

Observación, farmacoterapia y derivación al alta de los pacientes con trastorno de ansiedad en urgencias de psiquiatría

Guillem Pailhez (1)

Albert Majó (2)

David Córcoles (1)

José M. Ginés (1)

José M. Arcega (1)

Juan Castaño (1)

Ana Merino (1)

Antonio Bulbena (1)

Víctor Pérez (1)

(1) Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions – Hospital del Mar. Barcelona.

(2) Centre de Salut Mental Badalona 2 – Institut Municipal Serveis Personals. Badalona.

Correspondencia:

Dr. Guillem Pailhez.

Unidad de Ansiedad (INAD) - Hospital del Mar

Pg. Marítim 25-29

08003 Barcelona.

Tel: 93 248 3646

E-mail: 97590@parcdesalutmar.cat

Título abreviado: Atención de la ansiedad en urgencias

Título en inglés: Clinical observation, pharmacotherapy and referral on discharge of patients with anxiety disorder in a psychiatric emergency service

Resumen:

Introducción: Analizar los determinantes asociados a indicar observación, prescribir psicofármacos y derivar al especialista en los pacientes con trastorno de ansiedad (TA) visitados en urgencias de psiquiatría. **Método:** Se analizaron 5003 visitas consecutivas realizadas en un hospital general universitario durante tres años. Se incluyó información sociodemográfica, clínica y puntuación en las escalas de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP). **Resultados:** Del total de visitas, 992 (19,8%) fueron diagnosticadas de TA. De estas visitas, 19,6% utilizaron box y 72,2% fueron derivadas al especialista. El análisis de regresión mostró que la derivación a psiquiatría se asociaba con ser hombre, autóctono, tener antecedentes, mayor gravedad, menor actividad global y alteraciones conductuales. La observación (uso del box) se relacionó con ser mujer, mayor gravedad y síntomas psicóticos o de conducta. La prescripción de benzodiazepinas se asoció a ansiedad sin problemas de toxicomanías y a una menor actividad global. Los antidepresivos se relacionaron con ser autóctono, ansiedad sin toxicomanías y con menor actividad. Los antipsicóticos con ser autóctono, tener antecedentes sin toxicomanías, ansiedad y menor actividad. **Conclusión:** La conducta, los antecedentes y la gravedad resultaron determinantes de derivación al especialista. Además de estos, los síntomas psicóticos y la inespecificidad clínica lo fueron para indicar observación. La prescripción farmacológica en los TA es menos frecuente si el motivo de consulta no es por ansiedad y depende más del nivel de actividad que de la gravedad.

Palabras clave: trastornos de ansiedad, urgencias de psiquiatría, observación, farmacoterapia, derivación y consulta.

Abstract:

Introduction: To analyse factors associated with clinical observation, pharmacotherapy and referral on discharge of patients with anxiety disorder (AD) seeking care at a psychiatric emergency unit. **Method:** A total of 5003 consecutive visits were reviewed over a three-year period at a psychiatric emergency service in a tertiary hospital. Data collected included sociodemographic, clinical and the Global Assessment of Functioning (GAF) and the Severity Psychiatric Illness (SPI) scores. **Results:** AD was the diagnosis in 992 visits (19,8%) to the emergency department. Out of this visits, 19,6% required clinical observation and 72,2% were referred to a psychiatrist at discharge. Regression analysis showed that referral to psychiatry was associated with being male, native, psychiatric background, greater severity, lower functioning, and behavioural disorders. Clinical observation (in a box) was associated with being female, greater severity, and psychotic or behavioural symptoms. Prescription of benzodiazepines was associated with anxiety, no history of addiction, and lower functioning. Antidepressants were associated with being native, anxiety with no history of addiction, and lower functioning. Antipsychotics were associated with being native, psychiatric background (not addiction), anxiety, and lower functioning. **Conclusion:** Behaviour, psychiatric background and illness severity were determinants of referral to a specialist. Besides these, psychotic symptoms and non-specific clinical symptoms were determinants of observation. Drug prescription in AD is less frequent if the main complaint is not anxiety and depends more on the level of functioning than that of severity.

Key words: Anxiety disorders, psychiatric emergency services, observation, drug therapy, referral and consultation.

