

Urgencias psiquiátricas en la COVID-19: un estudio observacional durante 2019-2021

Psychiatric emergencies in COVID-19: an observational study in 2019-2021

MARCOS L. MOYA-DIAGO^a, BELÉN PASCUAL-VERA^b, IRENE SAIZ-ARNEDO^a,
CARMEN CARRIÓ^a

a) Servicio de Salud Mental. Hospital Arnau de Vilanova-Llíria, Valencia, España.

b) Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España.

Correspondencia: Belén Pascual Vera (bpascual@psi.uned.es)

Recibido: 07/11/2022; aceptado con modificaciones: 23/03/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0
(Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Introducción: En los primeros meses de la pandemia de la COVID-19 se reportó un descenso de las consultas en Urgencias Psiquiátricas (UP) en diferentes países. Este estudio describe la situación de las UP en un hospital público de Valencia (España) durante 2019-2021. Metodología: El diseño fue observacional y retrospectivo, e incluyó 1161 consultas en UP ($M = 40.08$ años; $DT = 15.64$; 51.7% mujeres). Se establecieron seis períodos temporales para la comparación: dos globales (no pandemia/pandemia) y cuatro intrapandémicos. Resultados: la media de consultas diarias fue similar entre el período anterior a la pandemia y el período pandémico; sin embargo, durante el confinamiento se dieron menos consultas/día que en el resto de los períodos intrapandemia. En

la pandemia se recibieron más consultas relacionadas con el espectro psicótico y menos con los trastornos depresivos. El 30.74% de las consultas en UP de todos los períodos evaluados requirieron hospitalización psiquiátrica. Conclusiones: La situación de las UP parece estabilizarse durante el año posterior a la declaración del estado de alarma en España, aunque sigue siendo necesario examinar los factores que determinan la asistencia a UP en situaciones de emergencia.

Palabras clave: urgencias psiquiátricas, hospitalización, psicosis, COVID-19, confinamiento.

Abstract: Introduction: In the first months of the COVID-19 pandemic, a decrease in consultations in Psychiatric Emergencies (PE) was reported in different countries. This study describes the situation of PE in a public hospital in Valencia (Spain) during 2019-2021. Methodology: The design was observational and retrospective. 1161 PE's consultations were included ($M = 40.08$ years; $DT = 15.64$; 51.7% women). Six time periods were established for comparison: two global (non-pandemic/pandemic) and four intra-pandemic periods. Results: Mean daily consultations were similar before and during pandemic. However, there were less consultations in lockdown than in post-lockdown periods. In the pandemic, more consultations were related to the psychotic spectrum and fewer to depressive disorders. Up to 30.74% of PE consultations in the examined periods required psychiatric hospitalization. Conclusions: The situation of PE seems to stabilize during the year after the declaration of the alarm state in Spain, although the factors that determine attendance in emergency situations need further attention.

Key words: psychiatric emergency; hospitalization, psychosis, COVID-19, lockdown.

INTRODUCCIÓN

EN LOS PRIMEROS MESES DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19 se informó de un descenso notable en el número de consultas efectuadas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. Esta tendencia decreciente se ha reflejado consistentemente en varios países de los cinco continentes¹⁻¹¹, aunque con alguna excepción, como por ejemplo el trabajo de Hagebusch *et al.*¹² en Alemania, donde se registró un ligero aumento de pacientes en los servicios de Urgencias Psiquiátricas (UP). En la mayoría de estos trabajos se observó una reducción de la demanda de urgencias en todas las categorías diagnósticas durante los períodos de pandemia, aunque con variaciones entre los diferentes estudios. Los resultados más concluyentes señalan que la disminución de consultas parece ser menor en el grupo de pacientes con trastornos psicóticos y/o trastornos mentales graves, mientras que esta fue mayor en el caso de los trastornos afectivos, de ansiedad y adaptativos^{5, 11, 13, 14}. En general, estos estudios

se centraron en analizar las consultas en UP en los períodos más restrictivos de la pandemia, teniendo en cuenta las medidas de control y prevención adoptadas en cada país. Los períodos evaluados estuvieron comprendidos entre marzo y junio del 2021, y tuvieron una duración de entre 7 a 90 días, aproximadamente.

