre

posterior a la finalización del trabajo de campo de ésta investigación, siendo su nuevo nombre “Instituto Veracruzano de Salud Mental” desde Mayo de 2014. Se encuentra ubicado en la ciudad de Xalapa, Veracruz.

El investigador principal contestó la respuesta positiva a dicha solicitud, y organizó el Curso “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas”, acordando su visita para realización del Proyecto de Investigación en el CRSM del Lunes 19 al Domingo 23 de Agosto de 2013. El CRSM confirmó y autorizó por escrito dicha visita.

## **B) Subfase de Descripción.**

El investigador principal de éste proyecto se presentó en las instalaciones del CRSM del Lunes 19 al Domingo 23 de Agosto de 2013. Durante ésta estancia se realizó lo siguiente:

B.1 Descripción y Diagnóstico situacional del servicio de urgencias del CRSM

B.2 Captura de la semana típica basal (Del Lunes 19 al Domingo 23 de Agosto de 2013)

B.3 Impartición del Curso “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas” a trabajadores del CRSM.

## B.1 DESCRIPCION DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CRSM

### **a) Descripción general del CRSM**

El CRSM es una institución pública dependiente de la Secretaría de Salud del estado de Veracruz, que proporciona servicios especializados en Salud Mental a la ciudad de Xalapa y alrededores. Junto con el Hospital Psiquiátrico de Orizaba, constituyen los dos hospitales psiquiátricos del Estado de Veracruz.

El CRSM cuenta con servicios de hospitalización, consulta externa y urgencias las 24 horas. Hasta Enero de 2015, el CRSM sólo tiene personal adscrito y pasante, sin ofrecer formación de recursos humanos de psiquiatría, aunque cuenta con una Departamento de Enseñanza que organiza las actividades académicas intra y extra institucionales.

### **b) Descripción del Servicio de Urgencias del CRSM**

#### **b.1 Descripción Estructural**

El Hospital cuenta con una entrada única, junto a la cual está la entrada del servicio de urgencias, el cual cuenta con un letrero metálico que especifica el nombre del hospital. Inmediatamente por fuera del servicio de urgencias se encuentra un letrero con el mismo nombre del servicio, que se encuentra visible a la vía pública. Adyacente a éste letrero existe una reja que se abre

manualmente, cuyo responsable de su control de apertura o cierre es un vigilante que se encuentra en un módulo situado a la entrada del edificio, aproximadamente a 30 metros de dicha reja, por lo que para abrirla o cerrarla el personal de vigilancia debe abandonar momentáneamente sus funciones, ir al lugar de la reja, abrirla, permitir la entrada o salida de vehículos, cerrarla, y posteriormente regresar al módulo.

En dicha reja existe una entrada con una rampa vehicular, la cual debido a la situación geográfica y arquitectónica de la construcción no es horizontal y cuenta con inclinación importante (Unos 20° a 25°), a través de la cual ingresan los vehículos a la institución. Dicha rampa cuenta con el ancho suficiente para la entrada de un solo vehículo promedio, fungiendo en su parte terminal como estacionamiento del mismo. Debido a lo anterior, cuando un vehículo ocupa ya sea el área de la reja, la rampa o el estacionamiento, el acceso se encuentra limitado en función de la permanencia de dicho vehículo. Un aspecto importante a mencionar es que dicho acceso se utiliza indistintamente para vehículos proveedores (Por ejemplo los vehículos que surten garrafones de agua o alimentos), particulares (vehículos del personal de la institución) o bien para vehículos de emergencias (Por ejemplo una ambulancia o una patrulla de la policía estatal o judicial). Lo anterior podría bloquear el acceso en un momento crítico en el que se requiere la entrada y/o salida de vehículos de emergencia en forma fluida.

La entrada de usuarios con capacidades especiales al hospital depende de que el familiar del usuario solicite la presencia de un camillero que utilice

una silla de ruedas, con la cual debe de salir de las instalaciones del hospital para llegar al vehículo donde se encuentra el usuario (o donde haya podido conseguir estacionamiento), no existe un área de estacionamiento ni rampa de emergencia para usuarios del hospital, y generalmente hay vehículos particulares estacionados en ambos extremos de la calle que dificulta el estacionamiento y subida-bajada de usuarios. El traslado de los usuarios vehículo-hospital en silla de ruedas implica un tramo más o menos largo sobre la vía vehicular, ya que la acera es muy estrecha, hasta llegar al inicio de la rampa para discapacitados. Lo anterior además de ser un proceso que demanda varios minutos de tiempo, pone en riesgo al personal de la institución y paradójicamente a los usuarios más vulnerables debido a su discapacidad. .

El acceso peatonal general (personal y usuarios) se lleva a cabo en una entrada adyacente a la entrada vehicular. Se cuenta con rampa de acceso para discapacitados desde la banqueta y hasta el módulo de vigilancia. Dicha rampa es de trayectoria circular y también cuenta con una inclinación importante debido a las condiciones geológicas del terreno y al diseño arquitectónico de la construcción.

Al final de dicha rampa se encuentra el primer módulo de vigilancia, operado por un elemento que se encarga de supervisar el registro escrito de los usuarios así como de la apertura y cierre de la reja de la entrada vehicular. No existe un método de comunicación entre la vía pública y el módulo de vigilancia para la rápida apertura de la reja exterior, debiendo avisar al personal

de vigilancia personalmente que se debe abrir dicha reja en caso de arribar un vehículo de emergencia.

Después del módulo de vigilancia, se encuentra la entrada al edificio de hospitalización, donde existe un amplio módulo único de recepción en el que personal secretarial atiende a todos los usuarios que requieran algún tipo de atención, sea por motivo clínico o administrativo. En éste módulo se reciben a los pacientes subsecuentes que tienen cita en consulta externa, a los usuarios que tienen alguna duda administrativa, y también a los que solicitan consulta de urgencias. El módulo es atendido simultáneamente por tres secretarias, que según la demanda de cada usuario derivan al servicio que consideran conveniente según los motivos y necesidades subjetivas de cada usuario.

Contiguo al módulo de recepción se encuentra el archivo clínico, donde se encuentran almacenados los expedientes de los usuarios desde el año 1990, año en que se fundó la institución, hasta los días corrientes, en el que cada día se abren nuevos expedientes de primera vez. Es importante destacar que el número de expediente se asigna según una libreta de papel en el que cada expediente nuevo se conforma según el año corriente y el número consecutivo que corresponda en la libreta que se va llenando. No existe un sistema electrónico ni una base de datos con la información mínima para detectar número de expediente y nombre de los usuarios, por lo que toda la información depende de lo asentado en las libretas escritas, en donde la búsqueda de un expediente con sólo el nombre del usuario puede resultar extremadamente difícil o imposible, especialmente de los expedientes antiguos,

y si por algún motivo se extravía una de las libretas se pierde la información asentada, debiendo buscar directamente en el acervo de expedientes.

Aproximadamente 150 metros después del archivo, se encuentra un área expofeso en la que la enfermera del servicio de urgencias ejecuta una parte de sus labores. Dicha área consiste en una mesa con unas sillas, en la que tiene un esfigmomanómetro, estetoscopio, y contiguo a ellos existe una báscula. En dicha área que la enfermera del servicio toma los signos vitales, peso y talla de cada usuario, y posteriormente los envía al consultorio de urgencias. Cabe destacar que en dicha área se encuentra una camilla sin uso, y por encima de ellos se encuentra un panel eléctrico con un aviso de “Precaución, Alta Tensión”. Dicha camilla bloquea una puerta de acceso contigua en la que un médico especialista otorga las preconsultas (Valoraciones de primera vez).

Siguiendo una serie de pasillos, se llega al servicio de urgencias, el cual no cuenta con sala de espera específica, pero hay un muro de baja altura que los usuarios e incluso el personal utiliza como asientos cerca del servicio. El servicio de urgencias consiste en un consultorio único de aproximadamente 3 x 5 metros.

El servicio de urgencias consta de las siguientes áreas y recursos humanos:

- 1.- Un solo consultorio, consistente en un escritorio con unas sillas, y
- 2.- El Área de Observación, consistente en dos camas individuales.



El mobiliario del servicio, consiste en un ventilador (para respiración asistida), un carro rojo con tanque de oxígeno, un desfibrilador y un anaquel de metal que funge como stock de medicamentos.

3.- El personal médico en urgencias está constituido por:

- a) Un médico psiquiatra que labora el turno matutino (08:00 a 14:00 horas), de Lunes a Viernes
- b) Un médico general que labora el turno vespertino (14:00 a 20:00 horas), de Lunes a Viernes
- c) Personal médico de guardia (Psiquiatra o médico general) que labora en las noches en el área de hospital, y que cubre el servicio de urgencias sólo si se presenta una condición urgente en cualquier momento del horario nocturno
- d) Personal médico de fin de semana/jornada acumulada (Psiquiatra o médico general), que labora en sábados, domingos o días festivos en el área de hospital, y que cubre el servicio de urgencias sólo si se presenta una condición urgente en cualquier momento del horario nocturno

4.- El personal paramédico en urgencias está constituido por:

- a) Una enfermera general, que toma signos vitales y asiste al médico en el servicio de urgencias
- b) Persona de enfermería general del turno vespertino, adscrita a hospital y que asiste al personal médico en caso de presentarse una urgencia.

## **b.2 Descripción Funcional (De procesos).**

El procedimiento para recibir atención en el servicio de urgencias es el siguiente:

- 1.- El usuario, familiar y/o acompañantes se presentan al módulo de recepción
- 2.- Son recibidos por el personal administrativo (secretarial) del módulo, quien hace una primera evaluación rápida, y elabora una hoja con los datos personales del paciente.
- 3.- El personal secretarial envía al usuario al archivo clínico (aprox. A 15 metros del módulo de recepción), quien asigna o confirma el número de expediente del usuario.
- 4.- El paciente debe acudir a la caja del hospital (Afuera del edificio de atención clínica) y debe pagar \$77.00 pesos para consulta de primera vez, o \$60.00 pesos para la consulta subsecuente por concepto de una consulta de urgencias. Si un usuario cuenta con un dictamen especial por parte del servicio de trabajo social, el costo de la consulta puede reducirse a \$34.00 o \$12.00 pesos dependiendo de dicho dictamen.
- 5.- Si el paciente no cuenta con el efectivo para pagar la consulta de urgencias, pasa al servicio de trabajo social donde tramita una autorización de postergación de pago.
- 6.- El paciente regresa al módulo de recepción donde entrega su comprobante de pago de la consulta. En ese momento, el personal administrativo pasa al

archivo clínico para solicitar el expediente del usuario (si es un usuario subsecuente).

7.- El personal administrativo lleva al usuario al módulo de enfermería ex profeso, avisando al personal de enfermería en ese momento que hay una consulta de urgencias y entregando a la enfermera hoja de valoración, expediente clínico y al usuario en sí, quien puede esperar un tiempo variable en ser valorado por la enfermera.

8.- El usuario recibe una valoración breve por la enfermera, quien simultáneamente toma signos vitales (TA, FC, FR, Temperatura, Peso y Talla), y las anota en la hoja de urgencias para tal fin.

9.- Derivado de la valoración breve por parte de la enfermera, La enfermera determina la calidad de urgencia con la que cuenta cada usuario en el momento que es valorado. (Es importante aclarar que hasta antes de la implementación del Triage psiquiátrico, no existía un procedimiento estructurado o estandarizado para determinar si la urgencia es calificada o no calificada por la enfermera).

La enfermera de urgencias considera que un usuario cuenta con una urgencia calificada cuando:

- a) Existe peligro para sí mismo
- b) Existe peligro para los demás
- c) El paciente acude en manía

10.- La enfermera lleva al usuario al área de urgencias (Aproximadamente a 50 metros del área ex profeso de enfermería), acto seguido entrega al médico:

a) La nota médica y el expediente con el comprobante de pago respectivo

b) Avisa verbalmente al médico si la condición del usuario es una urgencia calificada

11.- El usuario espera a que el médico de urgencias concluya la valoración y sea llamado por él. El tiempo de espera es variable siendo el principal factor la carga asistencias que se presente durante el tiempo de atención. Se privilegia la atención de acuerdo al reporte verbal de la enfermera en función si determinó que la urgencia es calificada o no calificada. El usuario espera en un muro de corta altura que aunque no está designado como sala de espera, los usuarios suelen sentarse para esperar dicha atención.

10.- El médico psiquiatra del servicio evalúa las condiciones que por prioridad (asignada por el enfermero o en caso de presencia de una agitación obvia) se vayan presentando; si en el momento existe un paciente con agitación, agresividad o condición médica, el médico psiquiatra suspende el resto de las actividades hasta estabilizar las condiciones más críticas. Una vez estabilizadas, el médico psiquiatra regresa a continuar la atención en el servicio.

11.- El paciente recibe su consulta de urgencias, que puede ser de primera vez (Primer contacto con la Institución) o subsecuente (Contacto previo con la Institución). Los pacientes de primera vez se les hace una evaluación dirigida al padecimiento actual (No se les realiza historia clínica en urgencias). Los pacientes subsecuentes cuentan ya con registros previos (expedientes) que están disponibles automáticamente en el sistema.

12.- Para el egreso del servicio de pacientes que ocuparon el área de observación, el médico de urgencias o de hospitalización considera que el

paciente está en condiciones de ser egresado, y es derivado a hospitalización, consulta externa, o se le entrega hoja de referencia.

13.- Para el egreso del servicio de paciente “no agitado” y que sólo se valoró en consulta de urgencias, el médico que valoró en el consultorio emite un diagnóstico presuncional, prescribe los medicamentos que el paciente llevará en su domicilio, y egresa al paciente, en la mayor parte de los casos al servicio de preconsulta o consulta externa, pero podría derivarlo a hospitalización o realizar referencia en los casos de los usuarios con patología médica o psiquiátrica moderada a severa.

## B.2 Medición de Indicadores de la Semana Tipo Basal

Se acudió al CRSM durante la semana típica del Lunes 19 al Domingo 23 de Agosto de 2013. A cada usuario que acudió espontáneamente al servicio de urgencias del CRSM, de las 00:00 del Lunes hasta las 24:00 horas del Domingo, se les dio a leer y firmar el consentimiento informado de participación en el estudio.

Se capturaron los indicadores inmediatos basales (Actividad, calidad de proceso y satisfacción) de los usuarios de urgencias de la semana tipo basal. Sin embargo, la afluencia habitual de pacientes en el servicio de urgencias no fue suficiente para el tamaño de muestra recomendado, ya que al término de la semana típica contemplada (19 al 23 de Agosto de 2013) sólo habían acudido un total de n=47 usuarios, por lo que se decidió tomar además la siguiente

semana típica (Del Lunes 26 al Domingo 01 de Septiembre de 2013), considerando también capturar dos semanas típicas para la fase comparativa.

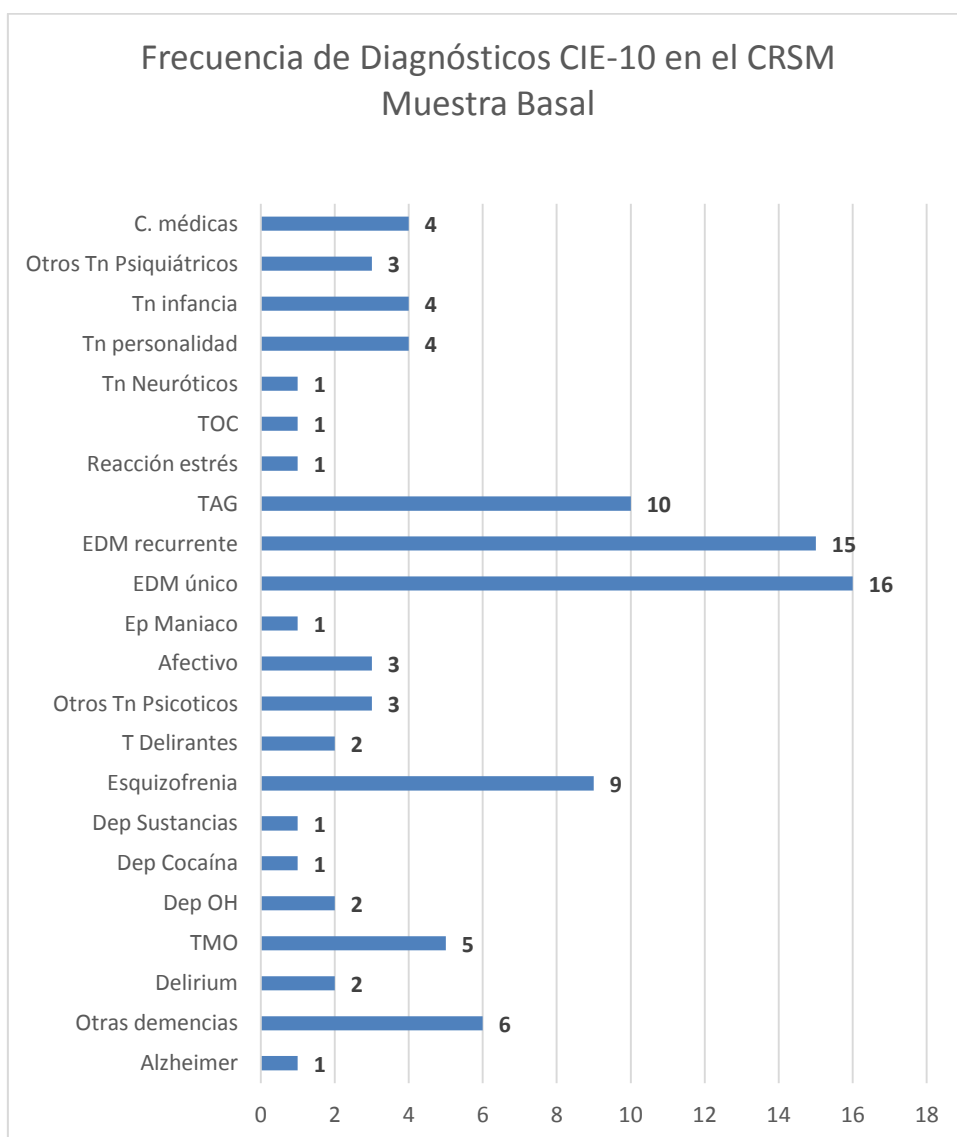
#### **a) Variables sociodemográficas de la muestra basal del CRSM.**

Durante las dos semanas típicas basales, se registraron un total de n=96 usuarios. Se recabó la firma de todos los usuarios, sin embargo uno abandonó el servicio antes de recibir atención por lo que la muestra final contó con n=95 usuarios. De la muestra total (n=95), el 63.16% fueron mujeres y el 36.84% hombres. La edad promedio de la muestra fue de 38.53 años, con una desviación estándar de 18.38 años. El 47.83% de los usuarios subsecuentes (n=22) acudió formalmente a consulta externa (es apegado a sus citas ambulatorias), mientras que 52.17% (n=24) no acuden a sus citas en consulta externa. Se muestran a continuación las tablas sociodemográficas de la muestra de la semana típica basal del servicio de urgencias del CRSM. Los resultados muestran que la población es fundamentalmente soltera, con religión en la mayoría católica, y llama la atención los ingresos económicos que suelen ser muy bajos (menores a mil pesos mexicanos mensuales en la mayoría de los usuarios).

#### **b. Indicadores de Actividad de la Muestra basal del CRSM.**

Se encontró que la muestra basal del Centro de Rehabilitación en Salud Mental (Hoy Instituto Veracruzano de Salud Mental) refirió al 78.94% de sus usuarios a un servicio ambulatorio dentro de la misma institución (Consulta

Externa o Preconsulta). Se encontraron proporciones muy similares de hospitalización y referencia a otras instituciones. Se encontró que la proporción de usuarios que usaban alcohol alguna vez en la vida casi llegaba a la mitad de la muestra (43.15%). A continuación se muestra la gráfica de morbilidad (Diagnósticos según a CIE-10) que se encontraron en los usuarios del Centro de Rehabilitación en Salud Mental durante la muestra basal.



*Gráfica CRSM1. Frecuencia de diagnósticos según el CIE-10 de la muestra basal del CRSM. Se observa mayor frecuencia de diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor único seguido del Episodio Depresivo Mayor recurrente. Las siguientes morbilidades en frecuencia son el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Esquizofrenia.*

De los pacientes valorados durante la semana tipo basal (n=96), n=21 recibieron algún fármaco dentro de la consulta de urgencias. El 15.79% (n=15) requirieron ser valorados en el área de observación del CRSM. 6.32% (n=6) requirieron sujeción gentil durante su estancia en el servicio. 13.68% (n=13) recibieron intervención en crisis. Entre los medicamentos prescritos en el servicio de urgencias están: Risperidona VO (n=3), Olanzapina IM (n=3), Diazepam IV (n=10), Haloperidol (n=3), Clonazepam VO (n=1) y Biperidén IM (n=1).

Entre otros indicadores de actividad están los usuarios que abandonaron el servicio o los que regresaron al mismo en las últimas 72 horas. Un usuarios (n=1) abandonó el servicio, representando el 1.06% de la muestra. Un total de n=5 usuarios (5.26%) regresaron al servicio en el transcurso de 72 horas.

#### **c) Indicadores de Calidad de Proceso en muestra basal.**

Para los indicadores de calidad de proceso (Tiempo de espera, tiempo de consulta y LOS), se obtuvieron los promedios y las desviaciones estándares en los tiempos de espera en el Centro de rehabilitación de Salud Mental (Hoy Instituto veracruzano de Salud Mental). Se calcularon los diferentes percentiles de los tiempos de espera, tiempo de consulta y estancia total en el servicio, resultando una mediana de 49 minutos de espera para la muestra basal.

#### **d) Indicadores de satisfacción en la muestra basal.**



La encuesta de satisfacción fue completada en n=94 usuarios de los cuales n=47 fueron pacientes (49.47%) y 48 (50.52%) fueron familiares. Se encontraron porcentajes mayoritarios de usuarios muy satisfechos o satisfechos, aunque algunos indicadores de insatisfacción (regular, insatisfecho o muy insatisfecho) llegaron a representar más del 20% de la muestra basal.

### **C) Subfase de capacitación**

Se acordó con la Dirección General del CRSM y con la Jefatura de Enseñanza de la Institución que el curso de capacitación “Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas” se impartiera al personal médico y paramédico del CRSM e miércoles 21 de Agosto de 2013.

Tras llenar los formatos requeridos por la Dirección de Enseñanza del Instituto Nacional de Psiquiatría, se procedió a impartir el curso-taller mediante la enseñanza teórica de dos horas y la integración teórico-práctica de cuatro horas. Se impartió el curso a un total de 32 empleados del CRSM, la mayoría médicos, así como personal de enfermería, psicología y trabajo social.

### **D) Implementación del Triage Psiquiátrico en el CRSM**

El CRSM asumió el compromiso de implementar y estandarizar el procedimiento del Triage Psiquiátrico a sus protocolos de acción, iniciando dicha implementación a partir del Lunes 02 de Septiembre de 2013. Tras de

realizar dicha implementación, se capturaron las dos siguientes semanas tipo, las cuales incluyeron del Lunes 30 de Septiembre al Domingo 13 de Octubre de 2013.

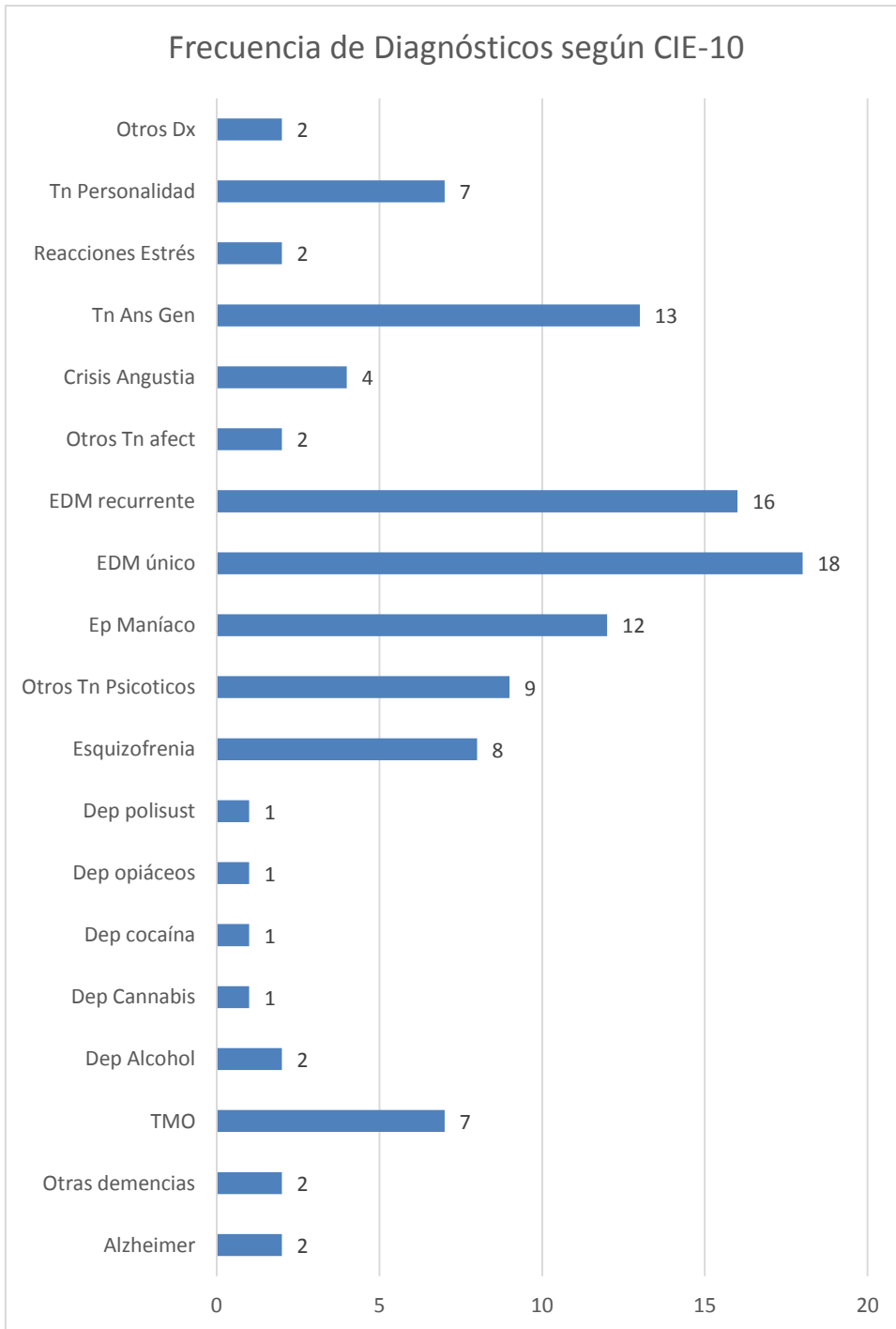
#### D.1 Descripción de la semana tipo con la aplicación del Triage Psiquiátrico.

##### **a) Indicadores de Actividad**

Durante la medición de las semanas tipo con el Triage Psiquiátrico aplicado y estandarizado a todos los usuarios en el servicio de urgencias del CRSM, se reclutaron un total de n=110 usuarios que acudieron al servicio de urgencias durante las dos semanas típicas.

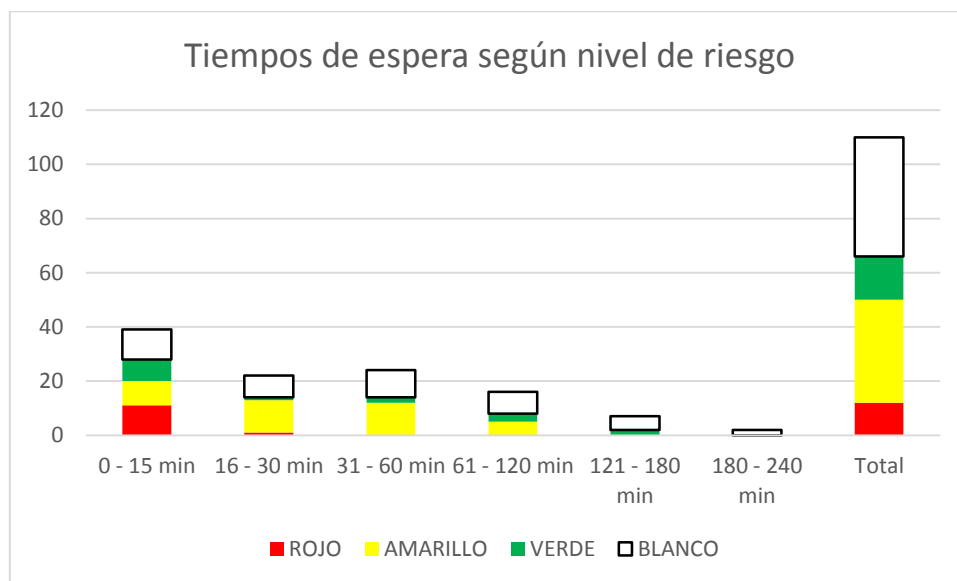
La muestra constó de un 66.36% de usuarios del género femenino (n=73) y un 33.64% de usuarios del género masculino. Hay un predominio de usuarios de primera vez con 59.09% (n=65), mientras que el restante 40.91 (n=45) es subsecuente. El 66.67% de los usuarios subsecuentes reportaron tener buen apego a Consulta Externa (n=30), mientras que el 33.33% (n=15) no tuvieron buen apego a CE.

A continuación se describe la gráfica de frecuencias de morbilidad según la CIE-10 en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental.

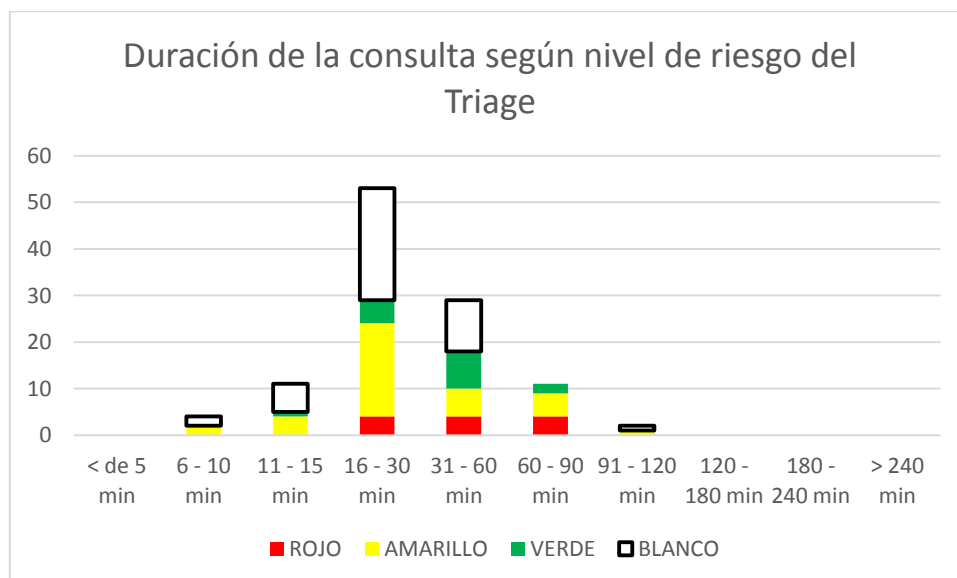


*Gráfica CRSM1. Distribución de frecuencias en Diagnósticos según el CIE-10 de la muestra. Se observa mayor prevalencia de EDM único y recurrente, seguido de trastorno de ansiedad generalizada, episodio maníaco y Esquizofrenia.*

**b) Indicadores de Calidad de proceso durante la aplicación del Triage Psiquiátrico en el CRSM.**



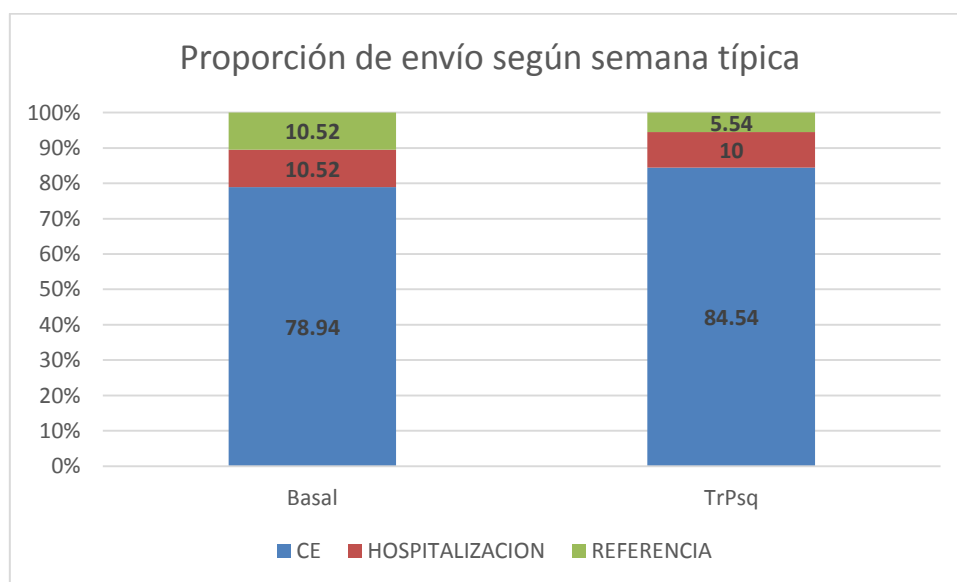
*Gráfica CRSM2. Distribución de Tiempos de espera según el nivel de riesgo asignado al Triage Psiquiátrico. Se observa que la mayor proporción de UP de riesgo alto (rojas) se atendieron dentro de los primeros quince minutos de espera, y a menor nivel de riesgo el tiempo de espera es menor. Se observa que la proporción de usuarios que tuvieron que esperar más de dos horas fueron muy pocos, aún teniendo urgencia con riesgo nulo (Código Blanco). Se encuentra la “gráfica en marimba” que muestra una adecuada distribución de los servicios de urgencias, aunque hay un porcentaje importante de urgencias amarillas que esperaron más de media hora, y un porcentaje mínimo de consultas verdes que esperó más de una hora.*



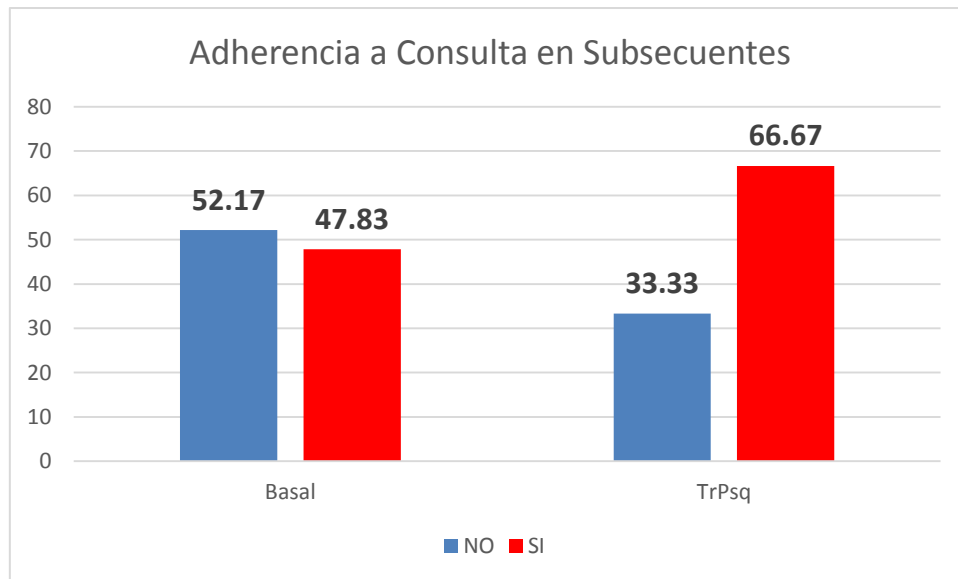
*Gráfica CRSM3. Distribución de los tiempos de atención según la evaluación del Triage Psiquiátrico. Se observa que las urgencias con mayor riesgo (rojas y la mayor proporción de amarillas) requieren mayor tiempo de valoración en comparación con las urgencias de menor riesgo.*

## D.2 Comparación de indicadores inmediatos basales con indicadores de implementación del Triage Psiquiátrico

A continuación se compararán en forma gráfica los indicadores basales con los indicadores generados durante la semana típica de la implementación del Triage Psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental de Xalapa, Ver, con el objetivo de determinar el impacto en los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuada de la muestra.



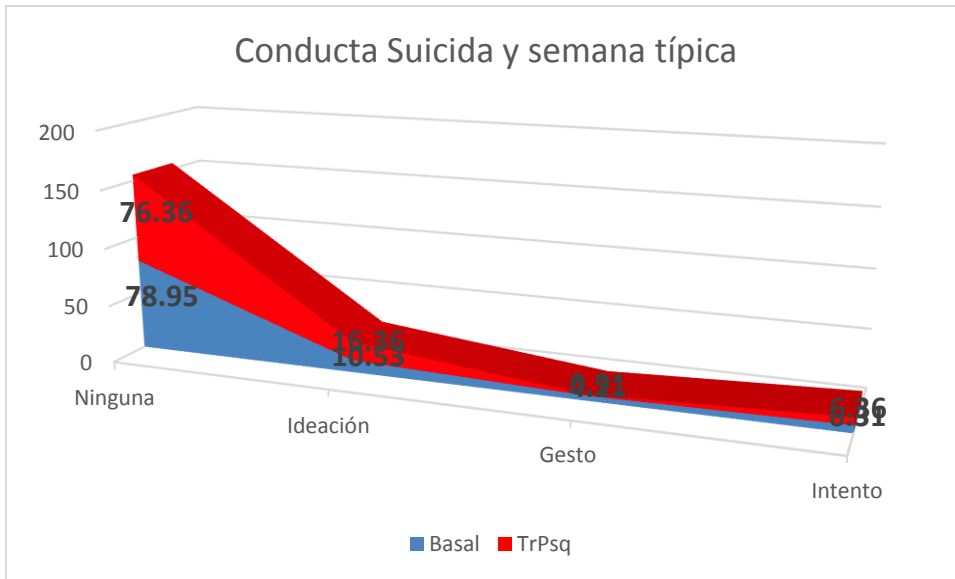
*Gráfica CRSM4. Comparación de proporciones en el envío en la muestra basal y en la muestra con Triage psiquiátrico estandarizado. Se observa que aumentó la proporción de envíos a Consulta Externa y disminuyó la proporción de envíos a otras unidades. Aunque el envío a Consulta Externa aumentó y el envío a otras instituciones disminuyó, la proporción de pacientes hospitalizados se mantuvo igual respecto de la semana basal, por lo que no se observaron diferencias significativas ( $\chi^2=1.826$ ,  $df=2$ ,  $p=0.401$ ).*



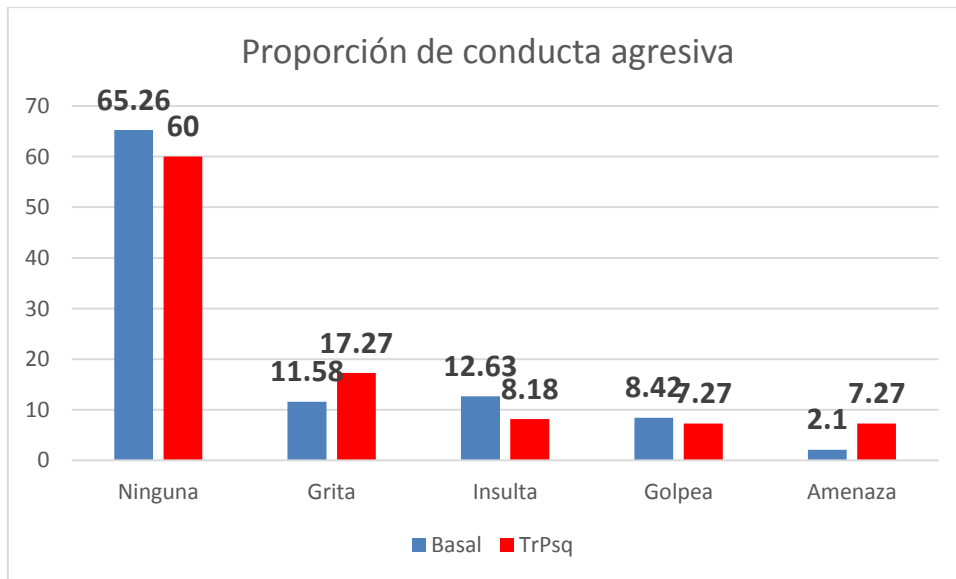
Gráfica CRSM5. Comparación de proporciones de usuarios con apego a consulta externa en relación con los usuarios sin apego a consulta externa. Se observa un aumento en la proporción de usuarios con apego a la Consulta Externa durante la semana típica de aplicación del Triage Psiquiátrico. Se observó que durante el Triage Psiquiátrico hubo un aumento de los usuarios subsecuentes que mostraron asistencia a sus citas en Consulta Externa, aunque las diferencias no fueron significativas ( $\chi^2=2.650$ ,  $df=1$ ,  $p=0.104$ ).

Religión	BASAL		TRIAGE		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Católica	76	80	82	74.55	11.14	0.049*
Cristiana	1	1.05	10	9.09		
Creyente	5	5.26	1	0.91		
Testigo de Jehova	4	4.21	3	2.73		
Ateo	6	6.31	13	11.81		
Evangélica	3	3.16	1	0.91		
Total	95	100	110	100		

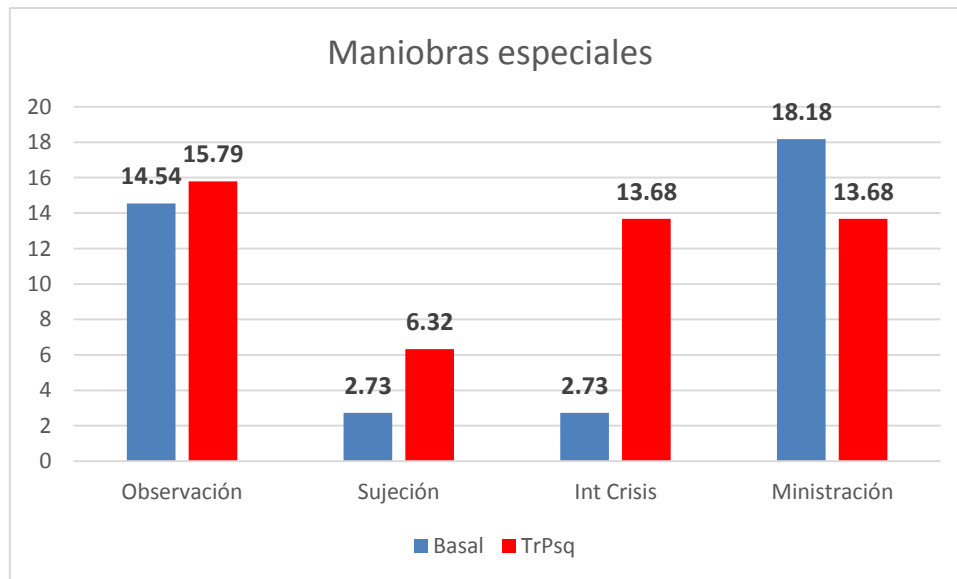
Tabla CRSM1 Comparación de percentiles de religión en la muestra basal (Antes de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico) y en la muestra que se aplicó el Triage Psiquiátrico. Se observó un aumento en la proporción de los usuarios cristianos y ateos durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, lo que generó diferencias significativas entre las muestras.



Gráfica CRSM6 Proporción de usuarios con conducta suicida de la semana típica basal y cuando se aplicó el Triage Psiquiátrico. Se observa un aumento de la detección en la ideación suicida durante las dos semana que se aplicó el Triage Psiquiátrico. No se encontraron diferencias significativas ( $\chi^2=3.590$ ,  $df=3$ ,  $p=0.309$ ).



Gráfica CRSM7. Proporción de usuarios con conducta agresiva en la etapa basal y con aplicación del Triage Psiquiátrico. Se observa un incremento en la agresividad leve (Grita) y la agresividad grave (amenaza) durante el período de aplicación del Triage Psiquiátrico. No Se encontraron diferencias significativas entre ambas muestras ( $\chi^2=4.032$ ,  $df=4$ ,  $p=0.402$ ).

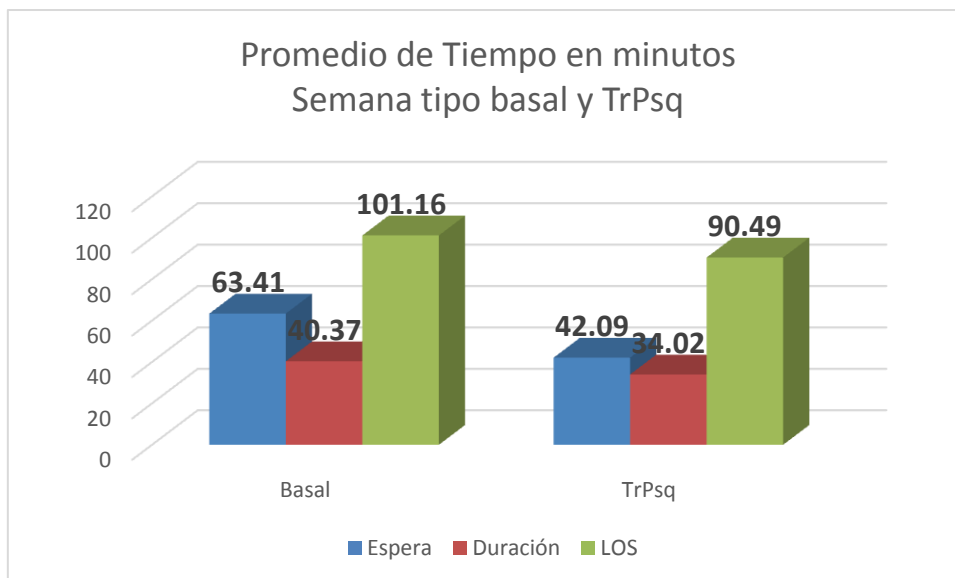


Gráfica CRSM8. Proporción de maniobras especiales durante la aplicación del Triage Psiquiátrico. Se observa un aumento de observación, sujeción e intervención en crisis, y una disminución en la ministración de medicamentos. La estadística para cada comparación se reportó como sigue: Observación: No significativa ( $\chi^2=0.064$ ,  $df=1$ ,  $p=0.801$ ); Sujeción Gentil: No significativa ( $\chi^2=1.570$ ,  $df=1$ ,  $p=0.210$ ); Intervención en Crisis, Significativa ( $\chi^2=8.530$ ,  $df=1$ ,  $p=.0.003$ ); Ministración de Medicamentos: No significativa ( $\chi^2=0.499$ ,  $df=1$ ,  $p=0.480$ ).

	Abandono	Regreso 72h	Observación	Sujeción	Int Crisis	Medicación
Basal	1	3	16	3	3	20
Triage	1	5	15	6	13	21
$\chi^2$	0.011	0.878	0.064	1.57	8.53	0.499
p	0.917	0.349	0.801	0.21	<b>0.003*</b>	0.48

Tabla CRSM2. Comparación de frecuencias de indicadores de actividad y manipobras especiales en la muestra basal y en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación en Salud Mental de Xalapa, Ver. No se observaron cambios en los indicadores de actividad, sin embargo se encontró aumento significativo del número de intervenciones en crisis durante la fase de aplicación del Triage Psiquiátrico.

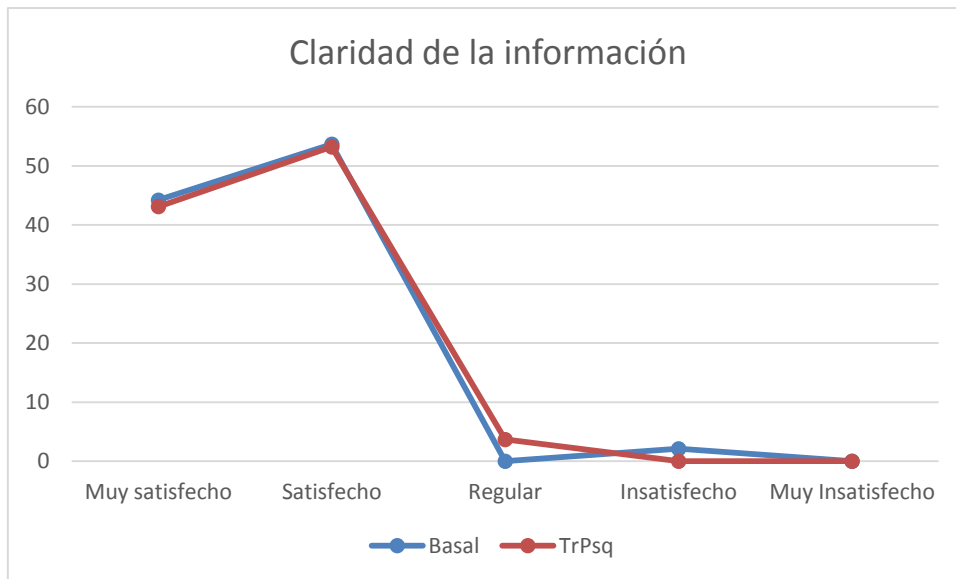




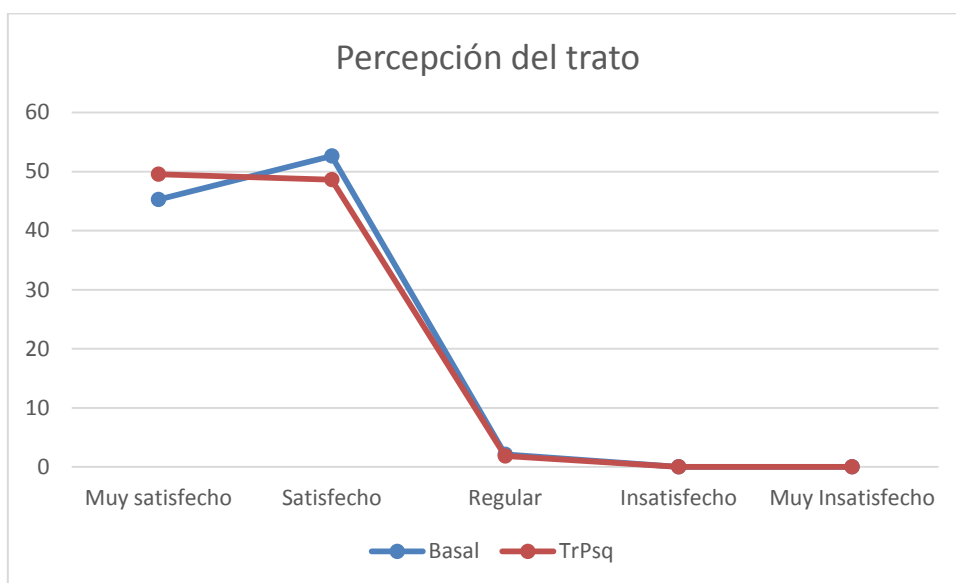
Gráfica CRSM9. Comparación de los tiempos en urgencias (indicadores de calidad de proceso) en la semana típica basal y en la semana típica de aplicación del Triage Psiquiátrico estandarizado. Se observa una disminución en los tiempos de espera, en los tiempos de consulta y en la estancia total en el servicio (LOS). El Análisis comparativo basal/aplicación del Triage psiquiátrico mostró los siguientes resultados: **Tiempo de espera: 63.41±60.28 vs 42.09±43.51 (t=-2.590, p=0.009)**. Tiempo de consulta: 40.37±29.08 vs 34.02±20.58 (t=-1.776, p=0.078). LOS: 101.16±60.34 vs 90.49±47.05 (t=-1.39, p=0.158).

Percentil	BASAL			Percentil	TRIAGE		
	Espera	Consulta	LOS		Espera	Consulta	LOS
10	5	15	35	10	4	15	42
25	14	25	60	25	10	20	55
50	49	31	88	50	25	28	77
75	82	40	120	75	57	40	112
90	134	63	165	90	105	65	166
100	335	205	330	100	182	112	231
				F	7.007	3.302	2.005
				p	0.009*	0.071	0.158

Tabla CRSM3. Comparación de los percentiles de tiempos de espera, tiempos de consulta y Estancia Total en el Servicio de Urgencias (Length of Stay, LOS) antes y después de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el Centro de Rehabilitación en salud Mental de Xalapa, Ver. Se observó una disminución significativa en los tiempos de espera y una disminución casi significativa en los tiempos de consulta.



Gráfica CRSM10. Indicadores de satisfacción antes y después de la aplicación del Triage Psiquiátrico. Se observó un impacto casi nulo en la muestra de aplicación del mismo. No se observaron diferencias significativas entre la fase basal y la fase de aplicación del Triage Psiquiátrico.



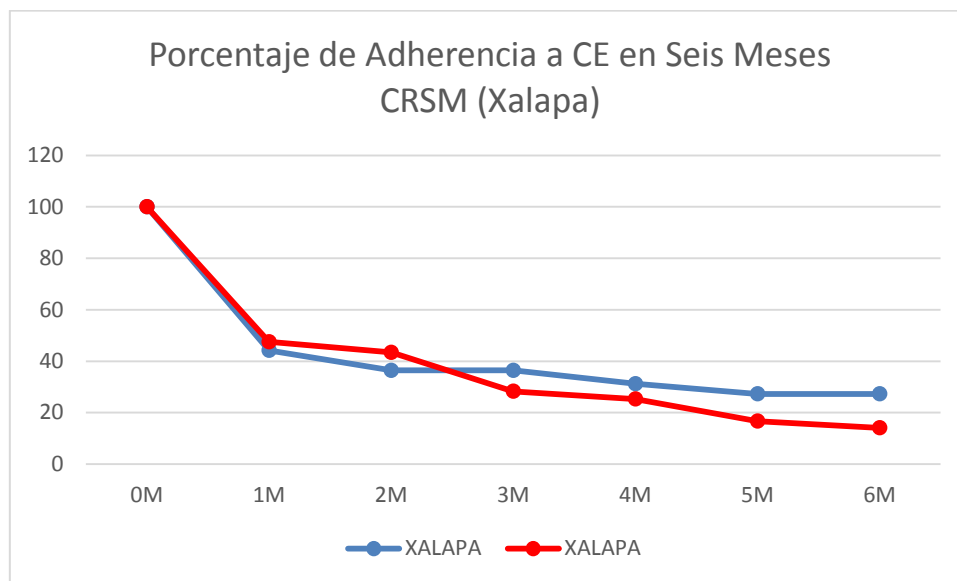
Gráfica CRSM11. Satisfacción en la percepción del trato. Se observa un impacto muy pequeño o nulo en la gráfica de aplicación del Triage Psiquiátrico.

#### d) Indicadores de Continuidad

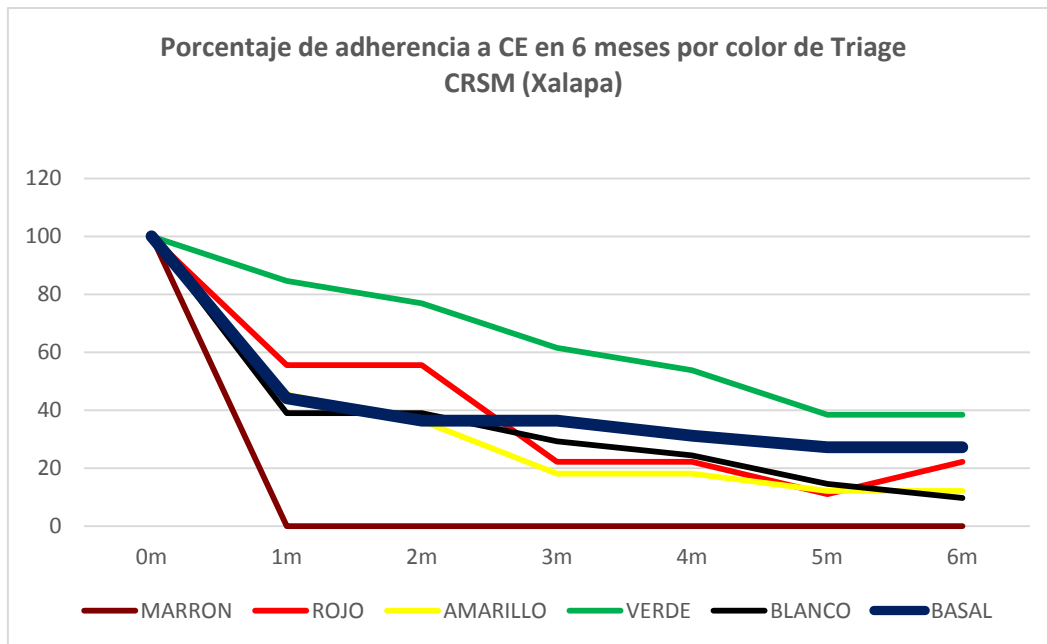
La tabla CRSM 12 muestra los indicadores de continuidad de las muestras basal y de aplicación del Triage psiquiátrico.

XALAPA	Basal	TrPsq	Estadística	p
Total de Consultas de Urgencias (asistidas)	73	74		
Media Consultas Urgencias (SD)	2.16 (1.37)	2.02 (1.53)	F=0.227	0.634
No. Usuarios que no acudieron a urgencias	52	60		
Total de Consultas de CE (asistidas)	97	142		
Media consultas CE (SD)	2.36 (1.11)	2.73 (1.4)	F=0.521	0.471
No. Usuarios que no acudieron a CE	36	47		
Total de Citas a Psicoterapia (asistidas)	17	24		
Media consultas a Psicoterapia (SD)	1.8 (0.92)	2 (0.738)	F=0.007	0.935
No. De usuarios que no acudieron a Psicoterapia	67	87		
Cita programada a los seis meses (n)	31	21		
Cita programada a los seis meses (%)	28.18	22.11	t=2.659	0.009*
No. De usuarios sin cita programada a los 6 m	46	75		
Total de hospitalizaciones	17	14		
Media de Hospitalizaciones (SD)	1.31 (0.48)	1 (0)	F=1.49	0.223
Total de días de hospitalización	265	248		
Media de días de hospitalización (SD)	20.38 (9.66)	15.5 (10.12)	F=0.679	0.411
No. De usuarios que no se hospitalizaron	64	103		
Media de meses de adherencia a CE	4.36 (1.96)	4.62 (3.12)	F=0.59	0.809
Porcentaje de Adherencia a CE a los seis meses	27.3	14.1		

Tabla CRSM12. Comparación de indicadores de continuidad en el seguimiento de la muestra de la semana típica basal y la semana típica del Triage Psiquiátrico. Se observa menor índice de adherencia en la muestra del Triage Psiquiátrico, aunque la media de visitas al servicio de Consulta Externa y Psicoterapia aumentó en la muestra del Triage Psiquiátrico.



Gráfica CRSM13. Comparación porcentual de usuarios con adherencia a Consulta Externa durante los seis meses de seguimiento. Se observa una adherencia mayor en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico los dos primeros meses, siendo menor la adherencia a partir del tercer mes. No Se encontraron diferencias significativas (F=0.059, p=0.809).



Gráfica CRSM14. Porcentaje de adherencia a consulta externa desglosada en el tiempo. Se observa una mayor adherencia de urgencias rojas durante la primera parte del seguimiento, así como una mayor adherencia constante durante los seis meses de seguimiento. Los usuarios con urgencia verde mostraron mayor adherencia que el resto de los usuarios, siendo éstas diferencias significativas ( $F=4.725$ ,  $p=0.002$ ).

Tras haber desarrollado los resultados de las semana tipo basal y de aplicación del Triage psiquiátrico, y especificar las diferencias en sus respectivos indicadores inmediatos y mediatos, de impacto directo y de impacto potencial, se procedió a hacer una muestra única con las tres instituciones para estudiar el impacto de los diferentes indicadores en una muestra más grande y heterogénea. El siguiente capítulo de resultados especificará éste rubro en función de una muestra integral con la fusión de las tres bases de datos, y analizará los resultados por definiciones conceptuales de “urgente” (Colores marrón, rojo y amarillo) y “no urgente” (Colores verde y blanco) para mejor estudio del impacto de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico en diferentes tipos de indicadores.

# **RESULTADOS INTEGRALES DE LAS TRES INSTITUCIONES**

## **A. RESULTADOS DESCRIPTIVOS GENERALES DE LA MUESTRA INTEGRAL**

### **1.- Resultados Descriptivos de las Variables Sociodemográficas**

Con el objetivo de integrar cada uno de los resultados de las tres instituciones (IPEBC de Mexicali, HSMT de Tijuana y CRSM de Xalapa), se obtuvieron los siguientes resultados generales de las tres instituciones.

La muestra integral consistió en una n=550 pacientes, de los que n=204 para Mexicali, para Tijuana n=142 y para Xalapa n=204. El género global fue de 44.0% usuarios del género masculino (n=242) y 56.0% para el género femenino (n=308). El 47.27% de los usuarios fueron de primera vez (n=260) y el 52,72% correspondió a usuarios subsecuentes (n=290). La edad promedio fueron 37.68 años con una Desviación Estándar de 16.55 años. Respecto del Estado Civil, la mayoría de las tres muestras fueron usuarios de estado civil soltero (51.7%, n=284); a continuación los casados (25%, n=137) y la unión libre (12.5%, n=69). Respecto de la escolaridad, la tercera parte tiene secundaria (34.4%, n=186), seguida de educación primaria (26.1%, n=141) y preparatoria (19.1%, n=103). En cuestión de religión, la mayoría es población

católica (65.3%, n=354), seguido de ateos (13.3%, n=72) y Testigos de Jehová (11.3%, n=61).

Se realizó una tabla comparativa de los porcentajes de cada muestra institucional respecto de sus variables sociodemográficas, encontrando diferencias significativas en todas ellas; entre los hallazgos más relevantes se encontró mayor proporción de mujeres, grado de escolaridad en Xalapa y solteros respecto de las demás instituciones. La tabla INT1 muestra éstos porcentajes y las estadísticas en cuestión de las variables sociodemográficas.

## **2.- Resultados Descriptivos de las Variables Clínicas del Estudio.**

Desglosando las muestras institucionales en basal y aplicación del Triage Psiquiátrico, el 48.91% de los usuarios (n=269) pertenecieron a la fase basal del estudio (Antes de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico, y el 51.09% (n=281) pertenecieron a la fase de aplicación del Triage Psiquiátrico como parte de un procedimiento estandarizado en los respectivos servicios de urgencias. La distribución integral del Triage Psiquiátrico se describe a continuación: El color MARRON ocupó sólo el 1.1% de la muestra (n=3). El color ROJO representó el 5.3% de la muestra (n=15). El color AMARILLO representó el 24.2% de la muestra (n=68), que superó a las urgencias VERDES con 10.7% de toda la muestra (n=30). El tipo de urgencia predominante fue entonces la de riesgo nulo o urgencia BLANCA con 58.7% (n=165). La puntuación del Triage Psiquiátrico más frecuente (moda) fue 28 (Urgencia Subjetiva con síntomas predominantemente físicos), calificada hasta en 30.6% de las tres muestras (n=86).

INSTITUCION	MEXICALI	TIJUANA	XALAPA	ESTADISTICA	p
<b>GENERO</b>					
Masculino	50.49	47.18	35.12	$\chi^2 = 10.632$	0.005*
Femenino	49.51	52.82	64.88		
<b>1A / SUB</b>					
1A VEZ	49.02	31.69	55.61	$\chi^2 = 19.796$	<0.0001*
SUBSECUENTE	50.98	68.31	44.39		
<b>ACUDE A CE</b>					
SI	17.65	36.62	26.34	$\chi^2 = 33.107$	<0.0001*
NO	61.76	63.38	19.02		
Indice Asistencia	0.14	0.40	0.67		
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Soltero	44.12	52.11	59.51	$\chi^2 = 18.374$	0.049*
Casado	25.98	23.94	24.39		
Divorciado	5.88	3.52	0.98		
Separado	3.43	3.52	0.98		
Viudo	5.88	4.23	3.90		
Unión Libre	14.71	12.68	10.24		
<b>ESCOLARIDAD</b>					
Analfabeta	8.82	2.82	6.34	$\chi^2 = 32.693$	<0.0001*
Primaria	19.12	26.76	32.20		
Secundaria	39.22	37.32	25.85		
Preparatoria	23.53	22.54	14.63		
Profesional	8.82	9.86	20.49		
Posgrado	0.49	0.70	0.49		
<b>RELIGION</b>					
Ateo	16.67	14.08	8.78	$\chi^2 = 41.375$	<0.0001*
Católica	54.41	66.20	77.07		
Testigo de Jehová	6.37	6.34	3.41		
Cristiana	17.65	11.27	4.39		
Creyente	3.43	0	2.93		
Otras	1.47	2.11	3.41		

Tabla INT1. Resultados de las proporciones de las variables sociodemográficas integradas en las tres instituciones del estudio; el Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (Mexicali), el Hospital de Salud Mental de Tijuana (Tijuana) y el Centro de Rehabilitación en Salud Mental (Xalapa).. En las instituciones del noroeste del país la relación hombre:mujer fue aproximadamente 1:1 mientras que en Xalapa representó casi 1:2. Cada porcentaje fue calculado en base a la muestra total de cada institución, representando para Mexicali una n=204, para Tijuana n=142 y para Xalapa n=205, ésta última siendo resultado de la medición de dos semanas tipo basal y dos semanas tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico.

Respecto del tiempo de espera, el rango osciló entre 0 – 335 minutos. Para el tiempo de consulta el rango osciló entre 1 – 447 minutos. El rango de LOS (Tiempo total de estancia en el servicio) fue de 8 – 885 minutos. El tiempo promedio de espera fue de 39.99 min (SD=46.11 min); el tiempo promedio de consulta fue de 33.71 min (SD=29.93 min). El tiempo promedio de estancia en el servicio (LOS) fue de 79.21 min (SD=64.43 min).

Los promedios de tiempo de espera entre ambas muestras fueron:  $45.84 \pm 37.75$  minutos (basal) vs  $34.37 \pm 52.88$  minutos (TrPsq). Los promedios de tiempo de consulta fueron  $35.86 \pm 38.00$  minutos (basal) vs  $31.63 \pm 19.08$  minutos (TrPsq). Los promedios de LOS fueron  $83.46 \pm 79.01$  minutos (basal) vs  $75.11 \pm 46.07$  minutos (TrPsq).

Respecto del envío, el 84.90% (n=467) fue enviado a Consulta Externa; el 10.18% (n=56) fue hospitalizado en la misma institución, el 4.9% (n=27) fue referido a otra unidad.

El 1.81% de las tres muestras abandonó el servicio antes de recibir atención en el mismo (n=10), mientras que el restante 98.89% (n=540) permaneció hasta recibir la consulta de urgencia. El 3.09% de las tres muestras (n=17) regresó al servicio dentro de las últimas 72 horas, mientras que el 96.91% (n=533) no lo hizo.



