

Factores asociados a la policonsulta de los pacientes con enfermedad mental que asisten al servicio de urgencias de una institución prestadora de servicios de salud, 2014-2015.



Propuesta gerencial que impacte en la saturación de los servicios de urgencias debido a la policonsulta de pacientes con enfermedad mental.

Elaborado por:
Katherine del Carmen Caballero González
Ana Milena Mesa Guerra

Asesor:
Sebastián Bedoya Mejía

Universidad CES
Facultad de Medicina
Especialización en Gerencia de IPS
Medellín
2022

PROPUESTA GERENCIAL**Tabla de contenido**

Lista de Tablas	4
Lista de Figuras	4
Abreviaturas	5
Resumen	6
Introducción	7
1 Formulación del problema	8
1.1- Planteamiento del problema	8
1.1 Justificación	10
1.2 Pregunta de Investigación	11
2 Marco Teórico	12
2.1 Antecedentes	12
2.1.1 Internacionales	12
2.1.2 Nacional y local	14
2.2 Marco Conceptual	15
2.2.1 Salud Mental	15
2.2.2 Modelo en la Prestación de Servicios de Salud	17
2.2.3 Servicio de urgencias	18
2.2.4 Urgencias Psiquiátricas	19
2.2.5 Saturación de los Servicios de Urgencias	20
2.2.6 Policonsulta de los Pacientes con Enfermedad Mental	21
2.2.7 Definiciones generales	22
2.3 Normatividad	24
3 Objetivos	28
3.1 Objetivo General	28
3.2 Objetivos Específicos	28
4 Diseño Metodológico	29
4.1 Enfoque Metodológico	29
4.2 Tipo de Estudio	29
4.3 Población y Muestra	29
4.3.1 Criterios de inclusión	29
4.3.2 Criterios de exclusión	30
4.4 Técnicas de Recolección	30
4.4.1 Fuentes de información	30
4.4.2 Instrumento de recolección	30
4.4.3 Proceso de obtención de la información	30
4.4.4 Prueba Piloto	30
4.5 Descripción de Variables	31
4.6 Control de Sesgos	34
4.7 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	35
4.7.1 Plan de análisis	35
5 Plan de Divulgación de Resultados	37
6 Consideraciones Éticas	38
7 Resultados	39
7.1 Caracterización sociodemográfica clínica y de disposición	39

PROPUESTA GERENCIAL

7.2	Prevalencia de pacientes policonsultantes	43
7.3	Adherencia de los pacientes policonsultantes	44
7.4	Factores asociados de los pacientes policonsultantes	45
7.5	Propuesta Gerencial	48
7.5.1	Matriz FODA	48
7.5.2	Desarrollo de las estrategias	50
7.5.3	Priorización de la atención para la alta demanda en el servicio de urgencias.	50
7.5.4	Implementación de un sistema de apoyo integral.	51
7.5.5	Revisión de guía de perfil clínico de los pacientes.	52
7.5.6	Agilidad en la atención de los pacientes para la reducción en saturación del servicio de urgencias.	53
8	Discusión	54
9	Conclusiones	56
10	Agradecimientos	57
11	Bibliografía	58
12	Anexos	62
12.1	Anexo 1. Formulario de aplicación	62
12.2	Anexo 2. Códigos diagnósticos según cie 10 para recolección de muestra.	63

PROPUESTA GERENCIAL**Lista de Tablas**

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	31
Tabla 2. Fuente de sesgo y mecanismos de control.	34
Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad mental.	39
Tabla 4. Motivos de consultas en pacientes con enfermedad mental.	40
Tabla 5. Paraclínicos solicitados en la atención del paciente con enfermedad mental.	41
Tabla 6. Tiempo de estancia en el servicio de urgencias de los pacientes con enfermedad mental	42
Tabla 8. Adherencia de los pacientes con enfermedad mental según características demográficas, clínicas y de disposición.	45
Tabla 9. Análisis multivariado de paciente con policonsulta con enfermedad mental ...	46
Tabla 10. Matriz FODA.....	48

Lista de Figuras

Gráfico 1. Estrategia de intervención de pacientes policonsultantes	13
Gráfico 2 Modelo de espectro continuum.....	17
Gráfico 3. Modelo conceptual de congestión de urgencias	21
Gráfico 4. Distribución porcentual de los pacientes con antecedentes de enfermedad mental	40
Gráfico 5. Distribución porcentual del tiempo de estancia.....	42
Gráfico 6. Disposición de los pacientes con enfermedad mental, después de la atención en el servicio de urgencias.....	42
Gráfico 7. Prevalencia de pacientes policonsultantes con síntomas de enfermedad mental.	43
Gráfico 8. Adherencia al tratamiento y causas de no adherencia.	44

PROPUESTA GERENCIAL**Abreviaturas**

ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral

EPS: Entidad Promotora de salud

EPS-S: Entidad Promotora de salud del Subsidiado

EKG: electrocardiograma

IPS: Institución prestadora de salud

TAB: Trastorno afectivo bipolar

TOC: trastorno obsesivo compulsivo

TSH: Hormona estimulante de la tiroides

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SNC: Sistema Nervioso Central

Resumen

Introducción: La prevalencia de los pacientes con enfermedad mental en el escenario clínico es alta, particularmente en los servicios de urgencias. Dentro de la atención de la salud se encuentran pacientes que demandan recurrentemente de los servicios de urgencias en búsqueda de una atención, estos pacientes se conocen como policonsultantes o consultadores frecuentes; no hay consenso internacional en lo que se entiende por policonsulta, desde hace varios años se viene intentado realizar una definición donde definen la policonsulta como cuatro o más consultas dentro de un periodo de 12 meses o más de tres visitas en 2 meses dentro de un año de observación y en otras fuentes lo definen como más de 7 consultas al año. **Objetivo** Explicar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la policonsulta en los pacientes con enfermedad mental que asisten al servicio de urgencia de una IPS durante el periodo 2014 - 2015.y propuesta gerencial que impacten en la atención de esta población.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, realizado en urgencias de pacientes de una IPS de la ciudad de Medellín. **Resultados:** en el periodo de estudio se encontró que 864 paciente consultaron en los servicios de urgencias y 146 cumplieron con la definición de policonsulta. Los pacientes fueron predominantemente mujeres (67,81), 76% en edad productiva, 48% de estrato medio, 67,12% se encontraban sin pareja. Como antecedentes se presenta TAB 45,9%, depresión 36,3% y ansiedad 21,2%. El motivo de consulta más común fueron síntomas depresivos 49,3%, ansiosos 26,7%, alucinaciones e intento suicida 24,7%. Se solicitaron paraclínicos en más del 80% el más solicitado fue el hemograma. El promedio de estancia fue de 10 horas y la mayoría de los pacientes requirieron evaluación por psiquiatría ambulatoria u hospitalaria. Los pacientes policonsultantes por enfermedad mental fue de 69,2% y se asociaron a esto factores como género femenino, la edad entre 38 a 59 años y antecedentes de ansiedad. **Conclusión:** Es importante conocer el perfil social y clínicos de los pacientes para implementar estrategias como manejo multidisciplinario y óptimo para impactar en los tiempos y sobreocupación de los servicios de urgencias.

Palabras claves: salud mental, desórdenes mentales, policonsulta, consultador frecuente, servicio de emergencias.

PROPUESTA GERENCIAL

Introducción

Las enfermedades mentales se consideran trastornos de alta prevalencia en todo el mundo, debido a esto, se presentan como un reto, no solo para los médicos, o los pacientes, sino para la sociedad debido a sus altos costos y a la discapacidad que genera. El aumento de estos trastornos mentales y las atenciones en el servicio de urgencias cada día toma un gran interés debido al aumento en la prevalencia, la morbilidad y de los costos al sistema de salud (1).

Algunos pacientes y en especial aquellos con enfermedad mental, representan un volumen desproporcionado en la actividad del servicio de urgencias debido a las frecuentes visitas, problema agravado por la poca resolutivez de los médicos al no contar con bases sólidas desde su formación y además en la falta de redes de atención, factores que contribuyen al fenómeno de sobresaturación del servicio. Por su parte, la congestión en los servicios de urgencias se ha convertido en un problema de salud pública debido a que largos periodos de estancia llevan alto grado de estrés al paciente y sus familiares, mayor riesgo de eventos adversos, altos costos para el sistema y niveles más bajos de satisfacción. Estos problemas parecen ser más significativos en pacientes con problemas de salud mental porque el tiempo de estancia comúnmente sobrepasa las 8 horas y no pocas veces varios días (2).

Por consiguiente, el presente estudio tiene como objetivo establecer los factores asociados en los pacientes policonsultantes con enfermedad mental que acuden a los servicios de urgencias, permitiéndonos hacer un diagnóstico como parte de la saturación de estos servicios y así desarrollar intervenciones e implementación de un programa de salud mental dentro de la IPS que impacten en la descongestión y la calidad en la atención.

Se pretende con los resultados del estudio, resaltar la importancia de conocer el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes con enfermedad mental y las posibles causas que los llevan a visitas frecuentes a urgencias, contribuyendo a brindar soluciones a un problema actual y muy preocupante como lo es la sobreocupación del servicio. Por lo anterior, se deben de implementar estrategias que ayuden a gestionar en las diferentes etapas de flujo de pacientes impactando no solo en las consultas frecuentes al servicio de urgencias, sino en la resolutivez en el proceso de atención de esta población. (3,4)

PROPUESTA GERENCIAL

1 Formulación del problema

1.1- Planteamiento del problema

Son frecuentes los trastornos psiquiátricos y conductuales, estimándose que más del 25% de la población sufre de estos en algún momento de su vida y afectan aproximadamente al 10% de la población adulta. Además, representan un alto impacto económico a nivel social y personal, y al mismo tiempo, afecta la calidad de vida de los individuos que la padecen y de sus familias. (5) Ahora bien, se debe señalar que en los últimos años se ha presentado un aumento en el número de pacientes que consultan a los servicios de urgencias de baja complejidad de atención por múltiples causas, siendo las de origen orgánico uno de los principales. (2)

Sin embargo, entre los problemas de salud que requieren atención, se destacan las emergencias psiquiátricas, las cuales influyen en los colapsos y retrasos en la atención de pacientes en los servicios de urgencias, que son debido a las demoras y retrasos para obtener una cita por consulta externa, o bien por la creencia de fácil accesibilidad debido a la continuidad de la prestación del servicio por 24 horas, entre otras causas, generando una gran inconformidad en la prestación del servicio por parte de los afiliados (5,6). Ahora bien, otro factor que influyen en la poca efectividad de la prestación del servicio son la mala información brindada al paciente y a su familia desde la consulta externa para el direccionamiento a un especialista. De esta manera, se genera la expectativa en el paciente, que su descompensación aguda puede ser resuelta en este servicio, debido a que es difícil la consecución de una cita de control ambulatoria, que lleva a la falta de continuidad con los tratamientos, asociados a la incapacidad del paciente para manejar los síntomas de su enfermedad (7).

Por su parte, se debe agregar que la ciudad de Medellín cuenta con una red limitada de entidades especializadas en la atención de pacientes psiquiátricos, las cuales se encuentran funcionando con altos volúmenes de usuarios, lo que retrasa las valoraciones de pacientes que se encuentran en los servicios de hospitales donde no se cuentan con el servicio de psiquiatría. Además, el aumento considerable de la demanda en servicios de salud en los últimos años, la falta de capacidad instalada de los centros que se encuentran en la ciudad y/o de nuevos centros, permite evidenciar el incremento de los tiempos de estancia y la acumulación de los pacientes en los servicios de urgencias, generando un incremento en los eventos adversos derivados de la atención, por no contar con las medidas suficientes para el manejo adecuado de estos pacientes. (6)

Los visitantes frecuentes o policonsultantes constituyen un pequeño subgrupo, pero no despreciable, que llegan en búsqueda de atención a los servicios de urgencias, siendo responsables de un número desproporcionado de visitas, traducándose en consumo considerables de recurso. Sus necesidades frecuentemente no son satisfechas lo que lleva a aumentar más el uso del servicio.(8)

Debido a esta serie de circunstancias, con el presente estudio, se busca establecer los factores asociados en la policonsulta de pacientes psiquiátricos que consultan en una

PROPUESTA GERENCIAL

institución prestadora de servicios de salud, en la ciudad de Medellín; para poder obtener resultados que impacten en una mejor prestación del servicio, y así dar cumplimiento a las reglamentaciones dadas por el Estado Colombiano. Pretendiendo ayudar a disminuir los eventos adversos, la poca satisfacción tanto de los pacientes, su familia y al personal de salud y los altos costos, al realizar una propuesta gerencial para reorientar el servicio hacia estos pacientes. (3)

PROPUESTA GERENCIAL

1.1 Justificación

Es claro que a nivel mundial el tema de la salud es un punto álgido tanto por la parte económica como la parte de humanización, que los pacientes reclaman. Los recursos parecen no alcanzar en los diferentes modelos de salud del mundo, y no se logra abarcar las necesidades para la atención de la población. (2) Los pacientes policonsultantes, agravan esta situación, porque se genera un uso indiscriminado de los servicios de salud, causando una acumulación en el servicio de urgencias que hacen que la atención sea más demorada y que la solución a su queja sea poco accesible.(9)

Es así que los pacientes con enfermedades mentales representan un significativo número de usuarios que utilizan los servicios de urgencias, encontrándose con profesionales que recibieron poco entrenamiento de parte de sus sitios de formación, haciendo del proceso de atención una tarea difícil por la poca resolutivez o no brindando el tratamiento oportuno y veraz. Por lo anterior, se necesitan que se desarrollen competencias para determinar y enfocar adecuadamente las quejas de los pacientes, determinando la necesidad de consulta especializada o de hospitalización y evitando las largas esperas en el servicio, empeorando la situación de saturación de estos lugares. (10)

Además, las enfermedades psiquiátricas no solo afectan la salud de quienes lo padecen, sino presentan además grandes repercusiones en el ámbito social, económico y familiar, y no es ajeno, que encontremos efectos nocivos para las entidades de salud, tanto en el consumo de recursos como en la prestación de servicios de baja calidad. (1,11). Por su parte, dentro de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias, observamos que las patologías asociadas a los trastornos mentales; hacen parte de un número importante de casos; debido a su prevalencia, su naturaleza crónica y su relación con una mayor morbilidad y mortalidad. Por su parte, estos pacientes policonsultantes en el servicio de urgencias, con múltiples hospitalizaciones nos evidencian las fallas en la adherencia a los tratamientos, poco control y desconocimiento acerca de su sintomatología, y falta de protocolos en el manejo hospitalario que conllevan a un continuo ingreso al servicio de urgencias, y a la espera de nuevas interconsultas innecesarias por la especialidad requerida de psiquiatría. (12)

El problema es agravado por la falta de centros especializados en salud mental, en estudios realizados en 243 servicios de urgencias de California se encontró que solo el 51% tiene especialistas en cuidado mental y el 40% de los centros tiene dificultades para la remisión de los pacientes a instituciones psiquiátricas, mostrando que cerca de un 23% de los pacientes con ideación suicida se les dio salida del servicio sin una evaluación por especialista. (13) Nuestro medio no es ajeno a esta situación, se evidencia que en la actualidad no hay una articulación entre los prestadores de la baja complejidad y las entidades especializadas, por la escasez de citas para iniciar un manejo con un grupo interdisciplinario y/o la revisión de los pacientes que venían previamente manejados; lo que hace que el paciente sienta que su manejo psicoterapéutico queda a la deriva, y se motiva directamente a utilizar los servicios de urgencias, donde acude a obtener un beneficio como lo es la prestación inmediata y la remisión que en la mayoría de las

PROPUESTA GERENCIAL

situaciones no es pertinente, pero que termina impactando directamente en el aumento de los costos para las entidades de salud y generando congestión por la no rotación de camas en el servicio de urgencias. (6)

Debido a la situación antes descrita, se requiere realizar investigaciones como la que se propone, para poder tomar medidas desde la identificación de pacientes sin criterios de emergencia psiquiátrica, fortalecimiento de centros de consulta y hospitalización, además, capacitación continua del personal de urgencias para el manejo de estos pacientes. (10)

1.2 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los factores asociados a la policonsulta en pacientes con enfermedad mental que asisten al servicio de urgencias de una IPS dentro del periodo 2014 - 2015?

2 Marco Teórico

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

Dentro de la atención de la salud se encuentran pacientes que demandan recurrentemente en los servicios de urgencias en búsqueda de una atención, estos pacientes se conocen como policonsultantes o consultadores frecuentes, haciendo no solamente mal uso de los recursos, si no tratando de buscar una solución a sus necesidades, reflejando las falencias asistenciales que el equipo de salud no logra solventar. Lo anterior se ve agravado por la presencia de síntomas crónicos que aumentan esta mala percepción. Variados autores han reportados dicho fenómeno, pero no existe una definición globalmente aceptada de pacientes policonsultantes (9). No hay consenso internacional en lo que se entiende por policonsulta, desde hace varios años viene intentado realizar una definición, pero por lo heterogéneo en los artículos no se ha llegado aún a una conclusión. A nivel latinoamericano, en el estudio realizado por Muñoz y colaboradores, se define el policonsultante como aquella persona que asiste siete o más consultas al año, describiendo que la asistencia a los servicios de salud de estos pacientes, se deben a la búsqueda de una solución a su queja y por lo general es por iniciativa propia (9,14). Igualmente, en Chile y otros estudios latinoamericanos los registran con la misma cantidad de consultas. Expresando que el fenómeno atenta contra el uso eficiente de recursos, aumento de tiempos de espera y dificulta el acceso a personas que lo necesitan con mayor prioridad (9,15).

En otros estudios internacionales, como por ejemplo el realizado por Grace Chang y colaboradores, la definen como cuatro más consultas dentro de un periodo de 12 meses o más de tres visitas en 2 meses (9). García y Castro, hacen referencia a los niños y a los adolescentes que asisten a policonsultas de servicios de salud pediátricos con trastornos que conllevan a la somatización de algunos síntomas, y expone como producen una sobrecarga asistencial que afecta negativamente tanto al servicio de salud como al paciente al exponerse a diversas revisiones, repetición de exámenes, seguimientos, que lleva al compromiso de su calidad de vida, teniendo relación con la salud mental (16).

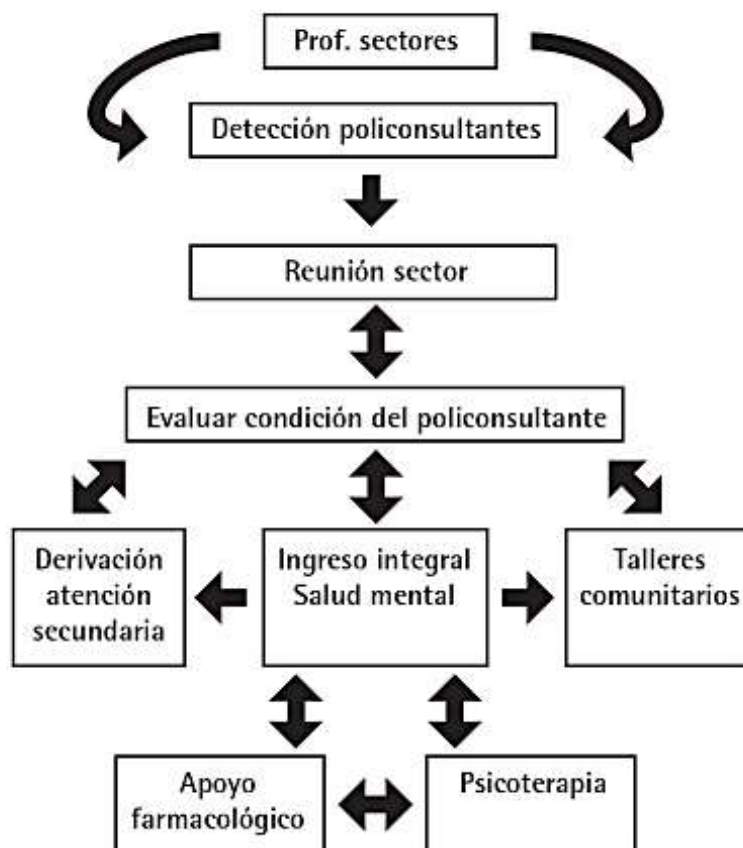
Así mismo, la repetición de consultas se convierte en un dilema para estructurar debidamente el diagnóstico, así como también de la selección del tratamiento apropiado tomando en cuenta que los síntomas en general están fuertemente ligados a algunos factores emocionales y vinculares. Requieren, por lo tanto, de un diagnóstico integral, participando profesionales de enlace con salud mental, que permitan visualizar situaciones que pueden estar predisponiendo o manteniendo la enfermedad. Es importante evaluar de forma integral a los pacientes policonsultantes, para detectar de conducta y clasificar a los pacientes según sus características y necesidades (16).

Ballas et al, presentaron la policonsulta como un desafío al que se enfrentan los sistemas de salud modernos generando preocupación en los médicos, además, exponen que tiene

PROPUESTA GERENCIAL

estrecha relación con los problemas asociados a la salud mental, como es el caso de la depresión. Se plantean, un cambio innovador, como estrategia de intervención de los usuarios polisintomático, con esto es posible establecer un modelo de atención centrado en el paciente donde se deben conocer los aspectos fundamentales de estos, tales como, la biografía, el contexto social, el contexto personal. (Gráfico 1) (15)

Gráfico 1. Estrategia de intervención de pacientes policonsultantes



Tomado de Revista de Psiquiatría y Salud Mental(15)

En Costa Rica se estimó que el 20.8% del presupuesto total anual de salud lo utiliza la policonsulta de los centros de atención pública ambulatoria. En ese país se ha planteado derivar a grupos de apoyo a los pacientes que en su cuarta consulta anual estén evidenciando un “trastorno psicosocial”, o cuando estén consultando por séptima vez de causa orgánica. (15,17).

Hiriarte y Saffie, estimaron que en Chile la policonsulta se presenta entre 10 al 30% del total de consultas y exponen una serie de reflexiones producto de un estudio exploratorio y cualitativo, donde la alta tasa de pacientes policonsultantes debe ser un síntoma de que algo no funciona en el sistema sanitario, y concluyen que existe un desencuentro entre la demanda del paciente y el saber de los profesionales, el cual deja en evidencia la falta de claves de la medicina biológica para interpretar este tipo de quejas. Lo que resulta más relevante es que dichas consultas aparecen como injustificadas ante los

PROPUESTA GERENCIAL

prestadores del servicio, con la presencia de múltiples síntomas que en ocasiones no se logran encasillar en “enfermedades” y donde la enfermedad mental juega un papel importante (depresiones enmascaradas, trastornos somatomorfos, entre otros). Los policonsultantes reciben del sistema la descalificación de sus molestias y un menosprecio a su queja, agravando el problema, con pacientes que muestran cierta resistencia e inadecuación a protocolos de tratamiento. (18)

2.1.2 Nacional y local

No se cuentan con datos locales acerca del problema de la Policonsulta en nuestro medio, pero según datos de Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, en el 2011 se presentaron cerca de 8 millones de consultas a los servicios de urgencias, donde la frecuencia del uso de este servicio por parte de la población general oscila entre 0.5 a 1.9 consultas al año. Esto evidenciaría que nuestra población tiene un número diferente en el patrón de la Policonsulta.(19)

A pesar de que no hallan datos de policonsulta en Colombia, el estado de arte sobre la salud mental es amplio, sean por estudios en poblaciones específicas, reglamentación en salud mental y encuestas nacionales que intenta dar respuesta a el incremento gradual de este suceso de la enfermedad mental (20).

En los adolescentes los trastornos mentales son prevalentes, calculándose alrededor del 10 % sufren enfermedad mental que requieren atención, impactando en su calidad de vida al limitar el progreso en su educación e ingreso a la vida laboral, incluso aún más grave aumentando la mortalidad por el suicidio que esta fuerte mente asociado a estas enfermedades y el consumo de sustancias psicoactivas. Gómez et al, describieron los factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes (20). Señalan que el reconocimiento y autorreconocimiento durante el acto médico, en el cual, como la persona conoce su trastorno, puede acudir más rápidamente a consulta y comentar al profesional de la salud acerca de sus dolencias, lo que conlleva una mayor oportunidad o posibilidad de que el facultativo lo reconozca. Es importante destacar que el apoyo de terceros, para los pacientes, es una de las formas de afrontar y lidiar con los problemas asociados a la salud mental, pero en el caso de los adolescentes, los terceros en quienes ellos más confían suelen ser pares de su misma edad o amigos que pueden reemplazar en ocasiones a los profesionales, pero en algunas enfermedades podrían proponer la consulta. Y concluyen que en el periodo de la adolescencia ocurren diversos procesos psicológicos que permiten la transición de la niñez a la vida adulta, por lo que es necesario identificar y reconocer adecuadamente las irregularidades en esta etapa, con el fin de lograr intervenciones tempranas y tener conocimiento de las variables que se asocian a un aumento o disminución de dicho reconocimiento, esto como prevención incluso a la policonsulta (20).

Con respecto a poblaciones específicas, Chimunja et al, precisan que la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus aptitudes y actitudes puede desarrollarse libremente; sin embargo, al tener una alteración implicaría la

PROPUESTA GERENCIAL

disminución en su capacidad para afrontar las situaciones estresantes, a las que puede verse sometido por diferentes circunstancias. En el caso particular de pertenecer al Ejército Nacional de Colombia y siendo partícipe del conflicto armado, conlleva a no poder trabajar fructíferamente, ni a ser capaz de hacer una contribución a su familia y sociedad. El estudio evidencia que el estrés postraumático y la esquizofrenia duplican las estadísticas mundiales y de Latino América y reporta que los factores asociados modificables, son inherentes a las actividades que los oficiales desarrollan. Por lo tanto, la presencia de estos conflictos trae consigo una serie de enfoques que demuestran la importancia de la salud mental (21).

Según el Minsalud, en el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia, en nuestro país 40,1 % (2 de cada 5 personas) de la población colombiana presenta alguna vez en su vida algún trastorno mental. Según este estudio, alrededor de 8 de cada 20 colombianos encuestados presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida. Los más frecuentemente identificados fueron los trastornos de ansiedad (19,3 %), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15 %) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10,6%). No obstante, lo anterior, de acuerdo con los datos del informe de carga de enfermedad en Colombia 2005, los problemas neuropsiquiátricos como la depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares, la esquizofrenia y la epilepsia son responsables del 21% de la carga global de años saludables perdidos por cada mil personas en Colombia. Las personas con trastornos mentales que no reciben una atención adecuada, presentan recaídas y deterioros que llevan a urgencias y hospitalizaciones con altos costos para el sistema sanitario en camas hospitalarias, medicamentos y servicios de salud en general (22).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Salud Mental

Los problemas mentales tienen alta tasa de prevalencia y representan una importante demanda en los servicios de salud (5), se consideran que son un problema de salud pública, porque aproximadamente 400 millones de personas, solo en el continente americano sufren de trastornos psiquiátricos y neurológicos. Estos tipos de padecimiento producen a esta población, no solo como individuo sino como parte de una familia, muchos sufrimientos y discapacidades. Se reporta que cerca del 28% presentan una discapacidad y además aportan una carga global de la enfermedad en 11.5%. Del mismo modo, el Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5.2%) o a las enfermedades cardiovasculares (2.6%) (1,11),

La salud mental se define como el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades (23).

PROPUESTA GERENCIAL

De acuerdo a las estadísticas de la OMS, la prevalencia global de enfermedades mentales es de aproximadamente 851 millones de personas y constituyen el 15% de la carga mundial de enfermedad. En Colombia, se revela información del perfil epidemiológico en la Política Nacional de Salud Mental, donde se establece una alta prevalencia de alteraciones de esta índole en la población general y se presenta un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos, que hacen que la magnitud del problema sea mayor, tanto por los costos que acarrearán reflejando su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento, que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan (24).

La importancia de la enfermedad mental como problema de salud pública se reafirma en el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y Cendex, en el 2010, mostrando que la depresión ocupa la segunda causa, solo superada por la hipertensión arterial, con 7,5 años con discapacidad por enfermedad mental. (22)

Si se tiene en cuenta el último Estudio Nacional de Salud Mental 2015, la cuarta después de las realizadas en 1993, 1997 y 2003, constituyen un hito en la salud mental de Colombia, pues traduce un esfuerzo técnico y metodológico en la generación de información y así poder tomar decisiones dando respuesta a las necesidades de convivencias social y salud mental planeadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. (22)

En la encuesta de 1993, se basó con base a preguntas y escalas, instrumentos que limitaron la posibilidad de certezas diagnósticas, pero se destacó un 7,9% de prevalencia de vida de la morbilidad y una probabilidad de trastorno mental en el 10,2%, donde se recibió atención en el 46,8%. Por otro lado, en la encuesta de 1997, se encontró una prevalencia del 30% para al menos un trastorno psiquiátrico, el 14,6 expresó la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental y un 65,7 de ellas tuvo acceso a la atención. (6) Finalmente, en el 2003, se informó una prevalencia de 40,1% ausencia de tratamiento médico en el año previo al estudio, de un 75% con trastornos graves y 90% en moderadamente graves. Resultando evidente las altas cifras de prevalencia y limitaciones a la accesibilidad a los servicios, lo que hace que se incremente la persistencia y gravedad de los trastornos, así mismo los costos tanto emocionales y económicos para el paciente, familia y sociedad.(6,22)

En el estudio de salud mental del 2003, se evidenció que aproximadamente de cada 20 personas 8 presentaron alguna vez en la vida trastornos psiquiátricos, 3 de cada 20 en el último año y 1 de cada 14 en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10,6%)(25)

Al tener en cuenta datos de Ciudad, los datos no difieren mucho al panorama internacional, aunque la ciudad no había sido objeto de estudios en la parte de salud mental, en los últimos años ha presentado cambios a este respecto. Por un lado, se

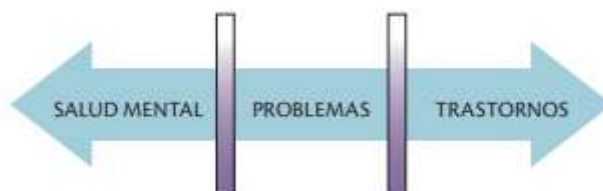
PROPUESTA GERENCIAL

cuentan con dos Estudios en la población de Adolescentes escolarizados, el último realizado 2009, y por otro lado el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental en Medellín, donde se identificaron aspectos familiares importantes como el 10.6% de los adolescentes no cuenta con la figura del padre versus solo el 1.3% que no cuenta con la figura materna; además, aspectos etiológicos donde los trastornos de ansiedad presentaron altas frecuencias con tendencia al incremento en el estrés postraumático. La prevalencia de depresión aumentó del 12.1 al 13.1 entre los primeros dos estudios hay una tendencia al incremento de la prevalencia de consumo de sustancias ilegales y legales. (6)

Los problemas mentales son entendidos como aquellos síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero produce malestar emocional y disfunción en la capacidad para relacionarse con los otros, requiriendo un apoyo clínico y social. Se propone entonces el modelo de espectro continuum de salud mental - problema – trastorno mental, donde hay eslabones igual de importantes como el acceso a los servicios de salud mental y la valoración del estado de salud. (

Gráfico 2)(22)Gráfico 1

Gráfico 2 Modelo de espectro continuum



2.2.2 Modelo en la Prestación de Servicios de Salud

En el informe sobre la salud en el mundo, que realiza la Organización Mundial de la Salud, se define el sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Al mismo tiempo se requiere de personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, para lograr conformar un sistema de salud y así poder generar una orientación que proporcione buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (1)

La atención en salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (1)

Se entiende, de igual manera, que los actores participantes son todos aquellos que intervienen en el sistema de salud, que, en el caso del sistema colombiano, se refiere al Estado, los aseguradores, los prestadores de servicios de salud y los usuarios. La Organización Panamericana de la Salud, define las redes integradas de servicios de

PROPUESTA GERENCIAL

salud como la gestión y entrega de servicios continuo que incluye formas preventivas y curativas, de acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud. Esta definición amplía y rescata la importancia de ofrecer dichos servicios basados en las necesidades de la población como factor principal para la configuración de las redes de servicios de salud y como objetivo de las distintas instituciones que componen los niveles de atención dentro del sistema de salud. Lo anterior nace como respuesta a la fragmentación de los servicios de salud, falta de coordinación entre los distintos niveles y modelos de atención centrados en la enfermedad. (26)

Partiendo de estos principios la prestación de servicios de salud, en nuestro país, se da por medio de niveles de atención, los cuales tiene diferentes responsabilidades y utilización de recursos, que se diferencia según la participación de las diferentes especialidades médico quirúrgicas. Esto refleja lo difícil del manejo de los pacientes con trastornos mentales en la baja complejidad, debido a que no se tiene el apoyo de los especialistas en psiquiatría y además la falta de red para el manejo, llevando gradualmente a la policonsulta y la congestión de los servicios de urgencias. (27)

En la teoría, el modelo de atención de los pacientes sería más eficiente si se lograra tener una red de servicio, que fuera como el conjunto de programas y servicios que cooperan entre sí, a través de acciones y actores que buscan favorecer la alineación de intereses para el logro de un objetivo en común, que beneficie no solamente a las instituciones, sino también a sus usuarios. (28)

2.2.3 Servicio de urgencias

En el marco de los procesos de atención en salud, el servicio de urgencias constituye un área esencial para el cumplimiento de función misional de una IPS, debido a que impactan de manera inmediata en las condiciones de vida de los pacientes. Son unidades médico – quirúrgicas destinadas a la atención rápida y eficiente de pacientes con situaciones clínicas urgentes. (29) La OMS la define como unidades que prestan la atención cuando aparece en forma fortuita en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera una conciencia de necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. (30)

Según la reglamentación colombiana, se define el servicio de urgencias como la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad. (31) Según la Resolución 2003 de 2014 “es el servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y requiere protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas”.(32)

PROPUESTA GERENCIAL

El servicio de urgencias es el área asistencial que ha experimentado los cambios más rápidos y profundos a partir del siglo XX, en el que se resalta el aumento de la demanda y por esto no se debe de escapar a técnicas de evaluación y control de la calidad. Los pacientes deben sentirse como parte integrante del sistema de salud, sentir que sus cuidados en el hospital son coordinados, eficientes y seguros, esto conlleva a una atención más segura y propender en el impacto de la policonsulta de los pacientes.(29) Las urgencias constituyen una puerta de entrada a los hospitales, en una revisión sistemática en el 2015, en 59 países de ingresos bajos o medios se encontró que 55.7% de los ingresos hospitalarios, se realizaron por medio del servicio de urgencias, esto refleja la interdependencia del sistema hospitalario. En El Hospital Center de New York en un periodo entra 1996 y 2006 el número de visitas a urgencias se incrementó de 90 a 118 millones de consultas, aproximadamente un 31% y el tiempo para ser visto por un médico paso de 45,1 a 55,8 minutos. En España se aumentó en un 14,5% entre los años 2001 al 2005. La demanda de urgencias está influenciada por múltiples factores desde hechos aleatorios hasta condiciones de acceso de otros servicios, expectativas del paciente y barreras legales que afectan la prestación del servicio (33).

En Colombia, se presentan cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias que equivalen al 65% del total de todas las consultas según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ante este panorama y con los cambios que ha sufrido el sistema de salud, es necesario que los entes prestadores estén preparados para afrontar la atención de la población, optimizando sus tiempos, identificando las necesidades y facilitando una atención de calidad con mejora continua, que lleva a la seguridad clínica y a la optimización de recursos (30).

2.2.4 Urgencias Psiquiátricas

Las urgencias psiquiátricas son definidas como cualquier situación de naturaleza psíquica en la que hay un riesgo significativo de muerte o lesiones graves para el paciente o para los demás, y obligan al paciente, familiares o actores de la sociedad a la búsqueda de una atención e intervención terapéutica inmediata. Pueden ocurrir bajo ciertas condiciones como aquellas manifestaciones de alteraciones psicológicas aguda (ansiedad, pánico, depresión y trastornos de adaptación), situaciones que implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión, suicidio y homicidio) por último, aquellas manifestaciones que evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis y delirio) (5).

El aumento de consultas psiquiátricas dentro de las atenciones en el departamento de emergencias, ha incrementado en los últimos años, lo que ha generado un interés creciente por dichas patologías, donde se ha observado una frecuencia que varía de 1 - 6% del total de las atenciones (34). También en Estados Unidos, entre 1992 al 2001, incrementaron sustancialmente las visitas a los servicios de urgencias debido a condiciones psiquiátricas del 17.1 a 23.6 por 100.000 habitantes (35). Por otro lado, en Suramérica el panorama fue similar, pero en países como Brasil, las políticas de salud mental comenzaron a mediados de los años 80, creándose servicios ambulatorios y

PROPUESTA GERENCIAL

servicios de urgencias especializados, para paciente psiquiátricos. Estos servicios para esta época, en Inglaterra y Estados Unidos, tenían un gran recorrido, y fueron creadas como respuesta al difícil manejo que implican para los médicos generales. (5,36) Estos centros juegan un rol importante en la detección de nuevos casos, implementación de una amplia red de servicios, evaluación de tratamientos, cambios de comportamiento y patologías asociadas, impactando adecuadamente en las hospitalizaciones de dichos pacientes (5).

En vista de esta situación, en la que la asistencia de emergencias psiquiátricas constituye un reto para los profesionales de la salud y una herramienta esencial para el buen funcionamiento de los servicios de salud, es de gran importancia comprender las características de la población atendida, con el fin de optimizar la atención y prestarle un tratamiento oportuno (5).

2.2.5 Saturación de los Servicios de Urgencias

Según Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral desde hace varios años se observan gran congestión en los servicios de urgencias, lo cual puede estar causado por aumento en la frecuencia del uso de este servicio (en algunas ocasiones porque la enfermedad lo amerita y en otras por desinformación, mal hábito de la población o acceso inoportuno de consulta), organización insuficiente, falta de capacidad resolutive o limitación en la oferta de estos. (19) Otras causas es el crecimiento población inversión de la pirámide poblacional (pacientes ancianos con múltiples patologías que requieren hospitalizaciones prolongadas, afectando el giro cama), aumento de patologías crónicas, donde las enfermedades mentales aportan, lo anterior traduciéndose en saturación del servicio (33).

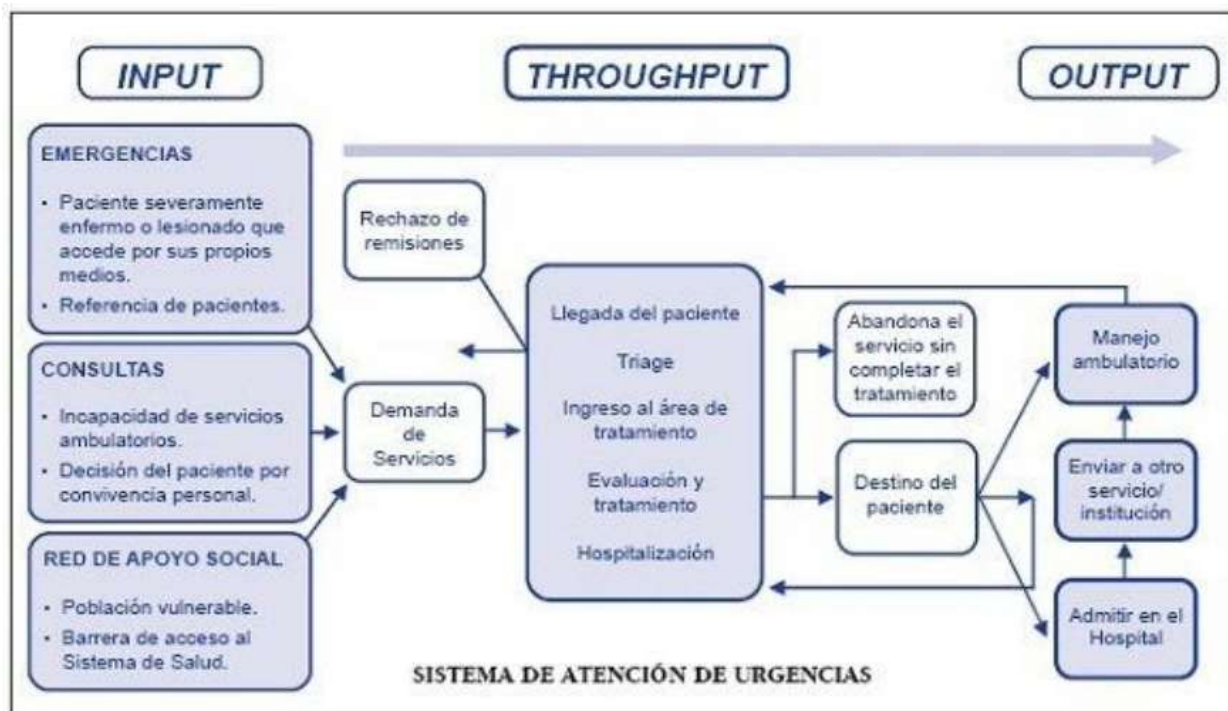
Pero no es ajeno que es una problemática que se viene estudiando en el ámbito internacional y se define como el exceso de número de pacientes en el servicio de urgencias que sobrepasa la capacidad instalada alterando la prestación del servicio. Se ha demostrado que la saturación o overcrowding está asociada a la mortalidad hospitalaria, debido a que no se tiene percepción del riesgo por el sobrecupo alterando la seguridad del paciente. (3,4) La saturación es debida a desajustes periódicos de la demanda de atención y suministro de los recursos, incluyendo tanto el personal como la infraestructura, además tiempos prolongados en el traslado a hospitalización resultando en que los pacientes permanecen en el servicio de urgencias durante periodos prolongados no recibiendo la atención adecuada, aumentando así los efectos adversos e incluso la mortalidad. (3)

Los servicios de urgencias pueden saturarse por factores externos e internos que se ven reflejados en tiempos de espera elevados e insatisfacción de los usuarios, en la mayoría de estudios de plantean tres categorías como causa de la saturación de entrada, de flujo y de salida, estas dando pautas para plantear posibles soluciones. Desde el ámbito de entrada, se debe de influenciar la demanda, cosa que parece virtualmente imposible a no ser que se impacten en factores de riesgo que den lugar a la urgencia o se ofrezca oportunidad y calidad en los servicios de consulta externa. En cuanto al flujo que se tiene dentro del servicio, se crean estrategias de gestión que mejoren la eficiencia desde el

PROPUESTA GERENCIAL

triage hasta la asignación de habitaciones o realización de paraclínicos. Finalmente, las estrategias de salida estar determinadas al facilitar el proceso posterior a urgencias en la disposición ambulatoria u hospitalaria (Gráfico 3) (33).

Gráfico 3. Modelo conceptual de congestión de urgencias



Adaptado de The input-throughput-output conceptual modelo of ED crowding.(37)

2.2.6 Policonsulta de los Pacientes con Enfermedad Mental

La Policonsulta se describe como un patrón de conducta en el cual intervienen muchos factores, como la falta de afecto, la agresión física y psicológica, la falta de credibilidad en el profesional, los carruseles propiciados por los mismos médicos, las relaciones de dependencia que desarrollan los pacientes con sus médicos y la depresión enmascarada. En varios estudios han usado un corte de 4 o más dentro de un periodo de 12 meses. Por ejemplo, Grace Chang y colaboradores realizan un estudio de predictores de uso frecuente del servicio de urgencias en paciente con enfermedades mentales, donde definen la policonsulta como cuatro o más consultas dentro de un periodo de 12 meses o más de tres visitas en 2 meses dentro de un año de observación, esta definición es consistente con otras publicadas. Sin embargo, anteriormente expuesto otros estudios lo reportan como más de 7 visitas en un año. (9,14)

Los pacientes con enfermedad mental, por las características propias de su patología y el origen multicausal de sus quejas, hacen que sus cuadros clínicos se acompañen de inespecificidad y presenten un perfil de consultas frecuentes, situación agravada por la falta en la formación académica del médico no especialista, teniendo limitantes para

PROPUESTA GERENCIAL

realizar un diagnóstico certero y brindar un manejo veraz y oportuno, terminando generalmente tratando síntomas y no patologías (12,38). Debido a lo anterior, la mayoría terminan necesitando ser redireccionados a sitios donde se cuentan con especialistas que pueden entregar un tratamiento adecuado al paciente, esto aumentando así los tiempos de estancia en el servicio y contribuyendo a la saturación de este.(18,38)

Las condiciones de salud mental y abuso de sustancias, principalmente la cocaína y el alcohol, también se han reconocido como factores de riesgo clave para el uso frecuente de los servicios de emergencia. Sin embargo, en la población en general también se han descrito múltiples factores asociados a la policonsulta, entre ellos bajo nivel sociodemográfico, pobre acceso a servicios públicos, falta de vivienda, pobres redes de apoyo social, acceso limitado a servicios ambulatorios o pobre salud física. Varios estudios han demostrado que el aseguramiento por parte del estado es un factor de riesgo para el uso frecuente de los servicios comparados con aseguramiento donde se debe dar alguna prestación económica.(8,38)

2.2.7 Definiciones generales

Sexo: El sexo es la variable que permite clasificar a la población en hombres y mujeres. (17)

Edad: es el intervalo de tiempo entre la fecha de nacimiento y la fecha o momento del estudio expresado en unidades de años cumplidos por la persona. (17)

Ocupación: es el oficio, actividad profesional, o tipo de trabajo efectuado por el individuo en cualquier rama económica. (17)

Estado civil: Se refiere a la condición legal de la persona al momento del estudio. Actualmente se divide en varias categorías que son: casados (personas que contraen lazo legal), viudo (que no ha contraído enlace nuevamente después de la muerte de su conyugue), divorciado (rompimiento de lazo por vía legal), soltero (entendiéndose por tal la persona que nunca se ha casado) unión libre (persona que viven en unión consensual), separados (las personas que rompen el lazo afectivo sin romper el lazo legal). (17)

Drogadicción: La OMS la define como el estado de intoxicación periódica o crónica, originada por el consumo repetitivo de una droga con varias características:

- Dependencia psíquica: deseo o compulsión de seguir consumiendo
- Fenómeno de tolerancia: tendencia de aumentar la dosis para obtener el mismo efecto
- Dependencia física: existencia de un estado fisiológico modificado a nivel neuronal por la administración repetitiva de una sustancia a lo largo de un tiempo.
- Daño: presencia de efectos perjudiciales para el individuo y sociedad

Este consumo compulsivo y la búsqueda para obtenerlas lleva a que su suspensión genere síndrome de abstinencia.

Se define droga como una sustancia introducida en el organismo por cualquier vía que puede alterar de algún modo el normal funcionamiento del SNC del individuo que

PROPUESTA GERENCIAL

consume y es además susceptible de generar dependencia psicología, física o ambas. (39)

Depresión: Trastorno de estado de ánimo que se caracteriza por tristeza profunda e inmotivada, además de disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o de placer en las actividades cotidianas, sentimientos de impotencia, desesperanza y culpa, llanto incontrolable irritabilidad y en un espectro más grave pensamientos de muerte e incluso intento o suicidio. Tiene una alta prevalencia una de cada 5 mujeres y 1 de cada 10 hombres la padecen alguna vez en su vida (40).

TAB: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por presencia cíclica de periodos de manía (elevación del ánimo, euforia e irritabilidad) y fase depresiva. (40)

Esquizofrenia: es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Las personas con esquizofrenia pueden parecer como si hubieran perdido el contacto con la realidad, lo que puede ser angustiante para ellas, sus familiares y amigos. Los síntomas van desde delirios (ideas falsas que el individuo se cree), alucinaciones (percepciones de cosas, sonidos o sensaciones que en realidad no existen) o conductas extravagantes. Se presenta con importantes alteraciones en el funcionamiento social y personal (40).

