

Utilización de recursos hospitalarios por pacientes con un Trastorno Mental Grave subsidiarios de un recurso socio-sanitario ambulatorio en un Departamento de salud.

Hospital resources utilization by patients with Severe Mental Disorder subsidiary of an outpatient healthcare socio-sanitary resource in a health Department.

Título abreviado: Utilización de recursos y Trastorno Mental.

José E. Romeu¹, Blanca Poza², Carlos García³, Elena Orquín⁴, Ainhoa Ródenes⁵, Sara Olmos⁶, Miguel Melero⁷, María Cuenca⁸

1. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental (USM) de Alzira; 2. Enfermera. USM de Alzira; 3. Psiquiatra. USM de Carlet; 4. M.I.R. Psiquiatría; 5. Enfermera. USM de Sueca; 6. Enfermera. USM de Carlet; 7. Enfermero. Centro de Rehabilitación de Sueca; 8. Hospital de la Ribera. Alzira. Dirección de Docencia e Investigación. Dpto. de Salud de la Ribera.

Resumen: Introducción. El objetivo de este estudio es comprobar si existe alguna asociación entre la utilización de las urgencias e ingresos hospitalarios psiquiátricos, con la adhesión a recursos sanitarios ambulatorios, el tratamiento y el funcionamiento familiar, tal como apunta la literatura.

Material y Método. Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra: población TMG adherida a recurso socio-sanitario. Variables independientes: adhesión al recurso, tratamiento intramuscular, adhesión familiar al seguimiento y actividad relacional. Variables dependientes: ingresos hospitalarios y utilización de urgencias hospitalarias psiquiátricas.

Resultados. Se encontró una correlación significativa entre la reducción de ingresos y urgencias y una mejor actividad relacional familiar.

Conclusiones. La mejora del clima intrafamiliar reduce la utilización de recursos hospitalarios y, por ende, el gasto sanitario.

Palabras clave: Trastorno mental grave, recursos sociosanitarios, intervención familiar, tratamiento, rehabilitación psicosocial.

Abstract: Introduction. The goal of the study is to proof if there is any link between the use of the psychiatric ward and the hospitalizations versus the use of ambulatory care centers, follow up treatment and family involvement as the mainstream medical journals indicate.



Method. Study observational, descriptive, retrospective. Sample: Population with severe mental illness with access to the social-sanitary resources. Independent variables: usage of the social-sanitary resources, intramuscular treatment, family involvement and interactions. Dependable variables: hospitalizations and usage of the psychiatric ward.

Results. Significant link between the reductions of hospitalizations and psychiatric ward and a better family interaction.

Conclusions. The improvement of the family environment reduces the usage of hospital resources and therefore the healthcare expenditures.

Key words: Severe mental illness, health resources, family intervention, treatment, psychosocial rehabilitation.

Introducción

Entre los recursos intermedios socio-sanitarios (RSS) ambulatorios destinados a la atención y rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) (1,2,3,4), se encuentran los Centros de Día y los CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Socio-laboral) (5,6,7,4). Según la literatura consultada (8,7,9,10), la adherencia a este tipo de recursos conlleva una menor necesidad de otros recursos sanitarios que pueden suponer un mayor gasto sanitario. Uno de ellos es la hospitalización: un 92% de los usuarios no tiene ingresos hospitalarios, la tasa de reingresos puede reducirse un 56% el primer año de intervención y hasta un 67% el segundo año (11).

En nuestro Departamento de Salud existen 2 Asociaciones de Familiares que gestionan sendos Clubs de Convivencia Terapéuticos (CCT) para pacientes con TMG, que por su funcionamiento a través de programas de intervención, se pueden equiparar a los Centros de Día. Entre ambos tienen adheridos a sus actividades y programas a 83 pacientes.

Es importante la evaluación de estos RSS específicos (12,2,13) y comprobar si también se asocian a una menor utilización de otro tipo de servicios sanitarios que pudiera reducir el gasto sanitario (3,14).

También se ha destacado en la literatura (15,16) la relación entre la mayor adherencia al tratamiento que suponen los tratamientos IM de larga duración (LD) y la disminución en la utilización de los recursos hospitalarios. Lo mismo puede decirse de una mayor presencia

familiar en el proceso terapéutico (17,18) y una mejor comunicación y dinámica intrafamiliar en cuanto a resolución de problemas y clima emocional (19).

El objetivo de este estudio es describir las características de nuestros pacientes con TMG subsidiarios de un RSS y valorar si la adherencia al recurso, el tratamiento IM de larga duración, la participación familiar en el proceso terapéutico y un funcionamiento familiar adecuado reduce de forma significativa la utilización de las urgencias hospitalarias, el número de ingresos y el total de días de ingreso.

Material y método

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, que nos indicará asociación de variables y nos permitirá valorar el tipo de recursos, orientaciones terapéuticas e intervenciones familiares posteriores a potenciar.

La información se obtiene mediante la recuperación de datos de la historia clínica electrónica entre los años 2007 y 2011, inclusive, y de los datos de ambos Clubs de Convivencia.

La recogida y ordenación de los datos se llevó a cabo en 2012 y 2013. El tratamiento estadístico de los datos y su interpretación se realizó en 2014.

Selección de casos

Inicialmente recogimos una muestra con los siguientes criterios de inclusión: TMG, considerados como tales los Códigos 295-299 de la CIE-9, -Psicosis no orgánicas-, que tuvieran más de 5 años de evolución.

Se excluyeron aquellos casos con diagnóstico 296 correspondientes a Episodios Depresivos o Trastorno Depresivo Recurrente (F32 y 33 en CIE-10), aquellos con Retraso Mental, Trastorno de Personalidad, TOC, y aquellos sin historia clínica en las Unidades de Salud Mental (USM). También los de menos de 5 años de evolución, con la intención de no incluir Primeros Episodios en el estudio.

Posteriormente hemos centrado el estudio en aquellos TMG que consideramos subsidiarios de la indicación de RSS ambulatorio. Para ello hemos conformado una sub-muestra con las características de los usuarios de los CCT, seleccionando de la muestra inicial aquellos con diagnóstico 295 en CIE-9 y un valor en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV entre 31 y 60 (consideramos que los sujetos por encima de 60 se adhieren a recursos comunitarios normalizados, y los que puntúan por debajo de 30 suelen vivir en centros residenciales o bajo supervisión familiar por mayor dependencia). Con este cribado logramos mayor homogeneidad de la muestra -entre adheridos al RSS y no adheridos-.

Se considera adhesión al CCT una participación en los programas $\geq 20\%$, es decir, un mínimo de 1 día a la semana. Entendemos que con esta característica se asegura la participación de dicho recurso si se producen cambios evolutivos que pudieran requerir asistencia no programada.

Se excluyen del estudio los pacientes registrados en los CCT pero con una participación $< 20\%$ o asistencia menor de 1 vez por semana.

Se considera que un sujeto está bajo tratamiento IM de LD, independientemente del principio activo, cuando lo tiene pautado desde la USM y se ha controlado su adhesión al mismo desde el Programa de Enfermería de TMG.

La participación o adherencia familiar se describe como la presencia de la familia en el Programa de seguimiento de los TMG de la USM.

Utilizamos la Escala de Evaluación Global de la Actividad Relacional (EEGAR) del DSM-IV-TR (1) para evaluar la competencia relacional de la familia (resolución de problemas, organización y clima emocional). Esta escala tiene 5 intervalos que

podemos esquematizar como funcionalidad satisfactoria, de algún modo insatisfactoria, momentos ocasionales de satisfacción, escasos momentos de satisfacción, y desestructuración funcional.

La valoración de la Escala de Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia (CGI-SCH), de la EEAG y de la EEGAR, la realizó el terapeuta habitual del paciente en el tramo final de la recogida y ordenación de los datos (finales de 2013).

Análisis estadístico

El análisis de los resultados se realizó con el Programa Microsoft Office Excel 2010 y con el paquete estadístico SPSS versión 19.0

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características de la submuestra, que consistió para las variables cualitativas en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, y para las variables cuantitativas en el cálculo de medidas de posición o tendencia central y de medidas de dispersión.