INDICADORES INMEDIATOS	Basal (n=269)	TrPsq (n=281)	$\chi^2$	df	p
<b>ENVIO</b>					
Consulta Externa	81.41	87.19	4.32	3	0.229
Hospital	12.27	8.19			
Referencia Externa	5.95	3.91			
Derivación a Primer Nivel	0.37	0.71			
<b>ABANDONO DEL SERVICIO</b>					
Sí	1.86	1.78	0.005	1	0.944
No	98.14	98.22			
<b>REACUDIO EN 72 HORAS</b>					
Sí	3.35	2.85	0.12	1	0.729
No	96.65	97.15			
<b>USO DE AREA DE OSBERVACION</b>					
Sí	11.90	10.68	0.22	1	0.639
No	88.10	89.32			
<b>USO DE SUJECION GENTIL</b>					
Sí	3.35	2.49	0.365	1	0.545
No	96.65	97.51			
<b>INTERVENCION EN CRISIS</b>					
Sí	9.67	3.56	8.528	1	0.003*
No	90.33	96.44			
<b>MINISTRACION DE MEDICAMENTOS</b>					
Sí	16.36	10.32	4.436	1	0.035*
No	83.64	89.68			

Tabla INT2. Comparación de las proporciones de la muestra basal (Antes de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico, n=269) con la muestra en la que el Triage Psiquiátrico se aplicó con un procedimiento estandarizado (n=281) en cada una de las tres instituciones (Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Hospital de Salud Mental de Tijuana y Centro de Rehabilitación en Salud Mental en Xalapa, Veracruz). Se observó una disminución de usuarios hospitalizados durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, aunque sin diferencias significativas. No hubo cambios en las frecuencias de abandono del servicio ni de frecuentación en las 72 horas. No se observaron cambios en las maniobras especiales de uso del área de observación ni sujeción gentil, sin embargo se observó disminución en la frecuencia de intervenciones en crisis y aumento en la ministración de medicamentos durante la aplicación del Triage Psiquiátrico.

El 11.27% de los usuarios (n=62) requirió el servicio de observación, en el cual permaneció bajo vigilancia sin mayor intervención durante un tiempo variable. Sólo el 2.9% de la muestra (n=16) requirió sujeción gentil. Un 6.54%

de la muestra recibió intervención en crisis (n=36). El 13.27% de la muestra (n=73) recibió algún medicamento mientras estaba recibiendo la valoración en urgencias.

Respecto de las variables clínicas encontradas en ambas muestras, la conducta suicida se distribuyó de la siguiente manera: 84.0% (n=462) no presentó ninguna conducta suicida. El 10.18% (n=56) presentaron ideación suicida; el 1.63% (n=9) presentaron gesto suicida, y el 3.27% (n=18) presentaron intento suicida. Se reportaron n=5 usuarios sin clasificación de riesgo suicida. Estos porcentajes contrastan con el riesgo suicida actual (n=37), representando el 6.8% de la muestra global.

La muestra global (Antes y después de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico) reunió un número total de intentos suicidas en la vida de 340, con una media de 3.04 intentos suicidas en la vida (SD= 3.3). El promedio de intentos suicidas para hombres fue de  $2.14 \pm 1.78$  intentos y para las mujeres el promedio de intentos suicidas fue de  $3.33 \pm 3.63$  intentos.

Al desglosar la frecuencias de la conducta agresiva, el 73.9% de los usuarios no reportaron ninguna conducta agresiva (n=403), 10.1% grita (n=55), 7.9% amenaza (n=43), 4.4% insulta (n=24) y 3.7% amenaza (n=20).

Se encontraron diferencias respecto del consumo de sustancias en los últimos 30 días (actual) y alguna vez en la vida, los cuales fueron más

frecuentes durante la aplicación del Triage Psiquiátrico, encontrando diferencias significativas.

VARIABLES CLINICAS	Basal (n=269)	TrPsq (n=281)	$\chi^2$	df	P
<b>CONSUMO DE ALCOHOL ACTUAL</b>					
Sí	11.15	18.15	5.193	1	0.023*
No	88.85	81.85			
<b>CONSUMO DE ALCOHOL ANTERIOR</b>					
Sí	36.43	54.80	17,440	1	0.0001*
No	63.57	45.20			
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>					
Sí	10.41	14.59	1.466	1	0.226
No	89.59	85.41			
<b>CONSUMO DE SUSTANCIAS ANTERIOR</b>					
Sí	15.99	26.33	8.536	1	0.003*
No	84.01	73.67			
<b>CONDUCTA SUICIDA ULT SEMANA</b>					
Ninguna	84.76	85.05	0.411	3	0.938
Ideación	10.78	9.61			
Gesto	1.49	1.78			
Intento	2.97	3.56			
<b>CONDUCTA AGRESIVA ULT SEMANA</b>					
Ninguna	71.75	76.51	5.412	4	0.248
Grita	11.15	8.90			
Insulta	8.92	6.76			
Golpea	5.58	3.20			
Amenaza	2.60	4.63			

*Tabla INT3. Comparación de las proporciones de las muestras institucionales antes de implementar y aplicar el Triage psiquiátrico (n=269) y después de implementar y aplicar el Triage psiquiátrico (N=281). Se observaron mayores proporciones de usuarios que consumían sustancias en los últimos 30 días (actual) y durante toda la vida (anterior). Aunque no se encontraron diferencias significativas entre las conductas suicidas y agresivas que pudiesen haber sido presentadas por los pacientes durante una semana antes de la consulta de urgencias, existió mayor proporción de conducta agresiva durante la semana tipo basal (Antes de la implementación del Triage psiquiátrico).*

### **3.- Resultados comparativos de los indicadores inmediatos.**

Se procedió a hacer un análisis comparativo de los indicadores de calidad de proceso (reflejados fundamentalmente por los tiempos en urgencias durante la utilización del servicio) y satisfacción (reflejados por la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios durante su consulta en las semanas tipo basal y de aplicación del Triage psiquiátrico).

Se observaron cambios significativos en el indicador de impacto directo más representativo del estudio, que fue el tiempo de espera, ya que hubo una disminución significativa del tiempo de espera general al compararlo con los promedios de tiempos de espera de la muestra basal, resultando en un promedio de disminución general de 11.47 minutos respecto de la muestra basal.

La encuesta de satisfacción la contestó el mismo paciente en un 34.18% (n=188), el familiar en un 50.18% (n=276), y el 1.63% (n=9) otra persona, quedando un total de n=77 (14% de la muestra integral global) de usuarios que no se realizó la encuesta de satisfacción. Los indicadores de satisfacción respecto del tiempo de espera revelaron que 35.6% y 49.0% de los usuarios se mostraron muy satisfechos y satisfechos respecto del tiempo de espera, respectivamente. El 8% (n=44) refirió sentirse regular respecto a la satisfacción. 3.5% y 2.3% contestaron sentirse insatisfechos o muy insatisfechos respecto del tiempo de espera.

El porcentaje de usuarios que reporta la posibilidad de hablar sobre su problema al médico y que el médico le permita hablar y explicarse, así como las explicaciones sobre el cuidado que debe recibir, suele ser alto, alrededor del 98%. Sin embargo existen porcentajes mucho menores ante la pregunta de que si el médico le explicó sobre maniobras especiales (35.81%, n=197) y si le explicó sobre el envío (74.54%, n=410).

Los usuarios se sienten muy satisfechos (47.09%, n=259) y satisfechos (39.9%, n=192) al preguntarles sobre la claridad de la información, lo cual contrasta con el 5% que reportaron satisfacción regular, y 0.8% y 0.4% como insatisfechos o muy insatisfechos respectivamente.

La satisfacción con el trato recibido se mostró de la siguiente manera: 51.45% (n=283) se reportó muy satisfecho; 32.72% (n=180) se reportaron como satisfechos. 2% (n=11) se reportaron con satisfacción regular; 0.2% y 0.4% se reportaron como satisfechos y muy insatisfechos.

Al comparar los promedios de los indicadores de satisfacción de las muestras de las semanas tipo basal y de aplicación del Triage psiquiátrico, no se encontraron diferencias significativas en la percepción de satisfacción de los usuarios antes y después de la implementación y aplicación del triage psiquiátrico. De hecho, llamó la atención que algunos indicadores de satisfacción no cambiaron o prácticamente se mantuvieron constantes antes y después de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico.

INDICADORES INMEDIATOS	Basal	TrPsq	F	p
Edad en Años (SD)	38.34 (16.98)	37.02 (15.331)	0.898	0.344
<b>TIEMPOS EN MINUTOS</b>				
Media Espera (SD)	45.84 (52.88)	34.37 (37.75)	8.611	0.003*
Media Consulta (SD)	35.86 (38.00)	31.63 (19.1)	2.748	0.098 <sup>£</sup>
Media LOS	83.46 (79.02)	75.11 (46.08)	2.312	0.129
<b>No. Intentos suicidas en la vida</b>				
Media ISV <sup>¥</sup> (SD)	0.47 (1.42)	0.77 (2.31)	3.374	0.067
Media ISV <sup>£</sup> (SD)	2.63 (2.39)	3.32 (3.82)		
<b>SATISFACCION (Encuesta 1-5)</b>				
Tiempos de espera (SD)	4.08 (0.957)	4.13 (0.898)	0.264	0.608
Claridad de la Información (SD)	4.44 (0.678)	4.47 (0.665)	0.271	0.603
Cantidad de Medicamentos (SD)	3.99 (1.240)	4.14 (1.027)	2.221	0.137
Trato recibido (SD)	4.55 (0.701)	4.52 (0.619)	0.195	0.659

Tabla INT4. Comparación de medias de los indicadores de calidad de proceso (tiempo de espera, tiempo de consulta y estancia total en el servicio, en inglés Length of Stay LOS), antes y después de la implementación y aplicación del triage psiquiátrico (Semanas tipo basal y TrPsq); así como de los indicadores de satisfacción realizados mediante una encuesta en la que 1 = Muy Insatisfecho y 5 = Muy satisfecho. Se presentan además las medias de los intentos suicidas de las respectivas muestras. Se observaron \*diferencias significativas y <sup>£</sup>tendencia estadística en los indicadores de tiempo de espera y tiempo de consulta, respectivamente, siendo menores en las muestras aplicación del Triage Psiquiátrico.

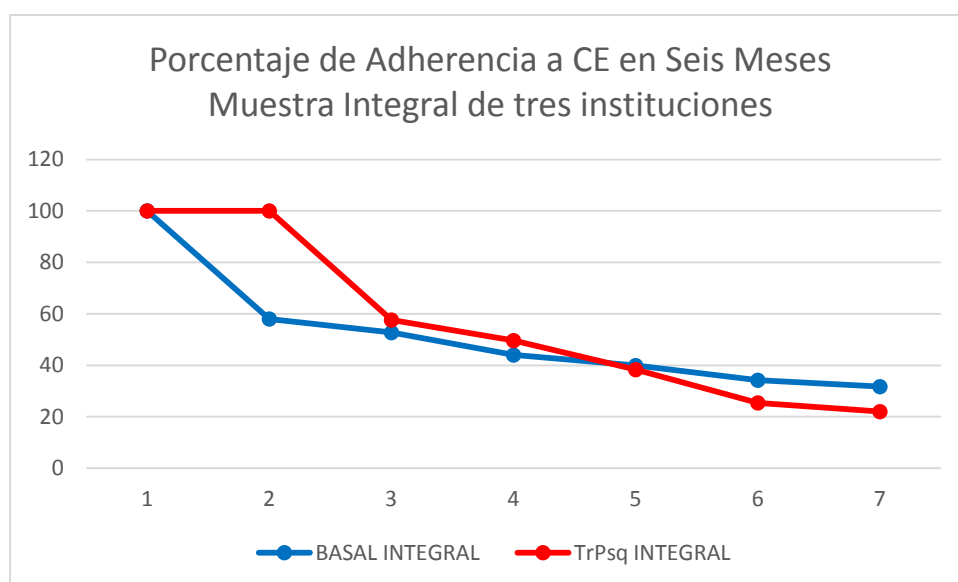
<sup>¥</sup> Media de los intentos suicidas promediando la ausencia de intentos suicidas en la vida como cero.

<sup>£</sup> Media de los intentos suicidas incluyendo sólo aquellos sujetos que han tenido más de un intento suicida en la vida.

#### 4.- Resultados Descriptivos de los indicadores de continuidad (seguimiento).

Al realizar el seguimiento a seis meses en cada una de las instituciones se observó que durante los primeros meses de seguimiento la adherencia a los servicios ambulatorios (consulta externa) fue mayor en el grupo que se implementó el Triage Psiquiátrico. También se observó que la

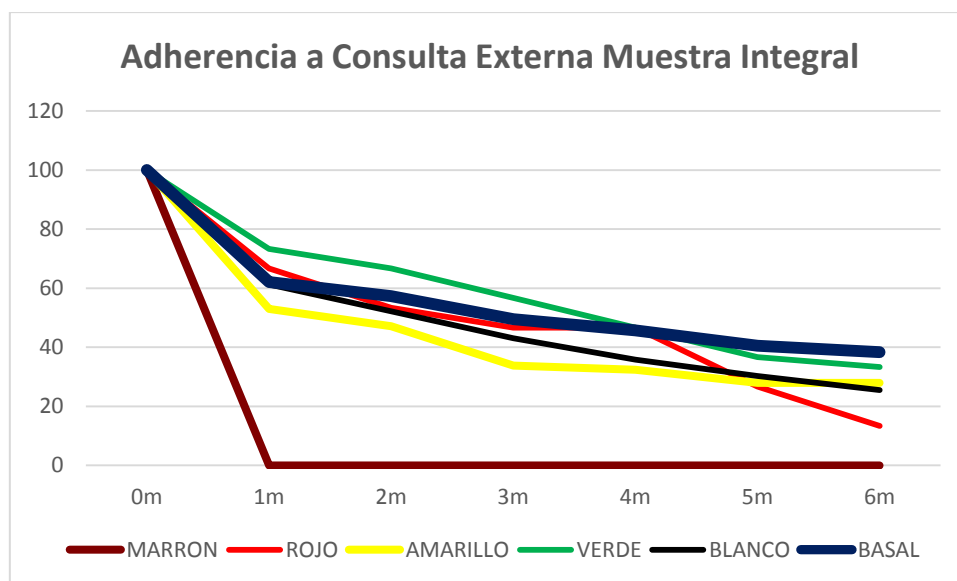
distribución de mayores citas de seguimiento fue mayor entre los usuarios que tuvieron urgencias psiquiátricas con menor riesgo (Urgencias verdes y en mayor medida urgencias blancas). A continuación se muestra la gráfica de seguimiento a 6 meses que describe la adherencia a servicios ambulatorios por parte de los pacientes que acudieron al respectivo servicio de urgencias antes de la implementación del Triage Psiquiátrico y aquellos que acudieron después de dicha implementación.



*Gráfica INT.1 Porcentaje de adherencia durante 6 meses de los usuarios de la muestra integral (Sumatoria de las tres instituciones). Se observa que durante la aplicación del Triage Psiquiátrico (Color rojo) existió mayor adherencia a las citas en consulta externa durante los primeros dos meses, sin embargo después de ello la adherencia comienza a caer y llega a ser incluso más baja que el promedio de adherencia basal en los servicios. No se observaron cambios significativos en la adherencia basal y de aplicación del Triage Psiquiátrico ( $F=2.797$ ,  $p=0.095$ ).*

Se observó que los usuarios que más frecuentaron el servicio de urgencias (aquellos que regresaron más veces al servicio durante el seguimiento de seis meses) fueron usuarios de riesgo nulo (urgencias blancas). Sin embargo los usuarios que se presentaron durante las semanas típicas con alguna urgencia de riesgo medio (urgencia amarilla) tendieron a ser el segundo

lugar después de las urgencias blancas en acudir a servicios de consulta externa. Se observó que algunos usuarios acudieron hasta 16 ocasiones a citas de psicoterapia. La asistencia a consulta externa se vio fuerte mente correlacionada con la asistencia a psicoterapia ( $r=0.413$ ,  $p<0.0001$ ).



*Gráfica INT2. Distribución de proporción de usuarios con adherencia a sus citas en Consulta externa durante el período de seguimiento, en la fase basal (Antes de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico) y en la fase de aplicación del Triage Psiquiátrico, en las tres muestras combinadas. Se observa una importante deserción de los servicios ambulatorios en pacientes con urgencias médicas. La tasa de abandono a servicios ambulatorios es más o menos constante antes y después de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico, con una ligera mayor adherencia de las urgencias verdes (no urgentes) en relación con urgencias psiquiátricas de mayor gravedad (amarillas y rojas). Las Diferencias no fueron significativas pero marcaron ligera tendencia estadística ( $F=2.025$ ,  $p=0.091$ ).*

La tabla INT2 muestra las proporciones de adherencias a citas en consulta externa durante el período de seguimiento de seis meses. Se observa que invariablemente, todos los usuarios van abandonando los servicios de consulta externa a medida que va pasando el tiempo, y la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico no parece modificarlo en forma positiva ni negativa. El abandono de los servicios ambulatorios es un fenómeno que debe tener



estudio y seguimiento ya que se desconoce las causas de éste abandono del tratamiento.

	Marrón	Rojo	Amarillo	Verde	Blanco
<b>No. Asistencia urgencias</b>					
0	1	10	39	15	102
1	1	4	10	10	29
2	0	0	5	1	13
3	0	0	6	2	10
>4	1	0	1	1	4
<b>No. Citas CE</b>					
0	3	8	31	10	60
1	0	1	11	2	25
2	0	3	10	4	23
3	0	0	2	8	19
>4	0	2	7	5	31
<b>No. Citas Psicoterapia</b>					
0	3	13	45	24	129
1	0	0	4	2	9
2	0	1	8	2	11
3	0	0	2	1	2
4 a 6	0	0	2	0	2
7 a 10	0	0	0	0	4
>11	0	0	0	0	1

*Tabla INT5. Distribución de Frecuencias de adherencia a servicios ambulatorios durante el período de seguimiento (6 meses) en los usuarios, las cuales fueron desglosadas por color del Triage Psiquiátrico. Se observa una mayor distribución de asistencia a servicios ambulatorios, incluyendo los servicios de urgencias, en urgencias de menor nivel de riesgo (Verdes y Blancas). Para determinar la fuerza de correlación se utilizó coeficiente de correlación de Pearson, encontrando correlación entre nivel de riesgo y asistencia a Consulta Externa ( $r=0.157$ ,  $p=0.011$ ). La asistencia a Consulta Externa está correlacionada con asistencia al servicio de urgencias ( $r=0.136$ ,  $p=0.002$ ). La asistencia a psicoterapia mostró la correlación más importante con la asistencia a Consulta Externa ( $r=0.289$ ,  $p<0.0001$ ).*

## **F.2 Resultados integrales desglosados por envío final.**

Con el objetivo de cuantificar los resultados de cada tipo de urgencia, se decidió desglosar los resultados de la muestra integral por su envío final, por el tipo de urgencia, y por la dicotomía urgente/no urgente antes y después.

<b>Institución</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Mexicali	19	187	12.165	2	0.002*
Tijuana	27	111			
Xalapa	37	167			
<b>Género</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Masculino	32	209	1.168	1	0.28
Femenino	51	256			
<b>1a Vez/Subsecuente</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Primera Vez	39	220	0.003	1	0.957
Subsecuente	44	245			
<b>Asistencia CE Subsecuentes</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Acude a sus Citas	12	70	2.472	1	0.116
No Acude a sus Citas	32	175			
<b>Estado Civil</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Soltero	42	241	3.47	5	0.557
Casado	22	113			
Divorciado	3	18			
Separado	0	14			
Viudo	6	20			
Unión Libre	10	59			
<b>Religión</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Sin Religión	8	70	2.356	5	0.798
Católica	59	296			
Testigo de Jehová	4	24			
Cristiana	8	53			
Creyente	2	11			
Otras	2	11			
<b>Escolaridad</b>	<b>Envío Urgente</b>	<b>Envío No Urgente</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Df</b>	<b>p</b>
Analfabeta	9	25	3.374	5	0.643
Primaria	28	122			
Secundaria	18	168			
Preparatoria	18	83			
Profesional	9	65			
Posgrado	1	2			
Total	83	465			

*Tabla INT6. Comparación de variables sociodemográficas desglosadas por envío final de consulta de urgencias, considerándose urgente aquellas enviadas como referencia a otra unidad u hospitalizadas en cada institución, y considerándose no urgentes aquellas derivadas a Consulta Externa o a otras instancias no urgentes (por ejemplo psicoterapia). El presente desglose se realizó para analizar los resultados desde una perspectiva de clasificación urgente/no urgente diferente al Triage psiquiátrico. Se observó que no hubo diferencias significativas en función de variables sociodemográficas, aunque la mayor proporción de envíos no urgentes se encontró en el Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (Mexicali).*

Diagnósticos por CIE-10	Envío Urgente	Envío No Urgente	$\chi^2$	df	p
Trastornos Cognitivos y Orgánicos	6	20	19.925	10	0.030*
Trastornos por Consumo de Sustancias	14	51			
Esquizofrenia y otros Tn Psicóticos	19	75			
Trastornos Afectivos	25	192			
Trastornos por Ansiedad y Estrés	10	76			
Trastornos del Sueño, Alim y Sex.	0	1			
Trastornos de la Personalidad	4	11			
Retraso Mental	1	8			
Trastornos del Neurodesarrollo	1	1			
Trastornos en la Infancia y Adolesc	2	14			
Sin Datos de Dx CIE-10	2	16			
Total	83	465			

*Tabla INT7. Resultados desglosados por grupo diagnóstico según el CIE-10 y característica urgente/no urgente de acuerdo al envío final de la urgencia psiquiátrica según el envío final después de cada consulta (Urgente=Referencia y Hospitalización; No Urgente=Consulta Externa, Preconsulta y Derivación a Primer Nivel). Se observan diferencias significativas por diagnóstico psiquiátrico, encontrando que las condiciones no urgentes se presentan con mayor frecuencia en trastornos afectivos, mientras que las urgentes se encuentran en forma proporcional mayormente en condiciones adictológicas.*

Medias Variables Cuantitativas	Urgente	No Urgente	F	p
Media Edad (SD)	36.27 (15.95)	38.11 (16.263)	0.05	0.941
Puntuación Triage (SD)	16.86 (4.030)	28.23 (2.016)	29.194	<0.0001**
Tiempo de Espera Min (SD)	32.30 (42.141)	42.51 (47.163)	7.556	0.006*
Tiempo de Consulta min (SD)	43.30 (45.090)	30.52 (22.165)	10.098	0.002*
Tiempo Total Estancia min (SD)	89.06 (91,898)	75.96 (52.298)	1.248	0.264
No. Días de Hospitalización	6.97 (11.935)	1.88 (7.044)	83.85	<0.0001**
Tiempo de Adherencia a CE (meses)	2.03 (2.452)	2.54 (2.552)	4.221	0.040*

*Tabla INT8. Medias de las variables cuantitativas de las condiciones urgentes (Colores Marrón, Rojo y Amarillo) vs las condiciones no urgentes (Colores Verde y Blanco). Se observa que las presentaciones urgentes tuvieron menor puntuación del Triage psiquiátrico, menor tiempo de espera, mayor tiempo de consulta y estancia total en el servicio. Se observó que las presentaciones urgentes tienen significativamente mayor promedio de días de hospitalización, encontrando que la adherencia a servicios ambulatorios (consulta externa) es mayor en presentaciones no urgentes.*

Diagnósticos por CIE-10	Urgente	No Urgente	X <sup>2</sup>	df	P
<b>Consumo de Alcohol Actual</b>					
Sí	27	107	4.2	1	0.040*
No	57	357			
<b>Consumo de Alcohol En la Vida</b>					
Sí	65	69	0.495	1	0.466
No	189	225			
<b>Consumo de Sustancias Actual</b>					
Sí	17	54	1.126	1	0.289
No	121	356			
<b>Consumo de Sustancias en la Vida</b>					
Sí	29	92	0.856	1	0.355
No	109	318			

Tabla INT9. Consumo de alcohol y sustancias actual y a lo largo de la vida y su relación con presentaciones urgentes/no urgentes. El único criterio de asociación significativa fue el consumo de alcohol actual (en los últimos 30 días).

Diagnósticos por CIE-10	Urgente	No Urgente	X <sup>2</sup>	Df	p
<b>Conducta Suicida en la Última semana</b>					
Ninguna	85	377	66.705	3	<0.0001**
Ideación	30	25			
Gesto	6	3			
Intento	13	5			
<b>Conducta Agresiva en la última semana</b>					
Ninguna	71	332	45.59	4	<0.0001**
Grita	25	30			
Insulta	15	27			
Golpea	11	13			
Amenaza	12	8			
<b>Riesgo Suicida en la entrevista (Actual)</b>			50.121	1	<0.0001**
Sí	27	10			
No	107	401			

Tabla INT10. Conducta suicida y agresiva en la consulta de urgencias. Se observa mayor frecuencia de conducta suicida y agresiva en las presentaciones urgentes en relación con las no urgentes, presentando significancia altamente estadística. Se observan mayores proporciones de usuarios con conducta suicida y agresiva en los colores urgentes (Marrón, Rojo y Amarillo) que en los no urgentes. Los presentes hallazgos podrían reforzar la validez externa previamente descrita en el apartado de introducción de éste trabajo, reforzando el Triage Psiquiátrico como un instrumento de clasificación de urgencias psiquiátricas

Maniobras Especiales	Urgente	No Urgente	$\chi^2$	df	p
<b>Observación</b>					
Sí	42	92	72.586	1	<0.0001**
No	19	392			
<b>Sujeción Gentil</b>					
Sí	11	5	17.339	1	<0.0001**
No	123	406			
<b>Intervención en Crisis</b>					
Sí	16	20	8.151	1	0.004*
No	118	390			
<b>Medicamentos en Urgencias</b>					
Sí	44	29	57.895	1	<0.0001**
No	90	382			

*Tabla INT11. Maniobras especiales en urgencias y su frecuencia desglosada según la presentación urgente o no urgente en los servicios de urgencias. Se observa mayor frecuencia de maniobras especiales en condiciones urgentes en forma altamente significativa.*

## **RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LAS TRES INSTITUCIONES**

Se realizó un análisis multivariado para complementar el análisis univariado de las tres instituciones, con el objetivo de conocer el tamaño del efecto de la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en las tres instituciones de salud mexicanas, y si podía haber un efecto de las covariables representadas por las variables clínicas y sociodemográficas de la muestra.

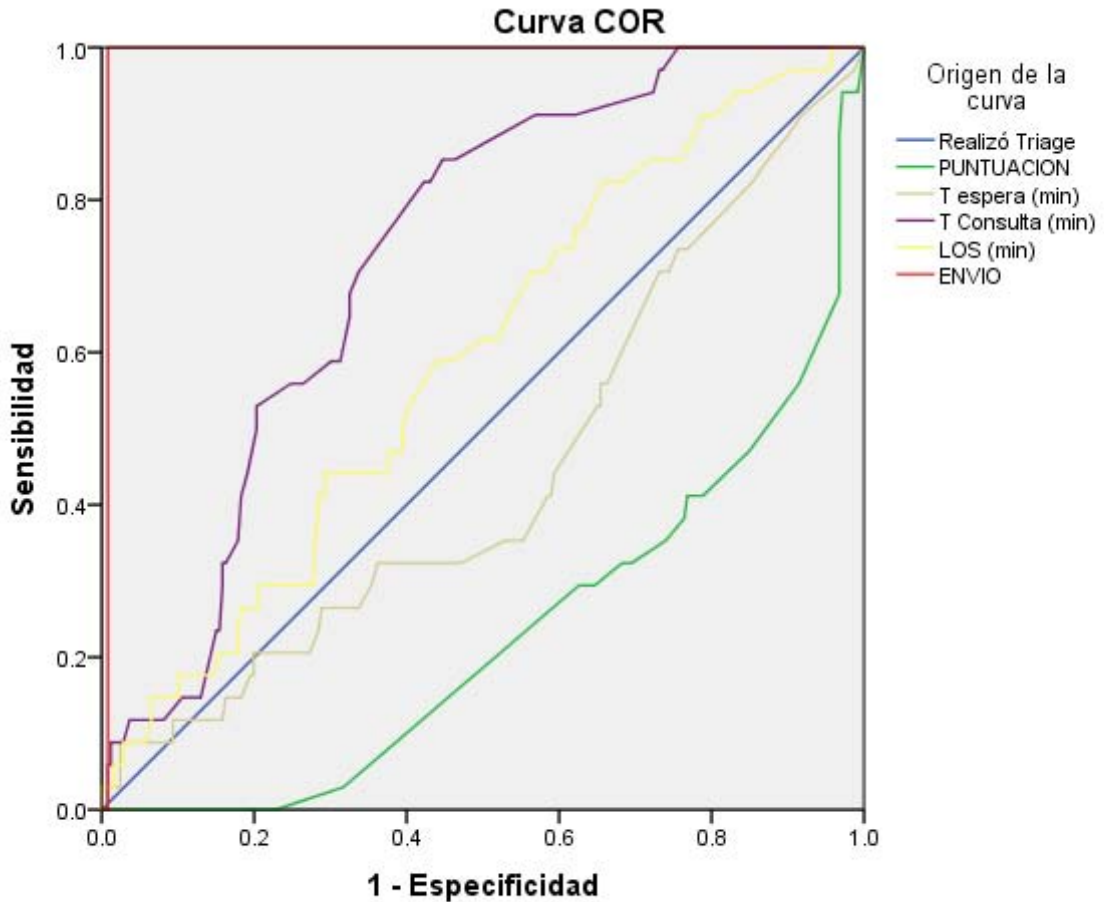
Para hacer el análisis multivariado, nos encontramos con algunas dificultades ya que la maniobra principal, que fue la aplicación del Triage Psiquiátrico contra los indicadores basales del servicio, no fue una variable probabilística y no existieron datos de un Triage Previo a la Implementación del

Triage Psiquiátrico, por lo que primero se hizo un diagrama de flujo que permitiera el reconocimiento de las principales variables del estudio y en qué forma éstas variables podrían estudiarse en un modelo multivariado.

El diagrama de flujo se centró en la adecuada detección de condiciones urgentes contra las condiciones no urgentes, como un factor determinante de las conductas y decisiones tomadas en el servicio de urgencias, y posteriormente como un predictor de la adherencia al tratamiento ambulatorio y las hospitalizaciones y los números de días de hospitalización.

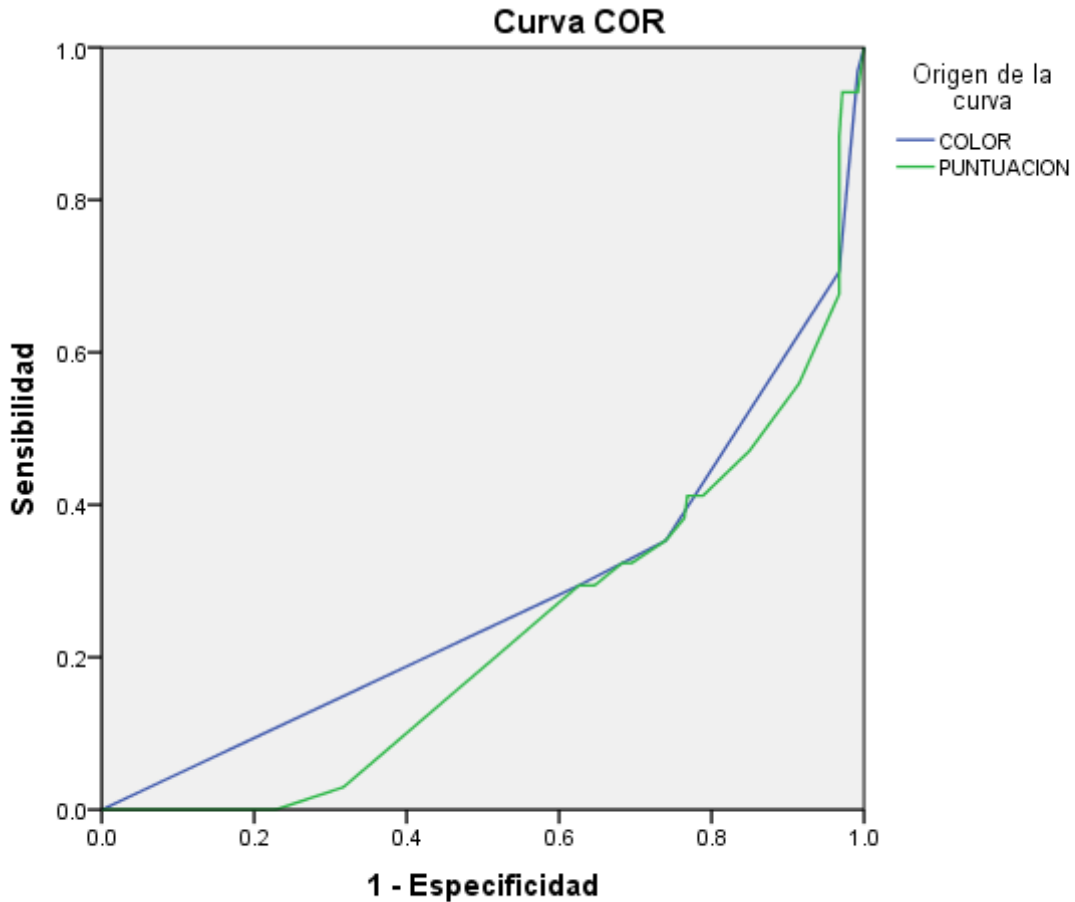
En base a lo anterior, determinamos cuáles fueron las variables implicadas tras la implementación del Triage psiquiátrico y relacionadas con el envío, como principal factor determinante de la característica urgente/no urgente de una urgencia psiquiátrica.

Debido a que debimos encontrar una variable intermedia que fungiera como predictor de la cualidad urgente/no urgente, se procedió a hacer una Curva ROC con ayuda del programa SPSS, para que nos indicara cuál de las variables clínicas tenía la mayor sensibilidad y especificidad para relacionar la predicción de las urgencias psiquiátricas en relación con su envío. Se encontró que la duración de la consulta fue la variable más relacionada a la predicción de condición urgente/no urgente, tanto en la fase de no aplicación del Triage Psiquiátrico (basal) como en la fase de aplicación del Triage psiquiátrico.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

Gráfica MULT.1 Curva COR que evalúa las distintas variables clínicas relacionadas con la atención de las urgencias psiquiátricas y su relación con la sensibilidad y especificidad en relación con la cualidad de urgente o no urgente de las urgencias psiquiátricas. El standard de oro fue la variable ENVÍO, ya que éste nos permitió saber después de un tiempo de consulta suficiente y por un psiquiatra institucional de cada servicio de urgencias la decisión final de la consulta y por lo tanto su cualidad definitiva en el servicio de urgencias, para efecto de predicción del resto de las variables. Se observa que la variable que tiene mayor sensibilidad y especificidad para predecir el estado de una urgencia psiquiátrica de acuerdo al envío es en primer lugar el tiempo de consulta ( $AUC=0.726$ ) seguida del LOS ( $AUC=0.591$ ), y finalmente la variable principal del estudio, el tiempo de espera ( $AUC=0.443$ ). Aunque la puntuación del Triage Psiquiátrico refleja un área bajo la curva baja ( $AUC=0.230$ ) es importante mencionar que la puntuación del Triage psiquiátrico es inversa al riesgo de las UP, por lo que se marca una curva "en espejo" a la curva del tiempo de consulta, mostrando un complementario de  $ABC=0.770$ , representando la puntuación más alta.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

*Gráfica MULT2. Curva cor y áreas bajo la curva de la variable COLOR (1 al 5, menor el valor más riesgo de Urgencia) y de la variable PUNTUACIÓN (1 al 32, menor el valor, más grave la urgencia), respecto de la sensibilidad y especificidad con la variable ENVIO (Gold Estándar de la cualidad Urgente vs No urgente). Se encontró para el Color una AUC=0.278 y para la puntuación una AUC=0.230, representando los complementarios de ellas una ABC'=0.722 y para la puntuación AUC'=0.77.*

Se obtuvieron las coordenadas de los valores de sensibilidad y 1-especificidad al comparar los resultados del Color y de la Puntuación del Triage Psiquiátrico, mostrando en ambos casos áreas bajo la curva cercanas a 0.8 al mostrar los valores simultáneos, cuando se compararon con el Gold Standard de la variable ENVIO.



Variable(s) de resultado de prueba	Positivo si es mayor o igual que	Sensibilidad	1 - Especificidad
COLOR	0.00	1.000	1.000
	1.50	.971	.992
	2.50	.706	.967
	3.50	.353	.740
	4.50	.294	.626
	6.00	0.000	0.000
PUNTUACION	3.00	1.000	1.000
	5.00	.971	.996
	7.00	.941	.992
	8.50	.941	.984
	10.00	.941	.976
	11.50	.941	.972
	12.50	.882	.967
	13.50	.853	.967
	15.00	.706	.967
	16.50	.676	.967
	17.50	.559	.915
	18.50	.471	.850
	19.50	.412	.789
	20.50	.412	.768
	21.50	.382	.764
	22.50	.353	.740
	23.50	.324	.695
	24.50	.324	.683
	25.50	.294	.646
	26.50	.294	.634
	27.50	.294	.626
	28.50	.029	.317
	29.50	0.000	.228
	30.50	0.000	.081
	32.00	0.000	0.000

*Tabla MULT1. Relación de media de Nivel de Riesgo y Media de Puntuación del Instrumento de Triage Psiquiátrico en relación con la variable considerada como Gold Standard de Envío. Se encontraron Áreas Bajo a Curva complementarias a 1 de 0.72 para la variable Color y de 0.77 para la variable de Puntuación.*

Los resultados de área bajo la curva mayores resultaron ser por un lado, el tiempo de consulta (AUC=0.644) y por otro lado los complementarios

del área sobre la curva del Nivel/Color de Riesgo del Triage Psiquiátrico (AUC=0.277, AUC'=0.723), y del área sobre la curva de la Puntuación del Triage Psiquiátrico (AUC=0.23, AUC'=0.77).

Area bajo la CURVA	
Variable	AUC o AUC'
T espera	.384
T Consulta	.644
LOS	.506
Color*	.722
Puntuación*	.770

*Tabla MULT2. Resultados de las Áreas Bajo la Curva para las variables clínicas en los servicios de urgencias al realizar curvas COR para determinar su sensibilidad y especificidad con la variable considerada Gold Standard (Envío). \*Al calcular los valores complementarios de los resultados del Instrumento de Triage Psiquiátrico (Color y Puntuación) se mostraron los valores de Área Bajo la Curva Complementaria de mayor valor respecto del resto de las variables.*

El siguiente paso para desarrollar el análisis multivariado fue calcular el tamaño de efecto relacionado con la aplicación o no aplicación del Triage psiquiátrico, y en qué forma podrían haber intervenido otras covariables que en forma indirecta pudiesen haber afectado los resultados. En éste sentido, la maniobra principal de éste estudio, la implementación y aplicación del Instrumento de Triage Psiquiátrico, al realizarse en forma no probabilística no podía estudiarse propiamente como variable dependiente dentro del cálculo de la regresión logística binaria, por lo que la variable dependiente fue la que fungió también como Gold Standard para la determinación definitiva de la cualidad de la presencia inminente o ausente de riesgo en las urgencias psiquiátricas, que fue el envío, considerándose urgente aquellas consultas que se hospitalizaron o refirieron, y no urgente aquellas consultas enviadas a servicios ambulatorios o primer nivel de atención.

Tomando en cuenta los resultados de la Curva ROC de sensibilidad y especificidad multicéntrica del Triage Psiquiátrico, se realizó una regresión logística binaria tomando en cuenta las dos variables relacionadas con la calidad de urgente: La puntuación del Triage Psiquiátrico (Considerando como punto de corte la puntuación de 24 o menor como urgencia psiquiátrica según los estudios previos de validez y confiabilidad del Triage psiquiátrico<sup>66</sup> y el tiempo de consulta (Considerando la moda de consulta de treinta minutos como base para establecer que un tiempo mayor es congruente para considerarse urgencia psiquiátrica).

Los resultados de la regresión logística binaria se expresan a continuación en las tablas MULT3, MULT4 y MULT5, desglosando los dos criterios de selección según las curvas COR. Dentro de los hallazgos, llamó la atención que la escolaridad tuvo valores de tendencia estadística sin llegar a ser del todo significativo para puntuar Triage Psiquiátrico como urgente, sin ser un factor significativo al considerar la duración de la consulta. Así mismo, el tiempo de espera menor tuvo mayor impacto en la puntuación del triage psiquiátrico como condición urgente, sin embargo al considerar el criterio de tiempo de consulta, el tiempo de espera no tuvo impacto significativo.

Se observó impacto significativo para las maniobras especiales de observación y ministración de medicamentos para ambas variables, sin embargo el tiempo de consulta impactó más en la restricción física e intervención en crisis en comparación con la puntuación del Triage Psiquiátrico.

	Puntuación Triage <24			Duración Consulta >30 min		
	Puntuación	gl	Sig.	Puntuación	Gl	Sig.
EDAD	.815	1	.367	3.970	1	<b>.046</b>
SEXO	.270	1	.604	1.347	1	.246
1a Vez/SUB	.958	1	.328	4.600	1	<b>.032</b>
ACUDE A CE	.958	1	.328	.099	1	.754
Estado Civil	.162	1	.688	.731	1	.393
Escolaridad	3.440	1	<b>.064</b>	.012	1	.913
Religión	.000	1	.988	.059	1	.808
Tiempo espera (min)	3.029	1	<b>.082</b>	.133	1	.716
LOS (min)	.047	1	.829	.332	1	.565
ENVIO	46.203	1	<b>.000</b>	113.675	1	<b>.000</b>
Acudio 72 hs antes	2.395	1	.122	2.414	1	.120
Diagnóstico CIE-10 (Fx)	5.796	6	.446	9.496	6	.393
Trastornos de uso sustancias	.166	1	.684	.312	1	.576
Trastornos Psicóticos	.166	1	.684	.325	1	.568
Trastornos Afectivos	.442	1	.506	.018	1	.893
Trastornos de Ansiedad	.414	1	.520	3.487	1	<b>.062</b>
Trastornos somatoformes	2.119	1	.145	.299	1	.584
Trastornos de la personalidad	2.649	1	.104	3.788	1	<b>.052</b>
OH Actual	.949	1	.330	.006	1	.937
OH enlavada	1.569	1	.210	.778	1	.378
Sustancias Actual	.415	1	.519	.392	1	.531
Sustancias en la vida	3.443	1	<b>.064</b>	1.515	1	.218
Conducta agresiva semana	3.167	1	<b>.075</b>	19.415	1	<b>.000</b>
No. IS en la vida	.004	1	.948	.919	1	.338
Observación	16.683	1	<b>.000</b>	41.470	1	<b>.000</b>
Sujeción Gentil	.049	1	.825	9.133	1	<b>.003</b>
Intervención Crisis	.049	1	.825	7.278	1	<b>.007</b>
Medicamentos en urgencias	16.697	1	<b>.000</b>	30.156	1	<b>.000</b>

*Tabla MULT3. Análisis multivariado por regresión logística binaria, comparando tamaño de efecto de la cualidad de condición urgente por puntuación menor a 24 del Triage Psiquiátrico, y del tiempo de consulta mayor a 30 minutos. Se observa que la educación de los usuarios pudo influir en la puntuación del Triage Psiquiátrico como condición urgente, mientras que el Triage psiquiátrico no influyó en la aplicación de sujeción gentil ni en la intervención en crisis a diferencia del tiempo de espera, en el que las cuatro maniobras especiales tuvieron relación con la duración de la consulta. SUB= Subsecuente; CE= Consulta externa; OH= Consumo de Etanol; IS= Intentos Suicidas*

	Puntuación Triage <24			Duración Consulta >30 min		
Satisfacción tiempo de espera	1.895	1	.169	1.571	1	.210
Satisfacción información envío	6.416	1	<b>.011</b>	2.458	1	.117
Satisfacción Claridad de la Información	1.033	1	.309	.208	1	.648
Satisfacción Cantidad medicamento	6.190	1	<b>.013</b>	11.429	1	<b>.001</b>

*Tabla MULT4. Impacto de la Puntuación del triage psiquiátrico y la duración de consulta mayor a 30 minutos en la percepción de satisfacción en tiempos de espera, información de envío, claridad de información y trato. Se encontró que la menor puntuación del triage psiquiátrico impactó en la satisfacción sobre la información del envío, no siendo así en la satisfacción del tiempo de espera. Los usuarios con condición urgente encontraron mayor satisfacción en la cantidad de medicamentos prescritos. El tiempo de consulta no impactó en la satisfacción debida a la información, sugiriendo que los médicos en el servicio de urgencias dedican el tiempo a hacer procedimientos técnicos más que a transmitir información a los usuarios.*

En la tabla INT4 se observa que el hecho de ser condición urgente de acuerdo a la puntuación del triage psiquiátrico tuvo un mayor impacto en la información del envío. Lo anterior refleja que las condiciones urgentes suelen requerir mayor información cuando van a egresar del servicio de urgencias. Así mismo, los usuarios con condición más grave suelen requerir mayor prescripción de medicamentos, por lo que la percepción de satisfacción tiene mayor impacto en éste grupo de usuarios.

	Puntuación Triage <24			Duración Consulta >30 min		
No. Consultas de urgencias durante seguimiento	.003	1	.956	.091	1	.763
No. Asistencias a Consulta externa durante Seguimiento	.000	1	.991	.814	1	.367
No. Sesiones de Psicoterapia durante seguimiento	.968	1	.325	1.249	1	.264
No. Hospitalizaciones durante seguimiento	10.173	1	<b>.001</b>	20.480	1	<b>.000</b>
No. Días de hospitalización durante seguimiento	6.314	1	<b>.012</b>	20.100	1	<b>.000</b>
Tiempo de adherencia a Consulta Externa	.016	1	.899	.210	1	.647
Cita programada a los seis meses	.626	1	.429	1.544	1	.214
<b>ESTADISTICOS GLOBALES</b>	<b>52.717</b>	<b>40</b>	<b>.086</b>	<b>122.276</b>	<b>42</b>	<b>.000</b>

*Tabla MULT5. Impacto de la puntuación del triage y comparación con el impacto de la duración de la consulta. Se observó que la cualidad de urgencia psiquiátrica mediante la aplicación del Triage Psiquiátrico impactó en los internamientos psiquiátricos y en los días de hospitalización, demostrando mediante análisis multivariado que la aplicación del triage psiquiátrico influye en la disminución de hospitalizaciones y días de hospitalización. La aplicación del triage Psiquiátrico no fue suficiente para generar un impacto en la adherencia a los servicios de Consulta externa ni tener cita programada como reflejo de la adherencia a servicios ambulatorios. Los estadísticos multivariados globales marcan una tendencia estadística hacia la calificación de las urgencias psiquiátricas mediante la aplicación del triage psiquiátrico como estrategia de impacto en la disminución de días cama hospitalarios, revelando que el mayor tiempo de consulta disminuye en forma significativa los tiempos de hospitalización; así mismo, la duración de la consulta mayor a 30 minutos reveló un impacto indiscutible sobre las hospitalizaciones y número de días de hospitalización.*

## **DISCUSION**

Para efectos de la discusión de los resultados de ésta tesis, se analizarán y discutirán primeramente los resultados por Institución, posteriormente se analizarán los resultados encontrados con la muestra global, y finalmente los resultados descritos con el análisis multivariado.

### **I RESULTADOS EN EL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

Dentro de los resultados del IPEBC, se observa que con mayor frecuencia se observa el Diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor, al igual que el estudio de indicadores de actividad en un servicio de urgencias de atención voluntaria realizada por el investigador principal de éste proyecto<sup>19</sup>. Sin embargo llama la atención que en Mexicali el consumo de opiáceos, sedantes y múltiples sustancias superó por mucho a la frecuencia de consumo de alcohol, y en síntesis representan más de la mitad de los trastornos afectivos en el servicio de urgencias. Lo anterior es acorde con el incremento de consumo de drogas en el noreste mexicano, reportándose un incremento del 5.5% al 10.3% de 2002 a 2011<sup>81</sup>. Así mismo, se ha visto que el consumo de alcohol en la frontera USA-México es mucho mayor en las fronteras que en los sitios alejados de la frontera, y la prevalencia es mucho mayor del lado estadounidense que en el mexicano<sup>82</sup>.

Llama la atención que la frecuencia de conductas agresivas (Grita, Insulta, Golpea o Amenaza, en el transcurso de la última semana, es del 21% de todos los usuarios que utilizaron el servicio de urgencias del IPEBC. Esto es acorde a estudios que han demostrado que en el Noroeste de México existen índices de violencia superiores a la media nacional<sup>83</sup>. Existe evidencia que la violencia contra las mujeres ha despuntado en la región noreste de México, particularmente en los estados de Chihuahua, Coahuila, Tamaulipas, Nuevo León y Zacatecas<sup>84</sup>. Estos hallazgos deben de ser interpretados también en relación con el clima de violencia que está cursando nuestro país. En un artículo publicado en una revista colombiana, tres autores mexicanos sugieren que la violencia social actual en México ha sido resultado de la descomposición social y de falta de cultura de legalidad, y proponen que las estrategias sociales para disminuir la violencia pueden promoverse a través de los medios periodísticos, fomentando el conocimiento y respeto de la ley, acción conjunta de diferentes actores políticos y sociales, condenar la impunidad, presunción de inocencia, condena de la delincuencia y la corrupción, modificación de leyes y apoyo a las víctimas<sup>85</sup>. Ésta última es probablemente la que más relacionada con la Salud Mental. Desafortunadamente existen pocos programas públicos de apoyo psicológico a víctimas de la violencia en México, o incluso no hay programas específicos de capacitación para éste problema.

Un aspecto a considerar de la presencia de un estado de tensión y afluyente a la violencia en Mexicali es la presencia importante de población de ascendencia china que radica en la ciudad y que se les ha denominado el término social de *chinescos*, los cuales tienen sus propias costumbres



arraigadas y en un momento dado existen problemas de identidad cuando se tiene la expectativa de que abandonen sus propias ideologías por coexistir con la cultura mexicana<sup>86</sup>.

En general la población usuaria del IPEBC mostró adecuados indicadores de satisfacción respecto de los tiempos de espera, que se reportaron como muy breves (Media de 12 minutos). Lo anterior puede explicarse debido a que la semana tipo basal fue también escasa (n=93) y a que los tiempos de consulta fueron también breves (media de 30 minutos). Es importante mencionar que el tiempo de espera breve es un indicador valioso en cualquier servicio de urgencias, pero puede ser equivocado el sacrificar otros indicadores de calidad con el objetivo de garantizar un tiempo de espera satisfactorio para todos los usuarios. Una consulta de urgencias psiquiátricas de treinta minutos promedio puede generar sensación de trato despersonalizado en el usuario, y posiblemente no sea tiempo suficiente para recabar información completa en los casos de mayor complejidad. Un estudio canadiense de tiempos de espera en servicios de urgencias determinó que los pacientes con trastornos mentales suelen tener puntuaciones de Triage más graves y que sus tiempos promedio de consulta son mayores cuando son comparados con población sin enfermedad mental; el promedio de tiempo de atención fue de 82 minutos para pacientes con trastorno mental contra un promedio de 75 minutos para usuarios sin trastorno mental, aún en períodos de *overcrowding* del servicio de emergencias<sup>87</sup>. Si se tomara con estándar de calidad, encontraríamos que los tiempos de atención encontrados en el IPEBC son casi la tercera parte de lo recomendado. Lo anterior explicaría que aunque los tiempos de espera son

breves, una atención que derive en un diagnóstico e información suficientes podría impactar en la información o en la percepción del trato aún cuando los tiempos de espera sean breves.

Los cambios en los indicadores de calidad (tiempos de espera) en el IPEBC tras la aplicación del Triage Psiquiátrico revelaron un aumento en el tiempo de espera promedio de diez minutos y una disminución en el tiempo de consulta promedio de cuatro minutos, con un aumento en el LOS final de diez minutos. Aunque éstos resultados fueron contrarios a lo que se esperaba de la implementación del Triage Psiquiátrico, hay varios aspectos a considerar. En primer lugar, el tamaño de muestra fue mayor en la semana típica de aplicación de Triage Psiquiátrico (n=111). En segundo lugar, es importante considerar el *overcrowding* del servicio de urgencias, es decir la demanda excesiva en períodos cortos de tiempo. La presencia de *overcrowding* sin compensación de personal médico o paramédico puede tener impacto en los indicadores de calidad en un servicio de urgencias, aún con presencia de Triage. Otros aspectos que pueden incrementar el LOS en el servicio de urgencias es la edad, género (mayor LOS en género masculino) y presencia de varias comorbilidades<sup>88</sup>. A pesar de lo anterior, la distribución de los tiempos de espera fue en “gráfica de marimba”, es decir, la mayoría de las consultas se atendieron dentro de los primeros quince minutos, y las urgencias psiquiátricas más graves se atendieron todas durante los primeros quince minutos. Lo anterior confirma que la implementación del Triage psiquiátrico en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, si bien no mejoró los promedios globales de tiempos de espera, sí mejoró la distribución de los tiempos de

espera priorizando las consultas más graves por encima de las menos graves, las cuales representaron la mayoría de las consultas brindadas en el IPEBC.

Al detectar que la implementación del Triage Psiquiátrico en el IPEBC no generó diferencias significativas en el envío ni en el abandono del servicio, se interpreta de tal forma que el Triage Psiquiátrico no afectó en el funcionamiento habitual del servicio de urgencias. Aun así es importante considerar que los usuarios que abandonan en servicio sin ser vistos pueden representar un riesgo potencial, ya que uno de cada veinte usuarios que abandonan el servicio pueden ameritar hospitalización, y los pacientes psiquiátricos pueden representar mayor riesgo al abandonar el servicio de urgencias sin haber sido vistos<sup>89</sup>.

Llama la atención que fue significativa la proporción de pacientes con apego a consulta externa que aumentó en la muestra de implementación del Triage Psiquiátrico. Lo anterior se puede interpretar de acuerdo a la mayor proporción de usuarios con riesgo nulo (Urgencias Psiquiátricas “Blancas”) los cuales tuvieron que esperar más tiempo para recibir una atención que podía diferirse ante la falta de riesgo de dicha condición. Otro aspecto que pudo influir es que durante el Triage existe la oportunidad de psico-educar rápidamente a los usuarios sin urgencias graves, lo cual puede aumentar la cultura de la adherencia terapéutica y el evitar frecuentar los servicios de urgencias. Se ha visto que la psico-educación orientada a ciertos padecimientos puede aumentar la adherencia a servicios ambulatorios y al mismo tiempo reduce tiempos de espera<sup>90</sup>.

El hecho de que la conducta agresiva en el IPEBC haya disminuido durante la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico, se atribuye a que el Triage Psiquiátrico tiene inherentemente una función de detección oportuna (preventiva) más que una función de intervención ante la conducta agresiva. Un aspecto fundamental en la urgencia psiquiátrica verdadera es la posibilidad de intervenir rápidamente y sin demora. Se ha visto que la implementación de ciertos programas en unidades de cuidados intensivos psiquiátricos puede reducir la conducta violenta en forma consistente a lo largo del tiempo<sup>91</sup>. El Triage Psiquiátrico pudo actuar como un mecanismo regulador y organizador del servicio de urgencias del IPEBC, en el que al ofrecer mayor orden y organización, pudo haber generado un ambiente de mayor confianza en el paciente y en el médico, ocasionando menor índice de agitación y agresividad en el servicio. Existen reportes que la imposición de programas regulatorios en la sociedad en materia de prevención de adicciones tienen impacto favorable en la generación de lesiones o conductas violentas dentro de la sociedad<sup>92</sup>.

La adherencia decreciente a los servicios ambulatorios durante la fase de seguimiento es un fenómeno común en los servicios de consulta externa, especialmente si no hay programas de seguimiento. La falta de adherencia a consulta externa frecuentemente está motivada por dos factores: a) Citas demasiado espaciadas que no permiten la resolución oportuna de la condición, b) La sensación de mejora que tienen los usuarios tras iniciar un tratamiento farmacológico. De ésta forma, el seguimiento por parte de psicoterapia o algún programa psicoeducativo se vuelve una estrategia valiosa para conservar la

adherencia a servicios ambulatorios. En la muestra del IPEBC, la adherencia a consulta externa fue altamente significativa con la asistencia a sesiones de psicoterapia. Existe evidencia que la psico-educación y la psicoterapia mantenida y sistematizada aumenta no sólo la adherencia a servicios ambulatorios, sino también disminuye las recaídas y las hospitalizaciones secundarias a Trastorno Bipolar<sup>93</sup>.

Un hallazgo encontrado en la fase de seguimiento fue que las hospitalizaciones y las medias de los días de hospitalización disminuyeron considerablemente en la muestra en la que se aplicó el Triage Psiquiátrico. Esto puede explicarse debido a que sin Triage Psiquiátrico, los médicos de urgencias pueden trabajar contra reloj y bajo presión, en las que en poco tiempo deben de resolver la demanda corriente del servicio y tomar decisiones críticas en poco tiempo. En un tiempo promedio de consulta de 30 minutos, los pacientes especialmente graves pudieron no haber sido completamente valorados, y la respuesta a ésta situación pudo haber sido hospitalizar a todos aquellos pacientes “dudosos”. Sin embargo, al tener por anticipado cuáles pacientes son más graves que aquellos que no lo son en la fase de aplicación del Triage psiquiátrico, el médico pudo haber evaluado las condiciones con más confianza y poner más atención a las condiciones previamente evaluadas como más graves o más críticas. Existe evidencia de que la aplicación de escalas de Triage como la Crisis Triage Rating Scale puede determinar la decisión de admitir o referir a un paciente en un servicio de urgencias de salud mental<sup>94</sup>.

## II RESULTADOS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TIJUANA A.C.

Al encontrar los resultados del HSMT nos encontramos importantes diferencias con el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, aún tratándose de Instituciones que pertenecen al mismo estado. La primera es que el HSMT es una Institución privada que funciona como pública debido a que subroga sus servicios. La segunda es que el HSMT es un hospital “joven” con apenas 7 años de funcionamiento a la entrega del presente documento de Tesis. Lo anterior puede cambiar los resultados debido a la población y al tipo de hospital que brinda la respectiva atención. Se ha visto que los servicios públicos y privados de salud mental han disminuido su número de camas en distintos estados de la Unión Americana, en la que un factor determinante para el funcionamiento de las instituciones privadas es el financiamiento institucional y el pago de aseguradoras a padecimientos de la salud mental<sup>95</sup>. En éste aspecto, es evidente el apoyo a la infraestructura del sector público y privado al HSMT, contrastando con la dificultad en materia de recursos humanos, por lo que para el caso específico del servicio de urgencias, sólo había un médico en el servicio y en ocasiones tenía que cubrir una jornada de doce horas diarias.

Llama la atención que dentro de los indicadores de actividad, siguen siendo los trastornos afectivos los motivos de consulta de urgencia más frecuentes, seguidos de una importante frecuencia (n=15) de Trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se ha visto que programas regionales para el tratamiento de la esquizofrenia en México han tenido buenos resultados en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida<sup>96</sup>. El HSMT tiene activos

varios programas de psico-educación, rehabilitación y apoyo a familiares con esquizofrenia, así como apoyo por parte del seguro popular para éste padecimiento; lo anterior podría explicar el aumento en la frecuencia del diagnóstico de esquizofrenia en la fase basal del estudio.

La proporción de usuarios que fueron hospitalizados en el HSMT durante la semana tipo basal, no sólo habla de la capacidad del hospital para ofrecer mayor internamiento, también habla que casi el cincuenta por ciento de los usuarios que se hospitalizan tienen un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia. Nuevamente nos encontramos con éste aumento en la frecuencia de esquizofrenia en población hospitalizada en el HSMT. Aunque la presencia de ansiedad es el motivo frecuente de atención en servicios de urgencias psiquiátricas, la utilización del box (Equivalente al área de observación en servicios de urgencias mexicanos) es más relacionada a trastornos psicóticos de mayor gravedad<sup>97</sup>. Lo anterior podría explicar que ante mayor capacidad de internamiento (Camas censables) y mayor prevalencia de trastornos psicóticos, entonces habrá una mayor proporción de usuarios hospitalizados.

Respecto de los indicadores de calidad de proceso, llama la atención el contraste entre una adecuada infraestructura física del HSMT y los tiempos de espera francamente largos para recibir consulta de urgencias. Detectamos que los tiempos de espera son muy largos (Mediana de tiempo de espera 55 minutos), y que tan sólo el 20.73% de la muestra fue atendido dentro de los primeros 15 minutos de llegada al servicio de urgencias. La mayor proporción

de usuarios esperan en un intervalo de 60 a 120 minutos. Sin embargo, la mediana del tiempo de consulta fue de 29 minutos, y la mediana del LOS fue de 105 minutos. Lo anterior demuestra que la mayor proporción de la estancia en el servicio de urgencias es para esperar la consulta, lo cual no es a favor del usuario ya que no se está aportando suficiente tiempo para dar información adecuada, así como la valoración puede no ser suficiente para que el médico emita un diagnóstico y una referencia adecuada. El hecho de que un solo médico vea toda la consulta de urgencias y además tenga en ocasiones que cubrir una jornada de doce horas diarias, pone en alto riesgo de desarrollar síndrome de desgaste (*“burnout”*) en el personal de urgencias. Aunque se han descrito estrategia para combatir el *burnout* en personal de servicios de urgencias como la práctica del mindfulness en personal de enfermería<sup>98</sup>, es necesario aumentar el número de personal médico y paramédico en el personal de urgencias con el objetivo de mejorar no sólo la oferta asistencial sino también la calidad de la misma.

El hecho que se haya encontrado asociación con tiempo de espera y conducta agresiva habla de que generalmente, en ausencia de Triage en un servicio de urgencias, el criterio más utilizado para priorizar las consultas es la presencia de agitación y agresividad. Sin embargo, si hay un solo médico en el servicio de urgencias puede que toda la atención se vea bloqueada al presentarse un caso de agitación, ya que se deja de ofrecer atención al resto de los usuarios con el objetivo de tratar la condición de agitación. Si llegase a suceder que dos condiciones de agitación se presentan simultáneamente, la desorganización y complicación del servicio serían mucho mayores.



Aunque no se encontró en la bibliografía internacional un índice sugerido de médicos en urgencias por cantidad de pacientes atendidos, es importante analizar los resultados de actividad, calidad y satisfacción para estimar si la oferta asistencial es suficiente. En nuestro estudio se observa que los indicadores de satisfacción son sólo el 70% de la muestra encuestada, aunque la percepción de claridad de la información mejoró. Es muy contrastante con el 83% de usuarios muy satisfechos con la percepción del trato. Lo anterior denota que aunque la percepción del trato sea adecuada, no es posible descuidar otros indicadores fundamentales de calidad y satisfacción.

Lo primero que salta la atención al revisar los indicadores de calidad en la muestra en la que se aplicó el Triage Psiquiátrico en el HSMT, fueron la disminución de medianas de tiempos de espera y el ligero aumento en los tiempos de consulta. La disminución en los tiempos de espera mejoran por consiguiente los indicadores de calidad y ello a su vez tendrá impacto potencial en los indicadores de satisfacción. Sin embargo, la distribución de las consultas de urgencias no mostró la gráfica “en marimba” que se esperaría encontrar posterior a la aplicación del Triage Psiquiátrico. La principal limitante es la única presencia de un médico en el servicio, con el compromiso de atender a toda la población usuaria corriente. Sin embargo si tomamos en cuenta la distribución de tiempos de espera antes de la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico encontramos datos de mejora importante en la distribución de tiempos de espera en el servicio de urgencias del HSMT.

Se observa que los indicadores de actividad relativos a la referencia mostraron menos hospitalizaciones en la muestra de implementación del Triage psiquiátrico. Nuevamente se observa el fenómeno de disminución de hospitalización en la muestra de implementación del Triage psiquiátrico. La interpretación de ello podría radicar en que la implementación del Triage psiquiátrico genera una mayor confianza en el médico de que los pacientes “pre-evaluados” denotan cierto conocimiento sobre su estado actual de salud. Ello podría disminuir la defensividad y optar por el tratamiento ambulatorio, en tanto que el exceso de trabajo podría obligar al médico de urgencias a sobre-hospitalizar a los usuarios con tal de evitar una decisión errónea. Otro fenómeno que podría estar favoreciendo la implementación del Triage psiquiátrico es que los usuarios pueden ser mayormente psicoeducados durante los períodos de espera. Se ha visto que la implementación de programas comunitarios pueden disminuir considerablemente las visitas a los servicios de urgencias así como las re-hospitalizaciones, en un estudio cuasi experimental y de seguimiento a seis meses<sup>99</sup>.

Los cambios en los indicadores de calidad también se reflejaron en los cambios en los indicadores de satisfacción. Mientras que los indicadores de insatisfacción permanecieron iguales en los usuarios del HSMT, fue muy notorio el cambio en la muestra de implementación y aplicación del Triage psiquiátrico. Ya ha sido previamente descrito que la satisfacción del usuario puede tener efectos positivos también en el personal médico y paramédico de todos los servicios<sup>100</sup>.

Al comparar la muestra basal con la muestra de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el Hospital de Salud Mental de Tijuana, se detectó que hubo diferencias significativas de la proporción de usuarios de primera vez durante la muestra del Triage Psiquiátrico. Lo anterior pudo deberse a disminución de usuarios subsecuentes que habitualmente frecuentaban el servicio de urgencias. Así mismo, la muestra de implementación del Triage Psiquiátrico fue menor (n=60) en comparación con la basal.

Se observa en las gráficas de indicadores de satisfacción (tiempo de espera, calidad de información y trato percibido) que los puntajes de satisfacción fueron mayores en los rubros de satisfacción (Muy satisfecho y satisfecho) en comparación con los rubros de insatisfacción (regular, insatisfecho o muy insatisfecho).

Durante la fase de seguimiento, se observó una menor asistencia a consulta de urgencias así como una menor adherencia a citas en Consulta Externa en la muestra de aplicación del Triage Psiquiátrico. Esto pudo haber sido influido por la mayor proporción de usuarios de primera vez que acudieron durante la semana tipo de aplicación del Triage Psiquiátrico. Se tienen reportes de que la primera visita a un servicio de urgencias puede ser crítica para el tratamiento y seguimiento de las condiciones que lo visitan, especialmente por la preparación y el trato brindado por el especialista que recibe y trata en esa primera ocasión, y otros factores determinantes son la presencia de políticas relacionadas con la atención en el servicio, uno o dos pases de visita por turno

en el servicio de urgencias, y considerar aspectos de liderazgo en urgencias<sup>101</sup>. Es por ello que se interpreta que en una muestra con menos sujetos y mayor proporción de primera vez, en un servicio que aunque se ha implementado el Triage Psiquiátrico, sólo existe un médico que brinda la atención, encontraremos disminución global en los tiempos de espera pero sin ser posible la distribución organizada según los tipos de urgencias, y además encontraremos menor adherencia en la muestra que tuvo mayor proporción de usuarios de primera vez.

