

## CARTAS AL EDITOR

## Demanda de atención en los servicios de urgencias según el estado de salud mental de la población adulta española

### *Demand for emergency for care Spanish adults with a current or past history of mental health problems*

#### Sr. Editor:

En 2012 hubo más de 26 millones de consultas en los servicios de urgencias (SU) españoles realizadas por alrededor del 15% de la población<sup>1</sup>. El incremento en la demanda contribuye a la saturación de los SU<sup>2</sup>. Diversos factores socioeconómicos, demográficos, así como de salud física y mental pueden influir en dicha demanda<sup>3</sup>. El objetivo de este trabajo es analizar la demanda de atención en los SU según el estado de salud mental de la población española adulta. Para ello, se utilizaron los datos de la población española  $\geq 15$  años no institucionalizada recogidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2012<sup>4</sup>. Los 21.007 participantes tienen asignado un coeficiente de ponderación para asegurar la representatividad.

Se evaluó la salud mental del participante mediante preguntas incluidas en la ENS como diagnóstico previo de trastorno mental, haber seguido tratamiento psicofarmacológico (ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos o estimulantes) en las 2 semanas previas a la ENS, o presentar una puntuación total en el Cuestionario de Salud General-12 preguntas (GHQ-12)  $\geq 3$  puntos. El Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, Goldberg, 1972, 1978) es un cuestionario autorreferido breve validado para población española que ha sido ampliamente utilizado como instrumento de cribaje para detectar casos de morbilidad psiquiátrica no psicótica en contextos comunitarios y ocupacionales. Se considera que existe una elevada probabilidad de desarrollar un trastorno mental común (TMC) si la puntuación GHQ total es  $\geq 3$  puntos<sup>5</sup>. Se analizó el nivel académico, la clase social y la presencia de múltiples enfermedades como cardiopatía, hepatopatía o la enfermedad vascular cerebral. Se calculó una regresión logística ajustada por edad, sexo, presencia de las diferentes patologías orgánicas, clase social y nivel de estudios. Los valores perdidos o sin respuesta en las diferentes patologías orgánicas, nivel académico y clase social fueron tratados como otra categoría.

La presencia de psicopatología incrementa la utilización de los SU (Tabla 1). Este incremento se observa de forma consistente al evaluar la patología mental de

**Tabla 1.** Utilización del servicio de urgencias en los 12 últimos meses según la ausencia o presencia de diversos indicadores de psicopatología

	Proporción bruta (%)	p	OR ajustada* (IC 95%)
Riesgo de trastorno mental según GHQ-12			
GHQ-12 $\leq 2$ puntos	23,4% (22,7-24,0)		1 (Ref.)
GHQ-12 $\geq 3$ puntos	40,5% (39,1-42,0)	< 0,001	1,81 (1,68-1,95)
Diagnóstico previo de trastorno mental			
No	24,9% (24,2-25,6)		1 (Ref.)
Sí	42,0% (40,1-43,9)	< 0,001	1,57 (1,43-1,72)
Consumo de psicofármacos en las dos semanas previas a la encuesta <sup>b</sup>			
No	24,8% (24,2-25,4)		1 (Ref.)
Sí	43,8% (41,9-45,8)	< 0,001	1,76 (1,60-1,94)
Cualquier indicador de psicopatología <sup>c</sup>			
No	22,1% (21,4-22,7)		1 (Ref.)
Sí	38,9% (37,6-40,1)	< 0,001	1,84 (1,72-1,98)

IC 95%: intervalos de confianza del 95%. GHQ-12 = Cuestionario de Salud General de 12 preguntas de Goldberg. Ref. = categoría de referencia. \*Regresión logística ajustada por edad, sexo, clase social, nivel de estudios y presencia de hipertensión, infarto de miocardio, otras enfermedades cardíacas, varices en las piernas, artrosis, cervicalgia, lumbalgia, alergia crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, úlcera digestiva, incontinencia urinaria, hipercolesterolemia, cataratas, problemas cutáneos crónicos, estreñimiento crónico, cirrosis, disfunción hepática, embolia, infarto o hemorragia cerebral, migraña/cefalea frecuente, hemorroides, tumor maligno, osteoporosis, problemas tiroideos, prostáticos, menopáusicos y lesiones permanentes tras accidentes durante el año previo a la encuesta. <sup>b</sup>Se incluye como psicofármacos el consumo de ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos o estimulantes durante las 2 semanas previas a la encuesta. <sup>c</sup>Se considera que existe un indicador de psicopatología si GHQ  $\geq 3$ , o si hay un diagnóstico previo de trastorno mental o si hay un consumo de psicofármacos durante los 15 días previos a la encuesta.