Introducción:

En España, los trastornos de ansiedad (TA) son considerados como el grupo de trastornos mentales más frecuentes con una prevalencia anual situada entorno al 6% (1,2). En los Estados Unidos, la prevalencia anual llega a alcanzar un 18% (3) y los costes de este grupo de trastornos mentales se han calculado en más de 42.000 millones de dólares al año, incluyendo la pérdida de productividad, mortalidad y los costes del tratamiento (4). Además de frecuentes, los TA resultan ser muy invalidantes asociándose a una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud (5, 6).

En los últimos años se han producido numerosos cambios socioeconómicos que han comportado un incremento de las visitas en los servicios de urgencias de psiquiatría (7,8). En la atención psiquiátrica de urgencias, los TA tienen una gran importancia tanto por la frecuencia con la que se presentan (9), como por la trascendencia de las enfermedades somáticas que pueden subyacer o acompañar a un cuadro de ansiedad. En un estudio clínico sobre urgencias psiquiátricas hospitalarias, el 15,6% de los pacientes acudió por síntomas de ansiedad, y el 25,8% fue diagnosticado de alguno de los TA de la décima edición Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)(10).

La actuación fundamental de un psiquiatra en el servicio de urgencias debe ir encaminada a dilucidar si los síntomas de ansiedad constituyen la respuesta a una patología orgánica que pudiera justificar el cuadro (IAM, arritmias cardíacas, insuficiencia respiratoria, trombo embolismo pulmonar, anemia, feocromocitoma, intoxicación o abstinencia a tóxicos) (10-12), o si constituye en sí algún trastorno específico de ansiedad. En este último caso, decidir pautar o no un tratamiento para el episodio agudo, así como valorar la necesidad de un tratamiento de mantenimiento y valorar igualmente la derivación o no a un especialista en salud mental. En caso necesario puede estar indicada la observación para realizar una evaluación posterior del caso.

Un estudio previo en nuestro servicio de urgencias analizó los factores clínicos asociados a la hospitalización y prescripción farmacológica en el trastorno límite de la personalidad (13). En los TA todavía no hay un consenso en la literatura acerca de las decisiones clínicas de derivación al especialista (psiquiatra), indicación de observación o de prescripción farmacológica. El objetivo de este estudio es determinar qué factores están asociados a la decisión de derivar al especialista en salud mental, indicar observación o de prescribir psicofármacos en los TA que acuden a urgencias.

Material y método:

Se evaluaron un total de 5003 visitas que han sido atendidas durante un periodo de tres años, del 1 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2010, en los servicios de urgencias de un hospital general universitario de Barcelona (Hospital del Mar). Dado que la información fue tomada de forma anónima y no se realizó ninguna intervención salvo la visita en urgencias, la hoja de consentimiento informado para participar en el estudio no fue requerida. El estudio fue aprobado por el comité ético del Hospital del Mar.

Se analizaron de manera prospectiva los datos sociodemográficos y clínicos, recogidos en el servicio de urgencias según un protocolo rutinario. Las variables sociodemográficas estudiadas fueron: sexo, edad, ser inmigrante o turista, existencia de problemática social y barrera idiomática. En cuanto a las características clínicas se consideraron: motivo de consulta (agrupado en 6 categorías: ansiedad, síntomas psicóticos, síntomas afectivos, trastorno de conducta, abuso/dependencia de sustancias y otros), antecedentes psiquiátricos previos, antecedentes de trastorno por dependencia o abuso de tóxicos, y por último coexistencia de trastorno/s psiquiátricos y trastornos por abuso/dependencia de tóxicos (diagnóstico dual). Se realizó un análisis sobre cada episodio atendido en urgencias y no sobre cada individuo, ya que se observó durante el periodo estudiado que algunos pacientes habían frecuentado más de una vez el servicio de urgencias. Luego, del total de visitas con el diagnóstico de TA se recogieron las características demográficas y clínicas (incluida la escala EEAG), escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP), indicación de observación (uso del box o sala de observación) y derivación a psiquiatría (CSM, hospital de día, consulta externa, etc.) u otro dispositivo no especializado (ABS/servicios sociales).

Todos los pacientes derivados a urgencias de psiquiatría en nuestro hospital son atendidos por el psiquiatra de guardia en un despacho médico ubicado en la misma zona de urgencias. Si el psiquiatra lo considera oportuno puede indicar observación en el box o sala de observación. La sala o box de observación es un lugar habilitado con una cama donde el enfermo está un máximo de 48 horas para observar la evolución de su enfermedad y, posteriormente, o bien ingresar al enfermo en la unidad de hospitalización o bien irse de alta a su domicilio. No existe en nuestro hospital un protocolo determinado para la atención médica de los trastornos de ansiedad en urgencias, sino que la decisión de prescribir medicación, indicar observación y derivación al especialista psiquiatra depende del criterio del facultativo. Para realizar el

diagnóstico de las urgencias evaluadas se utilizaron los criterios DSM IV-TR para el diagnóstico de trastornos mentales. Con el propósito de nuestro estudio la muestra se dividió en 2 grupos: pacientes con TA al alta de urgencias y sin TA.

La gravedad de la enfermedad fue determinada por la versión española de la escala de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP) procedente del protocolo PSYMON, desarrollado por el programa de servicios de salud mental del departamento de psiquiatría de la universidad de Northwestern de Chicago (14) Se trata de un instrumento para valorar la atención psiquiátrica de pacientes agudos y pretende recoger de forma esencial tres puntos: el nivel de atención (ingreso o no), la duración y la evolución. Es una escala que consta de 12 ítems: tres relacionados con razones para el ingreso (riesgo potencial para el suicidio, peligro para los demás y gravedad de los síntomas psiquiátricos); uno sobre capacidad de autocuidado, cinco sobre complicaciones respecto a la enfermedad psiquiátrica (médicas, laborales, familiares, de abuso/dependencia de sustancias y de inestabilidad en la vivienda) y, finalmente, tres relacionados con complicaciones del tratamiento psiquiátrico (oposición al tratamiento, grado de disfunción premórbida e implicación familiar). La puntuación va de 0, ausencia de gravedad, a 3 que indica gravedad máxima (15). La puntuación total de la escala se recogió para los años 2008 a 2010, mientras que los ítems de las subescalas solo se recogieron para los años 2009 y 2010 (N=2639). Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 16.0.

El análisis se realizó sobre cada episodio y no sobre cada individuo y el nivel de significación de las hipótesis estudiadas fue $p (<0,05)$. Las características demográficas, clínicas de los pacientes con TA y sin él se compararon con la prueba de chi-cuadrado para las variables categóricas y T-student para las variables continuas. Las subescalas de la GEP se compararon entre los dos grupos (con/sin TA) mediante la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Los factores asociados a la decisión de derivar o no a psiquiatría, uso del box de observación y de prescripción farmacológica (benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos) entre los pacientes afectados de TA se examinaron por un análisis de regresión logística binaria multivariante. En primer lugar se realizó un análisis univariado para aquellas variables potencialmente asociadas a dicha decisión (edad, género, problemática social, ser inmigrante, antecedentes psiquiátricos, abuso/dependencia de tóxicos, diagnóstico dual, barrera idiomática, motivo de consulta, EEAG, GEP y uso del box de observación). En segundo lugar, se eligieron a priori las variables candidatas como paso inicial a modo de screening para

entrarlas luego en el modelo de regresión logística. Las asociaciones que alcanzaron un nivel de significación $p < 0.1$ fueron las escogidas para entrar en el modelo de regresión logística binaria multivariante final, mientras que las que no fueron significativas fueron consideradas como variables de confusión.

Resultados:

De las 5003 visitas atendidas en el servicio de urgencias de psiquiatría durante los años 2008-2010, 992 (el 19,8%) tenían o fueron diagnosticadas de TA. Debido a que, durante el periodo del estudio, un mismo paciente podía haber frecuentado el servicio de urgencias más de una vez, el número concreto de pacientes con el diagnóstico de TA fue de 841. La tabla 1 resume las características clínicas y demográficas de las visitas realizadas en el servicio de urgencias de psiquiatría durante el periodo de estudio y muestra las diferencias entre los pacientes diagnosticados de TA y los que no. En comparación con los dos grupos, los que presentaron un TA fueron más jóvenes, había más mujeres y tenían menor problemática social. Además tenían menor proporción de antecedentes psiquiátricos, menor prevalencia de antecedentes de abuso y/o dependencia de tóxicos y estaban clínicamente mejor según las escalas de gravedad de la enfermedad (GEP) y de actividad global (EEAG). La ansiedad fue el motivo principal de consulta del grupo con TA, a diferencia de los síntomas afectivos, psicóticos, de consumo de tóxicos y conductuales que fueron más propios del grupo sin TA. Finalmente, las proporciones de derivación del paciente al especialista de psiquiatría y de uso del box de observación fueron mayores para el grupo sin TA.

