

Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Epidemiologic Analysis of the Inpatient Psychiatric Unit at a General Metropolitan Community Hospital of Buenos Aires city, Argentina

Sebastián Malleza¹, Tomás Abudarham², Fernando Carlos Bertolani³, Daniel Matusевич⁴, José Luis Faccioli⁵

<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i158.314>

Resumen

Objetivo: Explorar la frecuencia de diferentes variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas en los pacientes internados en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA). **Introducción:** Considerando que la Sala de Psiquiatría del HIBA se encuentra emplazada en un hospital general privado metropolitano de comunidad, referente a nivel nacional e internacional, resulta relevante realizar una descripción actualizada de la población usuaria de dicho dispositivo a la luz de los cambios producto de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal de pacientes que fueron internados en la Sala de Psiquiatría del HIBA durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2019 inclusive. **Resultados:** Durante el período del estudio se valoraron 254 internaciones. Edad promedio de 51,85 años (D.E.=21,23), Mediana de la duración de internación correspondió a 22 días [IQR=14.00, 34.00], siendo el 31.5% de las mismas de carácter involuntario. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: cuadros depresivos (32.7%), descompensación psicótica (22.8%) y demencia/síntomas conductuales (13%). El 10.6% de los pacientes ingresaron tras haber realizado una tentativa suicida. **Discusión:** El presente trabajo permite tener una noción actualizada de las características de los pacientes que atendemos en la Sala de Internación teniendo en cuenta los cambios en la legislación vigente y en la sociedad en su conjunto. **Conclusiones:** Caracterizar los determinantes epidemiológicos del patrón de internaciones psiquiátricas permite realizar diagnóstico de situación local y actualizado que favorecerá el desarrollar y repensar estrategias de planificación y gestión informadas.

Palabras clave: Epidemiología - Internación psiquiátrica - Salud Mental - Hospitalización.

Abstract

Objectives: To explore the frequency of sociodemographic, clinical, and therapeutic variables of the Inpatient Psychiatric Unit at the Italian Hospital of Buenos Aires. **Introduction:** Considering that the Inpatient Psychiatric Unit functions within a General Metropolitan Community Hospital, referent both at the local and the international level, we deem it relevant to perform an updated characterization of the population admitted into our Unit. This is especially important given the changes presented since the approval of the National Mental Health Law N° 26.657. **Materials and Methods:**

RECIBIDO 1/8/2022 - ACEPTADO 19/10/2022

¹Médico especialista en Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina. ORCID 0000-0002-1480-8743

²Jefe de Unidad de Internación Salud Mental SISP/ IPSICO - Tandil, Argentina

³Coordinador médico de sala de internación del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

⁴Sub-jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

⁵Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.

Autor correspondiente:

Sebastián Malleza

sebastian.malleza@hospitalitaliano.org.ar

Lugar de la investigación: Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Argentina.



We performed an observational descriptive and analytic cross-sectional study, studying the patients admitted into the Inpatient Psychiatric Unit for a period of 12 consecutive months (from October 1st, 2018, to September 30th, 2019). Results: During the study period a total of 254 hospitalizations were registered. Mean Age: 51,85 years (S.D.=21,23), Median hospitalization time 22 days [IQR=14.00, 34.00], 31.5% of the admissions were involuntary. The most frequent cause of hospitalization was due to depressive episodes (32.7%), psychosis (22.8%), and dementia/behavioral symptoms (13%). 10.6% of the patients were admitted into our Unit after a suicide attempt. Discussion: The present study provides an updated analysis of the hospitalized population. It contributes to outlining the changes that have taken place over the last years, because of the new legislation. Conclusions: The description of the epidemiologic characteristics of the inpatient population in our setting is crucial to have a current situation diagnosis that allows us to develop health-policy strategies and an adequate allocation of resources.

Keywords: Epidemiology - Inpatient Psychiatry - Mental Health - Hospitalization.

Introducción

La medicina ha crecido tanto en la teoría como en la práctica asistencial, colocando a la hospitalización de un paciente como un recurso extremo, que se aplica cuando ha fallado la prevención y no resulta posible -o suficiente- un abordaje ambulatorio (Blader, 2011; Sauri, 1969). La Salud Mental no es ajena a dicha evolución que, ayudada por los avances en el campo de la psicofarmacología y de las diversas alternativas psicoterapéuticas, rehabilitadoras y de la psicología social, abandonó al alienismo y su práctica asilar, para intentar reintegrar dentro de la comunidad a los que, por trastornos de índole psíquica, en otros tiempos hubieran sido recluidos irremediabilmente de forma más prolongada (Babalola et al., 2014; Blader, 2011; Novella, 2010).

Acompañando el clima nacional e internacional actual de desmanicomialización en el tratamiento hospitalario (Baruch et al., 2005; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657), los dispositivos interdisciplinarios de internación en Salud Mental se proponen brindar un tratamiento temprano, breve, integral, intensivo y abocado a situaciones agudas, que apunte a planificar y gestionar de la forma más eficaz el tratamiento ambulatorio y la pronta reinserción en la comunidad. La sala de internación de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), ámbito donde se llevó adelante este trabajo, viene trabajando en este sentido desde el año 2000 (Matusevich, 2006). Dicho dispositivo se encuentra en la sede central del HIBA, y constituye la sala de internación más grande del país situada en el marco de un hospital general metropolitano.

En relación con las características epidemiológicas de la población usuaria de dicho dispositivo, los últimos datos relevados corresponden a trabajos de más de 10 años de antigüedad: en 2006, Matusevich y

cols., publicaron un artículo descriptivo sobre la Sala de Internación en el que recabaron datos de más de 600 pacientes (Matusevich, 2006). Según se postula en ese trabajo, las publicaciones que abordaban la caracterización epidemiológica de la población internada en salas de psiquiatría en nuestro país eran escasas. De otras unidades de internación, aparecen datos incluso más antiguos: en el año 1992, Gaudio y cols., evaluaron a 150 pacientes admitidos entre abril y junio en el Hospital "J. T. Borda (un hospital psiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina) (Gaudio et al., 1992-1993). Posteriormente, Strejilevich y cols. (2002), publicaron un artículo en el que analizaron los registros de egresos ocurridos durante el periodo 1994-1998 en la Unidad de Internación Psiquiátrica de hombres del Servicio de Psicopatología del Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero", también de la ciudad de Buenos Aires (Triskier & Orgambide, 2002a). En el año 2003, Nemirovsky y cols., caracterizaron la población psiquiátrica internada de una empresa de medicina prepaga en la Ciudad de Buenos Aires, focalizando el análisis sobre los tiempos de estadía, los diagnósticos y las reinternaciones (Nemirovsky et al., 2003).

Con posterioridad a la publicación del último trabajo de nuestra Sala de Internación, Richly y cols. recabaron datos de la población de pacientes internados en la sala de Psiquiatría del Hospital General de Agudos "Teodoro Álvarez" de la Ciudad de Buenos Aires durante el período comprendido entre junio del 2004 y mayo del 2005 (Richly et al., 2006) y, en el año 2017 realizaron un nuevo estudio comparativo, recopilando los datos epidemiológicos correspondientes a la internación de dicho hospital entre junio de 2012 y mayo de 2013 (Richly, 2017). Por otro lado, en el año 2019, Chebar y cols., realizaron un estudio analítico de corte

transversal de 350 pacientes internadas desde junio de 2013 hasta diciembre de 2017, con el objeto de determinar las variables clínicas, sociodemográficas, y terapéuticas asociadas a la duración de la internación en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear” (CABA, Argentina) (Chebar et al., 2019).

Durante la última década, el HIBA ha aumentado su base poblacional. Considerando que la Sala de Psiquiatría del HIBA se encuentra emplazada en un hospital general privado metropolitano, referente a nivel nacional e internacional, nos proponemos como objetivo principal del presente trabajo realizar una descripción actualizada de la población usuaria de dicho dispositivo a la luz de los cambios producto de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657), centrando el análisis en determinadas variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes admitidos en dicha unidad.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de corte transversal de pacientes que fueron internados en la Sala de Psiquiatría del HIBA durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2018 hasta el 30 de septiembre de 2019 inclusive.