En España, se han realizado, que sepamos, tres estudios que examinan el uso de los servicios de UP en la pandemia de la COVID-19. Gómez-Ramiro *et al.*¹⁵, en el Hospital Clínico de Barcelona (España), analizaron el número de consultas en UP durante los tres primeros meses del confinamiento en España y los tres meses previos. Los autores también informaron de una disminución en el número de consultas de UP en el período de confinamiento en comparación con los meses anteriores. Los trastornos de ansiedad fueron los más representativos en ambos períodos, pero se observó una reducción de las consultas durante los meses de confinamiento. Por el contrario, en este período, informaron de un aumento de visitas relacionadas con el abuso de sustancias, los trastornos del espectro autista y las demencias. En este trabajo no observaron diferencias entre ambos períodos en los trastornos afectivos, psicosis, ideación/intentos de suicidio u otros diagnósticos. El trabajo de Carrasco *et al.*¹⁴ en el Hospital Clínico Universitario de Valencia (España) mostró resultados similares, ya que se observó una disminución de las consultas durante el confinamiento y el postconfinamiento (50 días después) en comparación con las tasas previas a la pandemia (50 días antes del confinamiento). En cuanto al análisis por grupos diagnósticos, sus resultados mostraron que el número de pacientes con patologías graves se mantuvo estable durante el preconfinamiento y confinamiento; sin embargo, en relación con los períodos anteriores, esta tasa aumentó relativamente en el postconfinamiento. Por último, Rodríguez-Jiménez *et al.*¹¹, del Hospital 12 de Octubre (Madrid), informaron de una reducción de la media de consultas por día, que se situaba en valores de 7.5 en el período de 2019 y de 4.3 en el período de confinamiento. Además, hubo menos altas de urgencia y más derivaciones a los servicios médicos internos en el período pandémico en comparación con el período de no pandemia.

En definitiva, los estudios desarrollados en España^{11,14,15} coinciden con la tendencia general observada en el resto de los países. En los tres estudios, se ha tomado como período de referencia el confinamiento domiciliario y se han establecido tiempos de comparación de entre 31 hasta 90 días de duración. No obstante, que sepamos, aún no se ha analizado el impacto de la pandemia en las UP a largo plazo. Además, solo se ha valorado la posible influencia de medidas de control restrictivas, como el confinamiento poblacional. Nuestro trabajo pretende contribuir en esta dirección. El propósito principal es describir la situación de las urgencias psiquiátricas durante el año posterior a la declaración del estado de alarma en España, teniendo en cuenta cuatro períodos intrapandémicos, que incluyen

tanto el confinamiento domiciliario como las restricciones autonómicas decretadas por la Generalitat Valenciana. Para ello, se plantearon tres objetivos relacionados: primero, examinar las diferencias en el número de casos atendidos antes de la pandemia (1 año antes de la declaración del estado de alarma), durante la pandemia (1 año desde la declaración del estado de alarma) y en los períodos intrapandemia, teniendo en cuenta el género y edad de los consultantes. Segundo, comparar el número de pacientes atendidos en UP en función del diagnóstico de urgencias en los diferentes períodos. Y tercero, explorar el porcentaje de pacientes atendidos que requirieron hospitalización.

METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio y población

Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo retrospectivo y transversal. Los datos fueron recogidos por la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) del Departamento de Salud Valencia – Hospital Arnau de Vilanova – Llíria (Valencia, España). El departamento atiende a un área de 52 municipios de la provincia de Valencia, que suman un total de 315 426 personas. En este estudio se incluyeron todas las consultas efectuadas en las UP del departamento desde el 29 de marzo del 2019 al 1 de marzo del 2021. El número total de consultas fue de 1161 y la media de edad de las personas que consultaron fue de 40.08 años ($DT = 15.64$; rango = 75), siendo el 51.7% ($n = 600$) mujeres. De todas las consultas, 166 participantes acudieron a urgencias en más de una ocasión en los períodos contemplados, suponiendo el 30.8% del total de las consultas ($n = 358$ consultas repetidas). Las consultas repetidas no se eliminaron de la base de datos y se analizaron con el conjunto total de consultas.

Para el análisis de la situación de las UP se incluyeron variables sociodemográficas (p. ej., género y edad) e información sobre el episodio de urgencia psiquiátrica (p. ej., fecha de episodio en urgencias, diagnóstico, alta u hospitalización). Además, se solicitaron datos adicionales de aquellas consultas que requirieron hospitalización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), tales como la fecha de ingreso-alta en la UHP y el número de días de estancia en la unidad. Los datos fueron recogidos por los facultativos especialistas del servicio y se registraron a través de la plataforma electrónica ORION. Una vez recabada la información, se codificaron las variables objeto de estudio y se elaboró una base de datos para el tratamiento estadístico. Este estudio contó con la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica del Departamento de Salud Valencia – Hospital Arnau de Vilanova – Llíria (Valencia, España).

b) Codificación de los períodos de la pandemia

Se tomó la fecha de la consulta en urgencias hospitalarias como criterio de asignación de las consultas a cada uno de los períodos. Se establecieron dos períodos globales equivalentes en el número de días (prepandemia y pandemia) y cuatro períodos intrapandemia (período 1, período 2, período 3 y período 4). Las fechas y duración de cada período fueron las siguientes: a) prepandemia: 29/03/2019 al 14/03/2020 (352 días); b) pandemia: 15/03/2020 al 01/03/2021 (352 días); c) período intrapandemia 1: 15/03/2020 al 17/05/2020 (64 días); d) período intrapandemia 2: 18/05/2020 al 23/10/2020 (159 días); e) período intrapandemia 3: 24/10/2020 al 20/01/2021 (89 días); f) período intra-pandemia 4: 21/01/2021 al 01/03/2021 (40 días).

Los cuatro períodos intrapandemia no fueron equivalentes en el número de días, ya que se establecieron de acuerdo con las restricciones estatales del gobierno de España¹⁶ y de la Generalitat Valenciana¹⁷⁻¹⁹. En el primer período intrapandemia, las medidas para el control y prevención de la pandemia fueron de carácter estatal, mientras que en el resto de los períodos fueron restricciones autonómicas. En general, el período intrapandemia 1 se caracterizó por el confinamiento domiciliario de toda la población y la restricción de la movilidad; mientras que en los períodos intrapandemia 2 y 3 se establecieron progresivamente medidas menos restrictivas para la ciudadanía en comparación con el período anterior. Finalmente, dada la evolución de la pandemia, en el período intrapandemia 4 se volvieron a aplicar medidas de carácter más restrictivo, caracterizadas por el cierre de establecimientos de ocio, la limitación de cierre de locales comerciales y el toque de queda nocturno.

c) Codificación de los diagnósticos de urgencias

Con el objetivo de homogeneizar las etiquetas diagnósticas utilizadas en cada consulta de urgencias se recodificaron los diagnósticos. Esto fue necesario, ya que la plataforma informática de registro de las consultas de urgencias (p. ej., ORION) permite utilizar tanto un diagnóstico categorial tipificado según la CIE-10²⁰ como un diagnóstico “cualitativo” (p. ej., impresión diagnóstica del episodio de UP). Únicamente en el caso de que la UP requiera de hospitalización en la UHP, el clínico debe especificar un diagnóstico tipificado. Tras un análisis exploratorio de los datos, se decidió recodificar los diagnósticos, teniendo en cuenta el criterio del especialista en los dos puntos anteriores: en primer lugar, se revisaron los diagnósticos tipificados y, en segundo lugar, la impresión diagnóstica cualitativa. La recodificación de los diagnósticos se llevó a cabo por dos de los autores de este trabajo, de forma independiente. En caso de desacuerdo entre los dos evaluadores tomó la decisión la directora del grupo de investigación (C.C).

Para la recodificación de las etiquetas diagnósticas se siguieron los criterios de la CIE-10²⁰, aunque en el caso de los trastornos depresivos y bipolares se utilizó la propuesta del DSM-5²¹ para la agrupación de estos diagnósticos. En total se establecieron 14 categorías diagnósticas, cinco de ellas compuestas por síntomas y/o motivos de consulta independientes. Las categorías de alteraciones de conducta e ideación autolítica y/o autolesiones se incluyeron en categorías separadas, por tratarse de problemáticas frecuentes en UP y transversales a diferentes trastornos mentales. La categoría de problemas no especificados incluyó aquellos diagnósticos y/o síntomas poco frecuentes (frecuencia < 5 en nuestra base de datos) y/o que no coincidían con ninguna de las categorías diagnósticas previas. La categoría de problemas sociales incluyó aquellas consultas en las que la sintomatología se explicaba principalmente por la existencia de circunstancias psicosociales complejas, tales como la conflictividad familiar y/o dificultades económicas. Por último, se elaboró una categoría de “diagnósticos no codificados”, donde se incluyeron todos aquellos casos que no contaban con ningún diagnóstico codificado en el programa informático ORION.

d) Análisis estadísticos

El nivel de significación estadística se fijó en 0.05 (dos colas) para todos los análisis estadísticos. Se emplearon técnicas estadísticas exploratorias y de comparación de grupos. Para examinar la media de consultas por día se tuvo en cuenta el número de días de cada período de comparación. Se realizaron pruebas *t* para la comparación de los períodos globales (prepandemia vs. pandemia) y ANOVA de un factor para los períodos intrapandemia. Se utilizaron tablas de contingencia para examinar las diferencias entre los períodos de comparación en el género de los consultantes, el diagnóstico de urgencias y el número de hospitalizaciones. Para las tablas 2 x 2 se utilizó la corrección de continuidad de χ^2 . Se empleó la prueba *Z* con el ajuste de Bonferroni para la comparación de proporciones de columna. Se realizaron ANOVAs de un factor para examinar las diferencias en la edad y la duración media de hospitalizaciones en cada uno de los períodos evaluados. Se utilizó la prueba T3 de Dunnett para las comparaciones *post hoc*. Se calcularon la *V* de Cramer y η^2 para la estimación del tamaño del efecto. Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa IBM SPSS Statistics (versión 22).