En los resultados de la GEP desglosada (años 2009 y 2010; N=2639) se observó que los pacientes con TA tenían de manera significativa menor riesgo autolítico (0.40 vs 0.55, $p=0.000$), menor peligrosidad hacia los demás (0.26 vs. 0.38, $p=0.000$), menor gravedad en los síntomas psiquiátricos (1.47 vs. 1.56, $p=0.011$), menor abuso/dependencia de sustancias (0.70 vs. 0.85, $p=0.002$), menor oposición al tratamiento (0.52 vs. 0.71, $p=0.000$) y una mayor capacidad de autocuidado (0.60 vs. 0.77, $p=0.000$) que el grupo de pacientes sin el trastorno. A su vez, el grupo de casos presentó menos problemas médicos asociados (0.44 vs. 0.51, $p=0.107$), menor disfunción premórbida (0.94 vs. 1.01, $p=0.098$), menor implicación familiar (0.45 vs. 0.48, $p=0.206$), menor inestabilidad en el domicilio (0.42 vs. 0.51, $p=0.052$), menor problemática sociofamiliar (0.89 vs. 0.96, $p=0.077$) y laboral (0.76 vs. 0.77, $p=0.011$)

que el grupo de pacientes sin TA aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Factores asociados a la decisión de derivar a psiquiatría desde urgencias.

La proporción de derivación del paciente al especialista de psiquiatría fue mayor en el grupo sin TA. La tabla 2 muestra las variables candidatas que fueron elegidas como paso inicial a modo de screening para ser introducidas en un modelo de regresión logística multivariante para la decisión de derivar o no a psiquiatría tras la visita en urgencias.

Los pacientes con TA que fueron derivados a psiquiatría tenían de manera significativa una edad mayor, eran hombres con más frecuencia y con más antecedentes psiquiátricos. Además, eran autóctonos en mayor proporción, estaban peor clínicamente según las escalas GEP y EEAG, consultaban con más frecuencia por trastornos de conducta y, en consecuencia, requirieron de más veces el box de observación durante su estancia en urgencias. Los pacientes con TA que fueron derivados a servicios no especializados consultaban por ansiedad significativamente con mayor frecuencia que aquellos que fueron derivados al psiquiatra.

La tabla 3 muestra el modelo de regresión logística final. Los factores independientes de derivación a psiquiatría que resultaron significativos fueron el sexo masculino, ser autóctono o no inmigrante, tener antecedentes psiquiátricos, una mayor gravedad según la GEP, una menor actividad global según la EEAG y presentar trastornos de conducta como motivo principal de consulta.

Factores asociados a la decisión de usar el box de observación durante la urgencia

A los pacientes del grupo sin TA se les recomendó con mayor frecuencia el uso del box de observación durante su estancia en urgencias. En la submuestra de pacientes con TA, la recomendación de usar el box de observación fue más frecuente para el sexo femenino, cuando el motivo principal de consulta eran síntomas psicóticos o trastornos conductuales, a menor actividad global y a mayor gravedad de la enfermedad psiquiátrica. Fue menos frecuente cuando los motivos principales de consulta estaban relacionados con el abuso o dependencia de sustancias, síntomas de ansiedad u “otras causas”.

La tabla 3 muestra los factores independientes que resultaron significativos en el modelo de regresión logística final. Estos factores fueron el sexo femenino, motivo principal de consulta por síntomas psicóticos, trastornos de conducta o abuso/dependencia de tóxicos y gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP).

Factores asociados a la decisión de prescribir medicación en urgencias.

A la llegada al servicio de urgencias, 93 pacientes (9,4%) con TA tomaban solo benzodiazepinas, 82 pacientes (8,2%) tomaban solo antidepresivos, 14 pacientes (1,4%) tomaban solo antipsicóticos y 181 pacientes (18,2%) tomaban varios tipos de tratamiento. Tras la visita en urgencias, a 197 pacientes (19,8%) con TA se les prescribió solo benzodiazepinas, a 59 pacientes (5,9%) solo antidepresivos, a 36 (3,6%) solo antipsicóticos y a 110 pacientes (11,1%) varios tipos de tratamiento.

La tabla 3 muestra el modelo final de regresión logística sobre la decisión de prescribir benzodiazepinas, antidepresivos o antipsicóticos en los TA atendidos en urgencias. La prescripción de estos tres grupos farmacológicos fue más frecuente cuando el motivo principal de consulta era por ansiedad o a menor nivel de actividad global y fue menos frecuente en pacientes con antecedentes de patología dual.

Discusión:

Del total de visitas atendidas en el servicio de urgencias de psiquiatría, el 19,8% fueron codificadas como TA. Éstas últimas, respecto al resto de visitas, correspondían a edades más jóvenes, había más mujeres, tenían menor problemática social, menor proporción de antecedentes psiquiátricos y de toxicomanías y, en general, estaban mejor clínicamente. La ansiedad fue el motivo principal de consulta de este grupo, a diferencia de los síntomas afectivos, psicóticos, de consumo de tóxicos y conductuales que fueron más propios del grupo sin TA. Finalmente, las proporciones de derivación del paciente al especialista de psiquiatría y de uso del box de observación fueron mayores para el grupo sin TA. Los resultados de la GEP desglosada han mostrado que los pacientes con TA tienen menor riesgo autolítico, menor peligrosidad hacia los demás, menor gravedad en los síntomas psiquiátricos, menor abuso/dependencia de sustancias, menor oposición al tratamiento y una mayor capacidad de autocuidado.

Otro hallazgo a destacar en este estudio es que uno de los factores más determinantes para el psiquiatra de urgencias en la decisión de derivar los TA al especialista de psiquiatría fue que el paciente presentara trastornos de conducta, probablemente evitativos del espectro pánico/fóbico o rituales compulsivos del espectro obsesivo. Otros determinantes esperables y lógicos de derivación a especialista descritos en las guías prácticas de atención en las urgencias (10, 16, 17) fueron el tener antecedentes psiquiátricos (el más potente) y una mayor gravedad de enfermedad.

Por otra parte, una mayor actividad global, el hecho de ser mujer y ser inmigrante o turista fueron variables asociadas a la decisión de derivar a un dispositivo no especializado (ABS/servicios sociales). Las urgencias del Hospital del Mar cubren la atención sanitaria de una de las zonas con mayor proporción de inmigrantes de Barcelona, independientemente del estatus legal. Actualmente, la proporción de inmigrantes en la ciudad es del 17,3%, llegando hasta el 41,6% en el distrito de “Ciutat Vella”, principal zona de cobertura del hospital (18). Mientras la proporción de turistas o de inmigrantes no empadronados, entre otros factores, puede explicar estos resultados, las diferencias de género observadas pueden estar sesgadas por el hecho que las mujeres suelen tener una mayor tendencia a expresar sus dolencias y a pedir ayuda con más facilidad que los hombres (19). Esto puede comportar una mayor variabilidad y baja especificidad debido a una mayor frecuencia de episodios de ansiedad general elevada de índole diversa.

Esta misma variabilidad puede explicar las diferencias de género observadas con relación a la decisión de usar el box de observación, más frecuente en mujeres. Otros factores clínicos implicados a la decisión de observar son la presencia de síntomas psicóticos, trastornos de conducta o mayor gravedad de enfermedad psiquiátrica. Por el contrario, el box de observación es menos utilizado cuando el motivo de consulta es por abuso o dependencia de tóxicos.

Otro hallazgo de este estudio es que, a la práctica, para tratar los trastornos de ansiedad en urgencias, los psiquiatras prescriben frecuentemente medicación ansiolítica, antidepressiva o antipsicótica si el motivo de consulta es por ansiedad. Por el contrario, otros motivos de consulta no contribuyen a la decisión: excepto para las benzodiacepinas que se prescriben con menor frecuencia si los motivos de consulta son por toxicomanías o síntomas afectivos o psicóticos. Además, la prescripción es menos frecuente cuando el paciente tiene antecedentes de comorbilidad con un trastorno por abuso o dependencia de tóxicos. Por otra parte, cabe destacar que la decisión de prescribir medicación en los trastornos de ansiedad depende más de su nivel de actividad global (a menor actividad más probable la prescripción de medicación) que de la gravedad del trastorno.

Los factores asociados a la decisión de prescribir antidepressivos en los trastornos de ansiedad fueron el tener una peor actividad global y consultar por ansiedad. Los factores asociados a no prescribirlo fueron el ser inmigrante o turista, haber utilizado el box de observación durante la estancia en urgencias y presentar comorbilidad con un

trastorno de abuso o dependencia de sustancias. Los factores asociados a la prescripción de antipsicóticos fueron el tener una peor actividad global, presentar antecedentes psiquiátricos y consultar por ansiedad. En cambio, los factores asociados a no prescribirlo fueron ser inmigrante o turista y presentar comorbilidad con un trastorno por abuso o dependencia de sustancias. Aunque los antipsicóticos se utilizan normalmente en urgencias para la sedación en casos de trastornos de conducta, actualmente algunas revisiones sistemáticas avalan la utilización de dosis bajas de antipsicóticos de segunda generación (quetiapina, risperidona) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (20, 21).