Los resultados encontrados en el Hospital de Salud Mental de Tijuana contrastan importantemente con los Resultados en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, en el que podemos observar las ventajas y áreas de oportunidad de dos instituciones bajacalifornianas, una pública y otra privada, en la que una tiene amplia infraestructura pero carece de personal suficiente, y la segunda es exactamente el complementario. También se observan datos de compensación de las limitaciones en infraestructura o de personal, como es el caso de brindar consultas extremadamente rápidas con el objetivo de preservar los indicadores de calidad, con la consecuencia de afectar indicadores de actividad (como regreso al servicio en menos de 72 horas o abandono del servicio), de satisfacción (afectando en la percepción de información y de trato) y de continuidad (aumentando las visitas al servicio de urgencias y aumentando la probabilidad de re-hospitalizaciones). Por éste motivo es importante mencionar que la implementación del Triage Psiquiátrico es sólo una de muchas estrategias necesarias para la mejora continua en los servicios de urgencias estudiados. De cualquier manera los resultados son alentadores y

hasta lo que se ha encontrado habla de ventajas de la implementación del instrumento.

### **III RESULTADOS EN EL CENTRO DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL DE XALAPA, VERACRUZ**

Uno de los aspectos a tomar en cuenta respecto del servicio de urgencias del Centro de Rehabilitación en Salud Mental (CRSM) en Xalapa, Veracruz, es que el hospital carece de sistema electrónico hospitalario para el registro y organización de los usuarios, por lo que el registro y seguimiento de usuarios de ambas muestras fue más tardado y laborioso al ser manual y de alguna forma, artesanal. La otra condición importante es que la afluencia de usuarios fue mucho menor que en las otras dos instituciones bajacalifornianas, motivo por el cual tuvo que reclutarse una doble semana tipo para la fase basal, y una doble semana tipo para la fase de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico.

Se detectó que el 10.52% de la muestra se hospitalizó, mientras que un porcentaje igual se envió a otras instituciones. Es importante mencionar que la Ciudad de Xalapa es Capital del Estado de Veracruz, y que la disponibilidad de centros de salud y hospitalarios es mayor que si la comparamos con la movilidad de una ciudad fronteriza como Mexicali o Tijuana, por ejemplo, el municipio de Xalapa tenía en 2013 19 centros de salud<sup>102</sup>, comparado con siete centros de salud en Mexicali y tres centros de salud en Tijuana (Según Registro de Google Maps®, 2015). Además, en las ciudades fronterizas la disponibilidad

de centros de referencia es limitada, y la situación de migrantes complica aún más la situación, por lo que las posibilidades de referir a otra unidad son muy limitadas, obligando a hospitalizar a los pacientes que pudiesen no ameritarlo, y a enviar a consulta externa a pacientes que pudiesen tener un estado delicado.

En el caso particular del CRSM, la posibilidad de referir a otras unidades es mayor, debido a que el CRSM está contiguo a un hospital de alta especialidad en oncología, regulado por la Secretaría de Salud de Veracruz. El CRSM también está contiguo a las oficinas administrativas de la Secretaría de Salud de Veracruz, condición que hace más cercanas las posibilidades de referencia y en un momento dado de quejas por parte de los usuarios, lo que obliga a las instituciones a garantizar en la medida de lo posible las demandas en cuestión de calidad y satisfacción.

Un aspecto interesante encontrado en la población usuaria de Xalapa es que la frecuencia de consumo de alcohol a lo largo de la vida supera por mucho las frecuencias encontradas en las instituciones bajacalifornianas (En Xalapa se encontró prevalencia del 43.15% de usuarios que han consumido alcohol a lo largo de la vida. Lo anterior contrasta con la proporción de diagnósticos de dependencia al alcohol que representa tan sólo el 2.11% de todos los diagnósticos del CIE-10 en la muestra basal del estudio. Esto podría explicarse debido al consumo consuetudinario de alcohol mencionado en la encuesta nacional de adicciones es mucho mayor al consumo con criterios de dependencia de alcohol propiamente dichos. Los hallazgos reportados en éste estudio son congruentes con los resultados de la Encuesta Nacional de

Adicciones realizada más recientemente, en la que se hace énfasis que en la región sur el consumo de alcohol es el principal, en la que las tendencias de uso de alcohol supera el 70%<sup>103</sup>. Además de las costumbres regionales, se ha visto que un factor poderoso para predecir el consumo de alcohol en jóvenes es el acceso a medios de comunicación y particularmente películas en las que el contenido sea violencia, sexo y consumo de drogas, que muchas veces no está restringido a la vista de niños y adolescentes. Estos antecedentes de exposición mediática pueden ser críticos en la génesis de consumo de sustancias de abuso en jóvenes en países de América Latina, incluyendo México, debido a que las clasificaciones restrictivas para niños y jóvenes son más laxas que los criterios estadounidenses<sup>104</sup>.

Llama la atención que la frecuencia de conducta agresiva encontrada en la muestra basal fue mayor que la encontrada en instituciones bajacalifornianas. Un aspecto que podría influir en la mayor frecuencia de conducta agresiva en el CRSM son las oleadas de violencia que ha sufrido la república mexicana, siendo el Estado de Veracruz uno de los más afectados debido a su cercanía al estado de Tamaulipas que representa una de las rutas más disputadas por el crimen organizado, en tanto que en las ciudades bajacalifornianas estudiadas no hay propiamente un fenómeno sociocultural tan violento como el que se está viviendo en el centro y sur de la república mexicana.

Se ha descrito que la narco-guerra en México es un fenómeno fluctuante en el que el determinante para nuevas oleadas de violencia no es un solo

fenómeno cuya emergencia dependa de una zona geográfica determinada, sino la suma de diferentes eventos locales de duración corta que en conjunto van generando mayor emergencia y mayor propagación de eventos violentos relacionados con la narco-guerra<sup>105</sup>. Si ésta observación es aplicada y extrapolada a la población veracruzana durante el 2013 que se realizó el presente estudio, puede explicarse la generación un ambiente de tensión y alarma ciudadana, en la que los primeros indicadores clínicos poblacionales presentados serían por un lado, el incremento de trastornos mentales relacionados directa o indirectamente con las reacciones graves al estrés, siendo los primeros y más evidentes síntomas de ello el incremento de conductas irritables, hostiles o francamente agresivas, como lo encontrado en ésta muestra.

Las maniobras especiales (Observación, Sujeción, Intervención en Crisis y Ministración de Medicamentos) son estrategias que se llevan a cabo en servicios de urgencias aplicados a pacientes psiquiátricos, y se proponen como nuevos indicadores de actividad de servicios de urgencias psiquiátricas que reflejan la frecuencia de eventos agudos críticos distintos a las entrevistas formales en el servicio de urgencias, y pueden reflejar por un lado la proporción de usuarios que requieren maniobras complejas y por lo tanto, la frecuencia de eventos de agitación y agresividad que, independientemente del motivo que lo genere, representan un evento indeseable que puede representar en forma potencial un estándar de calidad en servicio de urgencias psiquiátricas. Los estudios encontrados en el CRSM revelaron que alrededor de 15% de los usuarios utilizaron el servicio de observación y menos de la mitad de ellos



(6.32%) requirieron sujeción gentil, una estrategia controvertida pero en ocasiones necesaria ante un posible peligro de terceros. Se observó que 13.68% de los usuarios recibieron intervención en crisis y otro 13.68% recibieron medicamentos en urgencias.

Los indicadores de calidad de proceso basales revelaron un promedio de tiempo de espera mayor a la hora (63.41 minutos), con una duración de consulta promedio de 40.37 minutos. Éstos indicadores son especialmente críticos si se trata de un servicio de urgencias con un solo médico como es el caso del CRSM, por lo que se sugiere mejorar los tiempos de espera tomando en cuenta que el programa SUMAR sugiere que las urgencias calificadas no deben de tener un período de demora mayor a los 15 minutos una vez que el usuario arriba al servicio de urgencias.

Un indicador de actividad que mejoró durante la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en el CRSM fue la disminución de porcentaje de usuarios que regresaron al servicio durante 72 horas después de su última valoración. Aunque la diferencia no fue significativa ( $p=0.349$ ), la disminución de usuarios que frecuentaron el servicio dentro de las primeras 72 horas de su primera valoración habla de una “psico-educación automática” de los usuarios frequentadores, ya que se trata de un indicador específico de población usuaria frequentadora y por lo tanto, sin urgencia calificada.

Los indicadores de actividad posterior a la implementación y aplicación del Triage psiquiátrico en el CRSM mostraron un aumento en el

envío a servicios ambulatorios y una disminución de referencias a otras instituciones. Aunque no se encontraron diferencias significativas respecto de la muestra basal, se encontró al igual que en las instituciones bajacalifornianas un aumento en los envíos a servicios ambulatorios. El aumento de envíos a servicios ambulatorios es un indicador indirecto de que los usuarios del servicio de urgencias están presentando menor frecuencia de estados complicados que requieran envío propio de condiciones urgentes no estables tal como referencia a otras instituciones u hospitalización psiquiátrica.

Los primeros resultados de los indicadores de calidad de proceso es que los tiempos de espera disminuyeron significativamente respecto de la muestra basal. La organización de los tiempos en urgencias permitió obtener en el CRSM la “gráfica en marimba” de los tiempos de espera en urgencias, en donde el 100% de las urgencias de alto riesgo (Urgencias Psiquiátricas de Color Rojo) fueron atendidas dentro de los primeros 15 minutos. Sin embargo, se observó que una proporción importante de Urgencias Amarillas (Urgencias Psiquiátricas de Riesgo Medio) tardaron en recibir la atención médica requerida en más de 16 minutos y hasta 120 minutos. Es evidente que éste problema en la calidad de atención se va a presentar si sólo existe un solo médico en el servicio, ya que aunque se haya implementado el procedimiento de categorización oportuna de las urgencias psiquiátricas, el Triage Psiquiátrico no tiene contempladas las estrategias necesarios en caso de *overcrowding*, es decir de la existencia de demanda simultánea de atención por varios usuarios en cortas unidades de tiempo que conlleva a la sobresaturación del servicio en cuestión de infraestructura y de personal. Los resultados encontrados en el

Hospital de Salud Mental de Tijuana y en el CRSM, en los que sólo hay un solo médico en el servicio de urgencias por turno, nos invita a reflexionar que la atención en urgencias debe de ofrecerse por parte de múltiple personal que pueda cubrir la excesiva demanda del *overcrowding* en el servicio. Algunas estrategias propuestas para combatir la sobresaturación de los servicios de urgencias son la predicción de nuevas visitas al servicio de urgencias mediante modelos matemáticos<sup>106</sup>, presencia de enfermeras en sala de espera, equipos de evaluación rápida, estrategias de mejora de los recursos existentes<sup>107</sup>, diversificar las ambulancias tomando en cuenta los servicios de urgencias más saturados para derivar a los pacientes a los servicios con menos saturación<sup>108</sup>, determinar los puntos críticos de los niveles de ocupación de las camas hospitalarias y evitar lo más posible el bloqueo de acceso al servicio de urgencias<sup>109</sup>. Un estudio que profundizó la estrategia de Simulación Discreta de Eventos (*Discrete Event Simulation*) detectó que otros problemas que pueden favorecer la sobresaturación de servicios de urgencias son: médicos insuficientes en las horas pico, lentitud en los procesos de admisión hospitalaria de pacientes y exceso de tiempo en los servicios de laboratorio y gabinete<sup>110</sup>.

Los estudios actuales rechazan como estrategia la no valoración de las condiciones no urgentes que demandan atención en los servicios de urgencias justificando la intención de afrontar el *overcrowding* del servicio, ya que es una estrategia no segura, ya que hay estudios que han detectado que el 7.3% de los usuarios calificados como no urgentes requieren hospitalización tras una evaluación correcta en el servicio de urgencias<sup>111</sup>. Además, las

condiciones no urgentes en un servicio de urgencias no dejan de tener necesidades especiales que el servicio de urgencias debe resolver, por lo que debe garantizarse su acceso al servicio y la continuidad de tratamiento<sup>112</sup>.

Al comparar las maniobras especiales en las muestras basales y de implementación y aplicación del Triage psiquiátrico, se detectó aumento no significativo en maniobras como observación y sujeción gentil, disminución no significativa de ministración de medicamentos, y aumento altamente significativo de intervención en crisis. Los cambios en estos indicadores hablan de mayor uso del servicio de observación y de la restricción como estrategias temporales de estabilización de condiciones de riesgo de agitación y agitación activa respectivamente, en lo que son oportunamente atendidas o estabilizadas. Lo anterior permite que el único médico adscrito al servicio de urgencias en el CRSM continúe valorando condiciones no urgentes en forma de entrevista en lo que los usuarios con condiciones vulnerables y con riesgo de agitación puedan ser atendidos oportunamente. Lo anterior permite una organización adecuada del servicio y del tiempo de atención en la que los usuarios más graves reciben atención oportuna y su estancia en el servicio de observación con la ministración oportuna de medicamentos constituye en sí misma una intervención cuyo objetivo es estabilizar al usuario crítico, en ocasiones combinada con las maniobras restrictivas (sujeción gentil). El aumento en la intervención en crisis en el CRSM se debe a que una de las estrategias que brillantemente ha implementado el Dr. Alejandro Escalante Varela, Director General en turno del CRSM durante la realización de éste proyecto, es la presencia permanente de personal de psicología que

emergentemente puede ser requerida para la realización de intervención en crisis en caso de ser necesaria en el servicio de urgencias, en consulta externa u hospitalización. La intervención en crisis consiste en estrategias verbales específicas dirigidas a estabilizar un episodio de inestabilidad emocional controlable con maniobras de verbalización en sujetos con recursos emocionales y cognitivos suficientes. Se recomiendan por encima de las maniobras de restricción o aislamiento, todas las estrategias de intervención verbal como la de-escalada agresiva y el entrenamiento del staff para lograrlo<sup>113</sup>.

Debido a que las maniobras especiales como la sujeción (restricción) y la intervención en crisis se consideraron indicadores de impacto directo por parte del Triage Psiquiátrico, los resultados nos permiten interpretar que el Triage Psiquiátrico pudo tener un efecto directo en detectar los usuarios vulnerables al aumentar la proporción de usuarios que utilizaron el servicio de observación, lo cual les privilegió una primera intervención inmediata. Lo cual permitió una mejor organización en el servicio de urgencias del CRSM que permitiera una atención mejor distribuida en la que simultáneamente eran oportunamente atendidos tanto los usuarios que ameritaran intervención no verbal (servicio de observación o maniobras de restricción) como los usuarios que no ameritaron intervención no verbal (entrevista formal o en su caso intervención en crisis).

Unos de los aspectos más representativos de la muestra del CRSM fue que los indicadores de satisfacción no sólo no mostraron diferencias

significativas, sino que permanecieron prácticamente igual en la fase basal y en la fase de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico. Esto puede interpretarse a favor de la Implementación del Triage Psiquiátrico (El Triage Psiquiátrico no generó percepción negativa en los usuarios del CRSM) o en desfavor de la Implementación del Triage Psiquiátrico (El Triage Psiquiátrico no mejoró la percepción de satisfacción de los usuarios del servicio). Lo anterior podría explicar los escasos o nulos cambios en los indicadores de satisfacción en población usuaria del CRSM. Este hallazgo, que fue presentado en los Coloquios de Investigación y en el Simposio del 16 de Septiembre de 2014 denominado “*Emergency Psychiatry in Mexico: Taking a Social and Clinical Challenge*” en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría realizado en Madrid<sup>114</sup>, puede encontrar otra explicación fuera de la personalidad social veracruzana, ya que explicación del fenómeno de falta de respuesta positiva o negativa ante un cambio que debiera ser positivo, consideramos interpretarla de una manera más enfocada en la situación psicosocial actual que se vive en el estado de Veracruz. Otras condiciones que predicen satisfacción de usuarios de servicios de salud son la confianza en el médico, el resultado del tratamiento y la protección de la privacidad<sup>115</sup>. Esta falta de respuesta podría explicarse mediante un fenómeno común que va acompañado de despersonalización y apatía, conocido como el síndrome de *burnout*, que corresponde a la triada de exhaustividad emocional, bajo rendimiento laboral y despersonalización, el cual clásicamente se ha descrito en personal de salud. El *burnout* puede presentarse también en pacientes con problemas de salud mental, principalmente depresión<sup>116</sup>. Si nuevamente tomamos en cuenta el posible estado de estrés de la población veracruzana relacionada a la actual guerra

contra el crimen organizado, podríamos encontrar la explicación por la que se encuentra apatía ante los indicadores de satisfacción.

Respecto a los indicadores de continuidad, se observó una disminución no significativa de hospitalizaciones y de días de hospitalización en la muestra que se aplicó el Triage Psiquiátrico. Nuevamente surge la interpretación de que el Médico de Urgencias al conocer con oportunidad el estado de riesgo de cada paciente al momento de llegada al servicio, se permite poner más atención a las condiciones graves, disminuyendo la defensividad y aumentando el trato oportuno a los usuarios más vulnerables. Lo anterior permite que un número mayor de usuarios sean enviados a los servicios ambulatorios y disminuyan los porcentajes de referencias y hospitalizaciones.

Se observó que la muestra basal tuvo significativamente mayor proporción de citas programadas a los seis meses de seguimiento. Está demostrado que los usuarios que tienen un seguimiento temprano desde los primeros siete días de su egreso psiquiátrico hospitalario tienen mayores posibilidades de tener adecuada adherencia a servicios ambulatorios y menor índice de recaídas<sup>117</sup>. La implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico no tuvo mayor intervención sobre el seguimiento de los usuarios con el objetivo de mejorar su adherencia a los servicios ambulatorios a lo largo del tiempo, por lo que pareciera haber un efecto favorable los primeros meses en la muestra de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico, para que aproximadamente a los tres meses la adherencia se invierta y termine siendo inclusive menor en la muestra de implementación y aplicación del Triage

Psiquiátrico. Es importante mencionar que una variable fuertemente asociada a la adherencia a citas en consulta externa y por lo tanto a mantener la asistencia a servicios ambulatorios es la coexistencia de psicoterapia conjuntamente al tratamiento del trastorno mental, por lo que éste hallazgo puede fundamentar la implementación de programas de psico-educación y seguimiento continuo para mejorar la adherencia a tratamientos ambulatorios.

#### **IV RESULTADOS EN LA MUESTRA INTEGRAL**

El primer dato que llama la atención al integrar las tres muestras, es que hubo una menor muestra de la población de Tijuana ( $n=142$ ) en comparación con Mexicali y Xalapa (para ambas  $n=204$ ). A pesar del menor tamaño de muestra de la población de Tijuana, es importante recordar que la institución con menos afluencia de usuarios en realidad fue Xalapa, ya que los resultados mostrados son los de la suma de dos semanas típicas basales y dos semanas típicas de implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico.

La edad promedio de la muestra integral habla de una población predominantemente adulta, aunque la desviación estándar abarca edades de adulto joven hasta adulto mayor. Las tres instituciones son para población adulta, y no se tiene conocimiento de atención en urgencias para niños o adolescentes. Las instituciones de salud médica y mental deben de cubrir todas las necesidades de la población y ello incluye también protocolos de atención para niños y adolescentes con trastornos mentales en estado crítico. Esto es



especialmente importante para los adolescentes que se han vuelto el primer grupo de edad afectado por el suicidio, y representan más del 30% de los usuarios que pueden ocupar más tiempo de lo habitual en los servicios de urgencias secundario a la poca disponibilidad de camas hospitalarias<sup>118</sup>.

La tabla comparativa de las condiciones sociodemográficas de las tres instituciones lanzó valores de chi cuadrado y p de Pearson altamente significativos, lo cual refuerza la gran diversidad sociodemográfica y sociocultural que se tiene en los diferentes sectores de la república mexicana e incluso dentro del mismo estado. Lo anterior aunque puede influir en algunos resultados, no demostraron ser covariables que podrían tener algún peso definitivo o no para determinar la asociación de la implementación de Triage psiquiátrico con cambios específicos en los indicadores de impacto.

La gran heterogeneidad de una institución a otra pudo influir en la distribución económica, la escolaridad y con ello la demanda de servicios de salud mental. Además debemos de tomar en cuenta si la oferta de servicios es pública, privada, o privada con servicios subrogados. Lo anterior no sólo existe en México, ya que hay investigaciones que han reportado los mismos indicadores en diferentes servicios de urgencias, los resultados pueden ser muy variables de una institución a otra<sup>119</sup>. Aunque estas diferencias siempre se encontrarán de un servicio a otro, de una institución a otra o de una región a otra, las recomendaciones internacionales apuntan a estrategias de coordinación y estandarización de procedimientos para mejorar la respuesta de los servicios y cuerpos de emergencias, especialmente tratándose de

respuesta posterior a un desastre<sup>120</sup>. La estandarización de la respuesta en emergencias es un fenómeno altamente complejo ya que dependen de condiciones altamente modificables como financiamiento, voluntad política y capital humano. El común denominador para las estrategias de mejora en la calidad de atención es la educación y entrenamiento en Psiquiatría y Salud Mental de los integrantes del staff de los servicios de urgencias, incluyendo al staff médico, de enfermería e incluso personal de ambulancias y padres de familia<sup>121-124</sup>.

Dos de los indicadores de calidad revelan que la mayoría de las urgencias valoradas en las tres instituciones pertenecen a las urgencias de riesgo nulo, también conocidas como urgencias subjetivas: En primer lugar, el 58.7% de las urgencias fueron color blanco y correspondiendo a la puntuación del Triage Psiquiátrico de 28. En segundo lugar, el 84.09% de los usuarios fue enviado a Consulta Externa, lo cual implica que la continuación de su atención debía ser por medio de una cita ambulatoria por parte de un especialista, condición que sólo puede ser llevada a cabo por los usuarios estables, no críticos.

Al analizar los indicadores de calidad globales (Promedio de todos los tiempos de espera en ambas muestras) se observa que el tiempo promedio de espera fue prácticamente 40 minutos, con una elevada Desviación Estandar de 46 minutos. Lo anterior nos habla que los tiempos promedio de espera en los servicios de urgencias de las tres instituciones psiquiátricas son elevados y que puede impactar en la percepción de calidad y satisfacción del usuario. Algunas

estrategias sugeridas para reducir los tiempos de espera y al mismo tiempo los costos en los servicios de urgencias es el tener diferentes proveedores (No precisamente médicos que brinden consulta) que tengan habilidades específicas y que trabajen ya sea individualmente o en equipos, interviniendo en forma temprana en los pacientes con cierto tipo de condición aguda<sup>125</sup>.

En el mismo sentido, el tiempo promedio de consulta gira alrededor de 30 minutos, con una Desviación Estándar Similar. Como un comparativo, Los tiempos promedio de atención clínica en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría circundan los 60 a 90 minutos de atención (Véase sección de antecedentes de ésta Tesis), aunque una proporción de ese tiempo es debida a que el residente de menor jerarquía comenta el caso con el personal médico residente de mayor jerarquía y adscrito. De ésta forma, se complementa un ejercicio de atención y un ejercicio académico, en el que un paciente es atendido bajo la mayor parte de estándares de calidad de atención y la decisión se toma en conjunto, favoreciendo también la academia y el aprendizaje de las urgencias psiquiátricas mediante la práctica clínica. Otras estrategias que permiten el aprendizaje en médicos residentes dentro de las urgencias psiquiátricas son la simulación de escenarios cénicos y la realización de un debriefing después de dicha intervención<sup>126</sup>.

Un aspecto importante en la variabilidad de muestras es que la diferencia porcentual por género fue mayor en Xalapa (Relación hombre mujer cercana a 1:2) en relación con las instituciones del noroeste del país, en la que

la relación hombre mujer se mantuvo cercana a 1:1. Lo anterior puede deberse a que en el sureste de la república es menos probable que el género masculino frecuente servicios de salud mental debido al papel social del género masculino de ocuparse de un determinado rol de proveedor económico, lo cual puede disminuir las posibilidades de frecuentar servicios de salud, especialmente aquellos relacionados con la salud mental.

Se observa que el índice de asistencia a Consulta Externa es francamente bajo en Mexicali, siendo levemente superado en Tijuana y llegando a casi 70% en Xalapa. Es importante tomar en cuenta que las ciudades fronterizas la tasa de migración es particularmente alta, lo cual puede reflejarse en menor asistencia a servicios de consulta externa, mientras que en otras ciudades rurales la posibilidad de los usuarios para regresar es mucho mayor. Otro aspecto que puede mermar la adherencia a servicios de salud pueden ser la movilidad y el clima; se sabe que el clima en Mexicali es especialmente elevado en verano respecto a las otras instituciones, lo cual podría traer como consecuencia el mayor abandono de las instituciones. Lo anterior deja en los servicios de urgencias un papel fundamental: Ofrecen atención médica que en otras circunstancias muchos usuarios no podrían tomar. Los servicios de urgencias pueden ser una gran oportunidad de detección, seguimiento y control de múltiples trastornos mentales, sin embargo la falta de programas de psico-educación, seguimiento y control de pacientes en urgencias hacen que las consultas sean un mero desahogo de la necesidad más específica y reciente, pudiendo ofrecer ingreso a programas de gran ventaja para los pacientes una vez que son detectados y diagnosticados en

urgencias. Es por ello que se debe de detectar al usuario “potencialmente fugitivo” y aprovechar su presencia en urgencias para no perder su seguimiento.

Contrario a lo que se pudiese suponer de que en las ciudades fronterizas existe mayor flujo económico debido a su cercanía con los Estados Unidos de América respecto de una ciudad del sureste del país, lo cual podría reflejarse en un mejor estado económico y de educación, la población de Xalapa mostró mayor proporción de usuarios con estudios profesionales que Tijuana y Mexicali. Lo anterior fortalece que las instituciones fronterizas suelen atender usuarios de gran movilidad, especialmente población migrante, lo cual podría reflejar menores niveles de educación e importantes problemas de adicciones y violencia<sup>127</sup>.

En cada institución, así como en la muestra integral, se reveló que la mayoría de las urgencias no son graves, representando las tres cuartas partes de la muestra. Sin embargo, la ausencia de severidad de una urgencia psiquiátrica de ninguna manera significa demeritar su atención, sino que podría ser un reflejo de la percepción que tienen los usuarios de los servicios de urgencias respecto de sus demandas de salud. Los programas de psicoeducación podrían mejorar la utilización de los servicios de urgencias de algunos usuarios, sin embargo es necesario implementar simultáneamente programas de mejora continua en servicios ambulatorios (consulta externa). Uno de los aspectos de la adherencia a servicios ambulatorios es la adecuada sensación de confidencialidad y la alianza terapéutica médico-paciente. En

muchas ocasiones estas cualidades se ven mermadas por los frecuentes cambios de médicos en la consulta externa, especialmente cuando se trata de la atención brindada por médicos residentes, o bien las citas son espaciadas por dos o tres meses. Lo anterior es reforzado por el hallazgo de nuestro estudio de que la asistencia a sesiones de psicoterapia mejora la adherencia a las citas en consulta externa.

La maniobra principal de éste estudio, la implementación del Triage Psiquiátrico mediante la capacitación del personal de cada institución, y su posterior aplicación y estandarización por parte del personal médico y paramédico institucional, dependió de una sólo actividad de capacitación: La impartición de un curso-taller de seis horas, cuyo profesor fue el investigador del presente proyecto. Una limitación de ésta maniobra consistió en que no se controló la evaluación de las habilidades adquiridas por los usuarios, ni se entregó material auxiliar (manual de procedimientos) para garantizar la adquisición de conocimientos y habilidades sobre la aplicación del Triage Psiquiátrico. Debido a que se trató de un Proyecto de Investigación sin financiamiento externo, los gastos de viáticos, alimentación y hospedaje a las tres instituciones corrieron a cuenta del investigador principal, por lo que no fue posible además tener personal a cargo que auxiliara en procesos de evaluación, consultoría y realización de un manual para integrar correctamente los conocimientos. La bibliografía internacional menciona pocos ejemplos de implementación y aplicación de herramientas, instrumentos o sistemas de Triage en instituciones públicas, sin embargo una publicación reciente reveló en un hospital general de Guatemala se implementó y aplicó todo un sistema

de Triage y Entrenamiento en Urgencias Pediátricas, con resultados prometedores<sup>128</sup>.

Probablemente el indicador de impacto directo más representativo de éste estudio fueron los cambios en los tiempos de espera, ya que los tiempos de espera fueron la variable directamente modificada por la maniobra implementada, que fue la aplicación del Triage Psiquiátrico. En efecto se mostró un cambio significativo favorable para la aplicación del Triage psiquiátrico, disminuyendo más de diez minutos los tiempos de espera en toda la muestra y favoreciendo a las urgencias más graves respecto de las menos graves. Lo anterior sostiene con datos significativos que el Triage Psiquiátrico mejora uno de los indicadores de calidad de proceso más significativos en un servicio de urgencias, que son los tiempos de espera. Aunque el resto de los tiempos también disminuyeron, el desglose por tipo de urgencia psiquiátrica demostró que la distribución del tiempo de consulta y LOS fue mayor para las urgencias más graves. Lo anterior se traduce en un mayor involucramiento de los recursos humanos del servicio hacia las condiciones más críticas, situación que probablemente no se veía tan reflejada antes de la aplicación del Triage psiquiátrico. Debido a que el Triage Psiquiátrico no manipuló en forma directa las intervenciones realizadas habitualmente en los servicios de urgencias en los que se aplicó, se observó un impacto muy pequeño o nulo en los indicadores de satisfacción, así como en la adherencia a los servicios ambulatorios.

Sin embargo, es importante prestar atención a unos indicadores de actividad, que es el envío a otras instituciones. Durante la aplicación del Triage Psiquiátrico se observó mayor derivación a servicios de consulta externa, menos hospitalizaciones y menos días de hospitalización. Analizando el efecto del Triage Psiquiátrico en los servicios de urgencias, nuestra interpretación es la siguiente: Independientemente de los procesos imperantes en el servicio, los médicos de urgencias se encuentran con gran carga de trabajo, especialmente en los momentos de sobresaturación del servicio, por lo que su atención tiene que ser pronta y expedita. Lo anterior está estrechamente con un concepto denominado *medicina defensiva*, que se define como la aplicación de tratamientos, realización de pruebas diagnósticas y procedimientos, más que con el fin de tratar adecuadamente al paciente, con el objetivo de proteger al médico de la crítica, además de contar con elementos documentales ante una demanda y evitar controversias. En un estudio mexicano, se encontró que hasta 72% de los especialistas practican la medicina defensiva, y las especialidades que más la suelen practicar son Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Medicina de Urgencias, Pediatría, Traumatología y Ortopedia<sup>129</sup>.

Ante la sobrecarga de trabajo por condiciones no clasificadas (sin triage), se entiende que “todos los que buscan atención en urgencias son siempre condiciones urgentes”; además el médico que brinda la atención en urgencias debe de ser rápido ante la siempre posible queja de un usuario ante las autoridades clínicas, ante gestión de Calidad o ante el Órgano Interno de Control, por lo que el médico de urgencias debe de resolver las situaciones lo



más rápido y lo más seguro para el paciente y para él como médico en ejercicio de sus labores; de ésta forma, disminuir los filtros para hospitalización puede aparentemente proteger al médico de una complicación del paciente que está valorando ante la mínima señal de riesgo o gravedad, así como evitar una eventual agitación o queja por parte del resto de usuarios que están esperando. Aunque éstas medidas aplazan o evitan temporalmente una consecuencia indeseable en la salud del paciente o en el expediente de recursos humanos del médico, a largo plazo no son sustentables ya que generan por un lado un fenómeno descrito en la literatura internacional como *overhospitalization*, el cual implica un incremento no justificado de las frecuencias de hospitalización influenciado por decisiones ajenas a la condición de salud del paciente. Existen muy pocos estudios que aborden el problema de *overhospitalization*. El estudio más reciente sobre éste fenómeno está publicado en 2006, establece que algunas de las causas por las que se opta por el tratamiento hospitalario en pacientes geriátricos cuidados por una enfermera en el hogar, en vez de continuar con el tratamiento ambulatorio son por ejemplo proporcionar mejor información al paciente; los pacientes y familiares se muestran menos demandantes; hay menos riesgo de algún evento de mala praxis que en el hogar y los resultados de los laboratorios son más rápidos de obtener<sup>130</sup>.

Una segunda consecuencia de la sobrecarga de trabajo del médico en urgencias es el síndrome de desgaste, conocido también como *burnout*. El *burnout* es una condición psicológica descrita como una triada de cansancio emocional, despersonalización y una sensación de realización disminuida, descrita por primera vez por Maslach y Jackson en 1981<sup>131</sup>. Está demostrado

que los ambientes estresantes y poco organizados de trabajo pueden incrementar los niveles de *burnout* en enfermeras psiquiátricas<sup>132</sup>. Otros aspectos que pueden predisponer al burnout en psiquiatras que rotan en servicios de urgencias son la percepción de cansancio frecuente y la supervisión subóptima por parte de médicos adscritos en servicios de urgencias durante la residencia<sup>133</sup>.

Si no existe una clasificación de triage y la demanda del servicio de urgencias está enfocada en el flujo de pacientes más que en la condición individual de cada uno, el médico de urgencias está también enfocado en terminar su trabajo en forma rápida y suficiente, considerando acabar lo antes posible para atender al siguiente usuario y así sucesivamente, por lo que dedicar más tiempo a un paciente crítico no sería funcional ya que se encuentran más pacientes esperando cuya condición se desconoce, y podría empeorar si de un momento a otro presentan agitación, agresividad o deciden presentar una queja justificada acerca de que no están siendo atendidos en un servicio de urgencias, que se supone es donde más rápido deberían atender; por ésta razón el médico de urgencias se ve forzado a dedicar menos tiempo a atender a los pacientes críticos y lo único que podría ofrecerles es hospitalizarlos o referirlos a la brevedad, antes de que un usuario no crítico se queje por ejemplo, de estar esperando tres horas por una receta. El círculo vicioso de sobre-hospitalización se ve aumentado si el médico tiene niveles altos de desgaste laboral o burnout.