RESULTADOS

a) Número de consultas efectuadas antes y durante el primer año de pandemia

La Tabla 1 muestra la distribución de las consultas en urgencias psiquiátricas en los diferentes períodos evaluados y las características demográficas de los con-

sultantes. En total se dieron 1161 consultas, y la media de consultas por día fue de 1.62 ($DT = 1.74$). La media de consultas diarias entre el período anterior a la pandemia y el período pandémico fue similar ($t_{704} = -1.228, p = 0.220$), sin embargo, se observaron diferencias en la media de consultas/día entre los diferentes períodos intrapandemia ($F_{3, 352} = 4.112, p = 0.007; \eta^2 = 0.034$). Las comparaciones *post hoc* mostraron que en el primer período intrapandemia se dieron menos consultas/día que en el resto de los períodos intrapandemia. Como se observa en la Tabla 1, el número de mujeres y hombres que consultaron fue similar en el período anterior a la pandemia y en el período pandémico ($\chi^2_{(1, 1161)} = 0.932, p = 0.334$), así como entre los períodos intrapandémicos ($\chi^2_{(3, 608)} = 4.975, p = 0.174$). Del mismo modo, los resultados mostraron que no había diferencias en la edad de los participantes entre el período anterior a la pandemia y la pandemia ($t_{1159} = 1.143, p = 0.253$), así como entre ninguno de los períodos intrapandémicos ($F_{3, 607} = 0.889, p = 0.447$).

b) Diagnósticos de urgencias

Tomados en conjunto, en los dos períodos examinados (p. ej., antes de la pandemia y durante la pandemia) los motivos de consulta que representaron las urgencias psiquiátricas fueron los siguientes: el 23.6% ($n = 274$ consultas) para los problemas de ansiedad; el 17% ($n = 197$) para los trastornos psicóticos; el 14.3% ($n = 166$) para la ideación autolítica/autolesión; el 7.5% ($n = 87$), trastorno bipolar; el 7.4% ($n = 86$) eran alteraciones de conducta; el 6.6% ($n = 77$), trastornos de la personalidad; el 5.4% ($n = 63$), abuso/consumo de sustancias; el 4.6% ($n = 53$) eran trastornos depresivos; y el 4.4% ($n = 51$) otros problemas. Finalmente, el 2.8% ($n = 32$) fueron consultas de trastornos adaptativos, el 2.7% ($n = 31$) fueron casos no diagnosticados, el 1.7% ($n = 20$) problemas del neurodesarrollo, el 1.3% ($n = 15$) problemas sociales, y, por último, el 0.8% ($n = 9$) de las consultas tenía que ver con demencias y problemas neurodegenerativos.

La Tabla 2 muestra las diferencias entre el período no pandémico y el pandémico en las consultas en UP según los diagnósticos de urgencias. Como se observa, el número de consultas efectuadas, en función del diagnóstico de urgencias, difirió entre el período no pandémico y el período pandémico ($\chi^2_{(13, 1161)} = 40.630, p < 0.0001$). La V de Cramer fue de 0.140 ($p = 0.001$), mostrando un tamaño del efecto bajo. Las comparaciones entre-grupos mostraron que en el período de la pandemia hubo menos casos de “diagnósticos no codificados” que en el período no pandémico. Dicho de otro modo, antes de la pandemia se reportaron más consultas en las que no se registró un diagnóstico tipificado y/o cualitativo en la plataforma electrónica de urgencias (p. ej., ORION) que en el período pandémico. En cuanto al diagnóstico

de urgencias, en el período de la pandemia se recibieron más consultas derivadas de los trastornos del espectro psicótico que en el período anterior a la pandemia; mientras que se dieron menos consultas relacionadas con los trastornos depresivos en el período de la pandemia, en comparación con el período de no pandemia. Por otro lado, no se observaron diferencias en el número de consultas según los diagnósticos de urgencias entre los cuatro períodos pandémicos ($\chi^2_{(39, 608)} = 50.707, p = 0.099$).

c) Hospitalizaciones

El 30.74% ($n = 357$) de las consultas en todos los períodos ($N = 1161$) requirieron hospitalización en la unidad de psiquiatría. En cuanto al género, los datos mostraron que el 36.5 % ($n = 205$) de los hombres que consultaron a UP fueron hospitalizados y el 25.3% ($n = 152$) de las mujeres consultantas requirieron hospitalización. La edad de los pacientes hospitalizados fue similar a la edad de las personas no hospitalizadas ($M_{\text{hospitalizados}} = 41.38; DT = 15.90$ vs. $M_{\text{No hospitalizados}} = 39.51; DT = 15.5; t_{1159} = -1.876, p = 0.061$).

En cuanto a los períodos evaluados, los resultados mostraron que no había diferencias entre el número de casos hospitalizados antes y durante la pandemia ($\chi^2_{(1, 1161)} = 0.413, p = 0.521$): el 29.8% ($n = 165$) de los que consultaron a urgencias en el período anterior a la pandemia ($N = 553$) requirieron hospitalización, mientras que en el período pandémico fueron hospitalizados el 31.6% ($n = 192$) de los consultantas en este período ($N = 608$). Sin embargo, el número de hospitalizaciones fue distinto si consideramos los diferentes períodos intrapandémicos ($\chi^2_{(3, 608)} = 9.827, p = 0.02$). Como se observa en la Tabla 3, en el período intrapandemia 1 se dieron más hospitalizaciones que en los períodos 2 y 3. No hubo diferencias en la proporción de hospitalizados en el período 4 en comparación con los otros tres períodos. El tamaño del efecto fue bajo ($V = 0.127, p = 0.020$).

El perfil diagnóstico de la población hospitalizada fue similar en el período no pandémico y el período pandémico ($\chi^2_{(13, 357)} = 15.400, p = 0.283$) y en cualquiera de los períodos intrapandemia ($\chi^2_{(39, 192)} = 42.423, p = 0.326$). Por último, la duración media de la hospitalización (p. ej., días de la hospitalización) fue de 12.99 días ($DT=10.6$, rango =71), no observándose diferencias entre los períodos de pandemia y no pandemia. Sin embargo, los resultados mostraron que la media de la hospitalización fue significativamente inferior en el período 4 que en el resto de los períodos ($M_{\text{período 1}} = 13.88, DT= 7.33$ vs. $M_{\text{período 2}} = 15.95, DT= 13.34$ vs. $M_{\text{período 3}} = 13.90, DT= 13.30$ vs. $M_{\text{período 4}} = 6.79, DT = 4.57; F_{3,191} = 4.587; p = 0.004; \eta^2 = 0.068$).

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo fue describir la situación de las urgencias psiquiátricas durante 2019 y 2021, teniendo en cuenta las medidas adoptadas por el gobierno de España y la Generalitat Valenciana para el control de la pandemia. Nuestros hallazgos son coincidentes con la tendencia decreciente observada en los primeros meses de la pandemia en varios países^{1-11,14,15}, ya que la media de consultas diaria fue inferior durante el confinamiento domiciliario (p. ej., período intrapandemia 1) en comparación con el resto de los períodos, caracterizados por medidas de control de la pandemia menos restrictivas (p. ej., períodos intrapandémicos 2, 3 y 4). En cuanto al número de hospitalizaciones, nuestros datos coinciden con el trabajo de Rodríguez-Jiménez *et al.*¹¹ en nuestro país, ya que durante el confinamiento se hospitalizó a más población que acudió a UP en comparación con los períodos 2 y 3. La disminución de las visitas en UP y el aumento de las hospitalizaciones durante el confinamiento puede explicarse por varias razones complementarias. El cumplimiento de las medidas más estrictas, como el aislamiento domiciliario y la restricción de la movilidad, y los factores estresantes inherentes a la COVID-19, tales como el miedo a la contaminación²², pueden ayudar a comprender el menor número de visitas durante el confinamiento. De forma similar, las medidas implantadas durante este período podrían tener un impacto en el acceso a los dispositivos asistenciales habituales, tales como la atención ambulatoria, los centros de día y/o los recursos de inserción social y rehabilitación comunitarios¹⁵, pudiendo influir en que casi el 50 % de las UP que se dieron durante el confinamiento derivaran en ingresos. Por otro lado, el hecho de que las consultas diarias y el número de hospitalizaciones fuesen similares antes de la pandemia y durante la pandemia (p. ej., períodos globales de un año) podrían reflejar una tendencia a la estabilización de la situación de las UP. Esto además coincide con la ausencia de diferencias en las consultas y hospitalizaciones entre los períodos intrapandemia menos restrictivos. Sin embargo, hemos de ser cautelosos con la interpretación de estos resultados, ya que la duración de los períodos intrapandémicos no es equivalente, en concreto, el segundo y tercer período tienen una duración mayor que el período 1.

