



ANÁLISIS DE LOS REINGRESOS EN MENOS DE 30 DÍAS EN EL SERVICIO DE CORTA ESTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO DE COSTA RICA DURANTE EL AÑO 2014.

ANALYSIS OF 30-DAY PSYCHIATRIC READMISSIONS TO THE SHORT TERM INPATIENT SERVICE IN THE NATIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL OF COSTA RICA THROUGH 2014.



ARTÍCULO ORIGINAL

Perez-Perez, Itzel¹
Chavarria-Bolaños, Roberto²

RESUMEN

Durante los últimos años, se han presentado cambios en el manejo de los pacientes psiquiátricos que han modificado la visión sobre la institucionalización en psiquiatría. Entre los cambios más significativos se han procurado menores periodos de estancia hospitalaria y menores tasas de reingreso de 30 días. En el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica, se estudiaron en 2014 tanto la estancia promedio como reingresos a 30 días de los Servicios de Corta Estancia. En ellos, se observó una estancia promedio de 28.7 días en hombres y 29.9 días en mujeres. Además, se encontró la presencia de 117 reingresos a 30 días del total de 2.810 egresos hospitalarios, lo que representó una porcentaje de reingresos del 4.16%. Cabe destacar que estas cifras son mucho menores del 10 a 20% que se reportan en la literatura internacional, lo que en sí mismo representa un indicador de mejor pronóstico del paciente egresado, el cual tiene menores recaídas a corto plazo.

Palabras clave: Hospitalizaciones, Reingreso, Estancia promedio, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar.

ABSTRACT

During the past few years, there has been changes in the management of patients which in turn has changed the view around the psychiatric institutionalization. Among the biggest changes, the length of stay (LOS) and 30 day readmission are some of the most important as measurements of excellence in clinical practice. In the National Psychiatric Hospital of San Jose, both the length of stay and the 30 day readmissions were studied in 2014. As a result, there was a LOS of 28.7 days in men and 29.9 days in women. Besides, there were 117 30 day readmissions among 2.810 discharges, which represented a readmission rate of 4.16%. When compared to international standards, there are 10 to 20% 30 day readmissions in average. This difference is considered to be an indicator of better outcomes in the short term period.

Key words: Hospitalization, Readmission, Length of Stay, Schizophrenia, Bipolar Disorder.

¹ Jefe Clínica Servicio de Hospitalización HNP. email. yolena09@hotmail.com

² Médico Psiquiatra Asistente. H.M. email. rchavaheredia@yahoo.com



INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se han presentado una serie de cambios que han modificado la visión sobre la institucionalización en psiquiatría. El desarrollo de la psicofarmacología, los cambios en las políticas económicas en salud mental hacia un mayor estímulo de la empresa privada así como la presión social por la desinstitucionalización de los pacientes asilados han provocado que el manejo de la población varíe, desde los manicomios hacia la psiquiatría comunitaria (Hudson, 2005).

Por otra parte, cabe recordar que existen acuerdos internacionales en derechos humanos, donde se ha adquirido mayor compromiso internacional para la atención de los pacientes en Salud Mental. