

Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, durante septiembre de 2003 (Medellín)

José Gabriel Franco Vásquez¹
Ana Milena Gaviria Gómez²

Resumen

Introducción y objetivo: La hospitalización es fundamental para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas graves; por ello es importante el conocimiento que los servicios de salud tengan sobre la población que atienden, a fin de que puedan planear la atención, la docencia y la investigación. Así, la información de cada institución ayuda a conformar el panorama epidemiológico nacional. Este trabajo describe las características sociodemográficas y clínicas de pacientes agudos hospitalizados en una clínica psiquiátrica. *Materiales y métodos:* estudio observacional, descriptivo, con fuentes secundarias de información (historias clínicas) de los ingresos de septiembre de 2003. Se usó en el programa SPSS 10 para el análisis de datos. *Resultados:* la edad promedio fue 36,9 años (DE 15,1); 22 pacientes (32,4%) eran hombres y 46 (67,6%), mujeres. La mayoría (63,2%) era de Medellín. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno depresivo mayor (22 = 23,4%), trastorno bipolar (27 = 39,7%) y trastornos psicóticos (14 = 20,6%). El promedio de estancia fue 8,8 días (DE 5,3). *Conclusión:* la mayoría de pacientes fue mujeres, de edad adulta media, con trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, de Medellín, lo cual facilitaría su inclusión en programas ambulatorios que incluyan terapia cognitivo-conductual y psicoeducación.

Palabras clave: hospitales psiquiátricos, epidemiología, trastornos mentales, trastornos afectivos, trastornos psicóticos.

Title: Epidemiological and Clinical Profile of Hospitalized Patients in the Psychiatric Clinic "Nuestra Señora del Sagrado Corazón" during September 2003-Medellín.

1 Médico psiquiatra de la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón y profesor de Psiquiatría en la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

2 Psicóloga, especialista en Terapia Cognitiva y profesora de Psicología en la Universidad Pontificia Bolivariana y en la Universidad San Buenaventura, Medellín.

Abstract

Introduction and objective: *Hospitalization is fundamental in the treatment of severe psychiatric disorders, the health service's knowledge about its target population is basic for planning attention, education and investigation. Information from every institution is useful to conform the national epidemiological map. This paper describes the sociodemographic and clinical characteristics of acute patients hospitalized in a psychiatric hospital.* **Materials and methods:** *Descriptive research, using secondary information sources (clinical histories) of patients hospitalized in September of 2003. SPSS 10 software was used for data analysis.* **Results:** *The mean age was 36,9 years (DE 15,1), 22 (32,4%) patients were men and 46 (67,6%) women, mostly (63,2%) from Medellín. The most frequent diagnosis were: major depressive disorder, 22 (23,4%) patients; bipolar disorder, 27 (39,7%); psychotic disorders, 14 (20,6%). The mean length of stay was 8,8 days (DE 5,3).* **Conclusion:** *Most of the patients were adult middle age women with major depressive disorder or bipolar disorder, from Medellín, making it easier to include them in out-patient care programs including cognitive behavior therapy and psycho-education.*

Key words: *Psychiatric hospitals, epidemiology, mental disorders, mood disorders, psychotic disorders.*

Introducción

La hospitalización representa una modalidad fundamental dentro del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas graves, pues, aparte de que es un medio terapéutico estructurado que responde a las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, lo mantiene alejado de

situaciones estresantes. La hospitalización durante la fase aguda busca tanto manejar los síntomas como facilitar el reajuste del paciente a su ambiente y está indicada en pacientes con mala conciencia de enfermedad, mal cumplimiento del tratamiento, peligro para sí mismo o los demás o alteración de las actividades de la vida diaria, debida a síntomas psicóticos o conductas anormales o incontrolables (1).