Posteriormente se realizó un análisis bivariable para conocer la asociación entre las variables independientes y las dependientes, que en el caso de las variables cualitativas consistió en el cálculo del estadístico Chi Cuadrado de Pearson, y para las cuantitativas en la comparación de medias con la T de Student o U de Mann-Whitney, atendiendo a la normalidad de la serie.

En todos los casos, valores de $p \leq 0.05$ fueron considerados significativos.

Las variables indicadoras utilizadas para describir la muestra son: Diagnóstico CIE-9, edad, sexo, nacionalidad, nivel de instrucción, años de evolución de la enfermedad, medicación IM, EEAG, Adhesión familiar y EEGAR.

Las variables independientes estudiadas son la Adhesión al RSS, el tratamiento IM de LD, la Adherencia familiar al Programa de tratamiento y seguimiento en las USM y la medida en la EEGAR.

Las variables dependientes son los recursos hospitalarios: Presencia de ingresos, nº de ingresos, días totales de ingreso, asistencia a urgencias hospitalarias por causas psiquiátricas y número de urgencias generadas.

Resultados

1. Descripción de la muestra

La descripción de la muestra total de TMG (n= 667) la exponemos en otro trabajo, centrándonos en la submuestra (n= 305) de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia (295 en la CIE-9) y EEAG comprendido entre 31 y 60:

- Nacionalidad: El 99.67% de los casos son de nacionalidad española.
- Género: El 64.59% son varones y un 35.41% mujeres.
- Edad: Casi la mitad de la muestra (47.5%) eran adultos de 36 a 50 años (Fig. 1).
- Años de evolución: Teniendo en cuenta que un criterio de exclusión era un primer episodio psicótico y por lo tanto contamos a partir de los cinco primeros años, encontramos que el mayor porcentaje lo constituyen los pacientes con más de 20 años de evolución (Fig. 2).
- Tratamiento IM de LD: A un 48,2% se le administraba tratamiento intramuscular, mientras que el 51.8% seguía tratamiento oral.
- EEAG: El 41,9% corresponde a la franja 41-50, que describe síntomas y deterioro funcional graves. El 33,77% se incluyen en la franja 51-60, con repercusión moderada, mientras que el 24,26% están en la franja 31-40, con síntomas y deterioro funcional más notorio que los primeros.
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SCH): El 38.7% están moderadamente enfermos (4) y el 27.9% marcadamente enfermos (5) (Fig. 3).
- Adhesión familiar El 76.72% de las familias están adheridas.
- EEGAR: El 8,19% de las familias gozan de una organización satisfactoria, el 30.8% se corresponde con relaciones de algún modo insatisfactorias pero controladas; el 29,8% son relaciones predominantemente insatisfactorias, y el 5,7% padecen desestructuración (Figura 4).
- Utilización de recursos hospitalarios (Tabla 1): Estudiamos el porcentaje de pacientes que acuden al menos una vez a urgencias hospita-

rias por causa psiquiátrica, resultando que un 33.4% acudieron en la franja de años estudiada, mientras que un 66,56% no lo hicieron en ninguna ocasión. La media de asistencia es 3.90 veces.

El 26.9% ingresaron alguna vez, de ellos el 65.9% fueron de tipo voluntario, resultando la media del número de ingresos 1.85. La estancia media fue 19.48 días.

- Utilización de Recursos Socio-sanitarios: El 11.8% de los pacientes (n= 36) acudían a un recurso sociosanitario, distribuyéndose del siguiente modo:

1: CCT: 47,22%

2: CRIS: 2,78%

3: Centro de día: 41,67%

4: Vivienda tutelada: 8,33%

2. Análisis estadístico bivariable

Adherencia a Recurso Socio-Sanitario

En la Tabla 2 observamos la relación entre la Adhesión o no al RSS y las diferentes variables estudiadas.

Cuando relacionamos la adhesión o no al RSS y los ingresos hospitalarios, encontramos que el 30,6% de los pacientes adheridos han ingresado alguna vez, frente al 26,4% de los no adheridos, aunque la diferencia no tiene significación estadística ($\chi^2 = 0,597$).

Los adheridos al recurso ingresan una media de 1,64 veces, frente a 1,89 veces de los no adheridos, no resultando la diferencia significativa.

Respecto al número de días que han permanecido ingresados, los pacientes adheridos han estado una media de 21,82 días, frente a 19,11 días de los no adheridos, diferencia sin ninguna significación estadística (U de M-W = 0,764)

El 27,8% de los adheridos han asistido alguna vez a urgencias, frente al 34,2% de los no adheridos, diferencia sin significación estadística ($\chi^2 = 0,443$). Los primeros, lo han hecho una media de 6,7 veces y los segundos de 3,6, siendo la diferencia no significativa (U de M-W = 0,647).

Tratamiento IM de LD

En la Tabla 3 esquematizamos su asociación con las distintas variables estudiadas.

Si lo relacionamos con la presencia de ingreso hospitalario, el 32,7% de los pacientes que lo reciben han ingresado alguna vez, frente a sólo el 21,5% de los que reciben tratamiento oral, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0,028$).

En cambio, los que ingresan y llevan tratamiento IM LD, permanecen una media de 18,04 días ingresados, frente a los 21,50 días de los que toman tratamiento oral, diferencia que se aproxima a la significación estadística ($\chi^2 = 0,057$).

No encontramos diferencias significativas en cuanto a la asistencia a urgencias hospitalarias ni tampoco en el número de veces que han acudido ($t = 0,142$).

Adherencia Familiar

Observamos que el 27,4% de los pacientes con familia adherida ingresan, frente al 25,4% del otro grupo, no siendo las diferencias significativas. Los primeros ingresan una media de 1,98 veces, por 1,39 de los segundos, acercándose la diferencia a la significación estadística (U de M-W= 0,073). También permanecen más días ingresados los primeros, diferencia no significativa (Tabla 4).

Respecto a la asistencia a urgencias, han acudido alguna vez el 32,5% de los que cuentan con la presencia familiar, frente al 36,6% de los que no, diferencia sin significación estadística. Han acudido más veces estos últimos, 4,61, por 3,91 de aquellos, diferencia no significativa.

EEGAR

El subgrupo de pacientes que más ingresan (41,2%) son los que tienen una peor puntuación, pero sin diferencias significativas. Sí son significativas en cuanto a número de ingresos, una media de 1,14 entre el grupo con mejor comunicación familiar, por 4,14 en el grupo con peor ($\chi^2 = 0,047$). Se acerca a la significación estadística ($\chi^2 = 0,056$) la diferencia entre la media de los días de ingreso, 16,05 en el primer grupo frente a los 40 días en el grupo más bajo.

En cuanto a la asistencia a urgencias, el 44% del primer grupo ha asistido alguna vez, porcenta-

je que se aproxima al de los 2 últimos grupos (41,5% y 52,9%, respectivamente).

Adquiere una gran diferencia significativa ($\chi^2 = 0,001$) la media de veces que han acudido a urgencias, siendo los pacientes con EEGAR más bajo los que más han acudido (media 7,35) frente a los pacientes del primer grupo (media 1,97) (Tabla 5).

Discusión

Este estudio nos ha permitido conocer de forma global las características clínicas y socio-demográficas de los pacientes con TMG en nuestro Departamento de Salud, y los recursos a los que están adheridos. Lo consideramos un primer paso en la evaluación de los CCT. Así mismo, nos aproxima a la relación entre la adhesión al tratamiento IM de LD, la presencia y competencia relacional de la familia, y la utilización de los recursos hospitalarios estudiados, y por lo tanto, del gasto sanitario.

El trabajo tiene limitaciones al tratarse de un estudio observacional descriptivo en el que medimos asociación de variables. Nos planteamos próximamente un estudio de impacto o de evaluación de eficacia.

No hemos encontrado diferencias entre los adheridos y no adheridos a los CCT en cuanto a la utilización de los recursos hospitalarios. En la literatura consultada, dejando aparte el trabajo de Navarro y cols. (11), no se han encontrado ensayos clínicos aleatorios que evalúen estos dispositivos como tales (6,10,13). La mayoría de la bibliografía evalúa las distintas intervenciones en modelos de atención comunitaria coordinadas con diferentes recursos (2,5,7,8).

En cuanto a la relación entre tratamiento farmacológico (oral e IM de LG) y los ingresos hospitalarios, nos llama la atención las diferencias significativas en cuanto a un menor porcentaje de ingresos en los pacientes que reciben tratamiento oral frente a los de IM de LD. En general, los estudios asocian menor número de ingresos con tratamiento IM de LD, si bien es verdad que estos estudios se están realizando con antipsicóticos de última generación (21). En cualquier caso no podemos sacar conclusiones de este hallazgo al

no haber descrito ambos subgrupos en cuanto a gravedad sintomatológica, conciencia de enfermedad, adherencia previa al tratamiento y cumplimiento.

La mayoría de los estudios establecen relación positiva entre la presencia familiar y el proceso terapéutico. Y esto se produce por las diferentes intervenciones psicosociales combinadas realizadas en las familias de los pacientes. En nuestra serie, la adherencia familiar en sí misma no se relaciona con un menor número de urgencias e ingresos.

Sí obtenemos diferencias significativas cuando relacionamos la EEGAR con el número de ingresos y de urgencias generadas, siendo en éste último caso donde las diferencias son más significativas. A peor actividad relacional familiar, mayor número de ingresos, más días de ingreso y mayor asistencia a urgencias. Estos datos no

pueden compararse con los estudios contrastados en los que se han realizado intervenciones familiares (6,13,17,18,19), pues en ellos el menor número de recaídas, la reducción de ingresos/reingresos hospitalarios, la mayor adherencia al tratamiento así como la calidad de vida, entre otros, se relaciona con las intervenciones de corte psicoeducativa, y nosotros no hemos realizado inferencias estadísticas de esas intervenciones.

Conclusión final

Se recomiendan las intervenciones familiares dirigidas a mejorar el clima y la organización familiar, y la resolución de problemas, ya que parece ser un factor determinante en la reducción de los ingresos y urgencias hospitalarias, y consecuentemente, del gasto sanitario.

Contacto

José E. Romeu-Climent. Coordinador de Psiquiatría y Salud Mental.

Unidad de Salud Mental de Alzira • Centro de Salud Alzira I • C/ La Pau s/n • Alzira 46600

jromeu@hospital-ribera.com • Tel.: 629 867 070

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses. Ninguna financiación.

Bibliografía

1. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. MASSON, Barcelona 2002.
2. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XXVII, nº 99, pp 187-223, ISSN 0211-5735.
3. World Health Organization, Organization of Services for Mental Health, Ginebra, WHO, Mental Health Policy and Service Guidance Package, 2003.
4. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry. 1990; 147 (12) 1602-8.
5. Liberman R L. Rehabilitación integral de enfermo mental crónico. Barcelona. Martínez Roca, 1993.
6. National Institute for Clinical Excellence (NICE), "Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary care", Clinical Guidelines,1, 2002.
7. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F. "Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones", Madrid, AEN, 2002, Cuadernos técnicos, 6.
8. Gisbert C, "Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental", Madrid, AEN, 2003.
9. Schene A H. "The Effectiveness of Psychiatric Partial Hospitalization and Day Care", Current Opinion in Psychiatry, 2004, 17, pp. 303-309.