En cuanto al perfil diagnóstico de las visitas de UP, los datos más concluyentes señalan un aumento en el número de consultas relacionadas con los trastornos del espectro psicótico en el período de la pandemia en comparación con el año anterior, mientras que se observó una disminución de las consultas relacionadas con los trastornos depresivos. El incremento de las consultas relacionadas con los trastornos psicóticos no nos parece sorprendente y va en línea con los resultados de Carrasco *et al.*¹⁴ y Rodríguez-Jiménez *et al.*¹¹ en nuestro país. Teniendo en cuenta los modelos de vulnerabilidad-estrés, esta población puede ser especialmente sensible para verse afectada por situaciones como la generada por la COVID-19. En este sentido, las medidas de aislamiento y/o de limitación social pueden ser claramente relevantes, ya que interfieren en

la realización de actividades de ocio y/o las reuniones sociales o de apoyo mutuo, etc. que forman parte de la recuperación y calidad de vida de esta población¹⁵. La gravedad de estos trastornos podría ser una posible hipótesis explicativa de estos resultados. Por ejemplo, Rodríguez-Jiménez *et al.*¹¹ observaron que el mayor número de consultas relacionadas con trastornos del espectro psicótico acudieron de forma involuntaria a los servicios de urgencias. Los autores plantean que, aunque estos pacientes no quisiesen acudir a urgencias durante el confinamiento, su situación clínica hizo inevitable que tuviesen que hacerlo. De forma similar, estudios previos también sugieren que la reducción de las consultas en UP parece afectar principalmente a trastornos leves y/o moderados^{5,11,13,14}. En nuestro caso no podemos constatarlo porque no hemos evaluado ningún indicador de gravedad, sin embargo, el descenso en el número de consultas relacionadas con los trastornos depresivos coincide con el perfil diagnóstico observado en otros países. Junto con los motivos anteriormente expuestos, también se ha planteado la posible influencia de la implantación de otros dispositivos asistenciales, tales como la atención sanitaria *online*¹⁵, en la reducción de las consultas en UP durante la pandemia. Tomados en conjunto, estos datos podrían estar revelando un patrón relativamente estable que se mantiene a lo largo del primer año de la pandemia; sin embargo, son necesarios futuros estudios que examinen los motivos que puedan explicar estos resultados.

Este trabajo presenta varias limitaciones. Primero, los períodos intrapandemia no son equivalentes en cuanto a su duración, lo que podría sesgar nuestros resultados. Se ha intentado solventar esta limitación estableciendo dos períodos de comparación equivalentes en el número de días (p. ej., prepandemia y pandemia). Además, la media de consultas en UP se calculó en función del número de días que componen cada período y el porcentaje de hospitalizaciones se analizó teniendo en cuenta las consultas en UP que se dieron en cada uno de los períodos. Pese a estas limitaciones, el hecho de establecer períodos en base a normativas estatales y/o autonómicas permite facilitar la comprensión e interpretación común de los datos en un contexto determinado. La naturaleza observacional de este estudio es otra de sus limitaciones, ya que no hemos incluido ninguna medida adicional que nos permita establecer explicaciones causales a estos resultados. Futuros estudios en esta dirección podrían beneficiarse de la inclusión de medidas de evaluación que permitan valorar prácticas hospitalarias concretas, tales como los protocolos en UP (p. ej., evaluación diagnóstica, gravedad, criterios de ingreso hospitalario, etc.) y/o la eficacia de la implementación de otros dispositivos asistenciales (p. ej., asistencia *online*, etc.).

CONCLUSIONES

Durante el confinamiento domiciliario (p. ej., período intrapandemia 1) se realizaron menos consultas, pero el número de hospitalizaciones fue mayor que en