TOC: Es una de las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes y está considerada por la OMS como una de las 20 enfermedades más discapacitantes. Se trata de un problema neurológico que se traduce en un trastorno de ansiedad desencadenado por la presencia de pensamientos obsesivos, es decir, ideas fijas recurrentes y persistentes, que el individuo reconoce como intrusas y absurdas, que generan inquietud, temor, ansiedad o aprensión. El individuo las pretende mitigar con compulsiones que son comportamientos o actos de manera recurrente. (40)

Trastorno de la personalidad: son un grupo de afecciones mentales en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos que es muy diferente a las expectativas de su cultura y entorno. Alteraciones del modo de ser propio del individuo, afectividad, forma de vivir y comportamiento. Existen diferentes tipos: paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en lo que lo rodea) esquizoide (personas introvertidas, retraídas que evitan el contacto social y no expresan emociones) obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas). (40)

Suicidio e intentos suicidas: Es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La conceptualización de la conducta suicida es compleja, uno de los términos más utilizados es la que aporta la OMS, que lo define como el acto de quitarse deliberadamente la propia vida, iniciado y terminado por el sujeto sabiendo o esperando el resultado de letalidad, con el que pretende obtener los cambios deseados. La literatura científica suele diferenciar entre suicidio e intento de suicidio y se basa en el resultado de la acción. El comportamiento suicida es cualquier acción que pudiera llevar a una persona a morir, como tomar una sobredosis de medicamentos o estrellar un automóvil a propósito (41).

PROPUESTA GERENCIAL

Trastorno de ansiedad: forman una categoría de diagnósticos de salud mental, que se caracteriza por preocupación excesiva y desproporcionada que genera nerviosismo excesivo, miedo, aprehensión y preocupación. Estos trastornos alteran la forma en que una persona procesa las emociones y se comporta, causando también síntomas físicos como sudoración, palpitaciones, etc. Incluso los síntomas pueden aparecer en otros sistemas como el digestivo y son comunes trastornos del sueño y la fatiga (40)

Agitación: Se define como un estado desagradable de emoción o excitación extrema sin una intencionalidad aparente. Una persona agitada se puede sentir emocionada, excitada, tensa, confundida o irritable. Fenómeno relativamente frecuente en pacientes con enfermedad mental y puede estar desencadenada por diferentes etiologías. Es una urgencia médica y la más frecuente urgencia psiquiátrica domiciliaria. Los pacientes agitados presentan conductas violentas y representan un riesgo para ellos mismos y los demás (42)

Manía: se trata de un síndrome o cuadro clínico, que suele ser episódico, caracterizado por un estado de ánimo exaltado con hiperactividad e involucra actividades diarias exageradas, derivada de una exaltación de la consciencia de sí mismo. Es decir, es el estado de ánimo contrapuesto a la depresión en el que se pueden dar, además de una euforia anormal y excesivo humor, demasiada alegría, una conducta desinhibida e incluso aumento de la autoestima que puede alcanzar una ideación cercana a los delirios de grandeza. (43)

Síntomas ansiosos: Estos son tanto físicos como psicológicos. Entre los síntomas psicológicos más comunes causados por la ansiedad están la inquietud, la irritabilidad, la dificultad para concentrarse y la sensación de estar "en las espinas". Las personas que sufren ansiedad a menudo experimentan síntomas físicos, como cansancio, mareos, palpitaciones, tensión muscular y dolor, dolor de cabeza, dificultad para dormir, dolor de estómago, dificultad para respirar o falta de aliento, malestar, ataques de pánico. (43)

Alucinaciones: son el producto de la alteración de nuestra percepción, de nuestra manera de obtener información del mundo que nos rodea. Hay diferentes tipos de alucinaciones que indican algún tipo de trastorno mental. (43)

Consumo de sustancias: es el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas. Estas consecuencias pueden implicar: Problemas en el trabajo, el colegio, el hogar o en las relaciones interpersonales.(43)

Adherencia al tratamiento: Es tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; la persistencia, y a lo largo del tiempo.(43)

2.3 Normatividad

Constitución Política de Colombia 1991: artículos 48 y 49, donde se consagra la salud como un derecho social. El artículo 49 fue modificado por el Acto Legislativo No 02 de

PROPUESTA GERENCIAL

2009, definiendo la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. (44)

Decreto 412 de 1992: Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.(31)

Ley 100 del 93: Establece para el territorio nacional el esquema de aseguramiento de la salud de los colombianos. El artículo 159. Garantías de los afiliados. Se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

- La atención de los servicios del plan obligatorio de salud por parte de la entidad promotora de salud respectiva a través de las instituciones prestadoras de servicios adscritas (Artículo 162).
- La atención de urgencias en todo el territorio nacional. (45)

La red de servicios de urgencias está reglamentada dentro de SGSSS, que decreta que la atención inicial de urgencias debe de ser prestada en forma obligatoria por todas las IPS independiente de su carácter privado, público o mixto, y así mismo define una urgencia como “la alteración en la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genera una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte”(45)

Resolución 5261 de 1994: expiden los manuales de actividades, intervenciones y procedimientos, con el fin de que sea utilizado en el SGSSS, para garantizar (27)

Ley 715 de 2001: Artículo 67. Atención de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuar mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. (46)

Ley 1122 de 2007: Artículo 20. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, ser sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución. (47)

PROPUESTA GERENCIAL

Circular externa No. 000010 (22 de marzo de 2006): De la Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. No aplicación de los periodos de carencia en casos de atención inicial de urgencias. No puede exigirse el cumplimiento de periodos mínimos de cotización. En consecuencia, el acceso a servicios tales como la internación en Unidad de Cuidados Intensivos o la realización de procedimientos quirúrgicos que se requieran de manera inmediata para estabilizar un paciente en estado crítico, deben ser considerados como parte de la atención inicial de urgencias y por tanto no están sujetos a periodos mínimos de cotización y sus costos deberán ser reconocidos por la respectiva EPS o EPS-S. (48)

Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. (49)

Sentencia T 760 de 2008: el derecho a la salud en Colombia se protege como derecho fundamental autónomo por parte de la Corte Constitucional. (50)

Ley 1616 de 2013: conocida como Ley de Salud Mental dispuso el ajuste de la Política Nacional de Salud Mental de acuerdo con los cambios epidemiológicos y normativos que han ocurrido en el país en los últimos quince años. En esta ley se garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral en Salud Mental en el ámbito del SGSSS y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida. Además, la estrategia y los principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (51)

Decreto 0658 de 2013: Garantizar la ejecución de la Ley de Salud Mental y “se expide el cronograma de reglamentación, implementación y las acciones que involucran diferentes actores del sistema” (52)

Resolución 2003 de 2014: Urgencias “es el servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y requiere protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. La atención debe ser prestada las 24 horas”.(32)

MinSalud 2014: en el documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia, aclara que la salud mental no solo concierne a los aspectos de atención posterior a la aparición de los trastornos mentales evidentes, si no que corresponde además al terreno de la prevención y promoción de ambientes socioculturales donde se fortalezcan aspectos como la autoestima, las relaciones

PROPUESTA GERENCIAL

interpersonales y la educación de la niñez y la juventud. Por lo anterior, se tiene suficiente evidencia y experiencias demostrativas que deben animar a no aplazar más la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento temprano de los problemas y trastornos mentales ya que esto impactaría en la disminución de consultas por urgencias. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, creando plataformas legales que permitan generar aportes al desarrollo del país, por medio de la prevención y atención de estas patologías logrando un capital humano y social acorde con los merecimientos de cada país. (53)

Resolución 4886 de 2018: adopta la Política Nacional de Salud Mental, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS, esta política tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Se establecen como ejes de la Política de Salud Mental:

- Promoción de la convivencia y la salud mental de los entonos.
- Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia.
- Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. Tratamiento integral.
- Rehabilitación integral e inclusión social.
- Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.(54)

3 Objetivos

3.1 Objetivo General

Explicar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la policonsulta en los pacientes con enfermedad mental que asisten al servicio de urgencia de una IPS durante el periodo 2014 - 2015.

3.2 Objetivos Específicos

- Describir las variables sociodemográficas clínicas y de disposición.
- Establecer la prevalencia de pacientes con policonsulta con causas psiquiátricas.
- Determinar la frecuencia de adherencia al manejo de la enfermedad mental y evaluar los principales motivos de no presentarlas.
- Analizar los factores asociados de los pacientes policonsultantes.
- Propuesta gerencial que impacte en la saturación de los servicios de urgencias debido a la policonsulta de pacientes con enfermedad mental.

4 Diseño Metodológico

4.1 Enfoque Metodológico

El estudio es empírico, cuantitativo. Porque se recogieron datos de historias clínicas y se analizaron dichos datos mediante técnicas estadísticas.

4.2 Tipo de Estudio

Observacional, descriptivo, retrospectivo, se realizó con fuentes de información secundarias basadas en la revisión de historias clínicas con análisis exploratorio posterior de los datos obtenidos que permitió la creación de una propuesta gerencial que ayude a trabajar en mejorar la saturación de los servicios de urgencias, causada por los pacientes por enfermedad mental.

4.3 Población y Muestra

El sitio donde se desarrolló la investigación, parte de la aseguradora SURA como EPS; con 3 puntos de atención, siendo IPS de baja complejidad ubicadas en la ciudad de Medellín. Esta red está compuesta por la sede de Córdoba en el Norte de la ciudad, en la zona Sur se encuentra la sede de las Vegas y en el Occidente la sede Los Molinos. Hasta el mes de marzo del 2014 funcionó en un horario especial la sede contratada con el Instituto Neurológico de Colombia.

El cierre de esta sede dio apertura a la sede de Las Vegas en mayo del 2014. En estas 4 sedes se tuvo un promedio de 329.705 pacientes que ingresan a solicitar el servicio en urgencias con un promedio de 192.848 pacientes atendidos, desde el 1 de enero del 2014 hasta el 31 de diciembre del 2014. La sede ubicada en la zona Norte de la ciudad tiene el mayor promedio de pacientes ingresados con 147.099, seguido de la sede en Molinos con 139.503, y por último la sede de las Vegas con 12.435. El porcentaje de redireccionamiento de estas 3 sedes es del 41,69% hacia el sitio de atención primaria. (55)

La población de estudio se constituyó de los pacientes que consultan al servicio de urgencias de la IPS seleccionada en el periodo de 1 enero de 2014 al 31 diciembre del 2015. Ante datos variables de la literatura internacional se decide tomar como corte de policonsulta 3 o más visitas al servicio de urgencias (sea por causa orgánica o psiquiátrica) porque es el corte de la mayoría de los estudios encontrados, además el promedio de consultas a urgencias según la ACEMI “es hasta 2 consultas al año”. Para el análisis de policonsultantes por enfermedad mental se tendrá en cuenta 4 o más por síntomas psiquiátricos.

4.3.1 Criterios de inclusión

Pacientes que en el periodo establecido que cumpla con 3 o más consultas en el año que incluya una causa orgánica o psiquiátrica.

PROPUESTA GERENCIAL

4.3.2 Criterios de exclusión

No se incluyeron en el estudio los pacientes menores de 12 años, pacientes que llevan menos de un año de afiliación a la EPS, debido a que no se podría establecer el número de consultas en el último año.

4.4 Técnicas de Recolección

4.4.1 Fuentes de información

Se obtuvieron las diferentes variables del estudio de la revisión de historias clínicas obtenidas en las IPS, después de autorización previa por parte de las instituciones.

4.4.2 Instrumento de recolección

Se diseñó un formulario de recolección de información (Anexo 1), luego se realizó una prueba piloto para validarlo como instrumento de recolección de datos. Los datos extraídos fueron llevados a la base de datos para el análisis posterior.

4.4.3 Proceso de obtención de la información

Se envió una carta solicitando permiso a las IPS donde se hará la revisión de las historias clínicas. Después de recibir la respectiva autorización por parte de la institución, se procedió a la revisión de las historias clínicas electrónicas de los pacientes que sean policonsultantes en el servicio de urgencias durante el periodo del estudio (asistieron 3 o más veces, tanto de origen psiquiátrico como orgánicas). La búsqueda de la muestra empezó con los registros que cumplían con los diagnósticos según la lista del CIE 10 (Anexo 2). A estos registros se les aplicó el instrumento de recolección.

La revisión se llevó a cabo por los investigadores que se entrenaron para tal fin, conociendo y diligenciando el instrumento de recolección de la información y al hacerse una estandarización de dicho diligenciamiento para evitar sesgos de información.

4.4.4 Prueba Piloto

La prueba piloto se realizó en 5 historias clínicas seleccionadas al azar de los pacientes que cumplan los criterios de inclusión, donde se aplicó el instrumento de recolección de la información realizado por los investigadores. Se evaluó la claridad del mismo, el tiempo que se demoraba su diligenciamiento y así determinar si la cantidad de variables a extraer son las adecuadas y suficientes para cumplir los objetivos propuestos, y eran posibles de extraer de las historias clínicas electrónicas. De esta manera se logró calibrar el instrumento para la adecuada recolección de la información.

PROPUESTA GERENCIAL

4.5 Descripción de Variables

Tabla 1. Operacionalización de variables

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
Género	Calificativo de hombre o mujer	Cualitativa	Nominal	-	Masculino Femenino
Edad	Número de años	Cuantitativa	Razón	Años	Número de años cumplidos
IPS de atención básica	Lugar donde el paciente consulta habitualmente	Cualitativa	Nominal	-	Escribir la sede donde el paciente se le atiende la consulta
Estrato socioeconómico	Nivel de clasificación de la población con características similares en cuanto a grado de riqueza y calidad de vida.	Cuantitativa	Razón	-	Bajo Medio Alto
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otro individuo.	Cualitativa	Nominal	-	Soletero Casado Unión libre Viudo Separado Con pareja Sin pareja
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica el paciente	Cualitativa	Nominal	-	Escribir la ocupación del paciente
Número total de consultas en el último año	Veces en que el paciente ha consultado en el año anterior a partir de la última consulta tanto de origen psiquiátrico y/u orgánica.	Cuantitativa	Razón	Consultas	Escribir en número las veces que ha asistido en el último año.
Número de consultas de origen psiquiátrico en el último año	Veces en que el paciente ha consultado en el año anterior por motivos de consulta que afectan su salud mental.	Cuantitativa	Razón	Consultas	Escribir en número las consultas de origen psiquiátrico en el último año.
Número de consultas de origen orgánico en el último año	Veces en que el paciente ha consultado en el año anterior por motivos en que se comprometa un	Cuantitativa	Razón	Consultas	Escribir en número las consultas de origen orgánico en el último año.

PROPUESTA GERENCIAL

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
Clase diagnóstica psiquiátrica	sistema de su cuerpo diferente a si psiquis de Categoría del diagnóstico según si es por primera vez o si es antecedente	Cualitativa	Nominal	-	Nuevo Repetido.
Diagnóstico psiquiátrico anterior	Tipo de diagnóstico psiquiátrico que el paciente se le había realizado en consultas previas	Cualitativa	Nominal	-	Drogadicción y sustancia consumida Depresión Trastorno afectivo bipolar - TAB Esquizofrenia Trastorno obsesivo compulsivo – TOC Alteración de la personalidad Intento suicida Trastorno de ansiedad Otro
Síntoma cardinal	Aquello que el paciente siente y lo obliga a consultar al servicio de urgencias, en el contexto psiquiátrico	Cualitativa	Nominal	-	Agitación Intento Suicida y mecanismo utilizado Manía Síntomas depresivos Alucinaciones Ansiedad Consumo de Sustancias Otro
Adherencia tratamiento	al El médico en su consulta define si el paciente tiene un adecuado consumo de los medicamentos ordenados por el médico tratante para control de su patología.	Cualitativa	Nominal	-	Si No
Causa de adherencia	no Razón por la cual el paciente no toma correctamente su medicación de base	Cualitativa	Nominal	-	Si la respuesta es sí, escribir la causa de no adherencia al tratamiento.

PROPUESTA GERENCIAL

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
Último control por psiquiatría y/o Psicología	Tiempo en el cual el paciente fue visto por psiquiatría o psicólogo, según lo reportado en la historia clínica	Cualitativa	Ordinal	-	< 1 mes < 6 meses < 1 año > 1 año
Necesidad paraclínico de	Realización de exámenes para poder realizar la remisión del paciente	Cualitativa	Nominal	-	Si No
Tipo paraclínico solicitado de	Categorización de los exámenes	Cualitativa	Nominal	-	Si la respuesta es sí a la respuesta anterior escoger: Cuadro hemático Ionograma Función renal TSH EKG Uroanálisis Toxicológicas Radiografía de tórax Pruebas hepáticas Glucometría Otros
Necesidad de hospitalización de	Según su patología el paciente requiere ser internado en el servicio de hospitalización	Cualitativa	Nominal	-	Si No
Causa de hospitalización psiquiátrica de	Motivo de origen psiquiátrico que lo lleva a necesidad de hospitalización	Cualitativa	Nominal	-	Si la respuesta es necesidad de hospitalización es sí, escribir la causa psiquiátrica.
Causa de hospitalización orgánica de	Motivo de origen orgánico que lo lleva a necesidad de hospitalización	Cualitativa	Nominal	-	Si la respuesta es necesidad de hospitalización es sí, escribir la causa orgánica.
Tiempo de hospitalización de	Número de días en el cual el paciente duro en el servicio de hospitalización	Cuantitativa	Razón	Días	Días transcurridos entre el ingreso y la salida del servicio de hospitalización
Necesidad de otra especialidad de	Requerimientos por la condición del paciente de ser evaluado por otra especialidad	Cualitativa	Nominal	-	Escribir la especialidad requerida.

PROPUESTA GERENCIAL

Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categorías o valores
Tiempo de estancia en urgencias	Momento entre el ingreso al servicio de urgencias y la salida del paciente de este servicio	Cuantitativa	Razón	Minutos	Minutos transcurridos desde el ingreso y salida del paciente
Tiempo en ser aceptado para remisión	Momento comprendido entre la decisión de remisión y la confirmación de la remisión	Cuantitativa	Razón	Minutos	Minutos transcurridos desde que se reporta en la historia la orden de remisión hasta el reporte de nota de aceptación
Condición de egreso	Estado del paciente cuando sale del servicio de urgencias	Cualitativa	Nominal	-	Vivo Muerto
Destino del paciente	Lugar a donde se dirige el paciente después del alta	Cualitativa	Nominal	-	Casa y si requirió cambio de tratamiento Alta voluntaria Fuga Hospitalización No acepta remisión Cita prioritaria en < 24 horas o > 24 horas
Tiempo en que se demora el proceso de hospitalización	Tiempo transcurrido desde el momento de ingreso a urgencias y cuando es aceptado en unidad hospitalaria	Cualitativa	Nominal	-	< 24 horas >24 horas

Fuente: Elaboración propia, 2022

4.6 Control de Sesgos

A continuación, se describen los sesgos que se presentaron en el estudio y como se controlaron:

Tabla 2. Fuente de sesgo y mecanismos de control.

Fuente de sesgo	Control del sesgo
<u>Sesgo de información</u> - Recolección de la información.	- Se realiza entrenamiento y estandarización tanto del formulario como de las personas que hacen su diligenciamiento.

PROPUESTA GERENCIAL

Fuente de sesgo	Control del sesgo
- Instrumento de recolección de la información.	- Se realiza prueba piloto para evaluar el orden de las preguntas, su coherencia, el tiempo que tarda en diligenciarlo, la claridad y presentación general del instrumento en el que se recolectará la información
<p><u>Sesgo de selección</u> Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal con análisis exploratorio</p>	Se escogen las historias clínicas de los pacientes que sean psiquiátricos policonsultantes que cumplan con las características previamente establecidas. Para esto las investigadoras se estandarizaron para la selección adecuada de cada paciente, teniendo en cuenta los criterios de exclusión para los mismos
<p><u>Sesgo de digitación</u> Este puede presentarse una vez se haya diligenciado el instrumento y se realice la digitación de los datos en la base de datos.</p>	Este sesgo se controló por medio de la revisión continua de los registros en la base de datos. Cada uno de los investigadores fue responsable de revisar periódicamente la base de datos
<p><u>Sesgo de observación</u> Este puede presentarse en el momento que cada investigador este realizando la recolección de los datos de las historias clínicas y puede ser que se presenten diferencias para el registro de las variables establecidas</p>	Este sesgo se controló estandarizando a los investigadores, para lo cual establecieron un instructivo para el diligenciamiento del instrumento, el cual se puso a prueba con el instrumento en el momento que realizó la prueba piloto. Este ejercicio permitió unificar criterios y realizar ajustes necesarios antes de tomar datos de las historias clínicas definitivamente.

Fuente: Elaboración propia, 2022

4.7 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

4.7.1 Plan de análisis

Para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS II, versión 25.0.

- **Análisis Univariado:** se estableció el comportamiento y la forma de distribución de las variables, de una en una, en el ámbito global del colectivo de pacientes, con el fin de hacer un análisis descriptivo en la caracterización de la población estudiada, para las variables cuantitativas se les calculó la normalidad utilizando el estadístico Shapiro Wilk y si seguían una distribución normal se utilizó el promedio y desviación estándar o en su defecto la mediana acompañada del rango intercuartil.
- **Análisis bivariado:** se analizó cómo se distribuyen dos o más variables de dos o más categorías al cruzarlas con los tiempos en urgencias (tiempo de estancia y tiempo de remisión). De esta forma se determinó la asociación o correlación entre dichas variables. Para este fin se utilizaron pruebas estadísticas con una confianza del 95% y un error del 5% (Chi² de asociación, diferencias de medias o de medianas de acuerdo a la distribución de las variables, ANOVA paramétrica y no paramétrica, matrices de correlación de Pearson o Sperman dependiendo de la distribución de las variables).

PROPUESTA GERENCIAL

Con los datos obtenidos en el análisis, se realizó una propuesta gerencial donde se tuvo en cuenta las variables con significancia estadística para crear acciones administrativas que ayuden a gestionar el problema de la saturación de los servicios de urgencias como parte importante en la prestación de servicios de salud.

5 Plan de Divulgación de Resultados

Los investigadores a cargo se comprometen con la Universidad CES y las IPS de donde será extraída la información de la historia clínica a:

- Manejo adecuado de la información, con responsabilidad y confidencialidad.
- Divulgación de los resultados de la investigación en la biblioteca fundadores y al interior de las instituciones donde se hizo la revisión de las historias clínicas en el medio de comunicación que dicha institución considere pertinente.
- Mencionar el nombre de las instituciones en la publicación.
- Con respecto a las estrategias de comunicación, se planea:
 - o Presentar los resultados frente a la academia.
 - o Entregar un documento escrito con los resultados del estudio.

6 Consideraciones Éticas

De acuerdo a los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución 08430 de octubre 4 de 1993: se trata de una investigación sin riesgo, por ser un estudio descriptivo, retrospectivo, a partir de una fuente secundaria de información como lo son las historias clínicas, no se hará experimentación de ningún tipo, ni se someterán los pacientes a ningún tipo de procedimiento, por lo que no se requiere consentimiento informado de los pacientes. No saldrá el nombre del paciente de ninguna de las historias clínicas revisadas, y los datos de allí extraídos serán simplemente interpretados como variables, así se garantizará el respeto a la dignidad de los pacientes y a la protección de sus derechos y bienestar.(56)

Una vez aprobó la investigación por el Comité Operativo de Investigaciones de la Universidad CES, se envió una carta a las IPS que potencialmente pueden participar del estudio, solicitando autorización para acceder a las historias clínicas de los pacientes policonsultantes durante el 2014. Los datos y los resultados extraídos fueron precisos, creíbles y se analizaron de forma estadística como grupo de datos, garantizando la confidencialidad de las historias clínicas analizadas.

Todos los investigadores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

7 Resultados

En el periodo de estudio comprendido entre el 2014 y 2015, 864 pacientes consultaron a las IPS con algún diagnóstico de enfermedad mental, de los cuales 146 pacientes con enfermedad mental cumplían el criterio de policonsultantes. Todos los resultados que se mostraran a continuación se trabajaran exclusivamente con este número de pacientes.

7.1 Caracterización sociodemográfica clínica y de disposición

Dentro de la población estudiada, el género femenino predominó en el 67,8%; así mismo se puede inferir que por cada dos mujeres que consultan, consulta un hombre. Con respecto a la edad, el 50% de las personas tienen 37 años con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 84 años, además se encontró que el 76% de los pacientes se encuentra en el grupo de edad productiva. El 48% de las personas pertenecían al estrato medio. El 67,12% se encontraban sin pareja. Como principales ocupaciones pertenecían en un 21,2% ama de casa, estudiantes en un 10,9%, desempleado en 4,7%, y en menor frecuencia pensionado y asesor (Tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedad mental.

Variables		N	%
Género	Masculino	47	32,19
	Femenino	99	67,81
	Alto	18	12,33
Estrato socioeconómico	Bajo	24	16,44
	Medio	71	48,63
	Sin información	33	22,60
Estado civil	Con pareja	45	30,82
	Sin pareja	98	67,12
	Sin información	3	2,05
Grupos de edad	15 a 25 años	23	15,75
	26 a 37 años	53	36,30
	38 a 59 años	58	39,73
	60 a 84 años	12	8,22

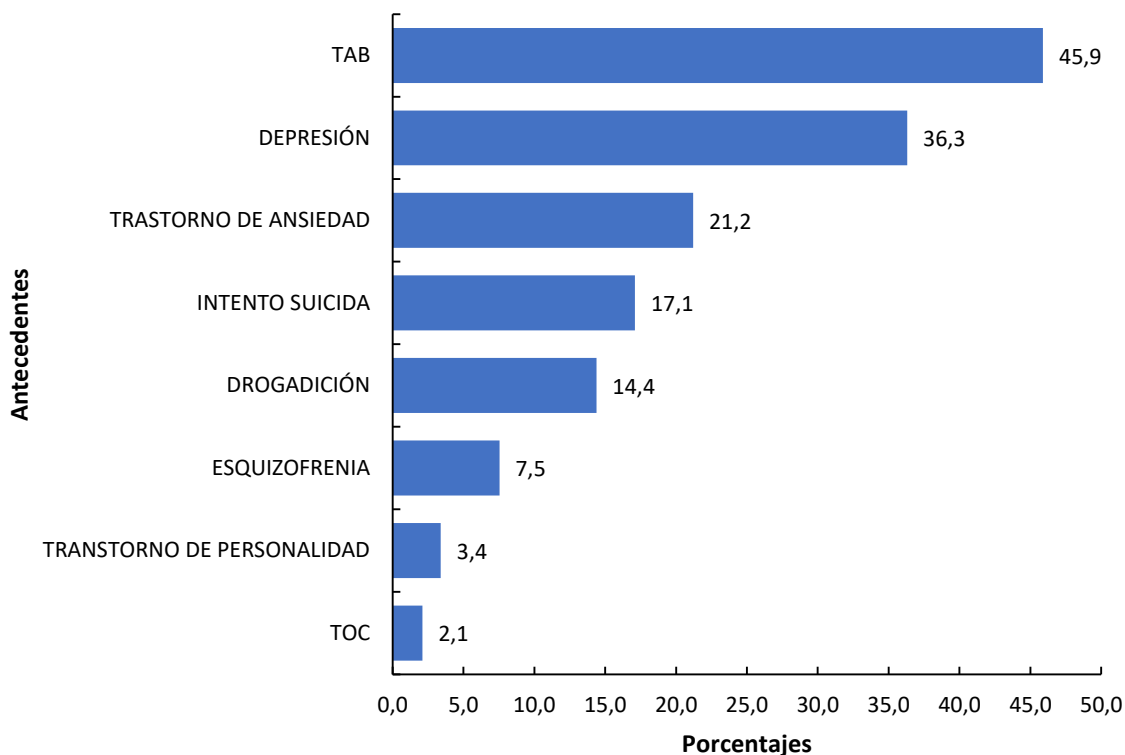
Fuente: Elaboración propia, 2022

En relación con los antecedentes de enfermedad mental, se presentó con mayor frecuencia el trastorno afectivo bipolar (TAB) con el 45,9%, llama la atención que 3 de cada 10 individuos han sufrido episodios de depresión, además de trastorno de ansiedad e intento suicida que aportaron el 21,2% y 17,1% respectivamente, por otro lado el 14,4% manifestó que usaba sustancias psicoactivas; donde predomina el consumo de marihuana (3,4%) además de la combinación de sustancias donde marihuana más cocaína y marihuana, cocaína y alcohol se presentaron en 1,4% cada uno. Otros antecedentes menos frecuentes fueron esquizofrenia, trastorno de personalidad y TOC

PROPUESTA GERENCIAL

en menos del 8%. Con respecto al intento suicida, al evaluarse los mecanismos utilizados fueron arma de fuego, objeto cortopunzante o ingesta de algún medicamento o químico (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución porcentual de los pacientes con antecedentes de enfermedad mental



Fuente: Elaboración propia, 2022.

Al evaluarse los motivos de consulta por los cuales los pacientes con enfermedad mental asisten al servicio de urgencias, se identifica que los síntomas depresivos, ansiosos, las alucinaciones e intento suicida son las principales causas con el 49,3%, 26,7% y 24,7% respectivamente, y menos frecuente el consumo de sustancias 6,2% y el insomnio 4,8%. Por cada 2 pacientes con síntomas depresivos consulta un paciente por ansiedad, intento suicida o alucinaciones Al evaluar en conjunto agitación más agresividad se encuentra que un cuarto de los pacientes presentaba dicha sintomatología. (Tabla 4)

Tabla 4. Motivos de consultas en pacientes con enfermedad mental.

Motivo consulta		N	%
Agitación	Si	18	12,3
	NO	128	87,7
Intento o ideas suicidas	Si	36	24,7
	NO	110	75,3
Manía	Si	22	15,1
	NO	124	84,9

PROPUESTA GERENCIAL

Motivo consulta		N	%
Síntomas depresivos	Si	72	49,3
	NO	74	50,7
Alucinaciones	Si	36	24,7
	NO	110	75,3
Ansiedad	Si	39	26,7
	NO	107	73,3
Agresividad	Si	21	14,4
	NO	125	85,6
Insomnio	Si	7	4,8
	NO	139	95,2
Consumo de sustancias	Si	9	6,2
	NO	137	93,8

Fuente: Elaboración propia, 2022.

Durante la atención en el servicio de urgencias, se solicitaron paraclínicos en el 83, 5% de los pacientes, por cada 10 pacientes a 8 se les solicitaron hemograma, 6 pacientes uroanálisis y un ionograma y 4 pacientes función renal. Entre los paraclínicos solicitados en menor proporción están perfil hepático 26,1%, TSH 15,9% y radiografía de tórax en el 5,7% (Tabla 5)

Tabla 5. Paraclínicos solicitados en la atención del paciente con enfermedad mental.