Los datos de los pacientes se volcaron en un formulario confeccionado al egreso, en el que se recabaron las variables consideradas relevantes para el presente trabajo. Se implementó su utilización de manera sistemática a partir de octubre de 2018, aplicándose a todo paciente que egresó de la Sala de Psiquiatría hasta finalizar el mes de septiembre de 2019 (totalizando un periodo de tiempo de 12 meses). Las plantillas de egreso fueron completadas por profesionales médicos o psicólogos residentes que se encontraban al momento en dicho dispositivo, supervisados por coordinadores del equipo.

Ámbito

La Sala de Internación de Psiquiatría se encuentra en la sede central del HIBA, y representa una de las áreas de internación del edificio principal que se ubica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Los pacientes que se internan en dicho dispositivo son de ambos sexos, pudiendo ingresar al mismo por diferentes vías:

1. desde la guardia externa de adultos o la central de emergencias pediátricas del Hospital -concurriendo el paciente de manera espontánea o acompañado por un tercero para su evaluación-;
2. derivados desde otro sector de internación general del hospital -previa evaluación por la Sección de Interconsultas y Enlace del Servicio de Psiquiatría-;
3. desde las otras secciones del Servicio de Psiquiatría (Demanda espontánea, Consultorios Externos y Hospital de Día),
4. desde la sede del HIBA San Justo, situado en la Provincia de Buenos Aires.

Se internan pacientes del sistema prepago del HIBA (que a marzo de 2019 contaba aproximadamente con 150.000 afiliados), como así también de otros sistemas de salud (prepagos y obras sociales) de características demográficas similares, provenientes del Área Metropolitana de Buenos Aires o del interior del país.

Se trata de un dispositivo para pacientes agudos y subagudos. A la fecha de realización de este trabajo, la sala de internación contaba con 31 camas en total: 3 se encontraban destinadas al tratamiento de pacientes en edad pediátrica (13 a 17 años), llevado a cabo por un equipo especializado en Salud Mental Pediátrica; 4 camas (2 para hombres y 2 para mujeres), reservadas para cuidados intensivos y tratamiento de pacientes con descompensaciones psiquiátricas severas; el resto (24 camas), se agrupaban de a pares en diferentes habitaciones con baño propio, que compartían pacientes del mismo sexo y, preferentemente, de igual grupo etario.

El sector de internación cuenta con la presencia permanente de 3 enfermeros, 1 auxiliar de sala y el equipo interdisciplinario de guardia. El plantel asistencial que desempeña sus tareas habituales en el sector se compone de un Jefe de Sección, 6 coordinadores de tratamiento (3 Médicos Psiquiatras y 3 Licenciados en Psicología); residentes médicos y psicólogos en formación; enfermeros; trabajadores sociales; terapeutas ocupacionales y musicoterapeutas.

Población

Para obtener la muestra, se aplicó un procedimiento de muestreo no probabilístico consecutivo. Se incluyeron a todos los pacientes internados entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019 inclusive en la Sala de Internación de Psiquiatría del HIBA. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años, como así también los que no presentaban la totalidad de datos requeridos en las plantillas de egreso. En aquellos casos que presentaron más de una internación en el hospital durante el período de estudio, sólo se consignaron los datos de la última con la finalidad de que todas las observaciones pudieran ser consideradas independientes.

Variables

Las variables de análisis consideradas fueron clasificadas en cuatro dominios que elegimos jerarquizar a propósito del trabajo previo, así como de la literatura (Chebar et al., 2019; Grendas et al., 2019; Matusevich, 2006; Okumura et al., 2019; Plancke & Amariei, 2017; Richly, 2017; Triskier & Orgambide, 2002).

Dominio A - Variables Socio-demográficas:

- Sexo (femenino/masculino);
- Fecha de Nacimiento;
- Edad en años;
- Estado civil (soltero/a; casado/a; divorciado/a; viudo/a);
- Grupo de convivencia (vive solo/a; con su pareja; con su pareja e hijos; con sus padres; con un familiar; con una persona no relacionada con la familia ni es su pareja; con sus hijos; en una institución);
- Máximo Nivel educativo (sin educación formal; primario completo; secundario incompleto; terciario; universitario).

Dominio B - Variables de la Internación:

- ID Episodio de Internación;
- Fecha de ingreso;
- Fecha de Egreso;
- Duración de Internación;
- Motivo de ingreso (se consignó un solo motivo por paciente, englobados en 9 categorías: 1. demencia/síntomas conductuales; 2. depresión; 3. descompensación psicótica; 4. desintoxicación/consumo de sustancias; 5. episodio maniaco; 6. evaluación diagnóstica; 7. fracaso de tratamiento ambulatorio; 8. intoxicación medicamentosa; 9. tentativa de suicidio. Cabe mencionar que dichas categorías no corresponden a diagnósticos al egreso (véase "Dominio D-Externación y seguimiento"), sino a la causal de la hospitalización de acuerdo a la valoración realizada por el equipo de guardia que realizó la internación.
- Encuadre de la internación (voluntaria/involuntaria);
- Requerimiento de contención física durante la internación (sí/no).

Dominio C - Epidemiología del Suicidio:

- Conductas autoagresivas al momento del ingreso (sí/no);
- Ideación suicida al momento del ingreso (sí/no);
- Tentativa suicida previa al momento del ingreso (sí/no);
- Plan suicida al momento del ingreso (sí/no);
- Dejó nota o escrito suicida (sí/no);
- Antecedente personal de tentativa suicida (sí/no);
- Antecedente familiar de tentativa suicida (sí/no).

Dominio D - Externación y Seguimiento:

- Diagnóstico principal según CIE-10 al egreso (obtenido a través de entrevistas individuales, grupales, familiares, test psicodiagnósticos, tests neurocognitivos, escalas específicas y estudios complementarios);
- Fármacos recibidos al alta (antidepresivos; antipsicóticos; ansiolíticos; estabilizadores del estado de ánimo; hipnóticos; inhibidores de la acetilcolinesterasa; sin tratamiento farmacológico);
- Tipo de egreso (programado/contra opinión médica);
- Dispositivo de tratamiento al alta (psicoterapia; control psicofarmacológico; hospital de día; residencia para adultos mayores; comunidad terapéutica).

Análisis estadístico

La estadística descriptiva se presenta como media o mediana (SD o IQR, según corresponda) para las variables cuantitativas, y proporciones para las variables categóricas. Para el análisis estadístico se compararon las variables cuantitativas con T-Test o Mann Whitney, y las variables categóricas con Chi Cuadrado y Fisher.

En cuanto al tratamiento de las variables cuantitativas, utilizamos como medida descriptiva de la duración de internación la mediana y el rango intercuartílico, dada la distribución asimétrica de las observaciones. Para la edad de los pacientes, informamos la media y el desvío estándar a los efectos de facilitar su comprensión.

Se consideró un p-valor inferior a 0,05 como estadísticamente significativo. Se utilizó para el análisis estadístico el software R-3.6.1, y los paquetes `tydiverse`, y `ggplot2`.

Consideraciones éticas

La información para completar los formularios fue recabada de la Historia Clínica Electrónica de cada usuario. El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación institucional (CEPI-HIBA) y fue conducido de acuerdo con los principios éticos y normas regulatorias de investigación en salud humana a nivel nacional e internacional, en concordancia con la Resolución del Ministerio de La Nación, la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y todas sus enmiendas, y respetando las Normas de Buenas Prácticas Clínicas ICH E6. Los datos del estudio fueron tratados con la máxima confidencialidad, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los fines del estudio. La identidad de los datos personales se mantuvo bajo absoluta confidencialidad y anonimato, codificando los mismos con claves.