3 maneras diferentes en la ENS (GHQ  $\geq 3$ , diagnóstico previo de enfermedad mental y consumo de psicofármacos). Si bien no se ha evaluado la causa de este incremento, diversos factores como la propia patología psiquiátrica, la mayor frecuentación del SU en esta población o el menor cuidado de su patología física podrían explicar el aumento de la demanda de atención urgente. Tampoco puede descartarse que la confusión residual por la presencia de otras patologías físicas explique los resultados, si bien se ajustaron modelos de regresión logística para controlar la confusión por las principales patologías físicas. Además, la ENS tiene la ventaja de proporcionar datos representativos de la población española.

En conclusión, la demanda asistencial en los SU aumenta en aquellas personas con psicopatología actual o previa. Deberían plantearse mecanismos para mejorar esta situación como la detección precoz de patología mental, sistemas de apoyo adicionales y un mejor acceso a recursos sanitarios alternativos para este grupo poblacional. Esto podría mejorar el grado de salud de dichas personas lo cual permitiría, a su vez, reducir la demanda en los SU.

Virginia Basterra-Gortari

*Psiquiatría-sección B, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España.*  
virginia.basterra.gortari@navarra.es

#### Conflicto de interés

La autora declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

#### Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

La autora ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

#### Editor responsable

Manuel José Vázquez Lima, MD, PhD.

#### Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

#### Bibliografía

- González Armengol JJ. Informe de los Defensores del Pueblo sobre los servicios de urgencias hospitalarios en España. *Emergencias*. 2015;27:4-6.
- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Campbell SM, Roland MO. Why do people consult the doctor? *Fam Pract*. 1996;13:75-83.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística.

Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.

5 Muñoz Rodríguez PE. Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana (expediente 93/0905). Anales del Fondo de Investigación Sanitaria 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 1993. Pp. 221.

## Exantema urticarial refractario: síndrome de Schnitzler

### Refractory urticaria: Schnitzler syndrome

#### Sr. Editor:

El exantema urticarial es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias. La mayoría de casos corresponden a urticaria aguda o crónica espontánea con buena respuesta a antihistamínicos. Existe un grupo de urticaria crónica inducible en los que los síntomas aparecen mediante pruebas de provocación. Un tercer grupo de baja prevalencia abarca otras enfermedades sistémicas, entre las que destacan los síndromes autoinflamatorios (SA).

Varón de 61 años acudió a urgencias por habones pruriginosos no evanescentes de 3 días de duración, fiebre, astenia y poliartalgias. Refería brotes frecuentes sin causa atribuible desde 5 años atrás. Con diagnóstico previo de enfermedad de Still fue tratado sin respuesta con corticoides sistémicos, antihistamínicos, metotrexato, etanercept y ciclosporina. A la exploración presentaba habones en tronco y extremidades sin afectación mucosa ni adenopatías (Figura 1). La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia y elevación de la VSG, PCR y fibrinógeno. Además se detectó una gammopatía monoclonal IgM-kappa y depósito de amiloide AA en médula ósea. El estudio dermatopatológico fue compatible con urticaria neutrofílica. Realizamos el diagnóstico de síndrome de Schnitzler (SS) e iniciamos tratamiento con anakinra 100 mg/día, con lo que se logró remisión clínica desde las primeras dosis.

El SS es un raro trastorno autoinflamatorio adquirido con menos de 300 casos descritos y algunos con mutaciones en NLRP3 restringidas a la serie mieloide (mosaicismo)<sup>1-3</sup>. La edad media de inicio es de 50 años<sup>1,2</sup>. El diagnóstico se basa en la presencia de exantema urticarial recurrente, gammopatía monoclonal IgM/IgG, y al menos dos de los siguientes datos: fiebre, VSG elevada, neutrofilia, alteraciones óseas o infil-

trado neutrofílico en biopsia cutánea<sup>2,5</sup>. Además puede aparecer astenia, artromialgias, adenomegalias y hepatoesplenomegalia<sup>1,4</sup>. Existe riesgo de amiloidosis secundaria y neoplasias hematológicas (15%)<sup>1,5</sup>. Los casos leves reciben antiinflamatorios no esteroideos, colchicina o hidroxiquina<sup>1</sup>. En casos graves, el tratamiento de elección es el bloqueo de interleucina-1 (IL-1) (anakinra, canakinumab)<sup>1,2,5</sup>.