los otros períodos intrapandémicos. Esto podría reflejar la “urgencia” de las consultas en los períodos más restrictivos. Por otro lado, la situación de las urgencias psiquiátricas (p. ej., número de consultas y hospitalizaciones) tiende a estabilizarse durante el año posterior a la declaración del estado de alarma en España, aunque los trastornos del espectro psicótico siguen requiriendo más atención en urgencias psiquiátricas y los trastornos depresivos menos. Son necesarios futuros estudios que examinen los factores que determinan la asistencia a urgencias psiquiátricas en situaciones de emergencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capuzzi E, Di Brita C, Caldiroli A, Colmegna F, Nava R, Buoli M, et al. Psychiatric emergency care during Coronavirus 2019 (COVID 19) pandemic lockdown: results from a Department of Mental Health and Addiction of northern Italy. *Psychiatry Res.* 2020; 293:113463.
2. Dragovic M, Pascu V, Hall T, Ingram J, Waters F. Emergency department mental health presentations before and during the COVID-19 outbreak in Western Australia. *Australas Psychiatry.* 2020; 28: 627-631.
3. Ferrando SJ, Klepacz L, Lynch S, Shahar S, Dornbush R, Smiley A, et al. Psychiatric emergencies during the height of the COVID-19 pandemic in the suburban New York City area. *J Psychiatr Res.* 2021; 136: 552-559.
4. Goldenberg MN, Parwani V. Psychiatric emergency department volume during Covid-19 pandemic. *American J Emerg Med.* 2021; 41: 233-234.
5. Gonçalves-Pinho M, Mota P, Ribeiro J, Macedo S, Freitas A. The impact of COVID-19 pandemic on psychiatric emergency department visits – A descriptive study. *Psychiatr Q.* 2021, 92: 621-631.
6. Hoyer C, Ebert A, Szabo K, Platten M, Meyer-Lindenberg A, Kranaster L. Decreased utilization of mental health emergency service during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020; 271: 377-379.
7. McAndrew J, O’Leary J, Cotter D, Cannon M, MacHale S, Murphy KC, et al. Impact of initial COVID-19 restrictions on psychiatry presentations to the emergency department of a large academic teaching hospital. *Ir J Psychol Med.* 2021; 38:108-115.
8. Pham-Scottex A, Silva J, Barruel D, Masson VD-L, Yon L, Trebalag A-K, et al. Patient flow in the largest French psychiatric emergency centre in the context of the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020; 291:113205.
9. Pignon B, Gourevitch R, Tebeka S, Dubertret C, Cardot H, Masson VD-L, et al. Dramatic reduction of psychiatric emergency consultations during lockdown linked to COVID-19 in Paris and suburbs. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020; 74(10): 557-559.
10. Poremski D, Hariram J, Ng JWL, Seow JGHC, Cheng L. Emergency psychiatric service seeker referral pattern variations over the course of a pandemic. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021; 68:109-110.

11. Rodríguez-Jiménez R, Rentero D, Romero-Ferreiro V, García-Fernández L. Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry Res.* 2021; 295:11358.
12. Hagebusch P, Naujoks F, Rouchi H, Schindelin I, Schweigkofler U. Decline in emergency medical service missions during the COVID-19 pandemic: results from the fifth largest city in Germany. *Intern Emerg Med.* 2020;15(8):1609-1611.
13. Seifert J, Meissner C, Birkenstock A, Bleich S, Toto S, Ihlefeld C, et al. Peripandemic psychiatric emergencies: impact of the COVID-19 pandemic on patients according to diagnostic subgroup. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2021; 271: 259-270.
14. Carrasco JP, Herraiz B, Sánchez LO, Luengo A, Fusalba OR, Aguilar EJ. COVID-19 lockdown influence in the psychiatric emergencies: Drastic reduction and increase in severe mental disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021;14(2):117-118.
15. Gómez-Ramiro M, Fico G, Anmella G, Vázquez M, Sagué-Vilavella M, Hidalgo-Mazzei D, et al. Changing trends in psychiatric emergency service admissions during the COVID-19 outbreak: Report from a worldwide epicentre. *J Affect Disord.* 2021; 282:26-32.
16. Gobierno de España. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE núm. 67, de 14 de marzo de 2020.
17. Generalitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. Acuerdo de 19 de junio de 2020, del Consell, sobre medidas de prevención frente a la Covid-19. DOGV núm. 8841, de 20 de junio de 2020.
18. Generalitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. Resolución de 19 de octubre de 2020, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se por la que se acuerda una tercera prórroga de la Resolución de 17 de agosto de 2020, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, para la adopción de las medidas establecidas en el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre medidas de prevención frente al Covid-19. DOGV núm. 8929, de 19 de octubre de 2020.
19. Generalitat Valenciana. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana. Resolución de 19 de enero de 2021, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se establecen medidas excepcionales y adicionales en el ámbito de la Comunitat Valenciana como consecuencia del agravamiento de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19. DOGV núm. 9001, de 20 de enero de 2021.
20. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos mentales y del comportamiento* (10ªed.). Madrid: Meditor, 1992.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
22. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020; 14(5): 779-788.