Paraclínicos		N	%
Cuadro hemático	Si	70	79,5
	No	18	20,5
Ionograma	Si	53	60,2
	No	35	39,8
Función renal	Si	58	39,7
	No	44	30,1
TSH	Si	14	15,9
	No	74	84,1
EKG	Si	25	28,4
	No	63	71,6
Uroanálisis	Si	55	62,5
	No	33	37,5
Pruebas toxicológicas	Si	46	52,3
	No	42	47,7
Radiografía de tórax	Si	5	5,7
	No	83	94,3
Pruebas hepáticas	Si	23	26,1
	No	65	73,9
Glucometría	Si	29	33,0
	No	59	67,0

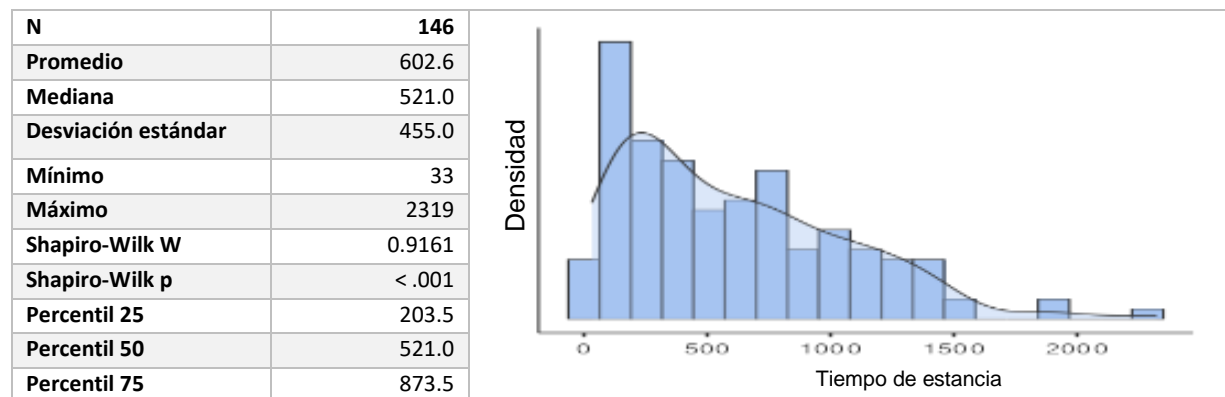
Fuente: Elaboración propia, 2022

El tiempo promedio de estancia en el servicio fue de 602,6 minutos (DE 455,0), aproximadamente 10 horas. El tiempo mínimo de estancia fue de 33 minutos y el máximo de 2319 minutos (38 horas aproximadamente). El 25% de las personas en promedio se

PROPUESTA GERENCIAL

demoran 203,5 minutos o menos, el 75% de las personas el tiempo promedio de estancia es de 873 minutos o menos. (Tabla 6)

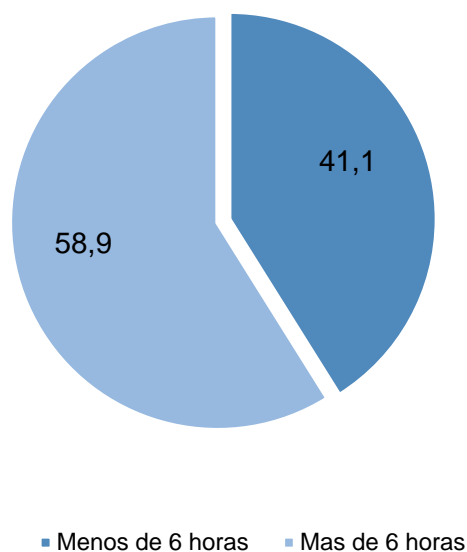
Tabla 6. Tiempo de estancia en el servicio de urgencias de los pacientes con enfermedad mental



Fuente: Elaboración propia, 2022

En relación al proceso de atención se encontró que más de la mitad de los pacientes (58,9%) de los pacientes manifestaron que la atención duró más de 6 horas. (Gráfico 5)

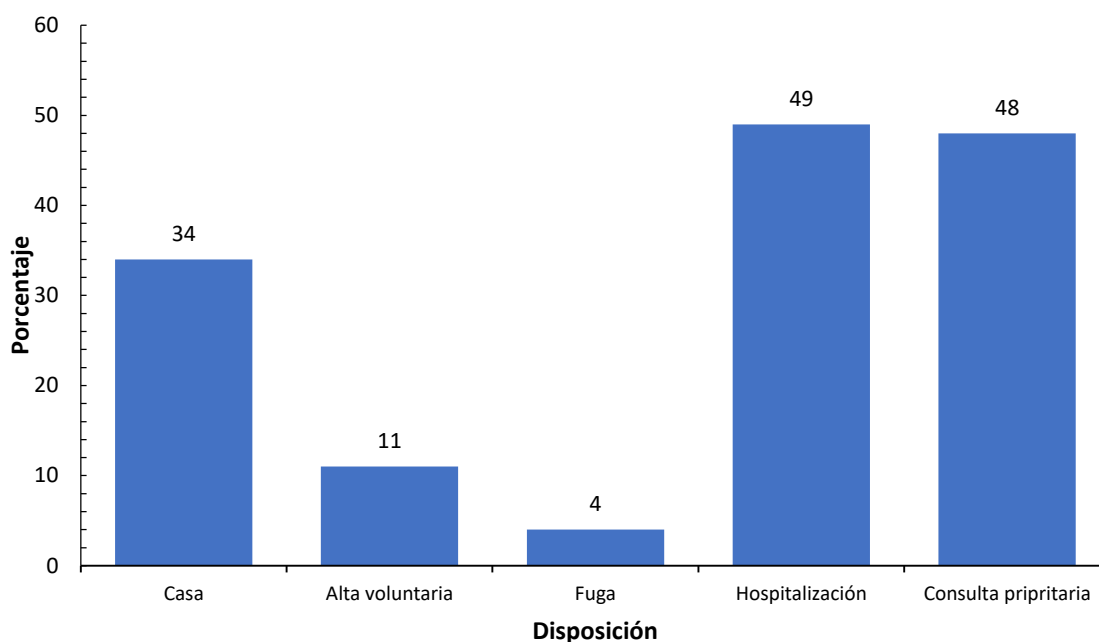
Gráfico 5. Distribución porcentual del tiempo de estancia



Fuente: Elaboración propia, 2022

Gráfico 6. Disposición de los pacientes con enfermedad mental, después de la atención en el servicio de urgencias.

PROPUESTA GERENCIAL



Fuente: Elaboración propia, 2022

Al definirse una conducta durante el proceso de atención de los pacientes, se evidenció que la mayoría de estos se direccionan a una consulta con especialidad de psiquiatría o quedaban hospitalizados en unidad de salud mental; el 49% de los pacientes tuvo necesidad de hospitalización. El tiempo promedio de hospitalización fue de 10 días, con un mínimo de 2 días y un máximo de 30 días en hospitalización. El 48% de los pacientes requirió cita prioritaria, se recibió respuesta para dicha cita en promedio en 333,3 minutos (5 horas aproximadamente) y el 68,58 % está recibiendo valoración por psiquiatría en menos de 24 horas. En la población estudiada se encontró que el 15% de los pacientes no aceptaron manejo, debido a que firmaron alta voluntaria o se fugaron (11% y 4% respectivamente). Una tercera parte de los pacientes se le soluciona su queja principal en el servicio y se pudo direccionar a casa para continuar manejo ambulatorio. (Gráfico 6)

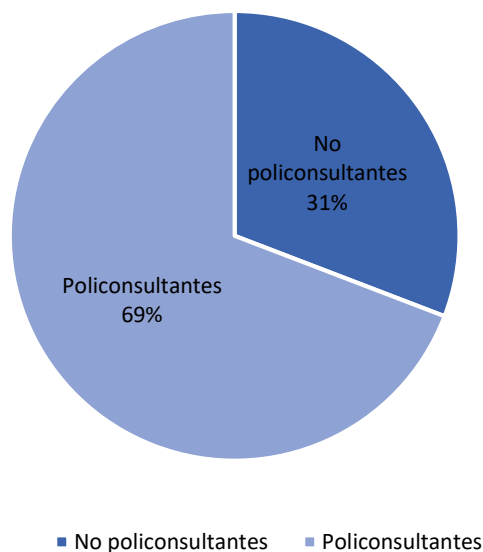
7.2 Prevalencia de pacientes policonsultantes

Al evaluar la población de estudios se presentó un promedio de 6,27 consultas por todas las causas al año, donde el mínimo fue de 4 consultas y el máximo de 24. El 10,3% de los pacientes tuvo más de 10 consultas. De estas consultas, se evidencia que los policonsultantes sólo por síntomas de enfermedad mental (más de 4 consultas al año) fue de 69.2% y no policonsultantes por enfermedad mental 30.8%. Por cada 2 pacientes, que tenían más de 4 consultas por síntomas de enfermedad mental, había 1 que tenían entre 1 y 3 consultas con estos síntomas. (

Gráfico 7 y ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)

Gráfico 7. Prevalencia de pacientes policonsultantes con síntomas de enfermedad mental.

PROPUESTA GERENCIAL

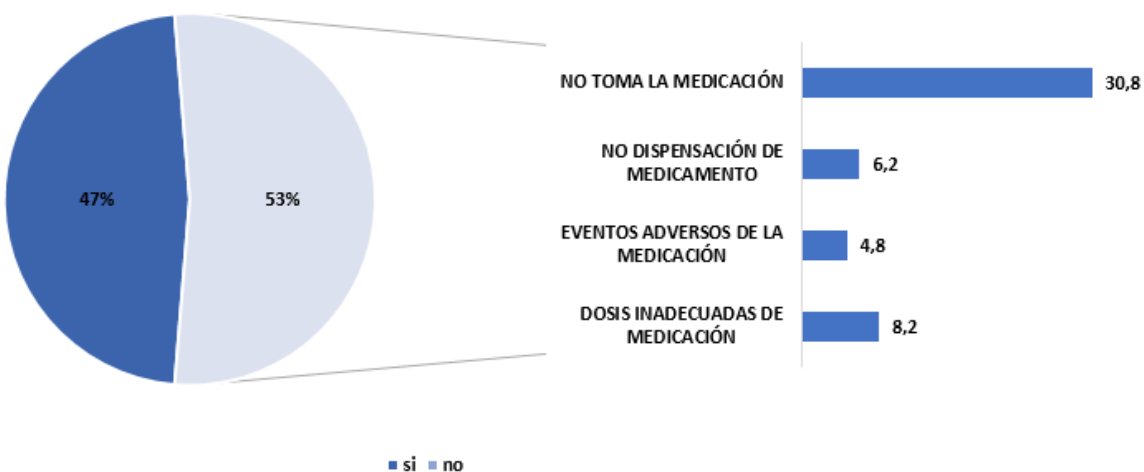


Fuente: Elaboración propia, 2022

7.3 Adherencia de los pacientes policonsultantes

Al evaluarse la adherencia al tratamiento como posible factor de policonsulta se encontró el 53% de los pacientes no cumplían con su tratamiento, como principal causa en un 30.8% fue por no consumo de medicamentos, seguidos por dosis inadecuadas y la falta de dispensación de estos (8.2 y 6.2% respectivamente). (Gráfico 8)

Gráfico 8. Adherencia al tratamiento y causas de no adherencia.



Fuente: Elaboración propia, 2022

En relación a la adherencia, como se observó en la gráfica anterior, es importante conocer el comportamiento de la misma por algunas variables de interés, 7 de cada 10

PROPUESTA GERENCIAL

pacientes adherentes son mujeres, los pacientes con antecedente de no drogadicción se adhieren al tratamiento en el 90,6% y si se compara con los que no se adhieren este porcentaje disminuye en un 11,7%, se observa que los pacientes depresivos menos de la mitad eran adherentes al tratamiento y no tener trastorno de ansiedad garantizaba una adherencia 73,4%: Al observar la adherencia en los pacientes quien después de la atención se iban para su casa se encontró que el 26,6% cumplían con su tratamiento con respecto a un 21,1 que no lo hacían, pero los que requerían hospitalización se observó que cerca del 40 % no eran adherentes. Los policonsultantes eran adherentes en el 7% de los casos comparados con el 25% que no lo eran. Se encontró que una limitación para evaluar esta variable fue la falta de información, con porcentajes mayores al 30% de la población estudiada. (Tabla 7)

Tabla 7. Adherencia de los pacientes con enfermedad mental según características demográficas, clínicas y de disposición.

Variables	Adherencia		No adherencia		Sin información	
	n	%	N	%	N	%
Género						
Masculino	15	23.4%	25	35.2%	7	63.6%
Femenino	49	76.6%	46	64.8%	4	36.4%
Drogadicción						
Si	6	9.4%	15	21.1%	0	0.0%
No	58	90.6%	56	78.9%	11	100.0%
Depresión						
Si	27	42.2%	20	28.2%	6	54.5%
No	37	57.8%	51	71.8%	5	45.5%
Trastorno de ansiedad						
Si	17	26.6%	11	15.5%	3	27.3%
No	47	73.4%	60	84.5%	8	72.7%
TAB						
Si	29	45.3%	34	47.9%	4	36.4%
No	35	54.7%	37	52.1%	7	63.6%
Sitio de destino al alta						
Casa	17	26.6%	15	21.1%	2	18.2%
Alta voluntaria	3	4.7%	6	8.5%	2	18.2%
Fuga	2	3.1%	1	1.4%	1	9.1%
Hospitalización	18	28.1%	27	38.0%	4	36.4%
Cita prioritaria	24	37.5%	22	31.0%	2	18.2%
Policonsulta						
No policonsultantes	16	25.0%	24	33.8%	5	45.5%
Policonsultantes	48	75.0%	47	66.2%	6	54.5%

Fuente: Elaboración propia, 2022

7.4 Factores asociados de los pacientes policonsultantes

Se encontró asociación con los pacientes policonsultantes en género, edad, antecedente de trastorno de ansiedad y ansiedad como motivo de consulta, los pacientes que mostraron mayor frecuencia en policonsulta en el último años son, el 61,3% del género femenino, el 41,5% mayores de 38 años, el 50,4% de estrato económico medio en relación al género se encontró un aumento de un 32% en los pacientes policonsultantes cuando son hombres, comparados con las mujeres, el grupo de 15 a 25 años aumenta

PROPUESTA GERENCIAL

la probabilidad de ser policonsultantes en un 140% comparado con los pacientes que tienen de 60 a 84 años, por cada 10 pacientes que tienen entre 60 y 84 años y son policonsultantes hay 17 que tienen entre 38 y 59 años y son policonsultantes.

Aproximadamente la mitad de los policonsultantes pertenecen a un estrato socioeconómico medio al igual que los no policonsultantes más del 60% corresponde a bajo y medio. Con respecto a tener pareja los policonsultantes la tiene en el 31,6% comparados con un 67,3% sin pareja. Por cada paciente policonsultante que consume sustancias psicoactivas hay 5 que no lo hacen. Los pacientes quien tiene antecedentes de depresión casi el doble son policonsultantes, comportándose de igual manera los pacientes con TAB. Por otro lado, los antecedentes que menos aportan paciente policonsultantes son la esquizofrenia, el TOC y los policonsultantes se asocia a consultas por ansiedad, depresión y alucinaciones, siendo solo el primero estadísticamente significativo, por lo que menos consultan son insomnio y consumo de sustancias psicoactivas. La mayoría de policonsultantes se realizaron paraclínicos en un 60.3% y después de la atención un tercio de los policonsultantes se fueron a casa y otro requirieron manejo hospitalario, más del 60% requirieron valoración por especialista en psiquiatría fuera de forma ambulatoria (por cita) u hospitalaria, sin embargo, los policonsultantes tuvieron casi el mismo número de pacientes que requirieron hospitalización que los no policonsultante (27 vs 22) (Tabla 8).

Tabla 8. Análisis multivariado de paciente con policonsulta con enfermedad mental

Características	Policonsulta		Total n(%)	X ²	Valor p	RP (IC 95%)
	Si n(%)	No n(%)				
Género						
Femenino	62 (61.3)	37 (82.2)	99 (67.8)	6.191	0,013*	1 1.32 (1.08 - 1.61)
Masculino	39 (38.6)	8 (17.7)	47 (32.1)			
Edad						
60 a 84	5 (4.95)	7 (15.5)	12 (8.21)	17.631	0,001*	1 2.4 (1.22 - 4.68) 1.40 (0.69 - 2.84) 1.73 (0.87 - 3.45)
15 a 25	23 (22.7)	0 (0)	23 (15.7)			
26 a 37	31 (30.6)	22 (48.8)	53 (36.3)			
38 a 59	42 (41.5)	16 (35.5)	58 (39.7)			
Estrato económico						
Alto	14 (13.8)	4 (8.88)	18 (12.3)	2.873	0,579	1 0.75 (0.49 - 1.13) 0.92 (0.69 - 1.23) 0.85 (0.60 - 1.21)
Bajo	14 (13.8)	10 (22.2)	24 (16.4)			
Medio	51 (50.4)	20 (44.4)	71 (48.6)			
Sin información	22 (21.7)	11 (24.4)	33 (22.6)			
Estado civil						
Con pareja	32 (31.6)	13 (28.8)	45 (30.8)	1.889	0,389	1 0.97 (0.77 - 1.22) 0.46 (0.09 - 2.34)
Sin pareja	68 (67.3)	30 (66.6)	98 (67.1)			
Sin información	1 (0.99)	2 (4.44)	3 (2.05)			
Drogadicción						
Si	16 (15.8)	5 (11.1)	21 (14.3)	0.566	0.451	1 0.89 (0.68 - 1.16)
No	85 (84.1)	40 (88.8)	125 (85.6)			
Depresión						
Si	36 (35.6)	17 (37.7)	53 (36.3)	0.061	0.804	1 1.02 (0.81 - 1.29)
No	65 (64.3)	28 (62.2)	93 (63.6)			
TAB						
Si	45 (44.5)	22 (48.8)	67 (45.8)	0.236	0.627	1 1.05 (0.84 - 1.31)
No	56 (55.4)	23 (51.1)	79 (54.1)			
Esquizofrenia						
Si	9 (8.91)	2 (4.44)	11 (7.53)	0.891	0,345	1 0.83 (0.61 - 1.12)
No	92 (91.0)	43 (95.5)	135 (92.4)			