Resultados

Variables socio-demográficas

Se evaluaron 259 casos de pacientes que habían cursado internación en la sala de psiquiatría entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019 inclusive. Cuatro pacientes fueron excluidos por ser menores de 18 años, así como una paciente por no contar con toda la información necesaria para completar la planilla de egreso, totalizando 254 pacientes incluidos en la muestra. En la *Tabla 1* se muestran los resultados obtenidos del total de pacientes incluidos en el estudio, así como estratificados por grupo etario (entre 13 y 35 años; entre 35 y 65 años; y mayores a 65 años).

Del total de los pacientes, 99 eran hombres (39%) y 155 mujeres (61%); con una edad promedio de 51.85 años (D.E.=21.23). En la *Figura 1A* se muestra el histograma correspondiente a la edad al ingreso, estratificada por sexo, en el que observa mayor cantidad de pacientes femeninas mayores a 70 años.

Al momento del ingreso, el 29.1% de los pacientes vivían solos, el 27.6% con sus padres, el 16.1% con su pareja, el 10.2% con su pareja e hijos, y el 7.9% con sus hijos. Un porcentaje menor de la muestra vivía con otros familiares, con otra persona no perteneciente a su familia, o se encontraba institucionalizado. En relación con el estado civil de la muestra evaluada, el 45.7% de los pacientes internados eran solteros/as, el

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019

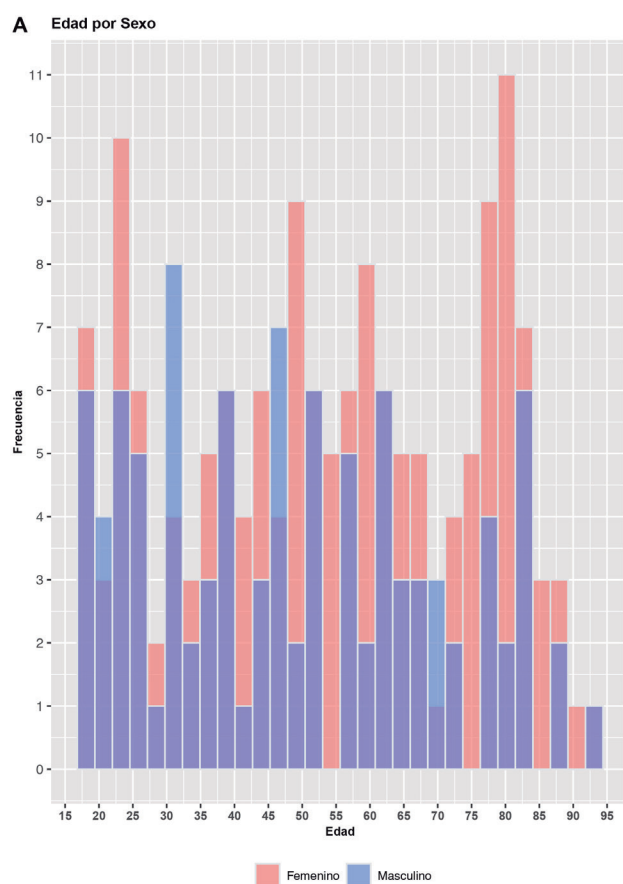
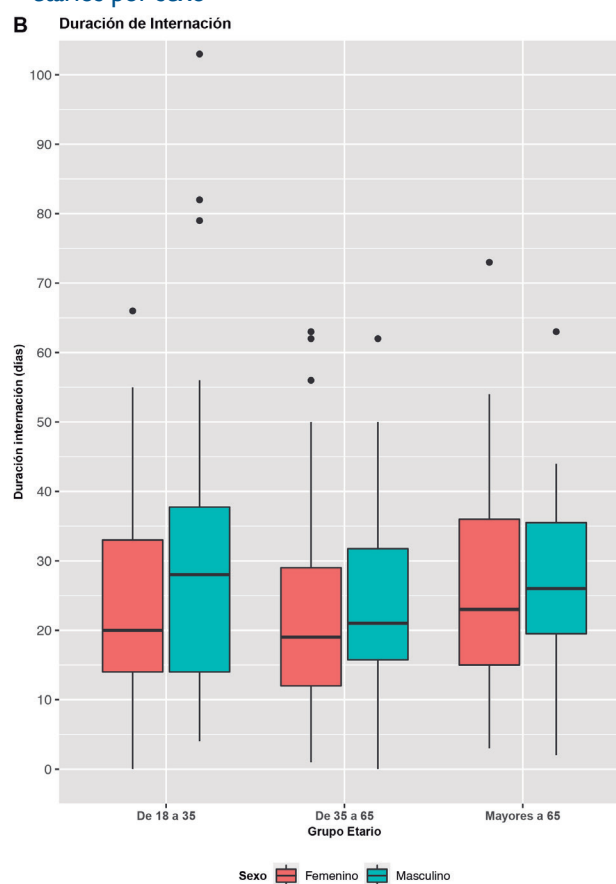
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS				
Sexo				
Masculino (%)	99 (39.0%)	32 (47.8%)	44 (39.6%)	23 (30.3%)
Femenino (%)	155 (61%)	35 (52.2%)	67 (60.4%)	53 (69.7%)
Edad (media (DE))	51.85 (21.23)	24.79 (4.93)	50.42 (8.70)	77.80 (7.01)
Estado Civil (%)				
Soltero/a	116 (45.7%)	65 (97.0%)	50 (45.0%)	1 (1.3%)
Casado/a	62 (24.4%)	1 (1.5%)	34 (30.6%)	27 (35.5%)
Divorciado/a	47 (18.5%)	1 (1.5%)	26 (23.4%)	20 (26.3%)
Viudo/a	29 (11.4%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	28 (36.8%)
Grupo de Convivencia (%)				
Vive Solo/a	74 (29.1%)	12 (17.9%)	30 (27.0%)	32 (42.1%)
Vive con sus padres	70 (27.6%)	41 (61.2%)	29 (26.1%)	0 (0.0%)
Vive con su pareja	41 (16.1%)	3 (4.5%)	17 (15.3%)	21 (27.6%)
Vive con su pareja e hijos	26 (10.2%)	2 (3.0%)	20 (18.0%)	4 (5.3%)
Vive con sus hijos	20 (7.9%)	0 (0.0%)	8 (7.2%)	12 (15.8%)
Vive con otro familiar	12 (4.7%)	5 (7.5%)	5 (4.5%)	2 (2.6%)
Institucionalizado/a	7 (2.8%)	3 (4.5%)	1 (0.9%)	3 (3.9%)
Otro	4 (1.6%)	1 (1.5%)	1 (0.9%)	2 (2.6%)
Nivel educativo Alcanzado (%)				
Primario Completo	63 (24.8%)	16 (23.9%)	28 (25.2%)	19 (25.0%)
Secundario Completo	125 (49.2%)	46 (68.7%)	53 (47.7%)	26 (34.2%)
Sin educación formal	10 (3.9%)	3 (4.5%)	1 (0.9%)	6 (7.9%)
Terciario	26 (10.2%)	2 (3.0%)	14 (12.6%)	10 (13.2%)
Universitario	30 (11.8%)	0 (0.0%)	15 (13.5%)	15 (19.7%)
VARIABLES DE LA INTERNACIÓN				
Duración de la Internación (mediana [IQR])	22.00 [14.00, 34.00]	22.00 [14.00, 35.00]	20.00 [13.00, 30.50]	23.00 [15.75, 36.00]

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019 (continúa de la página anterior)