Cabe realizar un análisis en conjunto de la atención en urgencias a inmigrantes con trastorno de ansiedad dada la elevada proporción de éstos en el distrito de “Ciutat Vella” de Barcelona. Nuestros resultados indican una menor proporción de derivación al especialista y de prescripción de antidepresivos o neurolepticos entre el grupo de inmigrantes. Un estudio previo realizado por nuestro grupo en el año 2008 (22), señaló que, a diferencia de la población autóctona, el grupo de inmigrantes tenía más problemas de índole social, más problemas idiomáticos, menos antecedentes psiquiátricos y un menor contacto previo con los servicios ambulatorios de salud mental. Estos factores, junto con diferencias culturales que pueden originar distintos conceptos sobre la enfermedad mental, pueden propiciar una verdadera barrera social y de inespecificidad clínica que impida un mayor acceso al tratamiento y a los dispositivos ambulatorios en salud mental.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, los diagnósticos psiquiátricos analizados corresponden a la orientación nosológica establecida por los psiquiatras del servicio de urgencias y no por la realización de una entrevista estructurada. Sin embargo estudios previos indican una elevada fiabilidad en los diagnósticos realizados por los clínicos del servicio de urgencias de psiquiatría (23). Otra limitación a subrayar es la comorbilidad diagnóstica ya que puede influir en la decisión del médico de urgencias. Esta variable no ha podido ser analizada en nuestro estudio porque de cada urgencia psiquiátrica obtuvimos la información únicamente del diagnóstico principal. Es posible que pacientes afectados de un trastorno por dependencia a tóxicos o un cuadro afectivo puedan también ser pacientes con un TA. En tercer lugar, la mayoría de pacientes con un TA estaban tomando medicación en el momento de la urgencia y esta medicación puede haber influido en la decisión de prescribir fármacos. Finalmente, otros factores pueden haber influido en el proceso de decisión: la red de

salud mental, restricciones en la ocupación de salas de observación, y dificultades con el seguimiento en la red de salud mental. Los hallazgos de dicho estudio reflejan patrones de actuación de un solo servicio de urgencias psiquiátricas de un hospital en España y su generalización a otros marcos institucionales o países es limitada.

Este ha sido un estudio naturalístico que abordó la práctica en un servicio de urgencias de psiquiatría respecto a pacientes afectados con trastorno de ansiedad. Se necesitan realizar futuras investigaciones para analizar el efecto de las decisiones médicas.

Agradecimientos:

Los autores agradecen a los psiquiatras del servicio de urgencias del Hospital del Mar por su participación.

Referencias:

- 1- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;420:21-27.
- 2- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc).* 2006;126(12):445-51.
- 3- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593-602.
- 4- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JR, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(7):427-35.
- 5- Mendlowicz MV, Stein MB. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2000;157:669-82.
- 6- Rapaport MH, Clary C, Fayyad R, Endicott J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1171-8.

- 7- Ernst CL, Bird SA, Goldberg JF, Ghaemi SN. The prescription of psychotropic medications for patients discharged from a psychiatric emergency service. *Journal of clinical Psychiatry*. 2006;67:720-726.
- 8- Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K: Effects of patient and health-system characteristics on community tenure of discharged psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*. 2004;55:685-690.
- 9- Olfson M, Marcus SC, Wan GJ, Geissler EC. National trends in the outpatient treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:1166-73.
- 10- Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, et al: *Manual de Urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson, 2003.
- 11- Rogers MP, White K, Warshaw MG, Yonkers KA, Rodriguez-Villa F, Chang G, et al. Prevalence of medical illness in patients with anxiety disorders. *Int J Psychiatry in Medicine*. 1994;24:83-96.
- 12- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999.
- 13- Pascual JC, Córcoles D, Castaño J, Ginés JM, Gurrea A, Martín-Santos R, et al. Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*. 2007;58:1199-1204.
- 14- Lyons J, Stutesman J, Neme J, Vessey JT, O'Mahoney MT, Camper HJ. Predicting psychiatric emergency admissions and hospital outcome. *Medical Care* 1997;35:792-800.
- 15- Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Archivos de Neurobiología* 1997;7:69-79.
- 16- Giner L, Carballo JJ, García L, Baca E. *Urgencias en psiquiatría*. Madrid: GlaxoSmithKline, 2006.
- 17- Soler Insa PA, Gascón Barrachina J (coordinadores). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. Majadahonda: Ceysan, 2012.
- 18- Ayuntamiento de Barcelona. La población Extranjera en Barcelona. En: <http://www.bcn.cat/estadistica/castella/dades/inf/lecpadro/lec11/part2/estrangera/t12.htm>. Consultado en noviembre 2013.
- 19- Donner NC, Lowry CA. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflugers Arch – Eur J Physiol*. 2013;465:601-26.