Al aplicar el Triage Psiquiátrico el médico de urgencias tiene conocimiento previo a la valoración sobre la proporción real de pacientes críticos y no críticos, por lo que puede dedicarle más tiempo a los urgentes y puede demorar un tiempo más o menos razonable la atención de los pacientes no urgentes, teniendo la confianza de que la agitación repentina de un usuario no urgente es poco probable, y la inconformidad o queja potencial de un usuario con condición no urgente podría no proceder ya que en términos reales no se trata de una necesidad crítica de atención. Por lo anterior, el mayor tiempo dedicado a los usuarios críticos y la mayor confianza del médico en realizar maniobras enfocadas al bienestar del usuario crítico, se puede manifestar en una disminución de la proporción de usuarios hospitalizados durante la aplicación del Triage Psiquiátrico. Está demostrado que la menor utilización de servicios hospitalarios tienen impacto costo-beneficio tanto para el usuario como para la institución<sup>134</sup>. Finalmente, respecto de los indicadores de satisfacción, el Triage Psiquiátrico no tuvo el suficiente alcance para modificar en forma significativa los indicadores de satisfacción, pero existe la certeza de que tampoco los afecta negativamente.

Probablemente el segundo resultado más importante en los indicadores de actividad tras la implementación del Triage Psiquiátrico fueron los cambios en las maniobras especiales, en las que hubo una disminución no significativa de los porcentajes de uso del área de observación (Disminución del 1.3% durante la aplicación del Triage Psiquiátrico,  $p=0.639$ ) y de la utilización de la sujeción gentil (Disminución del 0.9% durante la aplicación del Triage Psiquiátrico,  $p=0.545$ ). Los cambios no significativos se pudiesen explicar

debido a que son estrategias que no son frecuentemente utilizadas en el servicio desde el funcionamiento basal del servicio de urgencias.

Se observó que hubieron cambios significativos en la intervención en crisis (Disminución del 6.1% en la proporción de intervención en crisis durante la aplicación del Triage Psiquiátrico,  $p=0.003$ ) y en la ministración de medicamentos durante la valoración de urgencias (Disminución de aproximadamente el 6% en proporción de ministración de medicamentos durante la aplicación del Triage psiquiátrico,  $p=0.035$ ). Respecto de otras maniobras especiales en urgencias como abandono del servicio, regreso al servicio dentro de las siguientes 72 horas, uso del área de observación e indicación de sujeción gentil, aunque no hubo significancia estadística, hubo disminución en las maniobras de restricción y abandono durante el período de aplicación del Triage psiquiátrico. La disminución de intervenciones en crisis y de ministración de medicamentos se puede explicar por una disminución en la necesidad de aplicarlas al disminuir la proporción de pacientes con agitación o agresividad en el servicio de urgencias; al detectar oportunamente los usuarios críticos de los que no lo son, la probabilidad de tener episodios de agitación disminuye, contrario a los procedimientos sin Triage en los que los pacientes vulnerables tienen alta probabilidad de agitarse al estar esperando aislados en la sala de espera por más de una hora, conviviendo además con la tensión de otros usuarios que comparten la sala de espera al mismo tiempo. Al detectarse oportunamente ésta vulnerabilidad, es menos probable que exista agitación descontrolada y necesidad de intervención en crisis o ministración de medicamentos. Por otro lado, la necesidad de restringir, sujetar o vigilar

estrechamente a un paciente también disminuye, lo cual es congruente con la teoría de que una urgencia real que es atendida oportunamente corre menor riesgo de que se complique, ya que la priorización del Triage pudo haber contribuido en primer lugar, en detectar las urgencias psiquiátricas de mayor riesgo, y en segundo lugar, a organizar mejor los servicios de urgencias en función de favorecer la atención a aquellos estados con mayor nivel de riesgo, es decir, las urgencias psiquiátricas reales. De ésta forma, interpretamos que el triage psiquiátrico disminuyó los connatos de agitación y agresividad, y por ende las maniobras restrictivas, al disminuir los tiempos de espera, y en forma indirecta, al brindar por parte del médico una atención más enfocada a las condiciones urgentes, interpretándose como una atención más comprometida y más empática durante la aplicación del triage psiquiátrico. Algunos psicoterapeutas han observado que la actitud empática es fundamental para atender las crisis emocionales a la mitad de la vida propiciadas por elementos de vulnerabilidad narcisista<sup>135</sup>.

Un posible efecto adverso del Triage Psiquiátrico fue que los usuarios con condiciones no urgentes tienen más probabilidad de abandonar el servicio antes de recibir consulta. Éste fenómeno no se observó en nuestro estudio, manteniéndose prácticamente constante la proporción de usuarios que abandonaron el servicio antes y después de aplicar el Triage Psiquiátrico. Estos hallazgos nos dieron información sobre algunos procedimientos que no influyeron sobre ciertos indicadores del servicio, y que hipotéticamente se pueden considerar como responsables de afectar la actividad, la afluencia o la sobresaturación de servicios de urgencias. Muchas suposiciones científicas o

populares sobre el incremento de la actividad en urgencias psiquiátricas secundarias a fenómenos climáticos o socioculturales deben primero ser confirmados mediante resultados del proceso científico, por ejemplo, en un estudio español se descartó que la afluencia a los servicios de urgencias psiquiátricas y los estados lunares no tuvieron asociación con los indicadores de actividad en un servicio de urgencias psiquiátricas de las Islas Canarias, aunque hubo una asociación leve entre las cantidades de luz percibidas a lo largo de los ciclos lunares<sup>136</sup>.

Un resultado que no se predijo fue que los usuarios que acudieron a la semana tipo durante la aplicación del Triage psiquiátrico tuvieron significativamente mayor proporción de consumo de alcohol actual (en los últimos treinta días) y consumo de alcohol anterior (durante la vida). La explicación de lo anterior podría radicar en que el consumo de alcohol puede tener incrementos cíclicos a lo largo del tiempo y éstos podrían aumentar o disminuir de acuerdo a factores estacionales o sociales. La aplicación del Triage Psiquiátrico fue más cargada hacia verano-otoño mientras que las muestras basales fueron más cargadas hacia invierno-primavera. Esto podría ser importante si tomamos en cuenta que en un servicio de urgencias mexicano se encontró mayor actividad en el primer trimestre respecto del segundo, y la mayor actividad durante todo el año se observa en los trimestres de fin del invierno y principios de primavera<sup>19</sup>.

La adherencia decreciente de los usuarios a sus citas en consulta externa puede ser una manifestación de un problema de utilización de servicios

en salud mental: Los usuarios abandonan su tratamiento por motivos que no quedan del todo claros, probablemente influenciados por falta de información, sensación de mejoría, motivos económicos o insatisfacción con los servicios prestados. Se ha visto que algunos factores que pueden incrementar la adherencia a servicios ambulatorios es la adecuada alianza terapéutica con el médico, ya que la sensación de coerción puede tener impacto en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental<sup>137</sup>.

Un hallazgo muy importante de éste estudio fue que en las tres instituciones se observó que los usuarios con condiciones urgentes tendían a abandonar más los servicios ambulatorios, especialmente si se trata de urgencias médicas. Debido a que el seguimiento de éste estudio fue exclusivamente por medio de la revisión del expediente físico o electrónico, no se pudo tener conocimiento sobre qué ocurrió con estos pacientes, cuál fue su trayectoria respecto de la utilización de servicios fuera del hospital en el que se trataron.

Es probable que el mayor abandono de los usuarios con urgencias graves es debido a que sólo se sienten motivados a acudir a los servicios de urgencias hasta que se presenta una condición realmente grave, y sólo en crisis se proponen atenderse. Debido a que el concepto de crisis es en sí mismo un estado autolimitado, intenso y breve, los usuarios con urgencias calificadas o graves se presentan una sola vez en el servicio para después abandonar su tratamiento ya que la fase crítica ha pasado, para reiniciar el ciclo: Falta de prevención – tensión - estado crítico – resolución. El investigador

de ésta Tesis llamó a éste fenómeno con el nombre de **Efecto Squash**, haciendo alusión al deporte con raqueta, en la que el Squash maneja velocidades mucho más rápidas que otros juegos de raqueta como el tenis o el bádminton, de ésta manera, las pelotas de squash (Condiciones Urgentes) se desplazan a mucha mayor velocidad y es más posible perderlas que las pelotas de Tenis y Bádminton (Condiciones No Urgentes) que se desplazan a menor velocidad y es más probable tener un seguimiento más controlado de ellas. Este hallazgo también explicaría el motivo por el que las urgencias no calificadas o condiciones no urgentes tienen mayor apego a los servicios ambulatorios, y es porque es más probable que tengan mecanismos de afrontamiento más adaptativos que no permitan acumulo de tensión con las ulteriores fases críticas, con lo que pueden esperar periódicamente a su próxima cita sin necesitar atención urgente inter-episódica. Además los usuarios con urgencias no graves, al tener su mente libre de eventos críticos recientes, pueden tener mayor integridad y fluidez cognitiva, con lo que pueden ser más proclives a la organización y por lo tanto, a la asistencia de citas programadas, a la ingesta de medicamentos y a la realización de actividades socio laborales a favor de su propia salud mental. Finalmente, las personas con menos condiciones urgentes pueden tener mayor protección debido a la inherente prevención y mitigación de riesgos, con lo que la posibilidad de emergencia de eventos críticos disminuye. Así mismo, las condiciones urgentes suelen tener mayor psico-educación enfocada a la condición urgente y por lo tanto, recibirían menos psico-educación sobre la correcta utilización de los servicios ambulatorios, ya que el enfoque de la atención de una condición urgente se podría centrar en la resolución de la emergencia más que en las



condiciones posteriores a la referencia. Se ha visto que las intervenciones en cuidados paliativos que se inician durante las consultas en los servicios de urgencias y que mantienen un seguimiento, disminuye tanto las indicaciones de hospitalización como los períodos de estancia intrahospitalaria<sup>138</sup>.

Un hallazgo muy importante fue que los usuarios que tuvieron algún tipo de envío urgente (referencia a otra unidad u hospitalización) al compararse con usuarios con envío no urgente (envío a consulta externa) suelen tener mayor prevalencia de trastornos adictológicos, mientras que los no urgentes suelen tener diagnóstico de trastorno afectivo. Esto puede ser explicado debido a que los trastornos por sustancias pueden favorecer condiciones críticas como síntomas psicóticos, agitación, agresividad e intentos de suicidio<sup>139</sup>. En muchas escalas de valoración de riesgo suicida un factor predictor decisivo es el consumo de sustancias, especialmente el alcohol. Es por ello que los diagnósticos adictológicos deben tener especial interés por el estudio de los servicios de urgencias. Al observar diferencias significativas en las variables de suicidio y conducta agresiva en los usuarios con condiciones urgentes, se puede confirmar la validez de contenido del Triage Psiquiátrico por un lado, y por otro lado nos hace reflexionar sobre la frecuencia de éstas condiciones contrastando con la ausencia de guías clínicas, políticas públicas, normas oficiales, procedimientos o leyes en los Estados Unidos Mexicanos que regulen la adecuada atención de éstas condiciones.

La disminución de la utilización del servicio de observación, disminución de sujeción gentil, disminución de intervención en crisis y

disminución de ministración de medicamentos, asociados a la implementación del Triage psiquiátrico, representaron una importante mejoría en indicadores del servicio de urgencias que a su vez pudieron representar un impacto en el costo beneficio de la atención. La agitación y la agresividad tienen costos importantes en los servicios de urgencias. Una revisión de la literatura internacional de ocho estudios determinó que la agitación y agresividad generó costos de €182,616 anuales por unidad, y los costos se elevaron a €267,069 al hacer la actualización de costos desde 2005<sup>140</sup>. Nuestros resultados apoyan que el Triage Psiquiátrico creado y aplicado en México puede ser una herramienta para disminuir las maniobras especiales propias de los usuarios críticos, particularmente aquellas relacionadas con la agresividad y la agitación. La evidencia señala que las escalas e instrumentos utilizados para la clasificación de urgencias son insuficientes, aún en publicaciones recientes. Un estudio publicado a finales del 2014 comparó el MHTS con el Canadian Triage and Acuity Scale, ambos para pacientes psiquiátricos, demostrando que la escala diseñada para usuarios con trastorno mental es más específica y menos confusa que la escala diseñada para emergencias médicas<sup>141</sup>.

## **V. RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO.**

Para la parte de análisis multivariado, el primer resultado que nos encontramos fue la determinación de si lo que puede cambiar el curso de las valoraciones en un servicio de urgencias psiquiátricas es la detección rápida y oportuna de la condición de las mismas mediante la aplicación de un instrumento como lo es el triage psiquiátrico, o bien o bien si existe alguna

característica inherente a las condiciones que se consideran urgentes que pueda asociarse a alguna maniobra o antecedente.

Los resultados del análisis multivariado fueron muy reveladores, fortaleciendo la validez del instrumento encontrada mediante métodos univariados, ésta vez con validez externa y con experiencia interinstitucional, pero resultó altamente revelador que la variable más importante relacionado con las condiciones urgentes no fue la variable de impacto principal (tiempo de espera) sino otra variable que no se predijo su importancia y que el análisis multivariado la reveló: El tiempo de consulta.

Una de las razones más frecuentes por las que los tiempos de espera no son exactamente acordes con las condiciones urgentes es la sobresaturación del servicio, conocida en la bibliografía internacional como *overcrowding*. El *overcrowding* es un fenómeno inherente a los servicios de urgencias que es imposible de evitar o prevenir, en la que una cantidad excesiva de usuarios puede abarrotar el servicio de urgencias en cortos períodos de tiempo, especialmente si no hay un sistema de organización que distribuya la afluencia de usuarios en forma más controlada. Éste fenómeno ha sido observado por múltiples clínicos expertos, por ejemplo en el Instituto Nacional de Psiquiatría un entonces Residente de Tercer Año, el Dr. Luis Manjarrez, actualmente un distinguido Psiquiatra dedicado a la Educación en Salud Mental en el departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM, lo llamó en 2007 como "*El Pico de la Una de la tarde*". De múltiples fuentes hemos escuchado que en otros hospitales psiquiátricos han llamado en forma satírica éste

fenómeno como “*El Esquizobús*” o “*La Romería*”; expresando que lo que específicamente ocurre: El *overcrowding* satura por completo los servicios de urgencias en forma recurrente, y siempre va a ocurrir en la medida que la oferta de atención en urgencias se otorgue en forma abierta, aún con procedimiento de Triage y con suficientes recursos materiales y humanos. Las medidas para afrontar el *overcrowding* incluyen por un lado, la aplicación de instrumentos que puedan detectarlo, uno de ellos es el SONET (*Severely Overcrowded-Not Overcrowded Estimation Tool*), que ha demostrado que el fenómeno de *Overcrowding* está relacionado con incremento en el LOS, abandono del servicio sin ser valorado y regreso al servicio dentro de las 72 primeras horas<sup>142</sup>. Un problema que contribuye a la saturación del servicio de urgencias es el relacionado con los usuarios que permanecen tiempo en el servicio esperando a que se desocupe una cama en hospitalización, lo cual es conocido en la bibliografía internacional como *Access Block*, siendo la limitación en la oferta de la atención hospitalaria un problema que impacta en todos los demás servicios. Un estudio de revisión reciente sugiere que las soluciones para estos problemas pueden radicar en la implementación de Unidades de apoyo temporal (*Holding Units*) donde se pueden tener a los pacientes en períodos de observación más o menos prolongados sin afectar los servicios de urgencias. Los programas de egreso temprano pueden favorecer el flujo de los Servicios de Urgencias, pero indudablemente el aspecto más importante son el cambio en las políticas públicas que manejen como aspecto prioritario la implementación de programas que mejoren la atención en servicios de urgencias<sup>143</sup>.

Mi propuesta para mejorar éstos inconvenientes en los servicios de urgencias psiquiátricas consiste en la implementación de citas electrónicas en urgencias con un sistema de triage psiquiátrico auto-aplicado o hetero-aplicado por el familiar, así como unidades de estancia corta que permita a las condiciones críticas evolucionar favorablemente sin tener que requerir hospitalización mayor, lo cual se aplazaría o evitaría un procedimiento mayor con costos sociales y económicos elevados. Algunos estudios recientes han demostrado resultados alentadores en los indicadores de actividad y satisfacción, así como mejoras en la atención en servicios de urgencias mediante la implementación de programas basados en liderazgo en urgencias<sup>144</sup>.

Algunos estudios han demostrado que la excesiva afluencia de pacientes a un servicio de urgencias médicas no predice por sí misma el incremento de la mortalidad, aunque está claramente demostrado que el *crowding* u *overcrowding* en servicios de urgencias aumentan la estancia total o LOS, que en muchos casos es a su vez un indicador tanto de insatisfacción en los usuarios como de resultados indeseables graves como lo son mortalidad, incremento de hospitalizaciones, *Access block* y frecuentación dentro de las siguientes 72 horas<sup>145</sup>. Otros estudios han reportado que la variable fundamental para predecir mortalidad es la ocupación del servicio de urgencias<sup>146</sup>. Aunque la mortalidad en servicios de urgencias no es una consecuencia directa que se observe frecuentemente, es necesario indagar qué tipo de complicaciones individuales o sociales acarrea el hecho de tener un LOS incrementado en servicios de urgencias psiquiátricas. De cualquier

manera, los resultados en un servicio de urgencias son el resultado de múltiples indicadores, y no de uno solo; por lo que, es necesario tomar en cuenta que un determinado indicador pudiese no tener un impacto directo en un resultado, pero sí podría funcionar como potenciador indirecto que puede influir negativamente en el servicio.

Respecto de la elaboración de Curvas COR para determinar la sensibilidad y especificidad del Triage Psiquiátrico dieron resultados adecuados al calcular el Área Bajo la curva (AUC) al comparar la puntuación y el Nivel de riesgo (Color) del triage psiquiátrico con la que podríamos considerar la variable más representativa de la condición urgente/no urgente o Gold Estándar, que es el envío o egreso final de la consulta de urgencias. Se observa que el tiempo de espera tuvo un ABC mucho menor de lo esperado (AUC = .443) comparado con el Nivel de Riesgo o Color del triage psiquiátrico (AUC' = .722) y de la puntuación del triage psiquiátrico (ABC' = .770), seguidos por el tiempo de consulta (AUC = .644).

Con éstos resultados descubrimos que una característica inherente a la presencia de urgencias psiquiátricas es el tiempo de consulta, más que el tiempo de espera o incluso el tiempo de estancia total en el servicio (En inglés Length Of Stay, LOS). Resulta algo contradictorio que los mayores tiempos de consulta sean beneficiosos y los mayores tiempos de LOS sean perjudiciales, cuando el LOS es directamente proporcional a los otros tiempos dentro del servicio de urgencias. Aunque de cierta forma podría aparentar ser predecible que una mayor urgencia implica mayor complejidad y por lo tanto mayor tiempo

de atención, la mayor estancia en un servicio de urgencias no es precisamente signo de calidad sino todo lo contrario: A mayor LOS se asocia con mayor mortalidad o resultados indeseables en un servicio de urgencias. Por otro lado, resulta contradictorio que el tiempo de espera, un indicador que incrementa el LOS al ser directamente proporcional a éste, sea un indicador relacionado con el impacto positivo relacionado a menor frecuencia de hospitalizaciones. Al parecer la estrategia de calidad puede radicar en incrementar el tiempo de consulta al mismo tiempo de disminuir el tiempo de espera y cualquiera de los demás factores que incrementen el LOS; esto es, aumentar los “tiempos efectivos” y disminuir los “tiempos burocráticos”. Lo anterior podría ser posible no sólo detectando los usuarios más vulnerables por medio del triage psiquiátrico, sino estableciendo procedimientos específicos para usuarios graves que puedan ser rápidamente atendidos y valorados, integrando al equipo de urgencias personal especializado en intervención en crisis, que permita que los usuarios más graves reciban mayor tiempo de atención y menor tiempo de espera. Lo anterior implica mayor diseño en el área de gestión, calidad y consultoría multidisciplinaria más que un incremento en la infraestructura material o humana. Un ejemplo de ello es un estudio italiano que encontró que puede disminuirse el LOS en pacientes en manía aguda mediante la implementación de programas de hospitalización breve<sup>147</sup>.

La tabla MULT3 revela el análisis multivariado y las medidas de impacto para dos grandes variables dependientes: La puntuación del triage Psiquiátrico menor a 24, considerada como el punto de corte o umbral de una condición urgente/no urgente, y la duración de la consulta mayor a 30 minutos.

Llamó la atención que el grado de escolaridad tuvo un impacto casi significativo en relación con el nivel de urgencia. Algunos estudios apuntan a que el nivel socioeconómico está directamente relacionado con el nivel de estudios, sin embargo un factor frecuente en servicios de urgencias es la actitud que tienen los proveedores de atención médica hacia cierto tipo de condiciones; por ejemplo los médicos suelen ser más escépticos que las enfermeras a considerar el suicidio como un fenómeno prevenible al restringir los métodos letales como las armas de fuego, ante la creencia de que una persona que se limita el método tarde o temprano se suicidará con algún otro método<sup>148</sup>. A éste respecto, puede interpretarse que el grado de escolaridad puede influir en forma indirecta en la calificación de urgencia brindada en el triage psiquiátrico, ya que el evaluador pudiese estar influenciado por el habitus exterior y considerar que los usuarios con más escolaridad podrían ameritar más rápida atención (y por lo tanto, más priorizada) en comparación con un usuario de menos escolaridad. Esto podría sugerir un signo de medicina defensiva a nivel de los servicios de urgencias, en los que el usuario con más escolaridad podría representar mayor atención por parte del clínico ya que un usuario con más nivel de estudios podría ser más susceptible a encontrar un servicio como inadecuado y por lo tanto a iniciar algún proceso de queja que a toda costa evitan tanto los médicos como las instituciones.

Otro aspecto que puede reflejar indirectamente el nivel de escolaridad es el estado socioeconómico. Se ha visto que los sectores con menos ingresos son los más golpeados desde el punto de vista de salud mental y lamentablemente, son los que menos acceso tienen a los servicios. Se



recomienda impulsar programas sociales cuyo objetivo sean los menos favorecidos económicamente, en donde se refuerce especialmente aspectos como la empatía y el respeto hacia éstos grupos vulnerables<sup>149</sup>.

Se ha hablado previamente de la medicina defensiva como un fenómeno común en la práctica médica, sin embargo existen pocos estudios que reporten medicina defensiva en la práctica de la Psiquiatría. Un estudio realizado en 2002 reveló que uno de los factores más importantes para practicar la medicina defensiva por parte del Psiquiatra es la falta de experiencia y entrenamiento<sup>150</sup>. Algunas estrategias para reducir la medicina defensiva en todo tipo de práctica médica consisten en reconocer la contratransferencia como un factor decisivo en la relación médico paciente<sup>151</sup>. Ante las posibilidades de una demanda judicial por la mala praxis médica se considera necesario integrar los aspectos legales y médicos como una interdisciplina. Una revisión por parte de ginecologistas mexicanos apoya la perspectiva dual de integrar la práctica médica con el derecho<sup>152</sup>.

Llama la atención que algunas covariables como el antecedente de consumo de sustancias, más que el número de intentos suicidas a lo largo de la vida mostraron un impacto casi significativo en la puntuación del triage psiquiátrico. Aunque el mayor número de intentos suicidas no constituye por sí mismo una garantía de riesgo en visitas ulteriores al servicio de urgencias, muchos estudios han demostrado que el consumo de sustancias está en estrecha relación, y algunos incluso sugieren causalidad, con el riesgo suicida. Por ello se deben considerar simultáneamente las dos condiciones cuando se

evalúa el riesgo suicida, ya que la clinimetría de comportamientos suicidas suele converger en la clinimetría de condiciones adictológicas<sup>153</sup>. Otra covariable que influyó con la puntuación del triage psiquiátrico fue la presencia reciente de conducta agresiva. La agresividad en urgencias suele elevarse en épocas de calor, aspecto indiscutible en la Ciudad de Mexicali, donde ambas muestras fueron tomadas durante el verano de 2013. Un estudio español reveló que la violencia puede estar ligeramente asociada con las oleadas de calor, sugiriendo medidas preventivas durante éste fenómeno<sup>154</sup>.

Llama la atención que las covariables que influyen en mayor tiempo de consulta fueron: La edad, ser paciente de primera vez, la presencia de trastornos de ansiedad y la presencia de trastornos de la personalidad. Primero, a mayor edad existe mayor riesgo de presentar condiciones graves en los servicios de urgencias<sup>155</sup>, por lo que es importante tomar en cuenta ésta covariable durante la valoración de urgencias médicas y psiquiátricas, especialmente durante el Triage<sup>155</sup>. En segundo lugar, las covariables relacionadas con los hallazgos de los pacientes con trastornos de la personalidad suelen ser resistentes a tratamiento tanto psicofarmacológico y psicoterapéutico, y suelen estar emocionalmente disregulados. Ésta explicación también aplica en los resultados encontrados en la tabla MULT4, en la que los pacientes con puntuaciones de triage urgente encontraron mayor satisfacción en la información del envío y en la cantidad de medicamentos prescritos<sup>156</sup>.

Uno de los principales hallazgos de éste estudio, es que el mayor tiempo de consulta, interpretado como una mayor atención hacia el paciente y

una intervención más acuciosa, estuvo significativamente relacionada con las hospitalizaciones y el número de días de hospitalización. Llama la atención que el impacto de éstas variables fue casi el doble cuando la variable dependiente fue la consulta con duración de más de treinta minutos, en comparación con la calificación de condición como urgente. El mayor tiempo de consulta puede estar relacionado con mayor involucramiento, menos defensividad del médico y mayores niveles de empatía. Está demostrado que la empatía puede mejorar la relación médico paciente en muchos escenarios clínicos, incluso en los servicios de urgencias donde es frecuente encontrar usuarios con frustración en relación con los tiempos de espera<sup>157</sup>.

Por último, los estadísticos globales encontraron un mayor impacto en la duración de la consulta, más que en la cualidad de urgente sobre no urgente en la atención en los servicios de urgencias psiquiátricas. La mayor duración de la consulta podría ser interpretada como un trato más humano, más comprometido y más cálido durante la atención en urgencias. Este hallazgo fortalece la teoría que el humanismo en la práctica médica juega un papel fundamental, y traducido a servicios de urgencias psiquiátricas, el humanismo, la empatía y la actitud comprometida hacia el paciente puede tener resultados beneficiosos a corto plazo, como sería menor tasa de maniobras especiales en urgencias como medicación y restricción física, y a largo plazo, como menor hospitalización y menor tiempo de días de hospitalización. Independientemente del costo-beneficio de tener menos días/cama, está demostrado que la actitud empática es un fuerte promotor del cambio en el ejercicio de la salud mental<sup>158</sup>.

Para esquematizar los alcances de la maniobra principal de éste estudio, la implementación y aplicación del Triage Psiquiátrico en tres instituciones de salud mexicanas, se realizó un diagrama de flujo con los efectos de aplicar o no aplicar el Triage. Así mismo, las condiciones urgentes en comparación con las no urgentes se continúan presentando aunque no haya un procedimiento de Triage, en el servicio de urgencias; aunque aparentemente la intervención primaria al aplicar el triage es sólo detectar las condiciones urgentes por encima de las no urgentes, y priorizar las condiciones mediante la asignación de tiempos de espera, detectamos que el alcance final de ésta maniobra puede modificar directa o indirectamente diversos indicadores en el servicio, generando a largo plazo disminución de hospitalizaciones y aumentando de adherencia a CE por lo menos de parte de las condiciones no urgentes, lo cual puede traducirse en una disminución de costos y por lo tanto un beneficio. La Fig. MULT1 muestra éste diagrama que esquematiza el alcance de la implementación y aplicación del triage psiquiátrico en Instituciones de salud mexicanas.



Finalmente, queda resumir que el ejercicio de la empatía es especialmente importante en los servicios de urgencias sin excepción, ya que en ellos se encuentra los usuarios en estado crítico, recordando que la crisis puede ser un momento de peligro que nos derrumbe, o la mejor oportunidad para cambiar positivamente y mejorar en los niveles personal, familiar, social y comunitario, por lo que la empatía representa el vehículo imprescindible para realizar una adecuada intervención en crisis. En éste estudio tratamos de representar el ejercicio de la práctica empática y centrada en el usuario mediante el aumento de los tiempos de consulta inherentes a la disminución de los tiempos de espera y a la priorización de las condiciones urgentes. Es necesario continuar ésta línea de investigación que permita describir los alcances de intervenciones que pudiesen ser consideradas como menores, que pueden amplificar el efecto a un nivel mayor a la que nuestras hipótesis pudiesen concebir. Uno de los principales detractores de la empatía es el síndrome de burnout, ampliamente frecuente en los servicios de urgencias, en los que el desgaste es relativamente fácil por la exposición sistemática a eventos traumáticos<sup>159</sup>. En Latinoamérica Brasil ha publicado múltiples estudios acerca de la frecuencia de burnout en diferentes profesionales de la salud<sup>160,161</sup>, pero hacen falta estudios sobre éste grave problema en México y particularmente en psiquiatras mexicanos, especialmente aquellos que se dedican a los servicios de urgencias. La bibliografía internacional revela poco sobre burnout en el ejercicio de la Psiquiatría, y algunos de los reportes encontrados enfatizan en el ejercicio de la Psiquiatría de Enlace<sup>162</sup>, siendo necesarias líneas de investigación de éste problema laboral en especialistas en salud mental en los servicios de urgencias públicos y privados.

## CONCLUSIONES

Los resultados de éste estudio invitan a reflexionar sobre la definición categórica o constructo de Urgencia psiquiátrica actual, el cual ha permanecido controvertido, atomizado e inespecífico en el “mar de la intersubjetividad”, siendo los resultados de éste estudio un esfuerzo para fortalecer el constructo científico y objetivo de las urgencias Psiquiátricas.

El Triage Psiquiátrico es un instrumento hecho en México que ha demostrado mejorar los indicadores de actividad y calidad de proceso con impacto no significativo en los indicadores de satisfacción en servicios de urgencias de hospitales psiquiátricos mexicanos, y disminución significativa de la hospitalización psiquiátrica y maniobras restrictivas que, además de controvertidas, aumentan los tiempos y costos en los servicios de urgencias. Los resultados de éste estudio fortalecieron los hallazgos previos de validez del Triage Psiquiátrico en hospitales psiquiátricos, pero es necesario implementarlo y aprobarlo en hospitales generales y otras unidades que pueden dar atención al paciente con algún tipo de condición mental crítica. Nuestros resultados revelaron que las urgencias psiquiátricas con mayor nivel de riesgo suelen abandonar los servicios ambulatorios en forma prematura, representando la atención en urgencias como una oportunidad para iniciar seguimiento de éstos usuarios. Así mismo, consideramos que los tiempos de espera son “tiempos muertos” que pueden ser oportunidades de psico-educación a los usuarios mientras esperan su consulta, para mejorar su adherencia al tratamiento ambulatorio y mejorar la atención en salud mental.

La desvalorización de las urgencias psiquiátricas en la práctica médica y paramédica actual es un hecho real. Muchos usuarios con condiciones psiquiátricas que he visto a lo largo de once años de experiencia en el área de urgencias psiquiátricas han dado testimonios indignantes de estigma, discriminación y maltrato recurrentes en servicios de urgencias de hospitales generales, y algunos incluso psiquiátricos. El especialista en Psiquiatría tampoco es bien valorado en el entorno médico no psiquiátrico y esto ha mantenido una brecha profesional en la que los principales afectados siguen siendo los usuarios. Por lo que es necesario continuar impulsando estos programas de gestión e implementación para que la atención de salud mental de calidad se convierta en una verdadera política pública.

Haciendo una reflexión final de éste trabajo, es importante señalar que los esfuerzos por mejorar los indicadores de actividad, calidad, satisfacción y continuidad de atención de las urgencias psiquiátricas deben progresivamente sumarse para lograr una atención en salud mental incluyente, resolutive, justa y ética, no sólo por el especialista en salud mental sino por todo el equipo de salud; por lo que es necesario continuar con el trabajo de fortalecer científicamente las urgencias psiquiátricas mediante la investigación, capacitación y sensibilización no sólo al personal médico, sino a todo el personal implicado en la sociedad, en la seguridad pública y privada, y en las áreas legislativa, administrativa, jurídica y bioética, en forma continua y no periódica, debido a que las urgencias psiquiátricas deben ser consideradas “a la par” con las emergencias médicas<sup>163</sup>.



## APENDICE

### Carta Consentimiento Informado para las Tres Instituciones



#### Formato de Consentimiento Informado del Proyecto: “IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE PSIQUIATRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MEXICANAS”

Lo invitamos a participar en una investigación que tiene como objetivo buscar estrategias para mejorar la atención para los usuarios que como usted, visita los servicios que ofrecen atención a Urgencias Psiquiátricas (UP). Usted y otros usuarios podrían beneficiarse en tener una atención más organizada según lo mal que se siente al llegar al servicio de urgencias, y además podrá ayudar a conocer cómo se utiliza el servicio de urgencias en su institución, lo cual nos puede dar conocimientos valiosos para ayudar a mejorar la atención aguda en salud mental de usted y otros en un futuro.

Para ello le solicitamos que usted simplemente autorice que se revise su expediente clínico con el objeto de conocer algunos datos como por ejemplo el tiempo de espera para su consulta, el tratamiento que se le brindó, si se envió a otro lugar, cuántas veces viene a consulta externa, o cuántas veces viene a urgencias en un período de tiempo, entre otros.

Esto no le llevará a usted ningún tipo de molestia ni llevará más tiempo del que usted requiera para esperar a recibir y concluir la consulta de urgencias a la cual usted está asistiendo el día de hoy.

Su nombre y otros datos personales que se generen de la revisión de su expediente serán protegidos y se manejarán en forma estrictamente confidencial y se utilizarán sólo con fines de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información. En caso de cualquier duda o comentario usted puede comentarlo con el Dr. Alejandro Molina López, Investigador principal del proyecto, al tel. (55) 41605240 de Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Este estudio también tiene como objetivo probar el funcionamiento de un cuestionario muy sencillo llamado “Triage Psiquiátrico”, que sirve para saber cuáles usuarios vienen más graves y cuáles usuarios no vienen tan graves cuando solicitan una consulta de urgencias, para que los más graves (“Colores” marrón, rojo y amarillo) sean atendidos primero o con menor tiempo de espera, y los no graves (“Colores” verde y blanco) esperen un tiempo variable, pero al final se atiendan a todos. Este cuestionario se aplica en pocos minutos o hasta segundos inmediatamente antes de pasar a consulta de urgencias, y ha demostrado funcionar en el Instituto Nacional de Psiquiatría en México D.F., pero desconocemos cómo podría funcionar en la Institución donde usted se atiende. Para saberlo necesitamos conocer cómo funciona el servicio de su institución normalmente o con la aplicación del Triage Psiquiátrico, y si esto puede generar posibles ventajas para usted y otros usuarios o el servicio en general a corto y largo plazo.

Su participación es totalmente voluntaria y usted puede negarse a participar en ella ahora o más adelante si así lo desea.

Si usted se niega a participar simplemente no se revisará su expediente ni se incluirán sus datos en el estudio, sin menoscabo en la atención que usted reciba ahora o en un futuro.

*Acepto en forma totalmente voluntaria y sin ninguna coerción que se revise mi expediente clínico y se me ha informado que de acuerdo a la evaluación del Triage Psiquiátrico puedo esperar un tiempo variable en pasar a la consulta de urgencias que solicito el día de hoy.*

Nombre y Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Familiar (Testigo 1): \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Investigador (Testigo 2): \_\_\_\_\_

**HOJA DE VACIADO DE DATOS**  
**Proyecto Institucional “Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas”**

No. Folio: \_\_\_\_\_  
No. Registro Institucional: \_\_\_\_\_ Fecha de valoración: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

**PROYECTO DE INVESTIGACION**  
**“IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE PSIQUIATRICO”**  
**SEMANA TIPO BASAL**

**A) VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS**

**INICIALES DEL USUARIO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ años

**SEXO:** ( M ) ( F )

**TIPO DE VISITA:** (1ª Vez) (Sub) **SI ES SUBSECUENTE, ¿ACUDE REGULARMENTE A CONSULTA EXTERNA?** (SI) (NO)

**ESTADO CIVIL:** (Soltero) (Casado) (Unión Libre) (Divorciado) (Viudo) (Separado) Otro: \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** (Analfabeta) (Primaria) (Secundaria) (Preparatoria) (Profesional) (Posgrado)

**RELIGION:** (Católica) (Testigo de Jehová) (Cristiana) (Evangelista) (Ateo) Otra: \_\_\_\_\_

**PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL:** (<\$1M) (\$1M a 5M) (\$5 a 10M) (\$10 a 15M) (>\$15M)

**A.1) ESTANCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

**HORA DE PRIMER CONTACTO CON EL SERVICIO:** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**TURNO:** (M) (V) (N)

**¿SE REALIZO TRIAGE? (SI) (NO) HORA DE LA APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**SI SE REALIZO TRIAGE, ¿TIPO DE PRIORIDAD TRIAGE?:** \_\_\_\_\_ (Alta) (Media) (Baja) (Ninguna)

**HORA DE INICIO DE VALORACION DE URGENCIAS:** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**¿SE COMENTO EL CASO CON SUPERVISOR? (SI) (NO) TIEMPO DE SUPERVISION:** \_\_\_\_\_ min

**HORA DE TERMINO DE VALORACION DE URGENCIAS:** \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

**TURNO:** (M) (V) (N)

**ENVIO FINAL:** (Consulta Externa) (Hospitalización) (Referencia) (Fuga) Otro: \_\_\_\_\_

**¿EL USUARIO ABANDONO EL SERVICIO ANTES DE CONCLUIR ATENCION? (SI) (NO)**

**¿EL USUARIO ACUDIO PREVIAMENTE A URGENCIAS EN LAS ULTIMAS 72 HORAS? (SI) (NO)**

**B) VARIABLES CLINICAS**

**CODIGO (S) DIAGNOSTICO (S) CIE-10:** \_\_\_\_\_

**CONSUMO ACTUAL DE ALCOHOL (ULTIMO MES) (SI) (NO)**

**CONSUMO ANTERIOR DE ALCOHOL (A LO LARGO DE LA VIDA) (SI) (NO)**

**CONSUMO ACTUAL DE OTRAS SUSTANCIAS (ULTIMO MES)** (SI) (NO)  
**CONSUMO ANTERIOR DE OTRAS SUSTANCIAS** (SI) (NO)  
**CONDUCTA SUICIDA + GRAVE EN LA ULTIMA SEMANA** (Ninguna)  
 (Ideación) (gesto) (Intento)  
**CONDUCTA AGRESIVA + GRAVE EN ULTIMA SEMANA** (No) (Grita) (Insulta)  
 (Golpea) (Amenaza)  
**RIESGO SUICIDA ACTUAL (EN ENTREVISTA)** (SI)  
 (NO)

**NUMERO DE INTENTOS SUICIDAS EN LA VIDA:** \_\_\_\_\_

**B. 2 INTERVENCIONES ESPECIALES DURANTE LA CONSULTA DE URGENCIAS**

**¿EL PACIENTE PERMANECIO EN OBSERVACION?** (SI) (NO) **Tiempo de estancia:** \_\_\_\_\_ min  
**¿SE REALIZO SUJECION GENTIL?** (SI) (NO) **Tiempo sujeción:** \_\_\_\_\_ min  
**¿SE REALIZO INTERVENCIONEN CRISIS?** (SI) (NO) **Tiempo de intervención:** \_\_\_\_\_ min  
**¿SE DIERON MEDICAMENTOS EN CONSULTA?** (SI) (NO) **Número de fármacos:** \_\_\_\_\_

**FARMACOS MINISTRADOS DURANTE LA CONSULTA (SEÑALE MAS DE UNO SI ES NECESARIO)**

(Benzodicepinas VO) (Benzodicepinas IM) (Antipsicótico típico VO) (Antipsicótico atípico VO)  
 (Antipsicótico típico IM) (Antipsicótico IV) Otro: \_\_\_\_\_

**¿SE REALIZO DESINTOXICACION?** (SI) (NO) **Indique sustancia:** \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. INDICADORES DE SATISFACCION**

**1.- USUARIO AL QUE SE APLICA EL CUESTIONARIO:** (Paciente) (Familiar) (Otro): \_\_\_\_\_

**2.- CON EL TIEMPO QUE ESPERO USTED PARA PASAR A CONSULTA USTED SE SINTIO:**

- a) Muy Satisfecho
- b) Satisfecho
- c) Más o menos satisfecho
- d) Insatisfecho
- e) Muy Insatisfecho

f) No contestó

**3.- ¿EL MEDICO LE PERMITIO HABLAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**4.- EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE SU ESTADO DE SALUD?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**5.- EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE EL TRATAMIENTO QUE DEBE SEGUIR?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**6.- EL MEDICO LE EXPLICO SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**7.- (SI APLICA) EL MEDICO LE INFORMO SOBRE MANIOBRAS ESPECIALES (SUJECION, MINISTRACION DE MEDICAMENTOS O INTERVENCION EN CRISIS) EN URGENCIAS?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**8.- EL MEDICO LE INFORMO SOBRE EL ENVÍO O REFERENCIA AL TERMINAR LA CONSULTA?**

- a) Sí
- b) No
- c) No contestó

**9.- COMO CONSIDERÓ LA CLARIDAD DE LA INFORMACION QUE LE PROPORCIONO EL MEDICO?**

- a) Muy clara
- b) Clara
- c) Regular
- d) Confusa
- e) No recibió información
- f) No contestó

**10.- CON LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS QUE LE PRESCRIBIERON QUEDO USTED?**

- a) Muy satisfecho
- b) Satisfecho
- c) Más o menos satisfecho
- d) Insatisfecho
- e) Muy insatisfecho
- f) No contestó

**11.- EL TRATO QUE RECIBIO USTED EN URGENCIAS FUE?**

- a) Muy bueno
- b) Bueno

- c) Regular
- d) Malo
- e) Muy malo
- f) No contestó

**12.- (SI APLICA) ¿QUE PERSONAL LE DIO MAL TRATO DURANTE SU ATENCION?**

- a) Médico
- b) Enfermería
- c) Trabajo Social
- d) Personal administrativo (Secretarial)
- e) Otro personal
- f) No contestó

**D. INDICADORES DE CONTINUIDAD  
(SEGUIMIENTO A SEIS MESES DESPUES DE SEMANA TIPO BASAL)**

Fecha de Revisión de expediente: \_\_\_\_\_

**¿REGRESÓ A CONSULTA DE URGENCIAS? (SI) (NO) Número de consultas:**

\_\_\_\_\_ **Tiempo total de estancia en urgencias en el seguimiento:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **min**

**¿PROGRAMÓ CITAS EN C. EXT. ? (SI) (NO) Número de citas programadas:** \_\_\_\_\_

**¿ASISTIO A CITAS EN C. EXT.?(SI) (NO) Número de asistencias:**

\_\_\_\_\_ **¿REFERENCIAS A OTRA INSTITUCION? (SI) (NO) Número de referencias:** \_\_\_\_\_

**¿Acudió al sitio de referencia? (SI) (NO) (No se sabe)**

**¿CONTRARREFERENCIAS? (SI) (NO) Número de contrarreferencias:** \_\_\_\_\_

**¿ESTUVO HOSPITALIZADO? (SI) (NO)**

**Número de hospitalizaciones durante el seguimiento:** \_\_\_\_\_  
**hospitalizaciones**

**Número total de días de hospitalización durante el seguimiento:** \_\_\_\_\_ **días**

**Promedio de días por hospitalización:**  
\_\_\_\_\_ **días**

## Documentos de Gestión Institucional



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MÚÑIZ

México, D.F. a 29 de Noviembre de 2012

DR. HÉCTOR SENTÍES CASTELLA

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

PRESENTE.



Por medio de la presente, y en continuidad con mi precedente con fecha del 12 de Junio de 2012, solicito de la manera más atenta las valiosas gestiones para que la Dirección a su Digno Cargo pueda registrar como Curso presencial y brindar el Aval Académico a un Curso-Taller de 6 horas de duración con el nombre "Aplicación de un Instrumento de Triaje Psiquiátrico para Detección y Atención de Urgencias Psiquiátricas", cuyo coordinador y profesor Titular será un servidor. El curso estará dirigido al Personal Médico y Paramédico del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, en Mexicali, Baja California, y se llevará a cabo el próximo 05 de Diciembre de 2012 en las instalaciones de esa Institución. La impartición de éste curso forma parte del Proyecto de Investigación "Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triaje Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas", del cual funjo como investigador principal, y está aprobado por los Comités de Ética e Investigación tanto del INPRF como del IPEBC.

Los Objetivos del Curso serán: Al finalizar el curso los asistentes conocerán y aplicarán el Instrumento "Triaje Psiquiátrico" creado en México, con el fin de detectar oportunamente el tipo y grado de riesgo de las diferentes urgencias psiquiátricas.

El Temario del curso se resume de la siguiente manera: I. Triaje en Urgencias; II. Instrumentos de Triaje en Salud Mental; III. Taller de aplicación de Triaje Psiquiátrico mediante viñetas clínicas; y IV. Aplicación supervisada de Triaje Psiquiátrico.

Le comento que en éste momento no tengo una lista de los asistentes al curso, por lo que mucho le agradeceré se me otorgue un formato de asistencia a curso de nuestra Institución para ser llenado por los asistentes en el momento de la capacitación, para que a mi regreso de la actividad se le entregue dicha lista con las firmas de los asistentes al curso para la elaboración de las respectivas constancias junto con un oficio del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California que avale que dichos asistentes son empleados de dicha Institución.

Agradezco la atención que brinde a la presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE:

DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE APC

093220



c.c.p. Mtra. Sara García Castillo, Jefa del Departamento de Educación Continua

c.c.p. Dra. Wendy Marleth Cordova Morales, Directora del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Mexicali, Baja California



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA  
RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Dr. Luis Enrique Dorantes Marínez  
Director General del  
Instituto de Psiquiatría de Baja California  
Presente

3 de agosto del 2012.

Distinguido doctor Dorantes:

Por este me permito formular una cordial invitación a que la Institución a su digno cargo, a través de su personal del servicio de urgencias, participe en un Proyecto Multicéntrico Interinstitucional de Investigación aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, denominado "IMPLEMENTACION Y APLICACION DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE PSIQUIATRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MEXICANAS", el cual tiene como objetivo principal determinar el impacto en los indicadores de utilización de servicios de urgencias antes y después de la implementación y aplicación del **Triage Psiquiátrico**®, Instrumento creado en México con la finalidad de clasificar las urgencias psiquiátricas en uno de cinco niveles de riesgo para determinar el tiempo de espera antes de recibir consulta formal de urgencias.

El Triage Psiquiátrico se implementa en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua (Antes Urgencias) del Instituto desde el mes de octubre de 2008, utilizándose hasta la fecha, demostrando ser una herramienta útil para determinar la prioridad de atención de diferentes condiciones psicopatológicas agudas y diferentes tiempos de espera priorizados según el nivel de riesgo de cada condición que arriba al servicio.

Considero que además de ser un proyecto de investigación que puede generar valiosos conocimientos sobre el estado y funcionamiento actuales del servicio de urgencias psiquiátricas de la Institución a su digno cargo. Los resultados y recomendaciones para el mejor funcionamiento de los servicios derivados de la colaboración entre nuestras instituciones, redundarán sin duda, en un mejor modelo de atención. Esto es además acorde a los programas de mejora continua en la calidad que sugiere la Secretaría de Salud Federal y podría tener un impacto positivo, tanto en los usuarios en forma individual, como en los indicadores de utilización de servicios de su institución.

El Proyecto de Investigación consta de tres fases:

A) FASE DE DESCRIPCIÓN, en la que se describirán la estructura y procesos estándares del servicio de urgencias, y se elegirá una **semana tipo basal** en la que todos los usuarios que acudan en una semana de lunes a domingo y que acepten participar en el estudio firmando un consentimiento informado, se les obtendrán los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad, éstos últimos requieren un seguimiento a los seis meses mediante la revisión del expediente clínico o electrónico.

B) FASE DE IMPLEMENTACION Y APLICACION, en la que se ofrecerá en su Institución un curso-taller de capacitación de seis horas sin costo al personal médico adscrito y residentes del servicio de urgencias (se

.../



sugiere incluir a la mayor proporción posible de médicos que tomen dicho curso), para que conozcan y apliquen el Triage Psiquiátrico, dos semanas posteriores a la capacitación, se elegirá una **semana tipo en la que se aplicará el dispositivo** a todos los usuarios que acudan en dicha semana de lunes a domingo y que acepten participar en el estudio, se les obtendrán los indicadores de actividad, calidad de proceso, satisfacción y continuidad, éstos últimos requieren un seguimiento a los seis meses mediante la revisión del expediente clínico o electrónico.

C) FASE DE RESULTADOS, en la que se realizará el análisis estadístico para determinar si existen diferencias significativas entre los indicadores de la semana tipo basal y la semana tipo que se aplica el Triage Psiquiátrico.

Es importante aclarar que la única intervención secundaria a la aplicación del Triage Psiquiátrico es acortar o alargar los tiempos de espera de los usuarios habituales del servicio de urgencias según el código y condición que presente cada usuario a su arribo al servicio; la duración de la aplicación del Triage Psiquiátrico es de pocos minutos o hasta segundos en el caso de urgencias más riesgosas. Se recomienda que sea aplicado por un médico de mayor experiencia y diferente al que valora la consulta formal del servicio. El Triage Psiquiátrico no afectará la atención de los usuarios, sólo ayudará a organizar la atención según la prioridad de cada condición. La atención médica en el servicio continuará bajo las políticas y procedimientos previamente establecidos en su institución.

Anexo al presente una copia del protocolo en extenso para mayor conocimiento y análisis de las instancias pertinentes de su Institución, así como copia de la carta autorización del Comité de Ética e Investigación del INPRF y de la carta de consentimiento informado que se dará a los participantes. En su caso, podrá quedar a su consideración autorizar, designar o invitar al personal institucional interesado para su coparticipación en el Proyecto de Investigación. En caso de cualquier duda o inquietud no dude en contactarme para aclarar todo lo que sea necesario.

En el caso de no haber inconveniente en que la Institución a su digno cargo participe en dicho proyecto de investigación, mucho le agradeceré se inicien las gestiones pertinentes para dar las facilidades necesarias para el proyecto y que se emita una carta respuesta de aceptación que autorice a un servidor presentarse en la institución con el personal que usted determine para dar inicio al proyecto.

Agradezco su atención al presente y quedo de usted para su respuesta.

Investigador principal del proyecto:

Dr. Alejandro Molina López  
Tel. (55) 41605240 y 41; email:  
[dr.amolinal@inprf.com](mailto:dr.amolinal@inprf.com)

Vo. Bo.

Dra. Ma. Elena Medina Mora Icaza  
Directora General

c.c.p. Dr. Victor Rico Hernández, Director Médico del Instituto de Psiquiatría de Baja California





**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL  
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**Sección:** *Depto. de Enseñanza e  
Investigación del IPEBC*

**Oficio:** *036/DSS/2012*

**Fecha:** *21 de Septiembre de 2012*

Mexicali, Baja California a 21 de Septiembre de 2012

**DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ**

**PRESENTE:**

Por medio de la presente antepongo un cordial saludo y me permito informarle que el Proyecto Multicéntrico Interinstitucional de Investigación **"IMPLEMENTACION Y APLICACION DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE PSIQUIATRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MEXICANAS"** fue sometido a junta de Comité de Ética e Investigación en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, el día 21 de Septiembre de 2012. Dicho proyecto de investigación fue aprobado por unanimidad. Además le informo que el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California lo autoriza para presentarse en la Institución con el personal que previamente se determinará para dar inicio al Proyecto.

Sin más por el momento me despido, y me pongo a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

**DR. VICTOR SALVADOR RICO HERNANDEZ  
DIRECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL INSTITUTO DE  
PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA Y  
SUPLENTE DEL PRESIDENTE DEL COMITE DE ETICA E  
INVESTIGACION**

**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE B.C.**

Calle 11va #1753 entre Av. Río Verde y Río Atoyac Colonia Mexicali Sección Segunda, Mexicali, B.C.

Tels. 842-70-50 y 842-70-55 Fax: 842-70-74

Email: cesam@telnor.net



## Hospital de Salud Mental de Tijuana, A.C.

Tijuana, B.C. a 08 de Mayo del 2013

ASUNTO: SOLICITUD DE CAPACITACION

OFICIO: DM-015-2013

**DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ**

URGENCIAS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA

Anteponiendo un cordial saludo la presente es para solicitarle de la manera más atenta apoyo para llevar a cabo una capacitación de triage en el área de urgencias de nuestro hospital, debido a que estamos en proceso de acreditación y este es un requisito indispensable.

Sin más por el momento, agradezco la atención brindada y quedamos en espera de una pronta y favorable respuesta.

ATENTAMENTE.



HOSPITAL DE SALUD MENTAL  
DE TIJUANA, A.C.

08 MAY 2013

**DESPACHADO**  
DIRECCIÓN MÉDICA

**DRA. MIRNA ARACELI TRANCOSO HERNANDEZ**

DIRECTORA MÉDICA

HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TIJUANA

*"Servicio de calidad  
y atención con calidez"*

Bld. Internacional No. 20531 Ciudad Industrial  
Mesa de Otay, Tijuana B.C. México. cp. 22444  
Tel: 607 90 90 con 10 líneas

[www.hospitalmentaltijuana.com](http://www.hospitalmentaltijuana.com)

c.c.p. Lic. Sergio González- Director Gral. HSMT  
c.c.p. Mtra. Laura Carrillo-coord. Psicología hosp. - HSMT  
c.c.p. Dra. Melva Coronel- Gestor de Calidad-HSMT  
c.c.p. A.D.E. Raúl Salgado-coord. Capacitación y enfermería-HSMT

**Oficio No.:** CRESAME/DG/694/2013**Clasificación:** 14S.5**Asunto:** Proyecto de Investigación INPRF.  
Xalapa, Ver., a 4 de Julio de 2013

**DR. ALEJANDRO MOLINA LÓPEZ**  
**JEFATURA DE URGENCIAS**  
**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**  
**"DR. RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"**

Por medio del presente, hago de su conocimiento que este Centro de Rehabilitación esta interesado en participar en el Proyecto de Investigación del INPRF titulado, "Implementación y aplicación de un instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas", cuyo investigador principal es usted, así mismo hago de su conocimiento que se requiere para el personal de este Centro, la impartición del curso "Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico para detección y atención de urgencias psiquiátricas".

Por tal motivo, hago una invitación, para que usted y personal del Instituto Nacional de Psiquiatría, acudan a esta Ciudad de Xalapa, Ver., para poder ser parte en el Proyecto Interinstitucional.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN"**



**DR. ALEJANDRO S. ESCALANTE VARELA**  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN**  
**EN SALUD MENTAL**

/mjhl

C.c.p. Archivo

2010 Año de la Unidad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano

Ref.: DFC-233-2013

Dra. Rosa Isela Vilagómez Bedolla  
Jefa de Enseñanzas del  
Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California  
Mexicali, Baja California.

7 de junio de 2013.

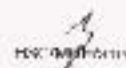
Estimada doctora Vilagómez:

Por este medio, me permito solicitarle de la manera más atenta, una rotación para el doctor **Rodrigo Hervert Rivera**, médico residente del Curso de Posgrado de Alta Especialidad: Urgencias en Psiquiatría que se imparte en este Instituto, en el Módulo de Urgencias Adolecentes y de Urgencias en el Hospital Psiquiátrico General, durante el periodo *del lunes 17 de junio al miércoles 31 de julio de 2013*.

Aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

  
Director de Enseñanzas

c.c.p. Dr. Amando Márquez López-Guerra, Director de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Piedad.  
Dra. Wendy Marich González Morales, Directora Médica, Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Presente.  
Dr. Víctor Salvador Rico Hernández, Director General, Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California, Presente.

  
SECRETARÍA DE SALUD



DEPENDENCIA	SECRETARÍA DE SALUD
	COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
	SECRETARÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA
SECCIÓN	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
VENA	"FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS
NÚMERO DE OFICIO	INVESTIGACIÓN - CONVULSIONA
EXPEDIENTE	JEFATURA DE INVESTIGACIÓN
	SECRETARÍA 727283

2013, Año de la Unidad Nacional y Compañero del Estado Mexicano

ASUNTO: EL QUE SE INDICA

México, D.F., a 29 de mayo del 2013

DR. ALEJANDRO MOLINA LÓPEZ  
PRESIDENTE

Con el presente, informo a usted, que el protocolo de investigación titulado: "IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE TRIAGE PSICUÁTRICO EN INSTITUCIONES DE SALUD MEXICANAS", del cual es Investigador Principal, ha sido revisado por el Comité de Ética en Investigación y por el Comité de Investigación de Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, quienes se le realizaron las siguientes observaciones:

- A. SE CUENTA CON UN PROCEDIMIENTO DE TRIAGE EN EL HOSPITAL, SUSTENTADO EN POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y NO PUEDE SER MODIFICADO CON FINES DE INVESTIGACIÓN.
- A. SE TIENEN TAMBIÉN PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DEL PERSONAL.

Por estas razones, se le dictamina la NO APROBACIÓN de este protocolo de investigación.

Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE  
"HOMBRE SOY Y NADA HUMANO ES AJENO A MI"

Dr. Carolina I. Camacho González  
Presidente del Comité de Investigación  
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

C.C. en: Archivo del Comité de Ética en Investigación

AL CONTINENTE DE LOS SEÑALES, SE LE VUELVE  
A SU CORRESPONDIENTE, PARA QUE  
ANULE SU FIRMADO DE RECEPCIÓN

SE LE INFORMA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN DE INTERÉS PÚBLICO, LA CUAL SE LE HIZO CONOCER EN EL MOMENTO DE SU EMISIÓN Y SE LE HIZO CONOCER EN EL MOMENTO DE SU EMISIÓN.



CENTRO MEDICO NACIONAL  
"20 DE NOVIEMBRE"  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



OF. No. 608/633/12

México, D. F., a 7 de Mayo de 2013.

**DR. ALEJANDRO MOLINA LOPEZ**  
**RESPONSABLE DEL AREA DE APC**  
**EVALUADOR DEL PROGRAMA NACIONAL**  
**DE HOSPITAL SEGURO**  
**P R E S E N T E**


La Jefatura de Enseñanza e Investigación del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", conociendo su trayectoria Académica y su interés por la capacitación del personal, se dirige atentamente a usted a fin de hacerle una atenta y cordial **INVITACIÓN** como **PROFESOR** en el Curso Monográfico: "**TRIAGE HOSPITALARIO**" con los temas:

TEMA	FECHA	HORARIO
Conceptos básicos de TRIAGE Niveles de Prioridad Normatividad en TRIAGE Proceso de TRIAGE	13 de mayo de 2013	10:00 a 14:00 hrs.

En el aula "1" de las Instalaciones de CAPACITACION, ubicado en Calle San Lorenzo 521 Colonia del Valle del. Benito Juárez

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**

  
LIC. BEATRIZ SÁNCHEZ RAMOS  
TITULAR

**NOTA:** Agradezco se comunique al teléfono 59 26 11 38, para confirmar su participación y especificar el equipo o material requerido para su ponencia.  
BSR/srp\*\*



## Hospital de Salud Mental de Tijuana, A.C.

Tijuana, Baja California, 08 de enero de 2014

Asunto: constancia

No. oficio: DM-001-2014

### A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente se hace constar que el **Dr. Alejandro Molina López** acudió al Hospital de Salud Mental de Tijuana A.C los días 06 y 07 de enero de 2014 para el seguimiento del proyecto de investigación titulado "Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas", además de ser ponente del curso-taller "Valoración y Manejo Integral del Paciente Suicida en Urgencias".

Se extiende la presente a petición del interesado para fines que convengan.

ATENTAMENTE:

  
DRA MIRIAM A. TRANCOSO HERNÁNDEZ

DIRECTORA MÉDICA

HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TIJUANA A.C.

*"Servicio de calidad  
y atención con calidez"*

Bvtd. Internacional No. 20601 Ciudad Industrial  
Mesa de Otay, Tijuana B.C. México cp. 22444  
Tel: 607 90 90 con 10 líneas

[www.hospitalmentaltijuana.com](http://www.hospitalmentaltijuana.com)



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL  
ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
Sección: Dirección Médica De  
Los Servicios De Salud  
Oficio: 0012/DMS/2014  
Fecha: 9 de enero del 2014



Mexicali, B.C. A 9 de enero de 2014.

**A QUIEN CORRESPONDA:  
PRESENTE.-**

Anteponiendo un cordial saludo, aprovecho la ocasión para hacer constar de el Dr. Alejandro Molina López encargado del proyecto de investigación "Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico" estuvo presente en el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California IPEBC los días 8 y 9 de enero del año en curso para la fase de seguimiento de dicho proyecto

Agradezco su atención a la presente y sin más por el momento me despido de usted quedando a sus órdenes para cualquier duda o aclaración.

ATENTAMENTE

**DRA. ROSA ISELA VILLAGOMEZ BEDOLLA  
DIRECTOR MEDICO DEL IPEBC**

cop. Archivo:  
BVB/CRISTINA





SS  
SECRETARÍA DE SALUD  
DEL ESTADO DE VERACRUZ

*Salud para todos los Veracruzanos*

**Secretaría de Salud  
Centro de Rehabilitación en Salud Mental  
Dirección**

**Centro de Rehabilitación en Salud Mental  
Oficio No: SESVER/CRESAME/DG/193/2014**

**Asunto: Solicitud de apoyo.**

**Xalapa Ver., 13 de Febrero del 2014**

**"2014, Centenario de la Defensa Heroica del Puerto de Veracruz"**

**A QUIEN CORRESPONDA:**

Por medio del presente, se hace constar que el Dr. Alejandro Molina López estuvo presente en este Centro de Rehabilitación en Salud Mental a mi cargo, los días 12 y 13 del presente mes, con motivo de dar seguimiento al Proyecto de Investigación Interinstitucional "Implementación y Aplicación de un Instrumento de Triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas", cuyo investigador principal es el Dr. Molina López.

Se extiende la presente para los fines que al interesado convengan.

**ATENTAMENTE  
"SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCION"  
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACION EN SALUD MENTAL**

**DR. ALEJANDRO SALVADOR ESCALANTE VARELA**

/mjhl

Servicios de Salud de Veracruz  
Aguascalientes No. 100, Col. Progreso-Macuiltépetl  
C.P. 91130 Xalapa, Ver.  
Tel. (228) 8 43 39 00 ext. 3404  
[www.psiquiatria\\_xalapa@outlook.com](mailto:www.psiquiatria_xalapa@outlook.com)



Xalapa, Ver. a 23 de Abril del 2014  
"2014, Centenario de la Defensa Heroica del Puerto de Veracruz"

**A QUIEN CORRESPONDA  
PRESENTE**

Por medio de la presente se hace constar que el Dr. Alejandro Molina López estuvo presente en esta institución los días 22 y 23 de abril del presente año con motivo del seguimiento del proyecto de investigación interinstitucional "Implementación y Aplicación de un Instrumento de triage Psiquiátrico en Instituciones de Salud Mexicanas", cuyo investigador principal es el doctor Molina López.

Se extiende la presente para fines que al interesando convengan.

**ATENTAMENTE  
"SUFRAGIO EFECTIVO NO REELECCION"**

**DR. ALEJANDRO SALVADOR ESCALANTE VARELA  
DIRECTOR DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL**



**GALERIA DE IMAGENES DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA, MEXICALI B.C. (DICIEMBRE 2012)**





EL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
TIENE EL HONOR DE INVITAR A TODOS LOS MEDICOS AL CURSO:  
**IMPLEMENTACION DEL TRIAGE EN URGENCIAS**  
**PONENTE: DR. ALEJANDRO MOLINA**  
MEDICO PSIQUIATRA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE  
FECHA: Miércoles 5 de Diciembre  
HORARIO: 8:00 - 14:00 horas  
LUGAR: Aula de usos multiples.  
Sin costo.  
Mayor información en Jefatura de Enseñanza.



# GALERIA DE IMÁGENES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE TIJUANA, TIJUANA B.C. (JUNIO DE 2013)





**GALERIA DE IMÁGENES DEL CENTRO DE  
REHABILITACION EN SALUD MENTAL, XALAPA, VER.  
(AGOSTO 2013)**









**GALERÍA DE IMÁGENES DE ASISTENCIA AL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA A IMPARTIR CURSO (JULIO 2015). (Encontrándose importantes mejoras en la infraestructura comparados con visita en 2012).**





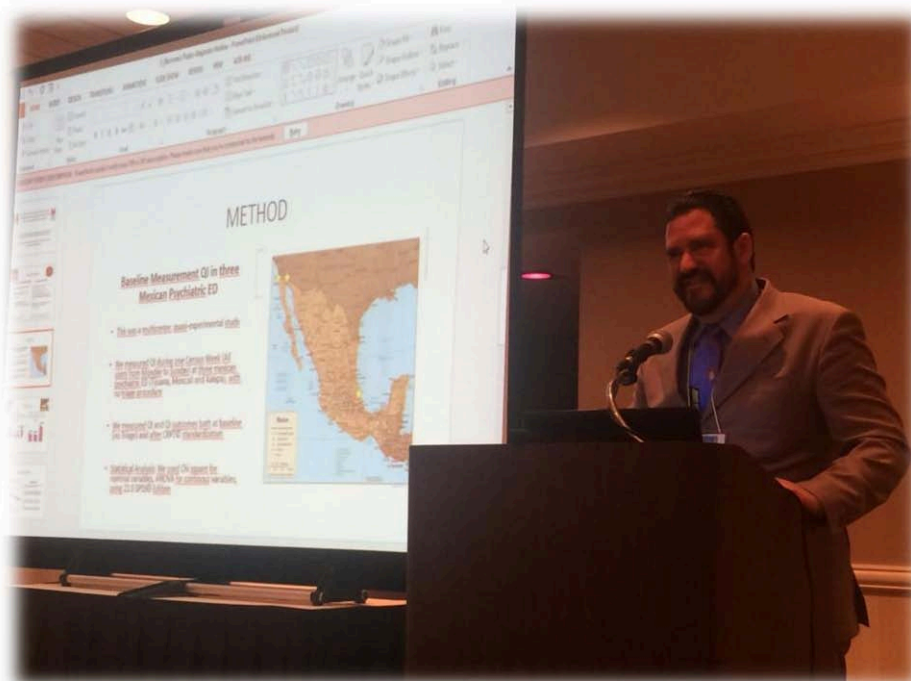
**INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**  
**TRIAGE PSIQUIÁTRICO**

Nivel	Nombre	Color	Tiempo de atención
<b>1</b>	<b>Emergencia Médica</b>	<b>Marron</b>	<b>Inmediata</b>
<b>2</b>	<b>Urgencia Psiquiátrica Riesgo Alto (Peligro)</b>	<b>Rojo</b>	<b>Inmediata</b>
<b>3</b>	<b>Urgencia Psiquiátrica Riesgo Medio (Vulnerable)</b>	<b>Amarillo</b>	<b>30 a 60 Minutos</b>
<b>4</b>	<b>Urgencia Psiquiátrica Riesgo Bajo (Estable)</b>	<b>Verde</b>	<b>60 a 120 Minutos</b>
<b>5</b>	<b>Urgencia Psiquiátrica Riesgo Nulo (Sentida)</b>	<b>Blanco</b>	<b>120 a 240 Minutos</b>

## PRESENTACIONES EN CONGRESOS INTERNACIONALES



***Presentación del Simposio “Emergency Psychiatry in Mexico: Taking a Social and Clinical Challenge”, en el XVI Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, España, el 16 de Septiembre de 2014. De izquierda a derecha: Dr. Emmanuel Osorio, Dr. Alejandro Molina, Dra. María Elena Medina-Mora, Dra. Martha Ontiveros Uribe y Dr. Enrique Chávez León.***



***Presentación de la ponencia “Improvement of Quality Indicators in three Mexican Psychiatric ED” el 6th National Update of Behavioral Emergencies Conference, organizado por el Sinai Health System y la American Association of Emergency Psychiatry, en las Vegas, NV, el 03 de Diciembre de 2015.***

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Medina-Mora ME et al. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
- 2.- O'Reilly RL, Chamberlaine CH. Criteria for admission to psychiatric units: Have we raised the bar too high? *Canadian Journal of Psychiatry* 2000;45(4):392.
- 3.- Mesnikoff A. Barriers to the delivery of mental health services. The New York City Experience. *Hospital and Community Psychiatry* 1978;29(6):373-8.
- 4.- Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: A narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2011;65(5):405-415.
- 5.- Shepherd CB, Rickard KM. Drive for muscularity and help-seeking: The meditational role of gender role conflict, self stigma and attitudes. *Psychology of men and masculinity* 2012;13:379-392.
- 6.- Caraveo AJ, Colmenares BE, Saldívar HG. Morbilidad Psiquiátrica en la Ciudad de México: Prevalencia y Comorbilidad durante la Vida. *Salud Mental*.1999;22 (Número Especial):62-67.
- 7.- Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2011. [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- 8.- Lara-Muñoz MC, Fouilloux C, Arévalo-Ramírez MC, Santiago-Ventura Y. How may of us are we? Were should we be? The role of the psychiatrist in Mexico. *Salud Mental* 2011;34:515-520.
- 9.- Jiménez-Murillo L et al. Grupo de Trabajo SEMES-Insalud: Calidad en los Servicios de Urgencias: Indicadores de Calidad. *Emergencias* 2001;13:60-65.
- 10.- Luk ESL. Tratamiento de las Urgencias Psiquiátricas en Niños y Adolescentes. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N (Editores). *Tratado de Psiquiatría*. Ars Medica, 2003.
- 11.- Chinchilla A, Correas J, Quintero F, et al. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*; Barcelona, MASSON, 2003.
- 12.- Paradiso S, Rudrauf D. Struggle for life, struggle for love and recognition: The neglected self in social cognitive neuroscience. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2012;14(1):65-75.