	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Motivo de Ingreso (%)				
Depresión	83 (32.7%)	20 (29.9%)	39 (35.1%)	24 (31.6%)
Descompensación psicótica	58 (22.8%)	23 (34.3%)	31 (27.9%)	4 (5.3%)
Demencia/Síntomas Conductuales	33 (13.0%)	1 (1.5%)	2 (1.8%)	30 (39.5%)
Tentativa de Suicidio	27 (10.6%)	8 (11.9%)	9 (8.1%)	10 (13.2%)
Desintoxicación/ Consumo de Sustancias	18 (7.1%)	3 (4.5%)	12 (10.8%)	3 (3.9%)
Episodio Maníaco	6 (2.4%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	3 (3.9%)
Fracaso del Tratamiento Ambulatorio	14 (5.5%)	6 (9.0%)	6 (5.4%)	2 (2.6%)
Intoxicación Medicamentosa	9 (3.5%)	3 (4.5%)	6 (5.4%)	0 (0.0%)
Otro	6 (2.4%)	3 (4.5%)	3 (2.7%)	0 (0.0%)
Encuadre de la Internación				
Voluntaria	174 (68.5%)	49 (73.1%)	87 (78.4%)	38 (50.0%)
Involuntaria	80 (31.5%)	18 (26.9%)	24 (21.6%)	38 (50.0%)
Requerimiento de Contención Mecánica	35 (13.8%)	10 (14.9%)	10 (9.0%)	15 (19.7%)
Antecedentes de Internaciones en Sala de Psiquiatría = Sí (%)	145 (57.1%)	42 (62.7%)	73 (65.8%)	30 (39.5%)
Variables de Egreso				
Diagnóstico al Egreso según CIE-10 (%)				
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.	35 (13.8%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	32 (42.1%)
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	20 (7.9%)	3 (4.5%)	13 (11.7%)	4 (5.3%)
20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	48 (18.9%)	18 (26.9%)	27 (24.3%)	3 (3.9%)
F30-39 Trastornos del humor (afectivos)	110 (43.3%)	22 (32.8%)	54 (48.6%)	34 (44.7%)
F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	4 (1.6%)	0 (0.0%)	(2.7%)	1 (1.3%)
F50-59 Trastornos del comporta- miento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	5 (2.0%)	3 (4.5%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)
F60-69 Trastornos de la persona- lidad y del comportamiento del adulto.	22 (8.7%)	14 (20.9%)	6 (5.4%)	2 (2.6%)
F70-79 Retraso mental.	5 (2.0%)	3 (4.5%)	2 (1.8%)	0 (0.0%)
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico.	2 (0.8%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F99 Trastorno mental sin especificación.	2 (0.8%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

Tabla 1. Internaciones durante el período Octubre 2018 a Septiembre 2019 (continúa de la página anterior)

	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Tipo de Egreso	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	0 (0.0%)
Programado (%)	227 (89.4%)	60 (89.6%)	96 (86.5%)	71 (93.4%)
Contra Opinión Médica	27 (11.6%)	7 (10.4%)	15 (13.5%)	5 (6.6%)
Dispositivo de Derivación al Egreso (%)				
Consultorios Externos	143 (56.3%)	33 (49.3%)	70 (63.1%)	40 (52.6%)
Hospital de Día	73 (28.7%)	28 (41.8%)	33 (29.7%)	12 (15.8%)
Residencia Geriátrica	19 (7.5%)	0 (0.0%)	2 (1.8%)	17 (22.4%)
Comunidad Terapéutica	5 (2.0%)	2 (3.0%)	2 (1.8%)	1 (1.3%)
Otro	14 (5.5%)	4 (6.0%)	4 (3.6%)	6 (7.9%)

Figura 1A. Histograma de edad por sexo**Figura 1B.** Box plot de duración de internación en grupos etarios por sexo

24.4% se encontraba casado/a, el 18.5% estaban divorciados/as, mientras que el 11.4% había enviudado. Respecto al máximo nivel educativo alcanzado, el 49.2% de la muestra contaba con estudios secundarios completos, y el 24.8% había completado únicamente estudios primarios. El 11.8% había finalizado estudios universitarios, y el 10.2% estudios terciarios. Un 3.9% no había recibido educación formal.

Variables de la internación

La mediana de la duración de internación correspondió a 22 días [IQR=14.00, 34.00]. Elegimos reportar la mediana por la distribución asimétrica de la variable, siendo el promedio de 28.8 días (D.E.=32.3) traccionado por valores atípicos (ver Figura 1B). El 31.5% de las hospitalizaciones fue de carácter involuntario. En

la *Figura 1B* se muestra en un box plot la duración de internación por sexo estratificada por grupo etario. El 57.1% de los pacientes evaluados presentaba antecedentes de internación psiquiátrica.

En relación con el requerimiento de contención mecánica en el transcurso de la internación, el 13.8% de los pacientes (35 pacientes) fueron contenidos físicamente en la muestra analizada.

Los motivos de ingreso son detallados en la *Figura 2*, siendo más frecuentes los ingresos por cuadros depresivos (32.7%), descompensación psicótica (22.8%) y demencia/síntomas conductuales (13%). El 10.6% de los pacientes ingresaron por haber realizado una tentativa suicida.

Epidemiología del suicidio

Los datos relacionados con la epidemiología del suicidio se muestran en la *Tabla 2*. Al momento del ingreso, el 18.9% de los pacientes había presentado conductas autoagresivas, mientras que el 39.4% manifestaba ideación suicida y el 13.4% identificaba tener un plan suicida. El 10.6% de los pacientes ingresados durante el período analizado había realizado una tentativa suicida

(n=34). De los pacientes que habían realizado una tentativa suicida, 4 habían dejado un escrito de despedida.

A propósito de los antecedentes personales de tentativa suicida, el 36.6% habían presentado al menos una tentativa previa. En los pacientes menores a 35 años, dicho porcentaje asciende a 55.2%. El 15% de los pacientes tenían familiares con antecedentes de tentativa suicida.

Variables de egreso

Los diagnósticos al egreso pueden observarse en la *Tabla 1*. Consignamos únicamente el diagnóstico principal según CIE-10. El 43.3% de los pacientes presentaron diagnóstico de Trastornos Afectivos; el 18.9% de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes. Por su parte, un 13.8% de los pacientes presentaban Trastornos mentales orgánicos (dentro de los cuales se encuentran los Trastornos Neurocognitivos, de alta prevalencia en nuestra muestra), y aproximadamente un 8% presentaba Trastornos debido al consumo de sustancias.

La externación fue programada en el 89.4% de los casos, retirándose el 11.6% de los pacientes en contra

Figura 2. Motivos de ingreso (n=254 oct 2018 -sept 2019)

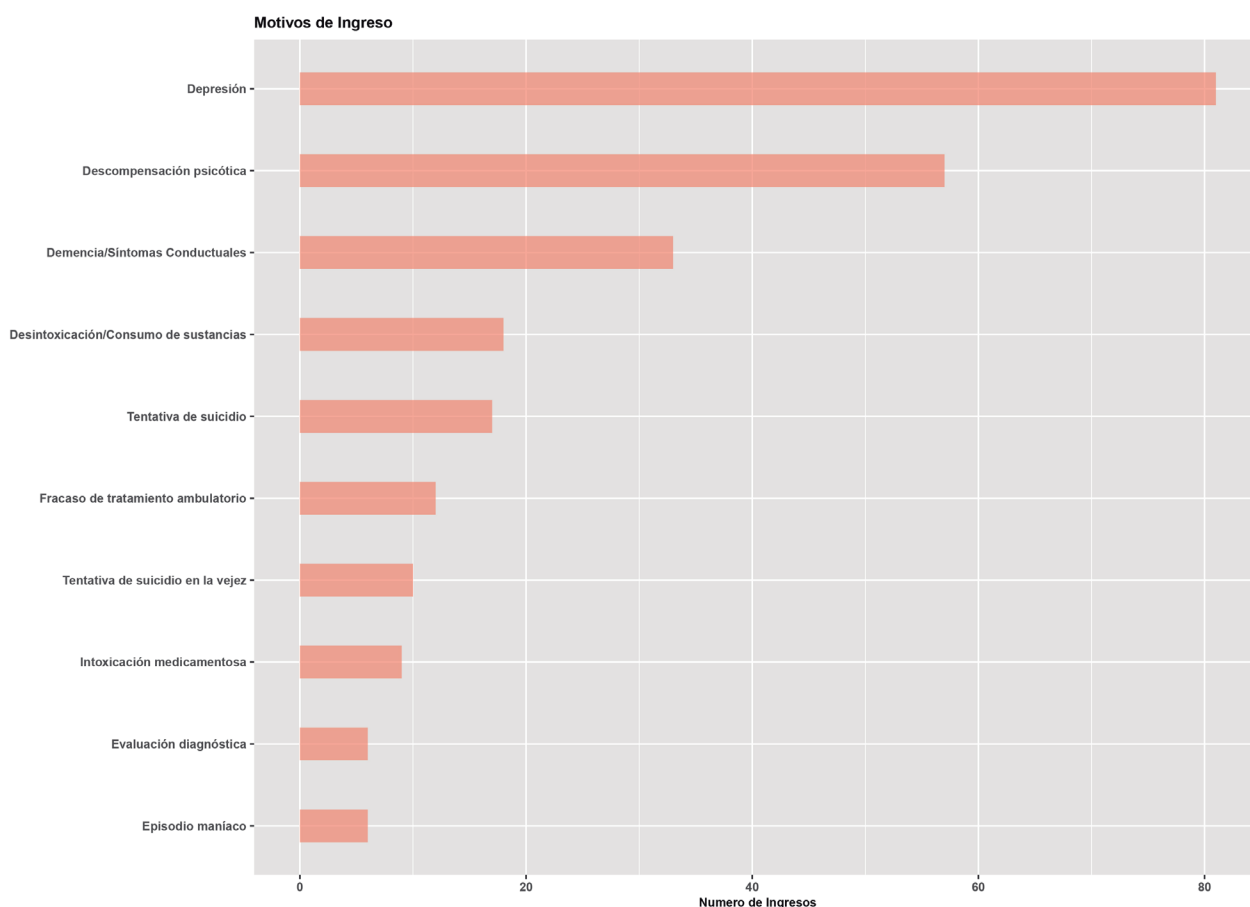


Tabla 2. Epidemiología autoagresiva estratificada por grupos etarios

Epidemiología autoagresiva				
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Conductas Autoagresivas = Sí (%)	48 (18.9%)	18 (26.9%)	20 (18.0%)	10 (13.2%)
Ideación Autoagresiva = Sí (%)	100 (39.4%)	28 (41.8%)	45 (40.5%)	27 (35.5%)
Plan Suicida = Sí (%)	27 (10.6%)	8 (11.9%)	9 (8.1%)	10 (13.2%)
Tentativa Suicida = Sí (%)	34 (13.4%)	10 (14.9%)	14 (12.6%)	10 (13.2%)
Escrito o Nota Suicida = Sí (%)	4 (1.6%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	3 (3.9%)
Antecedente Personal de Tentativa Suicida = Sí (%)	93 (36.6%)	37 (55.2%)	44 (39.6%)	12 (15.8%)
Antecedente Familiar de Tentativa Suicida = Sí (%)	38 (15.0%)	8 (11.9%)	21 (18.9%)	9 (11.8%)

Tabla 3. Grupos farmacológicos prescritos estratificados por grupos etarios

Fármacos al alta				
	Total n= 254	De 18 a 35 años n=67	De 35 a 65 años n=111	Mayores de 65 años n=76
Antidepresivos = Sí (%)	160 (63.0%)	31 (46.3%)	73 (65.8%)	56 (73.7%)
Antipsicóticos = Sí (%)	219 (86.2%)	59 (88.1%)	97 (87.4%)	63 (82.9%)
Estabilizadores del Estado de Ánimo = Sí (%)	83 (32.7%)	24 (35.8%)	48 (43.2%)	11 (14.5%)
Ansiolíticos = Sí (%)	202 (79.5%)	46 (68.7%)	100 (90.1%)	56 (73.7%)
Hipnoticos = Sí (%)	64 (25.2%)	11 (16.4%)	29 (26.1%)	24 (31.6%)
nh.Acetilcolinestera = Sí (%)	13 (5.1%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	12 (15.8%)

de opinión médica (alta voluntaria). Ningún paciente se fugó ni se suicidó en la sala de internación durante el período evaluado. Respecto al dispositivo de seguimiento al alta, el 56.3% de los pacientes continuaron tratamiento de manera ambulatoria y el 28.7% fueron derivados al dispositivo de Hospital de Día. El 7.5% de los pacientes fueron trasladados a una Institución para Adultos Mayores y el 2% a una Comunidad Terapéutica. Un 5.5% restante continuó con otros dispositivos al alta (internaciones prolongadas, u otras instituciones de salud mental).

Psicofármacos al alta

En la *Tabla 3* presentamos los datos respecto a los grupos farmacológicos con los que los pacientes se retiraron al alta. El 86.2% de los pacientes recibieron antipsicóticos al alta, siendo los más utilizados la Quetiapina y la Risperidona. El 63% de los pacientes se retiró con fármacos antidepresivos, con mayor frecuencia Venlafaxina, Desvenlafaxina, Escitalopram. El 32.7% de los pacientes se retiraron con fármacos estabilizadores del estado de ánimo, siendo el Divalproato de Sodio y la Lamotrigina más prescritos que el Litio. Por último, aproximadamente el 80% de los pacientes se retiraron con fármacos ansiolíticos (benzodiazepínicos,

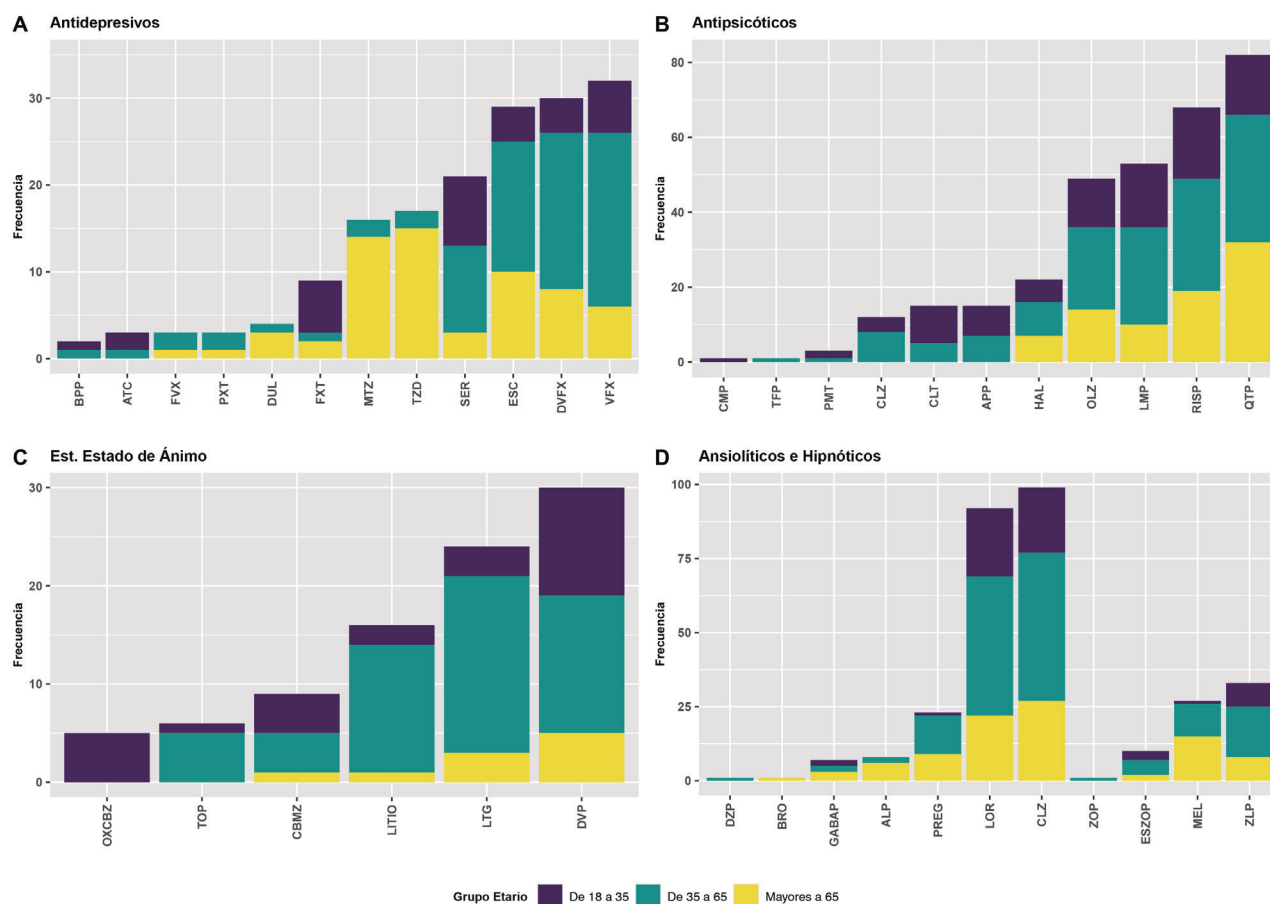
gabapentina y pregabalina) y el 25.2% lo hicieron con hipnóticos no benzodiazepínicos o melatonina. En la *Figura 3* se muestran los fármacos prescritos de cada grupo farmacológico, estratificados por grupo etario.