10. Catty J, Bunstead Z, Burns T, Comas A. Day centers for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1): CD001710
11. Navarro Bayón D, Carrasco Ramírez O. Evaluación de un Programa de Rehabilitación Psicosocial para personas con Enfermedad Mental Crónica en la comunidad. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2007, vol. 6, nº 3.
12. Nose M, y cols, "Clinical Interventions for Treatment Non-adherence in Psychosis: Meta-analysis", *British Journal of Psychiatry*, 2003,183.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de la Salud I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS. Nº: 2007/05.
14. Becker T, y cols, "Provision of Services People with Schizophrenia in Five European Regions", *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37, pp. 465-474.
15. Natalie J. Carter. Extended-Release Intramuscular Paliperidone Palmitate. A Review of its Use in the Treatment of Schizophrenia. *Drugs* 2012; 72 (8): 1137-1160.
16. Oliva, J., López, J., Osuna, R., MontEjo, A.L., Duque, B., The cost of schizophrenia in Spain. *Eur J Health Econ.* 2006; 7; 182-188.
17. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1989; 154: 58-66.
18. Montero I, Asensio A, Hernández I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, et al. Two strategies for family intervention in schizophrenia trial in a Mediterranean environment. *Schizophr Bull.* 2001; 27 (4): 661-70.
19. Pharoah f, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (4): CD000088
20. Pilling S y cols., " Psychological Treatments in Schizophrenia. I: Meta-analysis of Family Intervention and Cognitive Behaviour Therapy ". *Psychological medicine*, 2002, 32, 5, pp 763-782.

• Recibido: 13/10/2015.

• Aceptado: 20/12/2015.

Tablas y gráficas

Tabla 1. Utilización de recursos hospitalarios

Recursos hospitalarios	Urgencias	Ingresos
Sí	33,40%	26,90%
No	66,56%	63,10%
Media	3,9 veces	1,85
Ingreso voluntario		65,9%
Estancia media (días)		19,48



Tabla 2. Adherencia a recurso socio-sanitario

Adherencia a recurso	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n: 36)	Si: 11 (30,6%) No: 25 (69,4%)	1,64	21,82	Si: 10 (27,8%) No: 26 (72,2%)	6,7
No (n. 269)	Si: 71 (23,4%) No: 198 (73,6%)	1,89	19,11	Si: 92 (34,2%) No: 177 (65,8%)	3,6
Significación estadística	p=0,597*	p=0,684**	p=0,764**	p=0,443*	p= 0,647**

* Chi cuadrado de Pearson; ** U de Mann-Whitney.

Tabla 3. Tratamiento IM de larga duración

Tratamiento I.M. de larga duración	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n: 147)	Si: 48 (32,7%) No: 99 (67,3%)	1,81	18,04	Si: 51 (34,7%) No: 96 (65,3%)	4,8
No (n: 158)	Si: 34 (21,5%) No: 124 (78,5%)	1,91	21,50	Si: 51 (32,3%) No: 107 (67,7%)	3,0
Significación estadística	p=0,028*	p=0,763***	p=0,057**	p=0,655*	p=0,142***

* Chi cuadrado de Pearson; ** U de Mann-Whitney; ***T de Student.

Tabla 4. Adherencia familiar

Adherencia familiar	Ingresos sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias Sí/no	Nº urgencias (media)
Sí (n= 234)	Si: 64 (27,4%) No: 170 (72,6%)	1,98	23,93	Si: 76 (32,5%) No: 158 (67,5%)	3,91
No (n= 71)	Si: 18 (25,4%) No: 53 (74,6%)	1,39	16,24	Si: 26 (36,6%) No: 45 (63,4%)	4,61
Significación estadística	p=0,739*	p=0,073**	p=0,100***	p=0,517*	p=0,400**

* Chi cuadrado de Pearson; ** U de Mann-Whitney; ***T de Student.

Tabla 5. EEGAR					
EEGAR	Ingresos Sí/no	Nº ingresos (media)	Días totales de ingreso (media)	Asistencia a urgencias Sí/no	Nº urgencias (media)
100-81 (n= 25)	Si: 7 (28%) No: 18 (72%)	1,14	16,05	Si: 11 (44%) No: 14 (56%)	1,97
80-61 (n= 94)	Si: 20 (21,3%) No: 74 (78,7%)	1,40	17,27	Si: 22 (23,4%) No: 72 (76,6%)	3,87
60-41 (n= 91)	Si: 26 (28,6%) No: 65 (71,4%)	1,65	25,39	Si: 31 (34,1%) No: 60 (65,9%)	3,81
40-21 (n= 53)	Si: 15 (28,3%) No: 38 (71,7%)	2,27	22,68	Si: 22 (41,5%) No: 31 (58,5%)	3,87
20-1 (n=17)	Si: 7 (41,2%) No: 10 (58,8%)	4,14	40	Si: 9 (52,9%) No: 8 (47,1%)	7,35
Información inadecuada (n= 25)	Si: 7 (28,0%) No: 18 (72,0%)	1,43		Si: 7 (28%) No: 18 (72%)	5,81
Significación estadística	p=0,625*	p=0,047*	p=0,056*	p=0,067*	p=0,001*

* Chi cuadrado de Pearson.