Los SA se caracterizan por episodios recurrentes de inflamación sistémica en ausencia de infección o autoanticuerpos<sup>4</sup>. La mayoría tienen carácter hereditario y debut en la infancia. En su fisiopatología destaca la hiperproducción de IL-1 y mutaciones en puntos clave del sistema inmune innato como el gen NLRP3<sup>1,3,4</sup>. El exantema urticarial es uno de sus signos más precoces y constantes sobre todo en el SS, síndromes periódicos asociados a criopirinas (CAPS), enfermedad de Still del adulto, artritis idiopática sistémica juvenil, deficiencia de mevalonato kinasa y el síndrome periódico asociado al receptor de TNF<sup>4</sup>. En estos casos existen varias características diferenciales con la urticaria aguda o crónica espontánea que constatamos en nuestro paciente: habones escasamente pruriginosos no evanescentes de más de 24 horas, ausencia de angioedema, elevación de reactantes de fase aguda y falta de respuesta a antihistamínicos. Respecto al tratamiento, los fármacos anti-IL-1 han demostrado eficacia en la mayoría de SA<sup>2,5</sup>.

En conclusión, ante un exantema urticarial con síntomas o signos sistémicos y ausencia de respuesta a antihistamínicos debemos realizar diagnóstico diferencial con SA. El estudio genético está disponible en centros de referencia, pero resulta negativo en más del 40% de pacientes con sospecha de SA. La respuesta al bloqueo de IL-1 resulta clave a favor del diagnóstico.

Cintia Arjona-Aguilera,  
David Jiménez-Gallo,  
Lidia Ossorio-García,  
Mario Linares-Barrios

Unidad de Gestión Clínica Dermatología y Venereología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España.  
cintiaarjona@hotmail.com

#### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.



**Figura 1.** Habones anulares o irregulares de distribución generalizada en tronco y extremidades.

#### Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

#### Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

#### Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

#### Bibliografía

- 1 Simon A, Asli B, Braun-Falco M, De Koning H, Fermann JP, Grattan C, et al. Schnitzler's syndrome: diagnosis, treatment, and follow-up. *Allergy*. 2013;68:562-8.
- 2 Néel A, Henry B, Barbarot S, Masseur A, Perrin F, Bernier C, et al. Long-term effectiveness and safety of interleukin-1 receptor antagonist (anakinra) in Schnitzler's syndrome: a French multicenter study. *Autoimmun Rev*. 2014;13:1035-41.
- 3 De Koning HD, van Gijn ME, Stoffels M, Jongekrijg J, Zeeuwen PL, Elferink MG. Myeloid lineage-restricted somatic mosaicism of NLRP3 mutations in patients with variant Schnitzler syndrome. *J Allergy Clin Immunol*. 2015;135:561-4.
- 4 Beer HD, Contassot E, French LE. The inflammasomes in autoinflammatory diseases with skin involvement. *J Invest Dermatol*. 2014;134:1805-10.
- 5 Gallo J, Paira S. Schnitzler syndrome. *Reumatol Clin*. 2015 11:124-5.

## Accidentes con objetos punzocortantes en internos de medicina de dos hospitales de Perú

### *Accidental puncture injuries among interns practicing at 2 hospitals in Peru*

#### Sr. Editor:

En el mundo, el personal de salud es el más expuesto a accidentes con objetos punzocortantes (AOPC). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el personal de salud presenta anualmente 2 millones de exposiciones a patógenos sanguíneos, de los cuales el 40% se da por hepatitis B, el 40% por hepatitis C y el 4,4% por VIH<sup>1</sup>. En otros países, se han encontrado reportes de porcentajes de AOPC que llegan hasta el 43%<sup>2</sup>, mientras que en un hospital del Perú se ha encontrado una tasa de AOPC del 28,5% con una incidencia de 57,0%<sup>3</sup>. Según la literatura, el personal de salud más afectado son los internos debido a su inexperiencia<sup>4,5</sup>.