Discusión

En el presente trabajo relevamos variables de interés sociodemográfico, clínico-terapéuticas y de seguimiento al alta, e hicimos énfasis en caracterizar la epidemiología autoagresiva de la población usuaria del dispositivo. Profundizaremos en torno a algunos resultados que consideramos de importancia y compararemos algunos hallazgos con el estudio previo de nuestra unidad.

En relación con el número de internaciones de nuestro estudio (n=259), el mismo fue menor que el reportado en el 2006, considerando que la ventana temporal de las muestras difiere (259 en 12 meses vs 612 en 15 meses) (Matusevich, 2006). Creemos que dicho fenómeno obedece al cambio en la legislación en Salud Mental, así como al reacondicionamiento de la unidad de internación siguiendo lineamientos y estándares internacionales de cuidado (*Joint Commission International*), lo que implicó una reducción del número de camas por habitación.

Figura 3. Detallado de fármacos prescritos al alta por grupo etario



A) Antidepresivos. B) Antipsicóticos. C) Est. Estado de Ánimo. D) Ansiolíticos e Hipnóticos. Abreviaciones: BPP: Bupropión. ATC: Antidepresivos Tricíclicos. FVX: Fluvoxamina. PXT: Paroxetina. DUL: Duloxetina. FXT: Fluoxetina. MTZ: Mirtazapina. TZD: Trazodona. SER: Sertralina. ESC: Escitalopram. DVFX: Desvenlafaxina. VFX: Venlafaxina. CMP: Clorpromazina. TFP: Trifluoperazina. PMT: Prometazina. CLZ: Clozapina. CLT: Clotiapina. APP: Aripiprazol. HAL: Haloperidol. OLZ: Olanzapina. LMP: Levomepromazina. RISP: Risperidona. QTP: Quetiapina. OXCBZ: Oxcarbazepina. TOP: Topiramato. CBMZ: Carbamazepina. LTG: Lamotrigina. DVP: Divalproato. DZP: Diazepam. BRO: Bromazepam. GABAP: Gabapentina. ALP: Alprazolam. PREG: Pregabalina. LOR: Lorazepam. CLZ: Clonazepam. ZOP: ZOPICLONA. ESZOP: Eszopiclona. MEL: Melatonina. ZLP: Zolpidem. Si bien consideramos más adecuado considerar al Litio, el Divalproato, la Carbamazepina y la Lamotrigina como fármacos “modificadores de segundos mensajeros” -de acuerdo con lo propuesto por Ghaemi (2015)-, a fines prácticos nos referiremos a dichas moléculas con el nombre de *estabilizadores del estado de ánimo*.

En forma consistente, trabajos recientes realizados en efectores del sistema de salud público también reportaron un menor número de internaciones, con igual tendencia al descenso (48 ingresos en 2013 vs 82 en 2005, en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez) (Richly, 2017). En el trabajo de Chebar y cols. de la sala de internación de mujeres del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, se incluyeron 350 pacientes en un periodo de tres años y medio (promediando las 116 internaciones anuales) (Chebar et al., 2019). En el Hospital Piñero, se verificó la tendencia opuesta: mientras en el año 2008 se realizaron 41 ingresos, en 2011, se realizaron 109 ingresos (Internaciones Por Salud Mental En Hospitales Generales de Agudos de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014). De todas maneras, es necesario tener en

consideración que el número de internaciones debe valorarse en conjunto con el tiempo de internación, que influye en el giro de camas (internaciones prolongadas conllevan a un menor número de internaciones para un período determinado).

En línea con estos hallazgos, reportamos una duración promedio de internación de 28.8 días (D.E.=32.3) (mediana 22 IQR=[14.00-34.00]). Evidenciamos una prolongación estadísticamente significativa al compararlo con el hallado en el relevamiento del año 2006 (promedio de 16.34 D.E.= 14.56 días) ($p < 0.01$). No hemos observado diferencias en el tiempo de permanencia hospitalaria comparando los tres grupos etarios -de 18 a 35 años, de 35 a 65 años y mayores a 65 años- (Kruskal Wallis $X^2=3.68$; $df=2$; $p=0.159$). Hipotetizamos en este sentido que la prolongación en los

tiempos de internación da cuenta de la creciente complejidad y estrés en la red de cuidados de los pacientes con cuadros complejos (el 29.1% de los pacientes vivían solos al ingreso), así como la escasez de dispositivos ambulatorios intermedios que faciliten una externación más rápida (casas de medio camino, viviendas asistidas). Cobra relevancia asimismo el hecho de que, al estar la sala emplazada en un hospital general de referencia nacional, muchos de los pacientes que ingresan presentan comorbilidades clínicas o cuadros psicopatológicos severos que han hecho meritoria su derivación desde otros centros del interior del país, lo que prolonga los tiempos de permanencia hospitalaria.

El promedio de duración de internación de nuestra muestra es considerablemente menor que el reportado por Richly y cols. en el Hospital Álvarez (promedio 46.2 días) (Richly, 2017), como así también en el trabajo de Chebar y cols. en el Hospital Alvear (promedio de 97.37 días [D.E.= 67.89] (Chebar et al., 2019). El promedio de días de internación informado por los Hospitales Monovalentes Borda y Moyano para el año 2011, por su parte, fue de 264.2 y 286.26 días respectivamente (Internaciones Por Salud Mental En Hospitales Generales de Agudos de La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2014).

En relación con la relación de hombres y mujeres internados, los porcentajes relativos se han mantenido estables (61% [IC95% 0.54- 0.67] de mujeres en la cohorte actual vs. 65% [IC95% 0.60- 0.68] en la cohorte del 2006). Proporciones similares se observan también en los efectores públicos. Respecto de la población atendida desde el año 1980 hasta el año 2000 en el Hospital Álvarez informaron una relación mujer-hombre 3:1 (Fantín et al., 2004); el Hospital Piñero de Buenos Aires registró un 69% de mujeres (Triskier & Orgambide, 2002).

En cuanto a la edad, encontramos un aumento estadísticamente significativo de la edad promedio de la población usuaria del dispositivo de internación (51.85 [D.E.=21.23]) años en la cohorte actual vs 45.20 [D.E.=18.97] años en la muestra del 2006 ($p<0.01$). Esto podría corresponderse tanto con el envejecimiento poblacional, como al hecho de que el Plan de Salud del Hospital Italiano cuenta con una proporción importante de adultos mayores afiliados. Cabe destacar, asimismo, que nuestra unidad de internación se ha consolidado como un dispositivo de atención psicogeriatrica, y que los residentes se forman desde el primer año en la atención de pacientes de este grupo etario. Entendemos lo mismo como una virtud, teniendo en cuenta las tendencias a nivel glo-

bal y la relativa vacancia en formación de grado y posgrado en lo que respecta a la atención gerontológica.