PROPUESTA GERENCIAL

Características	Policonsulta		Total n(%)	X2	Valor p	RP (IC 95%)
	Si n(%)	No n(%)				
Trastorno de personalidad						
Si	5 (4.95)	0 (0)	5 (3.42)	2.307	0,129	1 0.68 (0.60 - 0.76)
No	96 (95.0)	45 (100)	141 (96.5)			
Trastorno de ansiedad						
Si	26 (25.7)	5 (11.1)	31 (21.2)	3.985	0,046*	1 0.77 (0.63 - 0.95)
No	75 (74.2)	40 (88.8)	115 (78.7)			
TOC						
Si	1 (0.99)	2 (4.44)	3 (2.05)	1.846	0,174	1 2.09 (0.42 - 10.4)
No	100 (99.0)	43 (95.5)	143 (97.9)			
Intento suicida						
Si	17 (16.8)	8 (17.7)	25 (17.1)	0.020	0.888	1 1.02 (0.76 - 1.36)
No	84 (83.1)	37 (82.2)	121 (82.8)			
Agitación						
Si	11 (10.8)	7 (15.5)	18 (12.3)	0.627	0.428	1 1.15 (0.78 - 1.69)
No	90 (89.1)	38 (84.4)	128 (87.6)			
Intento o ideas suicidas						
Si	24 (23.7)	12 (26.6)	36 (24.6)	0.141	0.706	1 1.05 (0.80 - 1.36)
NO	77 (76.2)	33 (73.3)	110 (75.3)			
Manía						
Si	17 (16.8)	5 (11.1)	22 (15.0)	0.796	0.372	1 0.87 (0.67 - 1.13)
No	84 (83.1)	40 (88.8)	124 (84.9)			
Síntomas depresivos						
Si	49 (48.5)	23 (51.1)	72 (49.3)	0.084	0.772	1 1.03 (0.83 - 1.28)
No	52 (51.4)	22 (48.8)	74 (50.6)			
Alucinaciones						
Si	25 (24.7)	11 (24.4)	36 (24.6)	0.002	0.968	1 0.99 (0.77 - 1.27)
No	76 (75.2)	34 (75.5)	110 (75.3)			
Ansiedad						
Si	33 (32.6)	6 (13.3)	39 (26.7)	5.948	0,015*	1 0.75 (0.61 - 0.91)
No	68 (67.3)	39 (86.6)	107 (73.2)			
Agresividad						
Si	16 (15.8)	5 (11.1)	21 (14.3)	0.566	0.451	1 0.89 (0.68 - 1.16)
No	85 (84.1)	40 (88.8)	125 (85.6)			
Insomnio						
Si	6 (5.94)	1 (2.22)	7 (4.79)	0.943	0,332	1 0.79 (0.57 - 1.10)
No	95 (94.0)	44 (97.7)	139 (95.2)			
Consumo de sustancias						
Si	8 (7.92)	1 (2.22)	9 (6.16)	1.748	,186b	1 0.76 (0.58 - 0.98)
No	93 (92.0)	44 (97.7)	137 (93.8)			
Adherencia						
Si	48 (47.5)	16 (35.5)	64 (43.8)	2.418	0.298	1 0.88 (0.70 - 1.09)
No	47 (46.5)	24 (53.3)	71 (48.6)			
Sin información	6 (5.94)	5 (11.1)	11 (7.53)			
Necesidad de paraclínicos						
Si	61 (60.3)	27 (60)	88 (60.2)	0.002	0.963	1 0.99 (0.79 - 1.24)
No	40 (39.6)	18 (40)	58 (39.7)			
Destino						
Casa	26 (25.7)	8 (17.7)	34 (23.2)	7.052	0,133	1 1.06 (0.76 - 1.49)
Alta voluntaria	9 (8.91)	2 (4.44)	11 (7.53)			
Fuga	3 (2.97)	1 (2.22)	4 (2.73)			
Hospitalización	27 (26.7)	22 (48.8)	49 (33.5)			
Cita prioritaria	36 (35.6)	12 (26.6)	48 (32.8)			

Fuente: Elaboración propia, 2022

PROPUESTA GERENCIAL

7.5 Propuesta Gerencial

A continuación, se presenta una propuesta gerencial a partir de la matriz FODA, para aportar a la problemática identificada y de esta manera contribuir al mejoramiento de la competitividad y funcionamiento asociado a las necesidades identificadas.

7.5.1 Matriz FODA

Tabla 9. Matriz FODA.

	<u>Fortalezas</u>	<u>Debilidades</u>
Interno	1.Servicios para enfermedades mentales.	1.Sobresaturación en el servicio de urgencias.
	2.Información del perfil epidemiológico y clínico de los pacientes.	2.Fallas en la gestión del flujo de los pacientes.
	3.Atención de personal altamente capacitado.	3.Deficiencias en la resolutivez en la atención al paciente.
	4.Mejoras en la calidad de vida de los pacientes.	4.Insuficientes estructuras actualmente.
	5.Capacidad de adaptación frente a las crisis.	5. Rotación médica con mucha frecuencia.
	6.Miembros de equipo de salud con experiencia.	6.Escasa detección oportuna de contingencias.
	7.Motivación del equipo de salud.	7.Insuficiencia de equipos básicos.
Externo		
	<u>Oportunidades</u>	<u>Estrategias FO</u>
	1.Intervenciones de programas de salud.	
	2.Aumento de consultas externas para psiquiatría.	
	3.Alta demanda en servicios de salud mental.	
	4.Apoyo de otras instituciones del sector.	
	5.Participación de la comunidad para la promoción de la salud.	
	6.Atención integral de la comunidad.	
		<u>Estrategias DO</u>
		F3O3
	Priorización de la atención para la alta demanda en el servicio de urgencias.	D2O2
		Implementación de un sistema de apoyo integral.

PROPUESTA GERENCIAL

7.Sistema de gestión de salud integral.

Amenazas

1.Congestión en servicio de urgencias.

2.Altos costos en el sistema.

3.Poca satisfacción a pacientes y familiares.

4.Población con antecedentes de violencia intrafamiliar.

5.Aumento de pacientes que requieren poli consultas.

6.Bajo nivel de conocimientos en la comunidad con respecto a la salud mental.

7.Bajas coberturas para algunos policonsultantes.

Estrategias FA***Estrategias DA***

F2A1

Revisión de guía del perfil clínico de los pacientes.

D1A3

Agilidad en la atención de los pacientes para la reducción en saturación del servicio de urgencias.

PROPUESTA GERENCIAL

7.5.2 Desarrollo de las estrategias**7.5.3 Priorización de la atención para la alta demanda en el servicio de urgencias.**

Objetivo:	Priorizar la atención con personal altamente capacitado para la alta demanda en el servicio de urgencias.
Recursos:	<p><i>Humanos:</i> Personal capacitado en atención de urgencias en salud mental.</p> <p><i>Tiempo:</i> 24 horas, 7 días a la semana, todo el año.</p> <p><i>Tecnológicos:</i> Dispositivos móviles, computador o Tablet, equipos médicos para emergencias.</p> <p><i>Materiales:</i> Fármacos para la correcta regulación inmediata del paciente (Según el caso que lo requiera).</p>
Personal:	Atención prehospitalaria por parte de bombero, estudiante, médico, técnico en emergencias (en caso de ser necesario); enfermera(o); médico de turno; especialista.
Responsable(s):	<p><i>Bombero, estudiante o cualquiera que sea el primer respondiente:</i> es responsable de la atención inicial, inclusive antes de llegar al servicio de urgencias.</p> <p><i>Enfermera(o):</i> es responsable de recibir al paciente en el servicio de urgencias y priorizar su atención según las necesidades.</p> <p><i>Médico de turno:</i> es responsable de estabilizar al paciente inmediatamente.</p> <p><i>Especialista:</i> es responsable del tratamiento y seguimiento del paciente.</p>
Proceso:	El personal que se encuentre en el servicio de urgencias debe realizar un acercamiento prudente, sutil y con mucho profesionalismo para verificar el estado inicial del paciente, realizando preguntas indagatorias bien sea al paciente o a su o sus acompañantes. De esta manera es más fácil priorizar la urgencia con la cual deben ser atendidos los pacientes que van llegando al servicio de urgencias médicas en salud mental. El profesional que esté encargado de recibir al paciente siempre debe hacer lo posible por hacerle notar al paciente la situación en la que se encuentran para que este se pueda expresar con libertad y de forma amplia.
Control:	Revisar las estadísticas de ingresos y atención de urgencias mensualmente, en especial ante casos de policonsulta, para la identificación de las prioridades que se les está dando a los casos y según la forma en que lo requieran los pacientes. Con esto mejorar los procesos de manera tal que se logre priorizar la atención de los pacientes con personal altamente capacitado para la alta demanda en el servicio de urgencias.

PROPUESTA GERENCIAL

7.5.4 Implementación de un sistema de apoyo integral.

Objetivo:	Implementar un sistema de apoyo integral para la gestión del flujo de pacientes por el aumento de consultas externas.
Recursos:	<p><i>Humanos:</i> Personal capacitado en atención de urgencias en salud mental y personal de recepción en urgencias.</p> <p><i>Tiempo:</i> 24 horas, 7 días a la semana, todo el año.</p> <p><i>Tecnológicos:</i> Dispositivos móviles, computador o Tablet, equipos médicos para emergencias.</p> <p><i>Materiales:</i> Fármacos para la correcta regulación inmediata del paciente (Según el caso que lo requiera). Historia clínica del paciente.</p>
Personal:	Atención prehospitalaria por parte de bombero, estudiante, médico, técnico en emergencias (en caso de ser necesario); enfermera(o); médico de turno; especialista, recepcionista.
Responsable(s):	<p><i>Bombero, estudiante o cualquiera que sea el primer respondiente:</i> es responsable de la atención inicial, inclusive antes de llegar al servicio de urgencias para llevar a cabo la atención prehospitalaria en el menor tiempo posible.</p> <p><i>Enfermera(o):</i> es responsable de recibir al paciente en el servicio de urgencias y realizar su ingreso en el menor tiempo posible, con calidad y en concordancia con los avances tecnológicos para facilitar la gestión.</p> <p><i>Médico de turno:</i> es responsable de estabilizar al paciente en el menor tiempo posible.</p> <p><i>Especialista:</i> es responsable del tratamiento y seguimiento del paciente garantizando su salud y seguridad.</p> <p><i>Gerente:</i> Revisión y control.</p>
Proceso:	Aprovechar la participación del personal altamente capacitado para actuar en el servicio de urgencias, con un sistema de apoyo integral, de manera tal que se logre gestionar el flujo de pacientes con eficiencia y eficacia ante el aumento de frecuencias en estas debido a la disponibilidad de consultas externas. Las emergencias que involucran la salud mental es un reto para los profesionales y para las instituciones, sin embargo, el registro de la información y el acceso a la historia clínica de los pacientes, más la debida entrevista al o a los familiares, permite que este servicio sin alta saturación.
Control:	Auditorías gerenciales en la sección de atención al cliente y recepción de pacientes, al menos 2 (dos) veces al mes para verificar que se le esté dando el recibimiento adecuado a los pacientes y la atención inmediata para evitar la congestión en el servicio de urgencias. Además es necesario revisar los registros de ingresos semanalmente para verificar la forma en que está funcionando e identificar las mejoras que se requieran.

PROPUESTA GERENCIAL

7.5.5 Revisión de guía de perfil clínico de los pacientes.

Objetivo:	Revisar y diligenciar una guía del perfil clínico de los pacientes para que baje la congestión en el servicio de urgencias.
Recursos:	<p><i>Humanos:</i> Personal capacitado en atención de urgencias en salud mental y personal de recepción en urgencias.</p> <p><i>Tiempo:</i> 24 horas, 7 días a la semana, todo el año.</p> <p><i>Tecnológicos:</i> Dispositivos móviles, computador o Tablet, equipos médicos para emergencias.</p> <p><i>Materiales:</i> Historia clínica del paciente.</p>
Personal:	Atención prehospitalaria por parte de médico y/o técnico en emergencias (en caso de ser necesario); enfermera(o); médico de turno; especialista, recepcionista.
Responsable(s):	<p><i>Enfermera(o):</i> es responsable de recibir al paciente en el servicio de urgencias y realizar su ingreso en el menor tiempo posible, con calidad y apoyo con los avances tecnológicos para facilitar la gestión y disminuir la congestión en el área.</p> <p><i>Médico de turno:</i> es responsable de estabilizar al paciente en el menor tiempo posible y revisar la guía del perfil clínico del paciente.</p> <p><i>Especialista:</i> es responsable del tratamiento y seguimiento del paciente garantizando su salud y seguridad.</p>
Proceso:	Se recibirá al paciente que llegue al servicio de urgencias, inmediatamente las personas encargadas de este proceso, deben requerir la revisión de la historia clínica para terminar de diligenciar una guía del perfil clínico de los pacientes para que baje la congestión en el servicio de urgencias, además con esto es posible, que los responsables y en especial el médico de turno y el especialista, realicen una valoración apropiada para las atender a los pacientes según sus necesidades y además disminuir la congestión de pacientes en el servicio de urgencias, estableciendo prioridades según los casos que se presenten en la emergencia.
Control:	Organización de la información clínica de los pacientes, actualización de datos semestralmente. Además, se seguirá un control de los ingresos de los pacientes internos y externos para reconocer la efectividad de la revisión y diligenciamiento de una guía del perfil clínico de los pacientes para que baje la congestión en el servicio de urgencias.

PROPUESTA GERENCIAL

7.5.6 Agilidad en la atención de los pacientes para la reducción en saturación del servicio de urgencias.

Objetivo:	Agilizar la atención de los pacientes para la reducción en saturación del servicio de urgencias y mejoría en la satisfacción de pacientes y familiares.
Recursos:	<p><i>Humanos:</i> Personal capacitado en atención de urgencias en salud mental y personal de recepción en urgencias.</p> <p><i>Tiempo:</i> 24 horas, 7 días a la semana, todo el año.</p> <p><i>Tecnológicos:</i> Dispositivos móviles, computador o Tablet, equipos médicos para emergencias.</p> <p><i>Materiales:</i> Historia clínica del paciente.</p>
Personal:	Atención prehospitalaria por parte de médico y/o técnico en emergencias (en caso de ser necesario); enfermera(o); médico de turno; especialista, recepcionista.
Responsable(s):	<p><i>Enfermera(o):</i> es responsable de recibir al paciente en el servicio de urgencias y realizar su ingreso en el menor tiempo posible, con calidad y apoyo con los avances tecnológicos para facilitar la gestión y disminuir la congestión en el área.</p> <p><i>Médico de turno:</i> es responsable de estabilizar al paciente en el menor tiempo posible y revisar la guía del perfil clínico del paciente.</p> <p><i>Especialista:</i> es responsable del tratamiento y seguimiento del paciente garantizando su salud y seguridad.</p>
Proceso:	Se recibirá al paciente que llegue al servicio de urgencias, inmediatamente las personas encargadas de este proceso deben diligenciar los formularios necesarios, también revisar la guía de la historia clínica de los pacientes, para así agilizar la atención de los pacientes para la reducción en saturación del servicio de urgencias y mejoría en la satisfacción de pacientes y familiares, todo esto permite que se disminuya la saturación de pacientes en el servicio de urgencias.
Control:	Revisión mensual, trimestral y semestral de la frecuencia con que asisten los pacientes de salud mental al servicio de urgencias para verificar el movimiento que está teniendo esta área del servicio.

8 Discusión

El presente estudio se realiza para caracterizar una población de 146 paciente que consultaron al servicio de urgencias y en el último año tenían más de 3 consultas discutiendo las variables clínicas de estos. En cuanto al perfil epidemiológico se encuentra que predomina el sexo femenino, la edad promedio fue de 37 y pacientes sin pareja. Este perfil es similar a lo descrito en otros estudios realizados (5,8) y difiere que en los otros porque en estos hay un ligero predominio de personas con pareja, o predominio el sexo masculino, estas discrepancias se deben a las características de cada centro. (5,57). Según el estudio de Cruz et al, se apreció en cuanto a género que no había diferencia (femenino 51,8%), y la edad de presentación fue en mayor porcentaje en menores de 35 años con una media de 39 años, casi similar a la reportada en este estudio (38).