TABLA I

Consultas en UP entre los diferentes períodos y características demográficas de los consultantes

		Período no pandemia	Período pandemia			
Variables						
Nº consultas	<i>n (%)</i>	553 (47.6)	608 (52.4)			
Consultas por día	<i>M (DT)</i>	1.56 (1.75)	1.72 (1.73)			
Mujer	<i>n (%)</i>	294 (53.2)	306 (50.3)			
Hombre	<i>n (%)</i>	259 (46.8)	302 (49.7)			
Edad	<i>M (DT)</i>	40.63 (15.5)	39.58 (15.76)			
		Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	
Variables						
Nº consultas	<i>n (%)</i>	69 (11.3)	306 (50.3)	151 (24.8)	82 (13.5)	
Consultas por día*	<i>M (DT)</i>	1,08 (1.26) ^a	1,92 (1.93) ^b	1,70 (1.59) ^b	2 (1.68) ^b	
Mujer	<i>n (%)</i>	31 (55.1)	164 (53.6)	68 (45)	36 (43.9)	
Hombre	<i>n (%)</i>	38 (44.9)	142 (46.4)	83 (55)	46 (56.1)	
Edad	<i>M (DT)</i>	39.52 (16.9)	40.53(16.16)	38.05(14.7)	38.93(15.21)	

Nota. * indica las variables en las que se observaron diferencias entre los períodos ($p < 0.01$). Los superíndices a,b muestran las diferencias en las proporciones de columna (Bonferroni). Superíndices iguales señalan ausencia de diferencias; superíndices distintos indican diferencias significativas.

TABLA 2

Diferencias entre el período no pandémico y el pandémico en las consultas en UP según los diagnósticos de urgencias

Diagnósticos de urgencias		Período no pandemia	Período pandemia
Consultas sin diagnóstico *	Nº casos	27 ^a	4 ^b
	% diagnóstico	87.10	12.90
	% periodo	4.90	0.70
T. psicóticos *	Nº casos	81 ^a	116 ^b
	% diagnóstico	41.10	58.90
	% periodo	14.60	19.10
T. bipolar	Nº casos	34 ^a	53 ^a
	% diagnóstico	39.10	60.90
	% periodo	6.10	8.70
T. depresivos *	Nº casos	34 ^a	19 ^b
	% diagnóstico	64.20	35.80
	% periodo	6.10	3.10
T. ansiedad	Nº casos	118 ^a	156 ^a
	% diagnóstico	43.10	56.90
	% periodo	21.30	25.70
T. personalidad	Nº casos	40 ^a	37 ^a
	% diagnóstico	51.90	48.10
	% periodo	7.20	6.10
Ideación autolítica / autolesión	Nº casos	84 ^a	82 ^a
	% diagnóstico	50.60	49.40
	% periodo	15.20	13.50
Abuso/consumo de sustancias	Nº casos	32 ^a	31 ^a
	% diagnóstico	50.80	49.20
	% periodo	5.80	5.10
Demencias y neurodegenerativos	Nº casos	4 ^a	5 ^a
	% diagnóstico	44.40	55.60
	% periodo	0.70	0.80
Alteraciones de conducta	Nº casos	41 ^a	45 ^a
	% diagnóstico	47.70	52.30
	% periodo	7.40	7.40

Otros (no especificados)	Nº casos	27 ^a	24 ^a
	% diagnóstico	52.90	47.10
	% periodo	4.90	3.90
T. adaptativos	Nº casos	14 ^a	18 ^a
	% diagnóstico	43.80	56.20
	% periodo	2.50	3.00
T. neurodesarrollo	Nº casos	13 ^a	7 ^a
	% diagnóstico	65	35
	% periodo	2.40	1.20
Problemas sociales	Nº casos	4 ^a	11 ^a
	% diagnóstico	26.70	73.30
	% periodo	0.70	1.80
Total	Nº casos	553	608

Nota. % diagnóstico indica el porcentaje que representan las consultas en cada categoría diagnóstica entre los dos periodos; % periodo indica el porcentaje que ocupan las diferentes categorías diagnósticas en cada periodo. * indica las variables en las que se observaron diferencias entre los periodos ($p < 0.0001$). Los superíndices ^{a, b} muestran las diferencias en las proporciones de columna (Bonferroni). Superíndices iguales señalan ausencia de diferencias; superíndices distintos indican diferencias significativas.

Tabla 3

Número de hospitalizados-no hospitalizados tras la UP durante los períodos intrapandemia

Consultas	Período 1 <i>n</i> (%)	Período 2 <i>n</i> (%)	Período 3 <i>n</i> (%)	Período 4 <i>n</i> (%)
Hospitalizados *	32 (46.4) ^a	91 (29.7) ^b	40 (26.5) ^b	29 (35.4) ^{ab}
No hospitalizados*	37 (53.6) ^a	215 (70.3) ^b	111 (73.5) ^b	53 (64.6) ^{ab}

Nota. * indica las variables en las que se observaron diferencias entre los períodos ($p < 0.05$). Los superíndices ^{a, b} muestran las diferencias en las proporciones de columna (Bonferroni). Superíndices iguales señalan ausencia de diferencias; superíndices distintos indican diferencias significativas.