Comparativamente, el promedio de edad hallado se encuentra muy por encima de los registrados en los estudios correspondientes a salas de internación del sistema de salud pública (34.5 años [D.E.= 12.8] en el Hospital "T. Álvarez" ($p<0.01$) (Richly, 2017); 36.59 [D.E.= 11.67] años en el Hospital "T. de Alvear" ($p<0.01$) (Chebar et al., 2019).

Respecto a los motivos de ingreso, la depresión continúa siendo la causal más frecuente de internación (32.7% en la cohorte actual; 19.4% en el 2006). El porcentaje hallado de descompensaciones psicóticas es mayor al del estudio de 2006, habiendo aumentado del 13.8% al 22.9%. Cabe señalar sin embargo que en el presente estudio hemos consignado un sólo motivo de ingreso por paciente, mientras que en el trabajo del 2006 podía haber más de uno, lo que complejiza la comparación y la interpretación directa de estos hallazgos. Estas observaciones resultan consistentes con lo descrito por la literatura en América Latina (Kohn et al., 2005; Rodríguez et al., 2009). En relación con lo reportado por otras instituciones, el Hospital "T. Álvarez" reportó como motivo más frecuente de ingreso a los cuadros de descompensación psicótica, seguido por cuadros depresivos (Richly, 2017; Richly et al., 2006). Las instituciones monovalentes, por su parte, presentan un mayor número de ingresos por descompensaciones psicóticas, y en segundo lugar por consumo problemático de sustancias (Buedo & Fiadaron, 2016).

Concordantemente con nuestros hallazgos a propósito del incremento de la edad promedio, así como del aumento de pacientes internados mayores a 65 años, observamos un crecimiento relativo de internaciones por síntomas conductuales (de 6% a 13.3% en la muestra actual). Como fue mencionado anteriormente, creemos que lo mismo podría asociarse al envejecimiento poblacional general y a la estructura demográfica hospitalaria, y jerarquiza la importancia que tiene la formación psicogerontológica en los residentes, a los efectos de anticiparse a los desafíos que esta situación traerá a la práctica de la Salud Mental.

A propósito del encuadre de la internación, el presente trabajo es el primero que se realiza en nuestra unidad luego de la sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. En nuestra serie, el 31.5% de los pacientes se internaron de manera involuntaria. Dicho porcentaje resulta significativamente menor al hallado en la muestra del Hospital "T. de Alvear", que reportó un 67.9% de internaciones involuntarias ($p<0.01$) (Chebar et al., 2019). Lo mismo

podría estar vinculado con el mayor número de hospitalizaciones por cuadros psicóticos, así como con la escasa disponibilidad de camas en el sector público, lo que implica la internación de pacientes con cuadros marcadamente graves. Hallamos asimismo diferencias estadísticamente significativas en el encuadre entre ambos sexos, con mayor frecuencia de internaciones involuntarias en hombres (RR=1.56, IC 95%=1.09-2.24, $p=0.001$), lo que resulta consistente con lo reportado en la literatura (Silva et al., 2021).

En referencia al requerimiento de contención física, el porcentaje se mantuvo estable, encontrando que el 13.8% de la muestra actual requirió dicha medida, en comparación al 14.8% relevado en el trabajo de 2006. Si bien los datos respecto al requerimiento de contención mecánica son escasos a nivel mundial, en el marco local, los mismos son aún más limitados. No encontramos bibliografía nacional que dé cuenta de dicha medida de manera sistematizada.

En relación al análisis epidemiológico de la conducta suicida, en nuestra población hallamos que las mujeres presentaron un porcentaje significativamente mayor de ideación autoagresiva (46.2% vs 28.3% en hombres, RR=1.64, IC95%= 1.15-2.34, $p=0.004$), planificación suicida (14.2% vs 5.1% en hombres, RR=2.81, IC95%=1.10-7.17, $p=0.02$) y tentativa suicida (17.4% vs 7.1% en hombres, RR=2.46, IC95%= 1.11-5.43, $p=0.02$). Lo mismo resulta congruente con la literatura en cuanto a que las mujeres presentan más tentativas suicidas, mientras que los hombres porcentajes más elevados de suicidios consumados (Iribarren et al, 2000), pero es necesario considerar que en esta muestra el mayor número de mujeres internadas puede influir en estos hallazgos. En el marco local, Grendas y Cols., quienes realizaron un estudio de cohorte prospectiva de pacientes con ingresos por tentativas o ideación suicida en el Hospital "J. T. Borda", "B. Moyano" y el Hospital de Clínicas, "J. de San Martín", hallaron también una preponderancia mayor de pacientes de sexo femenino (78.7% vs 21.3%) (Grendas et al., 2019).

Con respecto las tentativas de suicidio, el 10.6% de los pacientes internados en el período de estudio ingresaron posteriormente a presentar un intento, y encontramos en nuestra muestra una asociación estadísticamente significativa con los antecedentes de tentativa suicida previa (RR=2.33, IC 95%= 1.38-3.96, $p<0.001$) que también es consistente con lo descrito en la literatura en relación a la importancia de dicho elemento como factor predictivo (Iribarren et al, 2000). En el estudio previo llevado a cabo en nuestra sala, se reportó un 17.7% de ingresos con ideación suicida y un 17.6% con episodios autoagresivos, que

fueron considerados como motivos de ingreso. En virtud de que en la cohorte actual operacionalizamos las variables epidemiológicas del suicidio por separado, y consignamos como motivo de ingreso la tentativa de suicidio, los datos no son directamente comparables. Resulta llamativo, no obstante, el alto porcentaje de pacientes que presentaban ideación autoagresiva al ingreso en la muestra actual (39.4%), lo que subraya la importancia de la formación de los residentes en relación a la valoración del riesgo autoagresivo tanto en el dispositivo de emergencias como en la sala de internación.

Utilizando el CIE-10 como sistema de clasificación diagnóstica, el diagnóstico de egreso más frecuente en nuestro trabajo corresponde a los Trastornos Afectivos (43.3%), seguidos por la Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes (18.9%) y los Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos (13.8%). Como limitación en la comparación del presente estudio, no valoramos el Eje II de forma separada, y consignamos un único diagnóstico principal al alta. En el trabajo del 2006 se utilizó el DSM IV-TR, siendo los diagnósticos más frecuentes los Trastornos Depresivos (32.1%), Dependencia a Sustancias (13.2%), Enfermedad Bipolar (10.2%), Demencia (7.6%), y Esquizofrenia (7.5%) y se valoró el Eje II por separado. En el estudio de Chebar y cols. llevado a cabo en el Hospital Alvear, los diagnósticos principales de las pacientes internadas fueron Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos (27.7%), Depresión Unipolar (12.6%), Trastorno Bipolar –incluyendo tanto depresión como manía– (27.1%), y Trastornos de la Personalidad (mayoritariamente de tipo límite) (22.9%) (Chebar et al., 2019). Si consideramos los ingresos por trastornos afectivos, se obtiene un valor de 39.6%, semejante a la proporción del 43.3% encontrada en nuestra población.

Con respecto al seguimiento al alta, los porcentajes relativos de derivación a los diferentes dispositivos de egreso se mantuvieron estables. Más de la mitad de los pacientes ingresados continuaron en seguimiento por consultorios externos (56.3% vs 55.8% en 2006), mientras que aproximadamente un cuarto fueron derivados al dispositivo de Hospital de Día (28.7% vs 23.3% en 2006). Las derivaciones a residencias geriátricas también fueron similares (7.5% vs 8.3% en 2006). Las altas voluntarias contra opinión médica presentaron valores semejantes al trabajo previo (11.6% vs 13% en el 2006).

Por último, en el presente trabajo nos propusimos registrar como variable los psicofármacos prescritos al alta. Resulta interesante que no encontramos en la literatura local publicaciones que den cuenta de una manera sistemática de los fármacos recetados en la

población internada. Creemos que nuestro trabajo permite un acercamiento preliminar en este sentido, a los efectos de continuar informando nuestra práctica.