- 20- Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD008120. DOI: 10.1002/14651858.CD008120.pub2.
- 21- Komossa K, Depping AM, Meyer M, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD008141. DOI: 10.1002/14651858.CD008141.pub2.
- 22- Pascual JC, Malagón A, Córcoles D, Ginés JM, Soler J, García-Ribera C, Pérez V, Bulbena A. Immigrants and borderline personality disorder at a psychiatric emergency service. *Br J Psychiatry* 2008;193(6):471-6.
- 23- Warner MD, Peabody CE. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. *Psychiatric Services*. 1995;46:1284-1286.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de 5003 visitas de urgencias con y sin Trastorno de ansiedad.

Variables ^a	T. de ansiedad (N= 992)		Sin T. de ansiedad (N= 4011)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Hombre	400	40,2	2162	53,9	59,2	<,001
Edad	39,3	15	42,3	15,5	5,5	<,001
Problemática social	145	14,6	1262	31,5	111,8	<,001
Inmigrante	201	20,2	801	20,0	0,01	0,91
Antecedentes psiquiátricos	689	69,3	3106	77,5	28,7	<,001
Abuso/dependencia tóxicos	158	15,9	1491	37,2	163	<,001
Diagnóstico dual ^b	126	12,7	932	23,3	52,9	<,001
Barrera idiomática	47	4,7	224	5,6	1	0,32
Motivo principal de consulta						
Ansiedad	526	53	887	22,1	374,9	<,001
Síntomas afectivos	80	8,0	653	16,3	42,7	<,001
Síntomas psicóticos	83	8,4	509	12,7	14,1	<,001
Abuso/dependencia tóxicos	90	9,1	667	16,6	35,2	<,001
Trastornos de conducta	138	13,9	830	20,7	23,4	<,001
Otros	75	7,5	459	11,5	12,4	<,001
GEP ^c	5,9	3,8	10,2	5	24,9	<,001
EEAG ^d	72,2	12	62,7	13,3	19,9	<,001
Uso del box de observación	195	19,6	1657	41,4	160,6	<,001
Derivación a psiquiatría	718	72,2	3581	89,4	192,8	<,001

^a Edad, GEP y EEAG expresadas en media (DE), comparadas mediante T-student.

^b Coexistencia de trastorno/s psiquiátricos y trastornos por abuso/dependencia de tóxicos.

^c Escala de gravedad de enfermedad psiquiátrica (GEP).

^d Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

Tabla 2. Relación univariante entre las características demográficas y clínicas, y la derivación a psiquiatría después de las visitas en urgencias de los pacientes con trastorno de ansiedad.

Variables ^a	Psiquiatría (N= 717)		No psiquiatría (N= 275)		p	OR	95% IC
	N	%	N	%			
Hombre	303	42,2	97	35,3	0,055	1,34	1 – 1,79
Edad	39,8	14,8	37,9	15,6	0,068	1,01	0,99 - 1,01
Problemática social	106	14,8	39	14,2	0,89	1,05	0,7 - 1,56
Inmigrante	123	17,1	78	28,4	<,001	0,52	0,38 - 0,72
Antecedentes psiquiátricos	576	80,2	113	41,1	<,001	5,81	4,3 - 7,87
Abuso/depend. tóxicos	123	17,1	35	12,7	0,109	1,42	0,95 - 2,12
Diagnóstico dual ^b	97	13,5	29	10,5	0,247	1,33	0,85 - 2,06
Barrera idiomática	30	4,2	17	6,2	0,245	0,66	0,34 - 1,22
Motivo de consulta							
Ansiedad	369	51,4	159	57,8	0,081	0,77	0,58 – 1,02
Síntomas afectivos	64	8,9	16	5,8	0,141	1,59	0,9 - 2,8
Síntomas psicóticos	63	8,8	20	7,3	0,524	1,23	0,73 - 2,08
Abuso/depend. tóxicos	60	8,4	30	10,9	0,258	0,75	0,47 - 1,19
Trastornos conducta	110	15,3	27	9,8	0,032	1,67	1,07 - 2,6
Otros	52	7,2	23	8,4	0,643	0,86	0,51 - 1,43
GEP ^c	6,5	3,4	4,3	3,3	<,001	1,2	1,15 – 1,26
EEAG ^d	70,4	11,7	76,9	11,5	<,001	0,95	0,94 – 0,96
Uso del box de observación	152	21,2	43	15,6	0,061	1,45	1 – 2,1