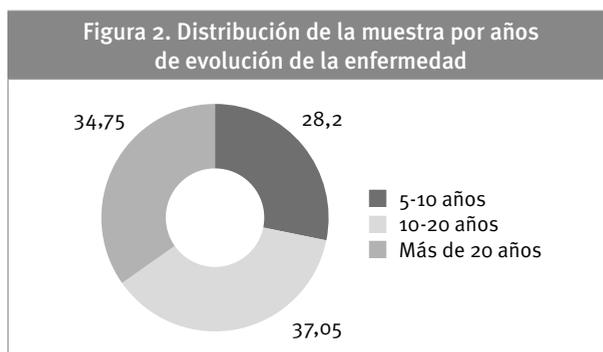
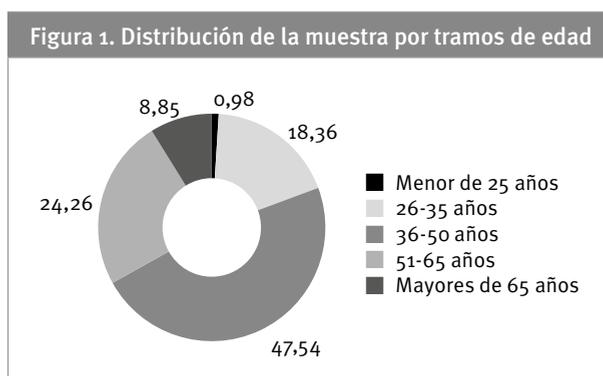
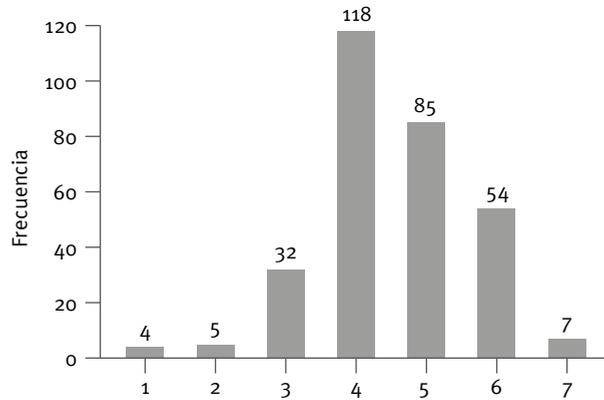


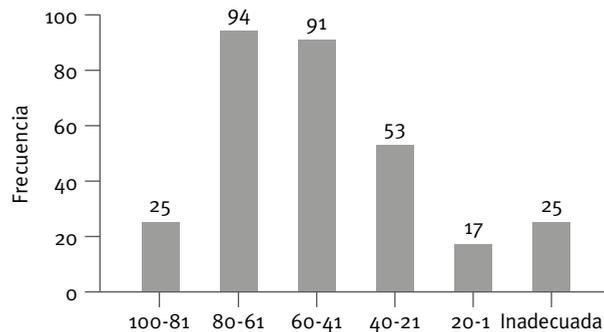


Figura 3. Distribución de la muestra según la Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SCH)



1. Normal; 2. No enfermo; 3. Levemente enfermo; 4. Moderadamente enfermo; 5. Gravemente Enfermo; 6. Muy gravemente enfermo; 7. Entre los más gravemente enfermos.

Figura 4. Distribución de la muestra según la EEGAR



100-81: funcionalidad satisfactoria; 80-61: de algún modo insatisfactoria; 60-41: momentos ocasionales de satisfacción; 40-21: escasos momentos de satisfacción; 20-1: desestructuración funcional.