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar las características de los AOPC en los internos de medicina de dos hospitales del Perú. Se seleccionó a los internos egresados del año 2015 de dos hospitales del Perú (región Callao e Ica) a quienes se les aplicó una encuesta donde se evaluaba la exposición a material punzocortante, el número de veces de exposición, la naturaleza del objeto punzocortante y si acudió a tratamiento profiláctico en caso haya un AOPC con material contaminado. Para la encuesta se consideró a la totalidad de población de ambos hospitales. Se determinaron las frecuencias y proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para determinar la diferencia entre suma de rangos del número de veces de AOPC según la región. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . Se utilizó el programa Stata 13.

Se encuestaron a 82 internos en total. La tasa de respuesta en la región Callao fue 75,6% y en Ica 100%. La edad promedio fue 25,7 (2,3) años (rango: 23-38 años), la mayoría de los internos era de sexo masculino (51,2%) y proveniente de una universidad nacional (54,8%). La incidencia de AOPC entre los internos del Callao fue 71,0% y en los de Ica del

**Tabla 1.** Características de los accidentes punzocortantes en los internos egresados de los hospitales del Callao e Ica 2015

	Callao	Ica	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Exposición a material punzocortante	44 (71,0)	10 (50,0)	54 (65,9)
Material punzocortante contaminado	23 (52,3)	4 (40,0)	27 (50,0)
Acudió a tratamiento profiláctico	12 (52,2)	0 (0,0)	12 (4,4)

75%. Se ha encontrado una diferencia significativa en el número de veces de AOPC en Ica respecto al Callao ( $p = 0,035$ ). No se encontraron diferencias significativas según el tipo de universidad ( $p = 0,53$ ) ni según el sexo ( $p = 0,34$ ). El resumen de las características de los AOPC se muestra en la Tabla 1.

Los resultados mostraron porcentajes de AOPC mayores a los encontrados en la bibliografía<sup>2</sup>, y las incidencias fueron mayores a las encontradas en Piura<sup>3</sup> y en México<sup>5</sup>. La frecuencia de exposición a material contaminado también es mayor y resalta que en Ica ninguno de los internos que tuvieron un AOPC acudió a tratamiento profiláctico cuando el 40% de ellos se expuso a material contaminado. La frecuencia elevada de AOPC en internos se coincide con las investigaciones citadas. Una causa probable de las altas incidencias es debido a la inexperiencia de los internos<sup>4</sup>. Sin embargo, las tasas de tratamiento profiláctico muestran que es necesario un mayor control sobre los AOPC.

Las limitaciones del estudio radican, principalmente, en la poca población que abarcó. Sin embargo, los resultados dan una proyección sobre la situación de la seguridad laboral en los internos de medicina de Perú. Se sugiere que se realicen investigaciones que abarquen a más trabajadores de salud en más hospitales. La seguridad laboral de los trabajadores de salud es una necesidad imperiosa que debe ser tomado como prioridad en la gestión hospitalaria.

Daniel Rojas-Bolivar<sup>1</sup>,  
Tania Acevedo-Villar<sup>2</sup>,  
Paola BendeZú-Saravia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, Ica, Perú. Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (SOCEMI).  
tania.acevedo5@gmail.com

#### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

#### Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Se obtuvo consentimiento informado de los participantes. Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

#### Editor responsable

Manuel José Vázquez Lima, MD, PhD.

#### Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

#### Bibliografía

- 1 Wilburn SQ, Eijkemans G. Preventing Needlestick Injuries among Healthcare Workers: A WHO-ICN Collaboration. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2004;10:451-6.
- 2 Higginson R, Parry A. Needlestick injuries and safety syringes: a review of the literature. *Br J Nurs*. 2013;22:S4, S6-8, S10 passim.
- 3 Adanaqué-Gómez M, Loro-Gómez A, Purizaca-Rosillo N. Subregistro de accidentes por objetos punzocortantes en personal de salud de un hospital de Piura, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014;31:173-5.
- 4 Soria-Orozco M, Padron-Salas A, Meave Gutierrez-Mendoza L, Torres-Montes A. [Prevalence and factors associated with puncture injuries among medical students]. *Salud Pública Mex*. 2014;56:1-2.
- 5 Lorenzo JJC, Huerta GA, Oliver AG, Torres RLÁ, Flores AV, Robles VMP. Accidentes con objetos punzocortantes y líquidos potencialmente infecciosos en personal de la salud que trabaja en un hospital de tercer nivel: análisis de 11 años. *Perinatol Reprod Hum*. 2015;29:70-5.