Es fundamental el conocimiento que los servicios de salud tengan de la población a la que atienden, con el fin de planear la atención, la docencia y la investigación. A pesar de ello, frecuentemente estos datos se desconocen y se utiliza, en cambio, la información de otros países como propia, lo que puede generar errores en la atención de los pacientes. Por ese motivo la información obtenida para cada institución puede contribuir a conformar el panorama epidemiológico nacional, el cual es diferente, a su vez, si los datos son obtenidos por encuestas de población general, por servicios que atienden pacientes ambulatorios o por hospitalización (2).

La Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón (NSSC) es una institución privada, sin ánimo de lucro, que cuenta con servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, y que atiende, en su mayoría, a pacientes de diferentes empresas promotoras de salud

(EPS), aunque también de medicina prepagada y particulares. Este trabajo pretende describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes hospitalizados durante septiembre de 2003 en esta institución.

Materiales y métodos

Este trabajo en la Clínica NSSC es un estudio observacional, descriptivo, con empleo de fuentes secundarias de información (historias clínicas del archivo), para el cual fueron seleccionados los ingresos de septiembre de 2003, por considerar que se trata de un mes típico en el funcionamiento de la Clínica, ya que es un período sin días festivos y no había personal en vacaciones o licencias ni otros factores que alteraran las características de la atención, el funcionamiento normal o el comportamiento de las hospitalizaciones.

En el registro físico, el libro de hospitalizaciones, se buscaron los ingresos de septiembre de 2003, de ahí que la unidad de análisis fuera cada una de las historias clínicas de dichos pacientes. Para la recolección de datos fue diseñado un instrumento en el que se consignaron las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, escolaridad y ocupación) y las variables clínicas de diagnóstico psiquiátrico al ingreso y al alta (registro de riesgo suicida en la

evaluación de ingreso, registro de intento suicida durante el episodio actual, registro de comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica, interconsultas pedidas durante la hospitalización, días de estancia hospitalaria y reingreso en los treinta días posteriores al alta). Estos datos fueron recolectados por los investigadores, quienes, además, agruparon los diagnósticos psiquiátricos al ingreso y al alta así:

- Trastorno afectivo bipolar (TAB): episodio maniaco, episodio maniaco con síntomas psicóticos, episodio mixto, episodio depresivo bipolar con o sin síntomas psicóticos.
- Trastorno depresivo mayor (TDM): depresión mayor con o sin síntomas psicóticos.
- Trastorno psicótico (T. psicótico): esquizofrenia, trastorno delirante, psicosis inducida por sustancias, otros trastornos psicóticos diferentes de los afectivos.
- Trastornos de ansiedad (T. de ansiedad): trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos de personalidad (T. de p.).
- Otros diagnósticos psiquiátricos.

La comorbilidad fue registrada tal cual estaba en la historia clínica. Los datos fueron introducidos en una base en el programa SPSS 10,

el cual se usó para el análisis. Fueron usadas medidas de tendencia central, promedio, mediana y moda, medidas de dispersión, desviación estándar (DE) y valores de *t* para diferencia de promedios.

Resultados

En el momento del presente análisis la Clínica contaba con cuarenta camas de hospitalización para pacientes agudos. Había 74 (100%) registros, pero seis de éstos no estuvieron disponibles para el análisis, por encontrarse en reestructuración el archivo de la Clínica. En total, fueron evaluadas 68 (91,89%) historias

clínicas. El promedio de edad de los paciente ingresados fue 36,97 años (DE 15,16), de los cuales 22 (32,4%) eran hombres y 46 (67,6%), mujeres. La mayoría (63,2%) procedía de Medellín (véase Tabla 1).