Observamos que los antipsicóticos constituyen el grupo farmacológico más recetado, con preponderancia de los de segunda generación, principalmente Quetiapina y Risperidona. Lo mismo resulta compatible con lo hallado en nuestro Servicio en un estudio de cohorte retrospectiva basado en los registros electrónicos de pacientes ambulatorios mayores de 18 años que habían iniciado tratamiento con fármaco antipsicótico por primera vez entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2018 (Vivacqua et al., 2021) La Olanzapina queda relegada a un tercer lugar, presumiblemente en virtud de sus efectos adversos metabólicos, sobre todo en jóvenes y adultos. Es elevada la frecuencia de uso de Levomepromazina como sedativo.

En relación a la prescripción de antidepresivos, pareciera que la prescripción de dicho grupo aumenta en los grupos etarios de mayor edad (46% en pacientes de 18 a 35 años, 65% en pacientes de 35 a 65 años, y 73.7% en mayores de 65 años). Mientras que la Venlafaxina y Desvenlafaxina son los más prescritos, seguidos por Escitalopram cuando se considera el total de los pacientes, observamos que en la población mayor de 65 años se indica con mayor frecuencia Mirtazapina, Escitalopram y luego los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (Desvenlafaxina, Venlafaxina y Duloxetine). El antidepresivo indicado con mayor frecuencia para los pacientes adultos jóvenes fue la Sertralina. La alta proporción observada en la prescripción de Trazodona obedece a su uso a dosis hipnóticas.

Respecto los fármacos estabilizadores del estado de ánimo, hallamos que fueron instaurados más frecuentemente en jóvenes y adultos, con menor proporción en los mayores de 65 años. Considerando la totalidad de los pacientes, se indicó Divalproato de sodio y Lamotrigina en mayor medida, seguidos por el Litio. Para los pacientes de entre 35 y 65 años, se observó una mayor frecuencia en la prescripción de Lamotrigina, y en segundo lugar Litio y Divalproato.

De las benzodiazepinas, se utilizan predominantemente Clonazepam y Lorazepam, observándose un uso menor de las moléculas de dicho grupo que presentan vida media corta. Respecto a los hipnóticos no benzodiazepínicos, se prescribió con mayor frecuencia Zolpidem. Cabe mencionar también la alta proporción observada de Melatonina para manejo de disregulaciones en el ciclo de sueño, sobre todo en la población añosa, a los efectos de evitar el uso de benzodiazepinas.

Este trabajo presenta las limitaciones propias de un estudio de corte transversal confeccionado a partir de datos ya relevados en bases secundarias (Historia Clínica Electrónica). Sin embargo, este registro constituye un sistema de datos confiable, con alta calidad e información precisa del seguimiento de los pacientes en el tiempo, lo que entendemos representa una fortaleza en relación con otros trabajos publicados en el marco local. El hecho de que nuestro Servicio cuente con dispositivos de guardia, internación, hospitales de día y consultorios externos nos permite un seguimiento longitudinal de los pacientes atendidos y articular nuestros hallazgos con los ciclos de mejora.

Conclusiones

En el presente trabajo nos propusimos describir distintas variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes usuarios del dispositivo de la Sala de Internación de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires a lo largo de 12 meses consecutivos. El mismo permite tener una noción actualizada de las características de los pacientes que atendemos en dicho dispositivo, y conocer de qué manera las mismas se han modificado en los últimos años, teniendo en cuenta los cambios en la legislación vigente y en la sociedad en su conjunto. Entendemos que contar con información epidemiológica -escasa en el contexto local y fundamentalmente en nuestro campo-, aporta no sólo en la planificación y gestión de los recursos en Salud Mental, sino que también nos permite visibilizar los desafíos que se plantearán en la práctica clínica, repensando la formación de los profesionales de acuerdo con los mismos.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos: los autores desean agradecer al Dr. Bestoso y al Lic. Barbagallo por su colaboración en la confección de la base de datos.

Referencias bibliográficas

- Babalola, O., Gormez, V., Alwan, N. A., Johnstone, P., & Sampson, S. (2014). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD000384. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000384.pub3>
- Baruch, Y., Kotler, M., Lerner, Y., Benatov, J., & Strous, R. D. (2005). Psychiatric admissions and hospitalization in Israel: an epidemiologic study of where we stand today and where we are going. *The Israel Medical Association Journal: IMAJ*, 7(12), 803-807.
- Blader, J. C. (2011). Acute inpatient care for psychiatric disorders in the United States, 1996 through 2007. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1276-1283. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.84>

- Chebar, D., Alba, P., Alarcón, H., Fassi, G., Losanovsky Perel, V., Mazaira, S., & Martino, D. J. (2019). Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio demográfica. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 30(148), 420–425.
- Fantín, J., Fridman, P., Raggi, S., & Trímboli, A. (2004). Estudio epidemiológico sobre la variación de la demanda en salud mental en las últimas décadas. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 15(58), 245–250.
- Gaudio, J. J., Penido, J. H., Gutierrez, M. S., & Curcio, A. (1992-1993). Hospitalización de pacientes en el Hospital "J.T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires (Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables intervinientes). *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 3(10), 262–265.
- Ghaemi, S. N. (2015). A new nomenclature for psychotropic drugs. *Journal of clinical psychopharmacology*, 35(4), 428–433. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000341>
- Grendas, L. N., Rojas, S. M., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Chiapella, L., Rodante, D. E., & Daray, F. M. (2019). Interaction between prospective risk factors in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 258, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.071>
- Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2014). Ministerio Público Tutelar. https://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/dtn21_internaciones_0.pdf
- Iribarren, C., Sidney, S., Jacobs Jr, D. R., & Weisner, C. (2000). Hospitalization for suicide attempt and completed suicide: epidemiological features in a managed care population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(7), 288–296. <https://doi.org/10.1007/s001270050241>
- Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. M. C. de, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 18, 229–240.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (n.d.).
- Matusevich, D. (2006). Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. *Vertex Rev Arg Psiquiatr.*, 27(65), 55–64.
- Nemirovsky, M., Guardo, G., Rosenstein, M., Agrest, M., Tkach, J., & Montanelli, R. (2003). Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex Rev Arg de Psiquiat* 14(54), 292–298.
- Novella, E. J. (2010). Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: a retrospective and prospective view. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 18(3), 222–238. <https://doi.org/10.1007/s10728-009-0138-8>
- Okumura, Y., Sugiyama, N., Noda, T., & Tachimori, H. (2019). Psychiatric Admissions and Length of Stay During Fiscal Years 2014 and 2015 in Japan: A Retrospective Cohort Study Using a Nationwide Claims Database. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 29(8), 288–294. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20180096>
- Plancke, L., & Amariei, A. (2017). Les hospitalisations longues en psychiatrie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.10.058>
- Richly, P. (2017). Análisis comparativo sobre las características de las internaciones en una sala de Salud Mental en un hospital general de agudos. *Vertex Rev Arg de Psiquiatr.*, 28(133): 183–187.
- Richly, P., Xamena, P., Surur, C., Espert, J., & Pavlovsky, F. (2006). Datos operacionales de la Sala de Internación de Psicopatología de un hospital general a lo largo de un año. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 27(67), 182–187.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Pan American Health Org. Sauri, J. J. (1969). Historia de las ideas psiquiátricas. En Historia de las ideas psiquiátricas (pp. 443–443). pesquisa.bvsalud.org.
- Silva, M., Antunes, A., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-de-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International journal of mental health systems*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4>
- Triskier, S. S.-M. C.-F., & Orgambide, S. (2002). Datos operacionales de una Unidad psiquiátrica de internación en un Hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr.*, 13(48), 85.
- Vivacqua, M. N., Abudarham, T., Pagotto, V., & Faccioli, J. L. (2021). Prevalencia en la prescripción de antipsicóticos y monitoreo metabólico en pacientes bajo tratamiento crónico. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 78(3), 276. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n3.32653>