^a Edad, GEP y EEAG expresadas en media (DE). Excepto en estas tres variables, todas las demás comparaciones son mediante χ^2 (gl=1).

^b Coexistencia de trastorno/s psiquiátricos y trastornos por abuso/dependencia de tóxicos.

^c Escala de gravedad de enfermedad psiquiátrica (GEP).

^d Escala de evaluación de la actividad global (EEAG).

Tabla 3. Modelo de regresión logística binaria de los determinantes de derivación a especialización desde urgencias, de uso del box de observación y de prescripción farmacológica (benzodiacepinas, antidepresivos y/o antipsicóticos) en los pacientes con trastorno de ansiedad.

Variables	p	OR	IC 95%
Decisión de derivar a psiquiatría^a			
Hombre	0,016	1,5	1,08 – 2,09
Inmigrante	0,007	0,6	0,41 – 0,87
Antecedentes psiquiátricos	<,001	5,12	3,71 – 7,06
Motivo de consulta: trastornos de conducta	0,036	1,74	1,04 – 2,91
GEP	<,001	1,12	1,06 – 1,18
EEAG (cada 10 puntos)	<,001	0,72	0,62 – 0,84
Decisión de usar el box de observación^b			
Hombre	<,001	0,49	0,35 – 0,71
Motivo de consulta: síntomas psicóticos	0,042	1,74	1,02 – 2,97
Motivo de consulta: abuso/dependencia tóxicos	0,028	0,44	0,21 – 0,91
Motivo de consulta: trastornos de conducta	0,004	1,89	1,23 – 2,91
GEP	<,001	1,16	1,11 – 1,21
Tratamiento con Benzodiacepinas^c			
Diagnóstico dual	0,003	0,42	0,24 – 0,74
Motivo de consulta: síntomas afectivos	0,015	0,37	0,16 – 0,82
Motivo de consulta: síntomas psicóticos	0,004	0,28	0,12 – 0,66
Motivo de consulta: abuso/dependencia tóxicos	0,003	0,25	0,10 – 0,62
Motivo de consulta: ansiedad	<,001	2,64	1,81 – 3,86
Uso del box de observación	0,015	0,62	0,42 – 0,91
EEAG (cada 10 puntos)	0,003	0,78	0,69 – 0,89
Tratamiento con Antidepresivos^d			
Inmigrante	<,001	0,35	0,2 – 0,61
Diagnóstico dual	0,006	0,34	0,16 – 0,73
Motivo de consulta: ansiedad	<,001	2,79	1,9 – 4,09
Uso del box de observación	0,016	0,54	0,33 – 0,89
EEAG (cada 10 puntos)	<,001	0,66	0,56 – 0,77
Tratamiento con Antipsicóticos^e			
Inmigrante	0,032	0,55	0,32 – 0,95
Antecedentes psiquiátricos	0,015	1,76	1,12 – 2,76
Diagnóstico dual	0,006	0,34	0,16 – 0,73
Motivo de consulta: ansiedad	0,004	1,75	1,19 – 2,57
EEAG (cada 10 puntos)	<,001	0,6	0,5 – 0,7

^a Poder de discriminación: AUC (95% IC): 0,786 (0,753 – 0,818); Calibración del modelo (test de Hosmer y Lemeshow): p=0,268.

^b Poder de discriminación: AUC (95% IC): 0,700 (0,658 – 0,741); Calibración del modelo (test de Hosmer y Lemeshow): p=0,941.

^c Poder de discriminación: AUC (95% IC): 0,734 (0,702 – 0,766); Calibración del modelo (test de Hosmer y Lemeshow): p=0,938.

^d Poder de discriminación: AUC (95% IC): 0,728 (0,690 – 0,766); Calibración del modelo (test de Hosmer y Lemeshow): p=0,398.

^e Poder de discriminación: AUC (95% IC): 0,714 (0,670 – 0,759); Calibración del modelo (test de Hosmer y Lemeshow): p=0,324.