- 13.- Kennedy K, Aghababian RV, Gans L, Lewis CP. Triage: Techniques and applications in decision making. *Annals of Emergency Medicine* 1996;28(2):136-144.
- 14.-Lana F, Fernández-San Martín MI, Vinue JM. Variabilidad en la Práctica Médico-Psiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004;32(6):340-345.
- 15.- Mondragón L, Romero M, Borgues G. Ethnography in an emergency room: Evaluating patients with alcohol consumption. *Salud Pública de México* 2008;50(4):308-315.
- 16.- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41:580-586.
- 17.- Sánchez-López J, Bueno-Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005;17:138-144.
- 18.- Göransson KE, De Waern M, Lindmarker P. Patients' pathway to emergency care: Is the emergency department their first choice of care? *European Journal of Emergency Medicine* 2013;20(1):45-50.
- 19.- Molina-Lopez A, López-Pedraza MC, Morales-Gordillo N, Ontiveros-Uribe MP, Fresán-Orellana A. Indicadores de actividad durante cinco años en un servicio de urgencias de atención voluntaria de un hospital psiquiátrico mexicano. *Salud Mental* 2014;37(6):499-508
- 20.- Pham JC, Trueger NS, Hilton J, Khare RK, Smith JP, Berntein SL. Interventions to improve patient-centered care during times of emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine* 2011;18(12):1289-94.
- 21.- Molina-López A, Heinze G, Cortés J. Impacto del Trastorno Depresivo Mayor con Trastornos de la Personalidad en la Utilización de los Servicios del Instituto Nacional de Psiquiatría". Tesis para Obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.
- 22.- Carpenter L, Schechter J, Underwood J. Service expectations and clinical characteristics of patients receiving psychiatric emergency services. *Psychiatric Services* 2005; 56(6):743-745.
- 23.- Geelhoed GC, de Klerk NH. Emergency department overcrowding, mortality and the 4-hour rule in Western Australia. *The Medical Journal of Australia* 2012;196:122-6.
- 24.- Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: Magnitud, associated factors and reasons. An approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine* 2001;37:568-79.

- 25.- Love RA, Murphy JA, Lietz TE, Jordan KS. The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: A quality improvement initiative to improve patient flow. *Advanced Emergency Nursing Journal* 2012;34(1):65-74.
- 26.- Secretaría de Salud y Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Programa de Acción Específico 2007-2012: Medicina de Alta Especialidad, 2008.
- 27.- Secretaría de Salud. Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución (SUMAR) Cuarta Agenda SUMAR, 2011. Disponible en [//es.scribd.com/doc/73040974/4jornada-Sumar-11-PDF-Calidad-Ssa](http://es.scribd.com/doc/73040974/4jornada-Sumar-11-PDF-Calidad-Ssa)
- 28.- Barton GM. The History of Emergency Psychiatry: A Personal Account. In: Glick LR, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller S. *Emergency Psychiatry, Principles and Practice*. Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 2008.
- 29.- Jiménez-Treviño L, Sáiz-Martínez PA, Paredes-Ojanguren B. Epidemiología de los Comportamientos Suicidas. En: Bobes-García J y cols. *Comportamientos Suicidas*. Grupo Ars XXI de Comunicación, 1ª Edición, 2006.
- 30.- Borges G, Knock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara MC et al. The epidemiology of suicide relates in Mexico. *Suicide and Life Threatening Behavior* 2007;37(6):627-640.
- 31.- Walton MA, Cunningham RM, Chermack ST, et al. Correlates of violence history among injured patients in an urban emergency department: gender, substance use and depression. *Journal of Addictive Diseases* 2007;26(3):61-75.
- 32.- Carballo JJ, Oquendo MA, Giner L, Sher L. Alcohol-related problems in adolescents and young adults admitted to psychiatric emergency rooms. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007;61(4):310-311.
- 33.- Wand T, White K. Examining models of mental health service delivery in the emergency department. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007; 41:784-79.
- 34.- Snowden LR, Catalano R, Shumway M. Disproportionate use of psychiatric emergency services by African Americans. *Psychiatric Services* (2009);60(12): 1664-1671.
- 35.- Claassen C, Kashner M, Gillfillán S. Psychiatric emergency services use after implementation of managed care in a public mental health system. *Psychiatric Services* 2005;(56):691-698.
- 36.- Kim JM, Stewart R, Bae KY, Yang SJ, Yoon JS, Jung SW, et al. Physical comorbidity and 12-week treatment outcomes in Korean patients with depressive disorder: The CRESCEND study. *Journal of Psychosomatic Research* 2011;71(5):311-8.

- 37.- Haskins JT, Macfadden W, Turner M, Crivera C, Dirani R, Alphs L, Gersing K. Clinical characteristics and resource utilization of patients with bipolar disorders who have frequent psychiatric interventions. *Journal of Medical Economics* 2010; 13(3):552-8.
- 38.- Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza R, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care: A comparison with routine attenders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2011;199(10):744-9.
- 39.- Browne V, Knott J, Dakis J, Fielding J, Lyle D, Daniel C, Bruce M, Virtue E. Improving the care of mentally ill patients in a tertiary emergency department: Development of a psychiatric assessment and planning unit. *Australasian Psychiatry* 2011;19(4):350-3.
- 40.- Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2006;41:115-221.
- 41.- Van Der Post LFM, Dekker JJM, Jonkers JFJ, Beekman ATF, Mulder CL, De Haan, Mulder WG, et al. Crisis Intervention and acute psychiatry in Amsterdam, 20 years of change: A historical comparison of consultations in 1983 and 2004-2005. *International Journal of Social Psychiatry* 2010;56(4):348-358.
- 42.- Instituto Nacional de Psiquiatría. Base de Datos del Servicio de Atención Psiquiátrica Continua, del 2004 a 2008. Archivo electrónico del Servicio de APC.
- 43.- Hudson CG. The impact of managed care on the psychiatric offset effect. *International Journal of Mental Health* 2008;37(1):32-60.
- 44.- Mulder C, Koopmans G, Lyons J. Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric services* 2005;56(4):452-457.
- 45.- Goldberg K, Norman R, Hoch J et al. Impact of a specialized early intervention service for psychotic disorders on patients characteristics, service use and hospital costs in a defined catchment area. *Can J Psychiatry* 2006;51(14):895-903.
- 46.- Singh R, Kumar R, Battacharya A, Vajifdar H. Preoperative predictors of mortality in adults patients with perforation peritonitis. *Indian Journal of Critical Care Medicine* 2011;15(3):157-63.
- 47.- Serviá L, Badia M, Baeza I, Montserrat N, Justes M, Cabré X, Valdrés P, Trujillano J. Time spent in the emergency department and mortality rates in severely injured patients admitted in the intensive care unit: An observational study. *Journal of Critical Care* 2012;27(1):58-65.



- 48.- Mehlum L, Mork E, Reinholdt NP, Fadum EA, Rossow I. Quality of psychosocial care of suicide attempters at General Hospitals in Norway. A longitudinal nationwide study. *Archives of Suicide Research* 2010;14(2):146-57.
- 49.- Mahal SK, Chee CB, Lee JC, Nguyen T, Woo BK. Improving the quality of suicide risk assessment in the psychiatric emergency setting: Physician documentation of process indicators. *Journal of the American Osteopathic Association* 2009;109(7):354-8.
- 50.- Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. "To afford the speedy wounded assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World Journal of Surgery* 2006;30:1392-1399.
- 51.- Pink N. Triage in the accident and emergency department. *The Australian Nurses' Journal* 1977;6(9):35-6.
- 52.- Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of Accident & Emergency Medicine* 1998;16(3):179-81.
- 53.- Van der Wulp I, Van Baar ME, Schrijvers AJ. Reliability and Validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: Result of a simulation study. *Emergency Medicine Journal* 2008;25(7):431-4.
- 54.- Beveridge R. CAEP issues. The Canadian Triage and Acuity Scale: A new and critical element in health care reform. *Canadian Association of Emergency Physicians. Journal of Emergency Medicine* 1998;16(3):507-11.
- 55.- Grouse AI, Bishop RO, Bannon AM. The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emergency Medicine Journal* 2009;26(7):484-486.
- 56.- Glick, RL, Berlin JS, Fishkin AB, Zeller S. *Emergency Psychiatry, Principles and Practice*. Lippincott Williams and Wilkins; 9-23, 2008.
- 57.- Warner SL. Criteria for involuntary hospitalization of psychiatric patients in a public psychiatric hospital. *Mental Hygiene* 1961;45:122-8.
- 58.- Bengelsdorf H, Levy L, Emerson R, et al. A Crisis Triage Rating Scale: Brief dispositional assessment of patients at risk of hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1984;127(7):424-430.
- 59.- Turner PM, Turner PJ. Validation of the Crisis Triage Rating Scale for psychiatric emergencies. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991;36(9):651-654.
- 60.- Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental Health Triage in Emergency Medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999;33(1):67-9.
- 61.- Stefanizzi G, Raucci V. Il ruolo dell'infermiere nelle situazioni di urgenza-emergenza: ipotesi di Triage Psichiatrico Territoriale (T.P.T.) nel CPS di Monza

dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo Di Monza. Tesi di Laurea in Infermieristica. [www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C05 Psichiatrica/Tesi sul TPT.pdf](http://www.formazioneinemergenzasanitaria.net/C05_Psichiatrica/Tesi_sul_TPT.pdf)

62.- Broadbent M, Creaton A, Moxham L, Dwyer T. Review of triage reform: The case of national consensus on a single triage scale for clients for a mental illness in Australian emergency departments. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19(5-6):712-715.

63.- Flynn G, O'Neill C, Kennedy HG. DUMDRUM-2: Prospective Validation of a structured professional judgment instrument assessing priority for admission from the waiting list for a Forensic Mental Health Hospital. *BMC Research Notes* 2011; 4:230.

64.- O'Dwyer S, Davoren M, Abidin Z, Doyle E, McDonell K, Kennedy HG. The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgment instruments DUNDRUM-3 assessment program completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes* 2011;4:229.

65.- Molina-López A. Urgencias Psiquiátricas. En: Senties-Castellá. *Psiquiatría para Médicos No Psiquiatras*. Editorial Médica Panamericana, 2011.

66.- Molina-Lopez A, Cruz-Islas J, Palma-Cortés M, Guízar-Sánchez DP, Garfias-Rau CY, Ontiveros-Urbe MP, Fresán-Orellana A. Validity and Reliability of a Novel Color Risk Psychiatric Triage in a Mexican psychiatric Emergency Department. Poster presentado en el 5<sup>th</sup> National Update of Behavioral Emergencies. Sinai Health System, Scottsdale AZ, Diciembre 2014.

67.- Molina-López A, Fresán-Orellana A, Cruz-Islas J, et al. Estudio Comparativo de la Clasificación de Severidad de Urgencias Psiquiátricas y las Características de los Usuarios de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría* 2009;25(S-2):48.

68.- Knott JC, Pleban A, Taylor D, Castle D. Management of mental health patients attending Victorian emergency departments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007;41:759-767.

69.- Gómez-Jiménez J, Chanovas Borrás MR, Miró O, Daza-López M, Roqueta-Ejea F, y cols. Triage estructurado en los Servicios de Urgencias. Documento de Posición de la Societat Catalana de Medicina d'Urgències i Emergències. Sociedad Catalana de Urgencias, 2008.

70.- Luaces C y cols. Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Anales de Pediatría de Barcelona* 2004; 60(6):569-80.

71.- Schlaepfer-Pedrazzini Loraine, Infante-Castañeda C. La Medición en Salud: Perspectivas Teóricas y Metodológicas. *Salud Pública de México* 1990;32:141-155.

72.- Liu S, Nie H, Huang W, Liu X, Luo L, Lau WB, Cao Y. Characteristics of patients who leave the emergency department without been seen: The first report in China. *Emergency Medicine Australasia* 2014;26:243-248.

73.- Secretaría de Salud. Cuadernillo para Segundo Nivel de Atención. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud 2 (INDICAS2), 2010.

74.- Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA, Wolinsky FD. The association of longitudinal and interpersonal continuity of care with emergency department use, hospitalization and mortality among medicare beneficiaries. *pLoSOne* 2014;e0115088.

75.- Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomás S. Serveis d'Urgències: Indicators per mesurar els criteris d'la atenció sanitària. Barcelona: Agència d'Avaluació de tecnologia oi recerca mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 2001.

76.- Claassen C, Kashner TM, Kashner TK, Xuan L, Larkin G. Psychiatric emergency "surge capacity" following acts of terrorism and mass violence with high media impact: What is required? *General Hospital Psychiatry* 2011;33(3):287-293.

77.- Strydom A, Romeo R, Perez-Achiaga N, Livingston G, King M, Knapp M, Hassiotis A. Service use and cost of mental health disorder in older adults with intellectual disability. *British Journal of Psychiatry* 2010;196(2):133-8.

78.- Castle D. Development of Clinical Guidelines for the Pharmacological Management of Behavioral Disturbance and Agression in People with Psychosis. *Australasian Psychiatry* 2006;13(3):247-252.

79.- Shadish WR, Cook TD. The reinassence of field experimentation in evaluating interventions. *Annual Review of Psychology* 2009;60:607-629.

80.- Iserson KV. *Ethics in Emergency Medicine*. University of Arizona, 1995.

81.- Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Moreno-López M, Olivia-Robles N, Bustos-Gamiño M, Fregoso-Ito D, Gutiérrez-López ML, Amaor-Buenabad N. El consumo de drogas en México: Resultados de la encuesta nacional de adicciones, 2011. *Salud Mental* 2012;35(6):447-457.

82.- Borges G, Zemore S, Orozco R, Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Maxwell JC, Wallisch L. Co-ocurrence of alcohol, drug use, DSM-5 alcohol use disorder, and symptoms of drug use disorder on both sides of the U.S.-Mexico border. *Alcoholism, clinical and Experimental Research* 2015;39(4):679-87.

83.- Zamudio-Sánchez FJ, Corona-Ambriz, A, Ayala-Carrillo MR. Desarrollo humano y género en la region noroeste de México. *Estudios Sociales, Revista de Investigación Científica* 2012;40:359-390.

- 84.- Reguera-Torres ME, Calvario-Parra JE, Mora-Arellano F. Violencia contra las Mujeres en el Noreste de México: Elementos para su contextualización. *Acta Sociológica* 2014;65:65-95.
- 85.- Martínez-Garza FJ, Lozano-Rendón JC, Rodríguez-Elizondo FA. Cobertura de la violencia y la cultura de la legalidad en los medios fronterizos México-Estados Unidos de Norteamérica. *Anagramas-Universidad de Medellín* 2012;10(21):21-40.
- 86.- Martínez E. Violence, business and identity in the borderlands: Chinese-Mexicans in Mexicali, Mexico. *Cultural Dynamics* 2009;21(1):79-101.
- 87.- Atzema CL, Schull MJ, Kurdyak P, Menezes NM, Wilton AS, Vermeulen MJ, Austin PC. Wait times in the emergency department for patients with mental illness. *Canadian Medical Association Journal* 2012;184(18):e969-e971.
- 88.- Nippak P, Isaac WW, Ikeda-Douglas C, Marion AM, Vandemborek M. Is there a relation between emergency department and inpatient lengths of stay? *Canadian Journal of Rural Medicine* 2014;19(1):12-19.
- 89.- Blake DF, Dissanayake DB, Hay RM, Brown LH. 'Did not waits': A regional Australian emergency department experience. *Emergency Medicine Australasia* 2014;26:145-152.
- 90.- Davies S, Quintner J, Parsons R, Parkintny L, Knight P, Forrester E, Roberts M, Graham C, Visser E, Antill T, Packer T, Schug SA. Preclinic group education sessions reduce waiting times and costs at public pain medicine units. *Pain Medicine* 2011;12(1):59-71.
- 91.- Reuven M. A model of managing violence in acute adult admission wards. *Psychiatric Bulletin* 2014;28(3):137.
- 92.- Miller P, Curtis A, Palmer D, Busija J, Indall J, Droste N, Gillham K, Coomber K, Wiggers J. Changes in injury-related hospital emergency department presentations associated with the imposition of regulatory versus voluntary licensing conditions on licensed venues in two cities. *Drug and alcohol review* 2014;33:314-322.
- 93.- Simon GE. Family focused psychoeducational therapy decreases relapse and rehospitalisation in people with a manic episode and bipolar disorder. *Evidence Based Mental Health* 2003;6(4):114.
- 94.- Brooker C, Ricketts T, Bennet S, Lemme F. Admission decisions following contact with an emergency mental health assessment and intervention service. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(7):1313-1322.
- 95.- Frueh BC, Grubaugh AL, Lo-Sasso AT, Jones WJ, Oldham JM, Lindrooth RC. Key stakeholder regarding acute care psychiatry in distressed publicly

funded mental health care markets. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2012;76(1):1-2.

96.- Gómez de Regil L. Illness curse and quality of life in mexican patients with psychosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2014;9(1):99-112.

97.- Pailhez G, Majó A, Córcoles D, Ginés JM, Arcega JM, Castaño J, Merino A, Bulberna A, Pérez V. Observación, Farmacoterapia y derivación al alta de los pacientes con trastornos de ansiedad en urgencias de psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2015;43(1):8-15.

98.- Westphal M, Bingisser MB, Feng T, Wall M, Blakley E, Bingisser R, Kleim B. Protective benefits of mindfulness in emergency room personel. *Journal of Affective Disorders* 2015;175:79-85.

99.- Low LL, Vasanwala FF, Ng LB, Chen C, Lee KH, Yun Tan S. Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: A quasi-experimental study. *BMC Health Services Research* 2015;15:s12913.

100.- Zgierska A, Rabago D, Miller MM. Impact of patient satisfaction rating on physicionas and clinical care. *Patient preference and adherence* 2014;8:437-46

101.- Ward D, Potter J, Ingham J, Percival F, Bell D. Acute medical care. The right person, in the right setting—first time: how does practice match the report recommendation? *Clinical Medicine* 2009;9(6):553-6.

102.- Gobierno de Veracruz, H. Ayuntamiento de Xalapa. Ubicación de Centros Médicos en Xalapa. Disponible en: [www.catalogo.datos.gob.mx/dataset/unidades-medicas-y-servicios-de-salud-en-xalapa/resource/574481bf-5c67-43d5-a020-bc856550a48f](http://www.catalogo.datos.gob.mx/dataset/unidades-medicas-y-servicios-de-salud-en-xalapa/resource/574481bf-5c67-43d5-a020-bc856550a48f).

103.- Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Disponible en: [www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS .pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS.pdf)

104.- Trasher JF, Sargent JD, Vargas R, Braun S, Barrientos-Gutiérrez T, Sevigny EL, Billings DL, Arillo-Santillan E, Navarro A, Hardin J. Are movies with tobacco, alcohol, drugs, sex and violence rated for youth? A comparison of rating systems in Argentina, Brazil, Mexico, and the United States. *International Journal of Drug Policy* 2014;25(2):26—275.

105.- Espinal-Enriquez J, Larralde H. Analysis of Mexico's Narco-War Network (2007-2011). *PloS One* 2015;10(5):e0126503.

106.- Wargon M, Guidet B, Hoang TD, Hegblum G. A systematic review of models for forecasting the number of emergency department visits. *Emergency Medicine journal* 2009;26(6):395-9.

- 107.- Crawford K, Morphet J, Jones T, Innes K, Griffiths D, Williams A. Initiatives to reduce overcrowding and Access block in Australian emergency departments: A literature review. *Collegian* 2014;21(4):359-66.
- 108.- Lin CH, Kao CY, Huang CY. Managing emergency department overcrowding via ambulance diversion: a discrete event simulation model. *Journal of the Formosan Medical Association* 2015;114(1):64-71.
- 109.- Khanna S, Boyle J, Good N, Lind J. Unravelling relationships: Hospital occupancy levels, discharge timing and emergency department access block. *Emergency Medicine Australasian* 2012;24(5):510-7.
- 110.- Paul JA, Lin L. Models for improving patient throughput and waiting at hospital emergency departments. *Journal of Emergency Medicine* 2012;43(6):1119-26.
- 111.- Vertesi L. Does the Canadian emergency department triage and acuity scale identify non-urgent patients who can be triaged away from the emergency department? *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2004;6(5):337-42.
- 112.- Hwang JI, Chang H. Understanding non-emergency patients admitted to hospital through the emergency department for efficient ED functions. *Journal of Emergency Nursing* 2010;36(3):196-202.
- 113.- Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. *The Nursing Clinics of North America* 2014;49(3):371-81.
- 114.- World Psychiatric Association. XVI World Congress of Psychiatry. Regular Symposium SY511: Emergency Psychiatry in Mexico: Taking a Social and Clinical Challenge (Pp: 178); Madrid, Spain, September 14-18, 2014: Disponible en: [www.wpamadrid2014.com/wp-content/uploads/2014/09/WPA\\_Prog\\_Madrid\\_2014\\_FP.pdf](http://www.wpamadrid2014.com/wp-content/uploads/2014/09/WPA_Prog_Madrid_2014_FP.pdf)
- 115.- Lazarevik V, Kasapinov B. Predictors of Patients' satisfaction with health care services in three Balkan countries (Macedonia, Bulgaria and Serbia): A cross country survey. *Acta Informatica Medica* 2015;23(1):53-6.
- 116.- Pranjic N, Males-Bilic L. Work ability index, absenteeism and depression in patients with burnout syndrome. *Materia Socio-Medica* 2014;26(4):249-52.
- 117.- Beadles CA, Ellis AR, Lichstein JC, Farley JF, Jackson CT, Morrissey JP, Domino ME. First outpatient follow-up after psychiatric hospitalization: Does one size fit all? *Psychiatric Services* 2015;66(4):364-372.
- 118.- Wharff EA, Ginnis KB, Ross AM, Blood EA. Predictors of psychiatric boarding in the pediatric emergency department: Implications for emergency care. *Pediatric Emergency Care* 2011;27(6):483-9.

119.- Ring R, McCarthy ML, Desmond JS, Lee JS, Aronsky D, Zeger SL. Characterizing waiting room time, treatment time and boarding time in the emergency department using quantile regression. *Academic Emergency Medicine* 2010;17(8):813-23.

120.- Guinzburg K, Solomon Z. Does one size fit all? The challenges of establishing a coordinated center for research of post-disaster needs assessment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008;17(S2):S36-S41.

121.- Kelleher E, Plunkett PK, O'Dwyer AM, Cooney J. Emergency medicine trainees' confidence in psychiatric assessment. *Journal of Consultation and Liaison Psychiatry* 2014;55(4):415-417.

122.- Crawford G, Burns SK, Chih HJ, Hunt K, Tilley PJM, Hallett J, Coleman K, Smith S. Mental aid first aid training for nursing students: A protocol for a pragmatic randomised controlled trial in a large university. *BMC Psychiatry* 2015;15:26:s2888-015-0403-3.

123.- Voss S, Benjer J, Black S, Cheston R, Cullum S, Purdy S, Iliffe S. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2015;30(5):549-550.

124.- Bearss K, Johnson C, Smith T, Lecavalier L, Swiezy N, Aman M, McAdam DB, Butter E, Stillitano C, Minshawi N, Sukhodolsky DG, Mruzek DW, Turner K, Neal T, Hallett V, Mullick JA, Green B, Handen B, Deng Y, Dziura J, Scahill L. *JAMA* 2015;313(15):1524-1533.

125.- Ganguly S, Lawrence S, Prather M. Emergency department staff planning to improve patient care and reduce costs. *Decision Sciences* 2014;45(1):115-45.

126.- Thomson AB, Cross S, Key S, Jaye P, Iversen AC. How we developed an emergency psychiatry training course for new residents using principles of high-fidelity simulation. *Medical Teacher* 2013;35(10):797-800.

127.- Beletsky L, Martinez G, Gaines T, Nguyen L, Lozada R, Rangel G, Vera A, McCauley HL, Sorensen A, Strathdee SA. Mexico's northern border conflict: collateral damage to health and human rights of vulnerable groups. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012;31(5):403-410.

128.- Crouse HL, Valdés H, Torres F, Ishigami EM, Walsh MT, Soto MA, Torrey SB. Quality and Efectiveness of a Pediatric Triage Training program in a Guatemala Public Hospital. *Pediatric Emergency Care* 2015; epub ahead of print.

129.- Prieto-Miranda SE, Valepeña-Ramírez MP, Mora-Sota M, Jiménez-Bernardino CA. Medicina defensiva en un hospital general regional. *Medicina Interna de México* 2013;29(1):32.38.

130.- Buchanan JL, Murkofsky RL, O'Malley AJ, Karon SL, Zimmerman D, Caudry DJ, Marcantonip ER. Nursing home capabilities and decisions to

hospitalize: A survey of medical directors and directors of nursing. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54:458-465.

131.- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior* 1981;2:99-113.

132.- Hanrahan NP, Aiken LH, McClaine L, Hanlon AL. Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing* 2010;31(3):198-207.

133.- Dennis NM, Swartz MS. Emergency psychiatry experience, resident burnout, and future plans to treat publicly funded patients. *Psychiatric Services* 2015;66(8):892-895.

134.- Martin A, Douglas L. Psychiatric inpatient, outpatient, and medication utilization and costs among privately insured youths, 1997-2000. *American Journal of Psychiatry* 2003;160(4):757-764.

135.- Goldstein EG. When mildage therapists treat mildage patients: Challenges to empathic attunement. *Psychoanalytic Social Work* 2007;14(2):2-14.

136.- Tejedor MJ, Etxcabe MP, Aguirre Jaime A. Patología psiquiátrica de urgencias, comportamiento del enfermo mental y fases de la luna: ¿una asociación real o imaginaria? *Actas Españolas de Psiquiatría* 2010;38(1):50-56.

137.- McNiel DE, Gormley B, Binder RL. Leverage, the treatment relationship, and treatment participation. *Psychiatric Services* 2013;64(5):431-6.

138.- Wu FM, Newman JM, Lasher A, Brody AA. Effects of initiating palliative care consultation in the emergency department of inpatient length of stay. *Journal of Palliative Medicine* 2013;16(11):1362-7.

139.- Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: Resultados del Sistema de vigilancia epidemiológica para las adicciones, 1994-2006. *Salud Pública de México* 2009;51(4):306-313.

140.- Rubio-Valera M, Luciano JV, Ortiz JM, Salvador-Carulla L, García A, Serrano-Blanco A. Health service use and costs associated with aggressiveness or agitation and containment in adult psychiatric care: A systematic review of the evidence. *BMC Psychiatry* 2015;15(35):s12888-015-0417-X.

141.- Downey LV, Zun LS, Burke T. Comparison of Canadian Triage and Acuity Scale to Australian Emergency Mental health Triage Scale system for psychiatric patients. *International Emergency Nursing* 2015;23(2):138-43.

142.- Wang H, Robinson RD, Garret JS, Bunch K, Huggins CA, Watson K, Daniels J, Banks B, D'Ettiene JP, Zenarosa NR. Use of the SONET score to evaluate high volume emergency department overcrowding: A prospective



derivation and validation study. *Emergency Medicine International* 2015;e401757:1-7.

143.- Chan SS, Cheung NK, Graham CA, Rainer TH. Strategies and solutions to alleviate Access block and overcrowding in Emergency departments Hong Kong Medical Journal 2015;Epub144399. Full pdf at [www.hkmj.org/system/files/hkmj144399.pdf](http://www.hkmj.org/system/files/hkmj144399.pdf)

144.- Patel PB, Combs MA, Vinson DR. Reduction of wait times: The effect of a leadership-based program. *Academic Emergency Medicine* 2014;21(3):266-273.

145.- Derosé SF, Gabayan GZ, Chiu VY, Yiu SC, Sun BC. Emergency department crowding predicts admission length-of-stay but not mortality in a large health system. *Medical Care* 2014;52(7):602-11.

146.- Jo S, Jin YH, Lee JB, Jeong T, Yoon J, Park B. Emergency department occupancy ratio is associated with increased early mortality. *Journal of Emergency Medicine* 2014;46(2):241-9.

147.- Frieri T, Montemagni C, Rocca C, Rocca P, Villari V. Clinical outcome and length of stay in an Italian psychiatric Emergency service. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2013;48:1013-1020.

148.- Betz ME, Miller M, Barber C, Miller I, Sullivan AF, Camargo Jr CA, Bodreaux ED. Lethal means restriction for suicide prevention: Beliefs and behaviors of emergency department providers. *Depression and Anxiety* 2013;30:1013-1020.

149.- De Carlo Santiago C, Kaltman S, Miranda J. Poverty and mental health: How do low-income adults and children fare in psychotherapy? *Journal of Clinical Psychology: In Session* 2013;69(2):115-126.

150.- Passmore K, Leung W-C. defensive practice among psychiatrists: A questionnaire survey. *Postgraduate Medical Journal* 2002;78:671-673.

151.- Alfandre DJ. Do all physicians need to recognize countertransference?. *American Journal of Bioethics* 2009;9(10):38-39.

152.- Robles-Elías FJ, Peña-Nina D, Díaz-Barriga E, Robles-Morales R. ¿despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: *Medicina y Derecho. Ginecología y Obstetricia de México* 2014;82:828-838.

153.- Czyz EK, Bonhert ASB, Cheryl AK, Price AM, Kleinberg F, Ilgen MA. Self-efficacy to avoid suicidal action: structure and convergent validity among adults in substance use disorder treatment. *Suicide and Life threatening Behavior* 2014;44(6):698-709.

154.- Bulbena A, Sperry L, García Ribera C, Merino A, Mateu G, Torrens M, San Gil J, Cunillera J. Impacto de la ola de calor del verano 2003 en la actividad de dos servicios de urgencias psiquiátricas. *Actas Españolas de psiquiatría* 2009;37(3):158-165.

155.- Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, Anderson EL. Medical evaluation and triage of the agitated patient: Consensus statement of the american association of emergency psychiatry project beta medical evaluation workout. *Western Journal of Emergency Medicine* 2012;13(1):3-10.

156.- Paris J. Why patients wit severe personality disorders are overmedicated. *Journal of Clinical Psychiatry* 2015;76(4):e521.

157.- Cohen EL, Wilkin HA, Tannebaum M, Plew MS, Haley LL. When patients are inpatient: The communication strategies utilized by Emergency department employees to manage patients frustrated by waiting times. *Health Communication* 2013;28:275-285.

158.- Watson JC, Steckley PL, McMullen EJ. The role of empathy in promoting change. *Psychotherapy Research* 2014;24(3):286-298.

159.- Kleim B, Bingisser MB, Westphal M, Bingisser R. Forzen Moments: Flashnack memories of critical incidents in emergency personnel. *Brain and Behavior* 2015;5(7):e000425.

160.- Ferreira NN, de Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the State of Sao Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2015;18(1):68-79.

161.- Gagalhães E, Oliveira AC, Govêia CS, Ladeira LC, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalence of burnut síndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2015;65(2):104-10.

162.- Eagles JM. Consultant psychiatrists' working patterns. *Psychiatric Bulletin* 2005;29(2):71.

163.- Zun, LS. An issue of equity of care: Psychiatric patients must be treated "on par" with medical patients. *American Journal of Psychiatry* 2014;171(7):716-9.