El estudio de salud mental del 2003 enfocado a pacientes policonsultantes se encontró que las mujeres fueron más predominantes en un 56,17% comparado con este estudio de 67,81%, el grupo de edad con más pacientes es entre 18 y 29 años, en nuestro estudio los pacientes más mayores (38 a 59 años) con pareja eran 5,63% comparado en el nuestro con 30,82%. (25) Comparados con el estudio de salud mental del 2015, la edad cambia debido a que incluyeron niños y adolescentes y cerca al 60% tenían pareja. (22)

Al evaluar los antecedentes, se evidencio que el TAB, la depresión, trastorno de ansiedad e intento suicida fueron los más frecuentes, al compararlos con los datos plasmados en las encuestas de salud mental de Colombia, a excepción del TAB son trastornos con alta prevalencia. Por el lado la prevalencia de depresión paso de 25,1% para 1993, 19,6% en 1997 y 13,9 en 2003, igualmente para ansiedad 9,6% 15,1% y 19,3% respectivamente. (6,22,25)

En cuanto a los motivos de consulta más frecuentes fueron los síntomas depresivos, ansiosos, alucinaciones e intento suicida, no correspondiendo a la literatura donde sobresalen es el consumo de sustancias psicoactivas, pero sin compartir con trastornos depresivos y psicóticos. (5,8) Se evidencio en otro estudio que los grupos diagnósticos eran el consumo de sustancias (este más frecuentes en hombres), el intento suicida y trastornos neuróticos, estos dos últimos más frecuentes en mujeres. Estos datos también concuerda con estudios alemán y francés (38)

En cuanto a disposición del paciente luego de la atención medica encontramos que la mayoría de los pacientes se derivan a consulta externa especializada ambulatoria u hospitalaria, lejos de parecerse a un estudio brasilero, donde el destino principal fue la red primaria de atención o derivación a centros ambulatorios psiquiátricos debido a la presencia de residentes de psiquiatría, y bajas tasas de hospitalización solo 8,2% comparados con la nuestra de 49%, en nuestro medio no contamos con personal en formación en los servicios para facilitar el manejo ambulatorio. (5) Se reporta en otro estudio, que el 81,5% fue derivado a su hogar, 9,8% quedaron hospitalizado y el 0,9% referido a hospital psiquiátrico, demostrando igual que nuestro estudio alta tasa de requerir valoración por psiquiatría y se apuntan a que la diferencia de las frecuencias

PROPUESTA GERENCIAL

depende de la presencia de psiquiatría en los servicio para realizar interconsulta inmediata (38). Según Posada y Villa, el porcentaje de uso de psiquiatría estuvo entre 1,6 a 4,2% que aumenta hasta 5% si se tiene más de tres trastornos (25). Los pacientes con urgencias psiquiátricas suelen pasar mucho tiempo en el servicio de urgencias debido a la poca resolutiveidad y además falta de camas para hospitalización.

Las limitaciones de nuestro estudio son generalmente debidas a sesgo de información por falta de datos en las historias clínicas, particularmente en variables sociodemográficas y en menos frecuencia las clínicas como la adherencia al tratamiento. Lo anterior se comparte con otros estudios (5,38) Otra limitación fue la variabilidad en la definición de policonsulta en los diferentes estudios, por lo que se realizó una definición mixta en lo orgánico y lo mental, teniendo en cuenta datos locales e internacionales. Nuestra muestra puede tener un sesgo debido a que solo se tomó un año como referencia. Las limitaciones anteriores hacen que se deba tener precaución al explorar los datos y llegar a conclusiones (8).

9 Conclusiones

Es importante reconocer y reforzar el trabajo de los médicos de urgencias, al conocer el perfil social y clínicos de los pacientes para implementar estrategias como manejo multidisciplinario y óptimo para impactar en los tiempos y sobreocupación de los servicios de urgencias

Debido a la relevancia social y clínica, además de lo frecuente de las consultas por trastornos mentales a médicos no especialistas en salud mental se requieren estudios que contribuyan en la implementación de la calidad en la atención médica y la adecuada disposición de estos pacientes.

La presencia de especialista en psiquiatría puede aumentar la detección de trastornos mentales, además de suministrar tratamiento precoz y adecuado.

Es necesario diseñar estrategias de intervención terapéutica siendo un pilar importante el manejo de crisis

10 Agradecimientos

Loa autores agradecen a las persona e instituciones que colaboraron brindando información y aportando a construcción de este proyecto para que fuera posible. Se agradece especialmente a las IPS involucradas y su personal, además de a la Universidad CES por brindarnos las bases académicas y la asesoría permanente por parte de sus docentes.

11 Bibliografía

1. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Suiza: OMS (Organización Mundial de la Salud); 2001.
2. Lee RS, Woods R, Bullard M, Holroyd BR, Rowe BH. Consultations in the emergency department: a systematic review of the literature. *Emerg Med J.* 2008;25(1):4-9.
3. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1324-9.
4. García-Romero M, Rita-Gáfaró CG, Quintero-Manzano J, Bermon A. Escala NEDOCS vs valoración subjetiva, ¿El personal de salud en urgencias es consciente de su sobrecupo? *Colomb Médica.* 2017;48(2):53-7.
5. Padilha VM, Schettini CSS, Santos Junior A, Azevedo RCS. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. *Sao Paulo Med J Rev Paul Med.* 2013;131(6):398-404.
6. Torres de Galvis Y, Posada Villa J. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. The who world mental health survey consortium. Medellín; Secretaría de Salud de Medellín: Universidad CES; 2012.
7. Adams P, Nielson H. Evidence Based Practice: Decreasing Psychiatric Revisits to the Emergency Department. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(8):536-43.
8. Schmidt M. Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review. *Psychiatr Q.* 2018;89(1):11-32
9. Gómez K, A FV, Fuenzalida F, Cardenas MJ, L MP. Caracterización del perfil de usuarios policonsultantes en urgencia Hospital San Camilo, pertenecientes al CESFAM San Felipe el real, San Felipe. *Rev Chil Salud Pública.* 2021;25(2):248-54.
10. Douglass AM, Luo J, Baraff LJ. Emergency Medicine and Psychiatry Agreement on Diagnosis and Disposition of Emergency Department Patients With Behavioral Emergencies. *Acad Emerg Med.* 2011;18(4):368-73.
11. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009.
12. Conde Díaz M, Esteban Ortega C, Rosado Jiménez L, Barroso Peñalver MD, Romero González S. La urgencia psiquiátrica en un hospital general: La patología de la agresividad principal motivo de consulta. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2009;29(2).
13. Mohanty SA, Washington DL, Lambe S, Fink A, Asch SM. Predictors of On-call Specialist Response Times in California Emergency Departments. *Acad Emerg Med.* 2006;13(5):505-12.

PROPUESTA GERENCIAL

14. Muñoz Vivas M. Características de los pacientes policonsultantes en el Centro Integrado de Salud de Coronado. Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina. 1991.
15. Ballas M, Melagón M, Peláez C, Ávila L et al. Usuario policonsultante: estrategia de manejo para equipos de Atención Primaria de Salud (APS) Consultorio "San Luis" Peñalolén. Rev Psiquiatr Salud Ment.2016; XXXIII:117-22.
16. García R, Castro P. Pacientes policonsultantes en los servicios de pediatría: trastornos de somatización y trastorno facticio por otros (Síndrome de Münchausen by Proxy). Rev Médica Clínica Las Condes. 2017;28(6):923-31.
17. Picado, L LPY. La policonsulta y su impacto en los costos de los EBAIS concentrados del área de salud Alajuela Sur durante el año 2001. Univ Estatal Distancia. 2001:130.
18. Hiriart G, Gatica X. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? Acta Bioethica. 2014; 20:215-23.
19. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Cifras e indicadores del Sistema de Salud 2008-2011. 2013.
20. Gómez-Restrepo C, Malagón NR, Eslava-Schmalbach J, Ruiz R, Gil JF. Factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2021;50(1):3-10.
21. Chimunja Chicue L, Fuentes Alban SC, et al. Enfermedad mental y factores asociados en oficiales del Ejército Nacional de Colombia en conflicto armado. Index Enferm. 2018;27(4):211-5.
22. Bernal GB, Martínez MLO. Encuesta Nacional de Salud Mental. 2015. Minsalud. 2015;348.
23. Vidal G, Alarcón. Libro de Psiquiatría. Libro Psiquiatr 3° Ed. 2012
24. Pardo A, Sandoval D, Umbarila Z. Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología. Rev Colomb Psicol. 2008;13(13):13-28.
25. Posada Villa J. Estudio Nacional de Salud Mental.2003. Fundación FES Social. Ministerio de Protección Social; 2003.
26. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, 4.; 2010.
27. Resolución 5261 DE 1994 - Ministerio de salud - StuDocu

PROPUESTA GERENCIAL

28. Provan KG, Milward HB. Do Networks Really Work? A Framework for Evaluating Public-Sector Organizational Networks. *Public Adm Rev.* 2001;61(4):414-23.
29. Metodologías cuantitativas para la Optimización del servicio de urgencias. Revisión de literatura. *StuDocu.*
30. Amaya FHF, Soracipa VAL. Caracterización de la atención en el servicio de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá. *Trab Maest En Adm En Salud.* 2014;89.
31. Decreto 412 de 1992 - Gestor Normativo - Función Pública
32. Resolución 2003 de 2014 Ministerio de Salud y Protección Social - Colombia.
33. Restrepo Zea JH, Jaén Posada JS, Espinal Piedrahita JJ, Zapata Flórez PA. Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Gerenc Políticas Salud.* 2018;17(34).
34. Kropp S, Andreis C, Wildt B, Reulbach U, Ohlmeier M, Auffarth I, et al. Psychiatric patients turnaround times in the emergency department. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2005;1:27.
35. Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. Emergency Department Visits for Mental Health Conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):671-7.
36. Almeida-Filho N, De Jesus Mari J, Coutinho E, França JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry.* 1997;171(6):524-9.
37. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med.* 2003;42(2):173-80.
38. Cruz M C, Leiva L J, Escobar M E, Eugenin C D, Errázuriz L M del R, Prieto D B, et al. Demanda espontánea de urgencias psiquiátricas al Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2007;45(2).
39. Vallejo NE ¿Drogadicción o drogadependencia? *Rev. Esp. Drogodepend.* 2018; 43(4): 5-15.
40. Cobo FGC, Cadenas JJC. Guía de atención urgente sobre enfermedad mental. 2010:86.
41. García-Haro J, García-Pascual H, González MG, Barrio-Martínez S, García-Pascual R. ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología.* 2019;37 (2):91-100.

PROPUESTA GERENCIAL

42. Ferllini MA. Paciente agitado o violento: abordaje en emergencias. Rev Fac Med Univ Lberoamérica. 2021;3(2).
43. Williams N, DeBattista C. Trastornos psiquiátricos. Diagnóstico clínico y tratamiento, 2017. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017.
44. Constitución Política de Colombia Artículo 49.
45. Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo.
46. Ley 715 de 2001 - Gestor Normativo.
47. Ley 1122 de 2007 - Gestor Normativo.
48. Circular externa No. 000010 2006. Ministerio de la Protección Social; 2006.
49. Decreto 4747 de 2007. Ministerio de Protección Social.
50. Sentencia T-760 de 2008 Corte Constitucional - Gestor Normativo.
51. Ley 1616 de 2013 - Gestor Normativo - Función Pública.
52. Decreto número 0658 de 2013 - Gestor Normativo - Función Pública.
53. Documento propuesta de la política nacional de salud mental para Colombia 2014. Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021. Ministerio de Salud y de Protección Social; 2014.
54. Resolución 4886 de 2018 - Gestor Normativo - Función Pública.
55. Informe estadístico mensual del comportamiento de sitios de urgencias en la ciudad de Medellín. Seguros Suramericana; 2014.
56. Declaración de Helsinki Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asociación Médica Mundial; 1964.
57. Polevoi SK, Shim JJ, McCulloch CE, Grimes B, Govindarajan P. Marked Reduction in Length of Stay for Patients with Psychiatric Emergencies after Implementation of a Co-Management Model. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2013;20(4):338-43.

PROPUESTA GERENCIAL

12 Anexos

12.1 Anexo 1. Formulario de aplicación

Número: _____ Fecha de consulta: _____ Número de historia _____

Variables sociodemográficas

* *Género:* Masculino: _____ Femenino: _____ * *Edad:* _____
 * *IPS de atención primaria:* _____ * *Ocupación:* _____
 * *Estrato socioeconómico:* _____
 * *Estado civil:*
 Soltero _____ Casado _____ Unión libre _____ Viudo _____ Separado _____

Variables clínicas:

* Número de consultas en el último año: _____
 Psiquiátricas: _____ Orgánicas: _____
 * Antecedente personal Psiquiátrico: Si _____ No _____
 - Drogadicción _____ Tipo de sustancia: _____
 - Depresión: _____
 - Esquizofrenia: _____
 - Trastorno afectivo bipolar: _____
 - Trastorno obsesivo compulsivo: _____
 - Trastorno de la personalidad _____
 - Intento suicida: _____
 - Trastorno de ansiedad: _____
 * **Motivos de consulta:**
 Agitación: _____ Intento suicida: _____ Manía: _____ Depresión: _____ Alucinaciones _____
 Ansiedad: _____ Agresividad: _____ Insomnio: _____ Consumo de sustancias: _____
 * **Adherencia al tratamiento farmacológico:** Si _____ No _____
 Causa de falta de adherencia: No toma la medicación _____ Toma dosis inadecuadas _____
 Eventos adversos: _____ No dispensación del medicamento: _____
 * **Controles por psiquiatría:**
 < 1mes _____ <6 meses _____ <1 año _____ >1 año _____
 * **Necesidad de paraclínicos:** Si _____ No _____
 Cuadro hemático _____ Ionograma _____ Función renal _____
 TSH _____ EKG _____ Uroanálisis _____
 Pruebas toxicológicas _____ Rx de tórax _____ Otros: _____

Variables administrativas

* **Tiempo de estancia en Urgencias:** _____ (Hora Triage: _____ Hora Alta _____)
 * **Tiempo de aceptación de la remisión:** _____ (Hora inicio remisión: _____ Hora Aceptación _____)
 * **Condición de Egreso de urgencias:** Vivo _____ Muerto _____
 * **Destino:**
 Casa _____ Alta voluntaria: _____ Fuga: _____ Hospitalización: _____ Duración de hospitalización: _____
 Cita prioritaria: < 24 horas _____ > 24 h _____
 Cambio de tratamiento: Si: _____ No: _____

PROPUESTA GERENCIAL

12.2 Anexo 2. Códigos diagnósticos según cie 10 para recolección de muestra.

Para llevar a cabo el estudio de homologaron los diagnósticos consignados según el CIE 10 siendo esta clasificación la que recoge de manera más fidedigna las patologías.

- DROGADICCIÓN

OPIACEOS: F111 - F112-F113-F114-F115-F116-F118-F119

CANNABINOIDES: F120-F121-F122-F123-F124-F125-F126-F127-F128-F129

COCAINA: F130-F131-F132-F133-F134-F135-F136-F137-F138-F139

ALUCINOGENOS: F160-F161-F162-F163-F164-F165-F166-F167-F168-F169

VOLATILES: F180-F181-F182-F183-F184-F185-F186-F187-F188-F189

MÚLTIPLES PSICOACTIVOS: F190-F191-F192-F193-F194-F195-F196-F197-F198-F199

- ESQUIZOFRENIA

F200-F201-F202-F203-F204-F205-F206-F207-F208-F209- F250-F251-F252-F258-F259- F28X- F29X.

DELIRANTE: F220-F228-F229

PSICÓTICO: F232-F233-F238-F239

- MANIACOS:

F300-F301-F302-F303-F304-F305-F306-F307-F308-F309

- TAB

F310-F311-F312-F313-F314-F315-F316-F317-F318-F319

- DEPRESIÓN

F320-F321-F322-F323-F324-F325-F326-F327-F328-F329 - F338-F339

- ANSIEDAD

F410-F411-F412-F413- F318-F319

- ANOREXIA Y BULIMIA

F500-F502

- TRASTORNO DE PERSONALIDAD

F600-F601-F602- F308-F309

- SÍNTOMAS:

ALUCINACIONES: R440- R443

AGITACIÓN: R451

- INTENTO SUICIDA

NO NARCOTICOS: X600-X601-X608-X609

PSICOTROPICOS: X610-X611-X618-X619

NARCÓTICOS: X620-X621-X628-X629

PLAGUICIDAS: X680-X681-X688-X689

AHORCAMIENTO: X700-X701-X708-X709

CORTANTES: X780-X781-X788-X789