Del número total de historias clínicas revisadas, se encontró que 26 pacientes (38,2%) tenían como diagnóstico al ingreso TDM; 20 (29,4%), TAB, y 17 (25%), algún T. psicótico. Al alta se observó una variación, en la cual los diagnósticos definitivos más frecuentes eran TDM (22 pacientes = 23,4%), TAB (27 pacientes = 39,7%) y T. psicótico (14 pacientes = 20,6%), tal como se observa en la Tabla 2.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de 68 pacientes hospitalizados en la Clínica NSSC durante septiembre de 2003

Variables		n (68)	%
Sexo	Hombre	22	32,4%
	Mujer	46	67,6%
Edad	0 a 19	9	13,2%
	20 a 39	34	50,0%
	40 a 59	18	26,5%
	60 o más	7	10,3%
Estado civil	Soltero	40	58,8%
	Casado	15	22,1%
	Unión libre	4	5,9%
	Separado	5	7,4%
	Viudo	3	4,4%
	Sin dato	1	1,5%
Escolaridad	Primaria	13	19,1%
	Secundaria	22	32,4%
	Superior	7	10,3%
	Sin dato	26	38,2%
Ocupación	Empleado	30	44,1%
	Desempleado	7	10,3%
	Estudiante	9	13,2%
	Hogar	13	19,1%
	Independiente	4	5,9%
	Pensionado	1	1,5%
	Sin dato	4	5,9%

Tabla 2. Frecuencia de diagnósticos, al ingreso y al alta, en 68 pacientes hospitalizados en la Clínica NSSC durante septiembre de 2003

Trastorno	Dx de ingreso		Dx de alta	
	n	%	n	%
TDM	26	38,2	22	32,4
TAB	20	29,4	27	39,7
T. psicótico	17	25,0	14	20,6
T. de p.	0	0,0	2	2,9
T. de ansiedad	1	1,5	1	1,5
Otros	4	5,9	2	2,9
Total	68	100	68	100

Según el registro del psiquiatra que entrevistó al paciente a su ingreso, nueve pacientes (13,2%) tenían riesgo suicida y cuatro (5,9%) habían tenido un intento suicida durante la enfermedad actual. La comorbilidad psiquiátrica más frecuente fue el abuso de alcohol —siete (10,3%) pacientes—, seguido por retraso mental no especificado —tres pacientes (4,4%)—. En 49 (72,1%) de ellos no se identificó comorbilidad psiquiátrica. La comorbilidad no psiquiátrica más frecuente fue la hipertensión arterial, con siete (10,3%) pacientes; seguida por epilepsia, con

tres (4,4%), e hipotiroidismo, con dos (2,9%). Del grupo analizado, 34 (50%) personas no presentaban comorbilidad médica.

La mayoría de interconsultas pedidas durante el tiempo de ingreso fueron a psicología, con ocho (11,8%) pacientes; seguidas por medicina interna, con dos (2,9%), y cirugía plástica, con uno (1,5%). El número de mujeres con diagnóstico de TDM en el momento del alta fue de 17 (25,0%); los hombres con ese diagnóstico fueron cinco (7,35%), tal como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3. Distribución por sexo y diagnóstico al alta en 68 pacientes hospitalizados en la Clínica NSSC durante septiembre de 2003

Variable	Diagnóstico al alta n (%)						Total
	TAB	TDM	T. psicótico	T. personalidad	T. ansiedad	Otros	
Hombre	12(17,6)	5(7,3)	4(5,9)	0(0,0)	1(1,5)	0(0,0)	22(32,3)
Mujer	15(22,1)	17(25,0)	10(14,7)	2(3,0)	0(0,0)	2(3,0)	46(67,7)
Total	27(39,7)	22(32,3)	14(20,6)	2(3,0)	1(1,5)	2(3,0)	68(100)

El promedio de estancia fue de 8,8 días (DE 5,3); la mediana fue de 8, con un mínimo de 2 y un máximo de 22 (véase Tabla 4). El promedio de días de hospitalización para los pacientes que tenían algún trastorno afectivo (TDM o TAB) fue de 10,02 días (DE 5,46) y el de los demás fue de 5,95 (DE 3,49); la diferencia entre estos promedios fue de 4,07 días (T de *student*, $p < 0,001$). Se consideró como reingreso la rehospitalización durante los 30 días posteriores al alta. Los pacientes

que más reingresos tuvieron fueron los diagnosticados con TDM, con tres casos.

Discusión

Este estudio, que utiliza fuentes secundarias de información, como son las historias clínicas de los pacientes, puede llevar a que en las variables estudiadas no se encuentren datos o a sesgos, ya que las historias fueron diligenciadas

Tabla 4. Días de estancia hospitalaria según diagnóstico al alta, en 68 pacientes hospitalizados en la Clínica NSSC durante septiembre de 2003

Diagnóstico*	Estadístico	
TDM	Promedio	7,18
	IC del 95%	5,2-9,1
	Mediana	7,50
	DE	4,43
TAB	Promedio	12,33
	IC del 95%	10,3-14,4
	Mediana	12,00
	DE	5,19
T. psicóticos	Promedio	6,93
	IC del 95%	4,9-8,9
	Mediana	7,00
	DE	3,47
T. de p.	Promedio	3,00
	IC del 95%	-9,7- 15,7
	Mediana	3,00
	DE	1,41
Otros	Promedio	4,50
	IC del 95%	-1,8-10,8
	Mediana	4,50
	DE	0,71

* No figuran los T. de ansiedad ya que al alta sólo había un caso.

por diferentes personas con juicios críticos diferentes, con distintas prioridades y conceptos de lo que es normal y de lo que merece ser anotado (3). A pesar de estas posibles fuentes de error, una evaluación de este tipo refleja la forma real en la que se trabaja en esta Clínica. En cuanto a la calidad de los registros, en las variables evaluadas sólo se registró un 5,9% de pacientes para los que no se tenía dato del nivel de educación, y fue posible evaluar más del 90% de las historias clínicas. Por otro lado, la frecuencia de trastornos psicóticos fue similar a la encontrada por otros autores en una población similar (4).

Es importante disponer de datos sobre la prevalencia de enfermedad mental en diferentes poblaciones, ya que esto permite el desarrollo de nuevos estudios; además, es bien conocido que la frecuencia de enfermedad mental varía si los datos se obtienen por medio de encuestas en población general o en poblaciones específicas (2). En Colombia, en adultos del área urbana, los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad, con una prevalencia de vida del 19,3%, seguidos por los afectivos, con una prevalencia de vida del 15,0%. En cuanto a la distribución por sexo, la prevalencia de trastornos de ansiedad en mujeres fue del 21,8% y en hombres fue del 16,0%, mientras la del TDM en mujeres fue del 14,9% y en hombres fue del 8,6% (5). En un grupo

poblacional específico como es una muestra de estudiantes universitarios en Caldas, se encontró una prevalencia del 49,8% para depresión y del 58,1% para ansiedad (6).

En cuanto a estudios similares a éste hechos en América Latina, un trabajo en población psiquiátrica hospitalizada, llevado a cabo en México, en el cual se pretendía observar las características epidemiológicas de los pacientes hospitalizados en el área de psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, en el que fueron evaluadas 369 historias de pacientes que ingresaron durante un año, se encontró que el 52% eran mujeres; el diagnóstico de “esquizofrenias” lo presentaba el 29,0%, y los afectivos, el 19,24%. Este Instituto también es centro de referencia para enfermedades neurológicas como la epilepsia, la cual tiene síntomas psiquiátricos asociados, lo cual podría explicar las diferencias encontradas con respecto al presente informe (2). En un estudio descriptivo, en Venezuela, que evaluó la prevalencia de trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno delirante, trastornos psicóticos no especificados), con criterios DSM III-R en población ingresada en un hospital psiquiátrico de Caracas, ésta fue del 23,04% (4).

El trastorno con mayor variación con respecto a la frecuencia con que fue registrado al ingreso y al alta

fue el TAB, seguido por el TDM. Esta diferencia puede explicarse por el seguimiento clínico durante la hospitalización, por lo que consideramos que la verdadera prevalencia de los trastornos es la del alta. A pesar de esta pequeña variación, la estabilidad de los diagnósticos fue buena, lo cual coincide con lo observado en Colombia con respecto a la estabilidad diagnóstica (7).

En este estudio se encontró una mayor frecuencia de trastornos afectivos en las mujeres. La causa de que la prevalencia de trastornos afectivos en mujeres sea mayor que en hombres es desconocida, parece que en la etiología están involucrados el balance entre estrógenos, progestágenos, testosterona y otras hormonas esteroideas que afectan la neurotransmisión (8). Las diferencias de sexo son importantes en varios aspectos, entre ellos el de tratamiento, ya que por ejemplo se ha visto una mayor ganancia de peso en mujeres tratadas con carbonato de litio, lo cual a su vez predice el desarrollo de hipotiroidismo en este grupo (9). Las diferencias de sexo han sido estudiadas en diferentes culturas: en una revisión sistémica de veinte estudios en población pakistaní, en los que se evaluaba la prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad y sus factores de riesgo, se encontró que las mujeres tienen un riesgo mayor de presentar dichos trastornos (10).

Dado que los trastornos afectivos presentaron una alta frecuencia, así como tiempos de estancia mayores y más reingresos, el número de interconsultas a psicología pedidas durante la hospitalización fue bajo; esto, si se tiene en cuenta que la combinación del manejo farmacológico y la terapia cognitivo-conductual pueden potenciarse para disminuir en este grupo de pacientes la duración y número de ingresos (11),(12).

En conclusión, la mayoría de las personas hospitalizadas fueron mujeres, de edad adulta media, con TDM o TAB, que provenían de Medellín. Un buen manejo de este dato facilitaría su inclusión en programas de manejo iniciados durante la hospitalización, con seguimiento ambulatorio, que incluyan terapia cognitivo-conductual y psicoeducación, ya que este abordaje podría disminuir el número y duración de los ingresos por dichos trastornos (11), (12). Se necesitan estudios para evaluar, en nuestro medio, el impacto que tendría este tipo de programas.

Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA. Public and hospital psychiatry. In: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Lippincott: Williams and Wilkins; 2003. p. 1374-81.
2. Torres-Ruiz A, Lara-Tapia H, Díaz-Cantu P, Espinoza-Mendoza G, Hernández-Berber I. Análisis epidemiológico de la hospitalización psiquiátrica en el Insti-

- tuto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México. Archivos de Neurociencias 1998;3(2):113-7.
3. Roselli Cock DA. La presentación de un caso: las series de casos. In: Ruiz Morales A, Gómez-Restrepo C, Londoño Trujillo D. Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2001. p. 237-43.
 4. Iglesias G, Rodríguez MA. Trastornos psicóticos: casuística del Hospital Vargas. Arch Venez Psiquiatr Neurol 1995;41(84):9-12.
 5. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: informe preliminar, Estudio Nacional de Salud Mental; 2003.
 6. Amézquita Medina ME, González Pérez RE, Zuluaga Mejía D. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la universidad de Caldas, año 2000. Revista Colombiana de Psiquiatría 2003;32(4):341-56.
 7. Sánchez R, Jaramillo LE, Quintero C. Estabilidad del diagnóstico psiquiátrico en pacientes de consulta externa. Revista Colombiana de Psiquiatría 2002;31(2):101-22.
 8. Steiner M, Dunn E, Born L. Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. J Affect Disord 2003;74(1):67-83.
 9. Henry C. Lithium side-effects and predictors of hypothyroidism in patients with bipolar disorder: sex differences. J Psychiatry Neurosci 2002;27(2):104-7.
 10. Mirza I, Jenkins R. Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. BMJ 2004;328(7443):794-99.
 11. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. Am J Psychiatry 2000;157(4 Suppl): 1-45.
 12. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003;60(4):402-7.

Recibido para publicación: 20 de febrero de 2004.

Aceptado para publicación: 14 de julio de 2004.

Correspondencia

José Gabriel Franco Vásquez

Carrera 63 A No. 34-79 Medellín

Correo electrónico: josefranco11@hotmail.com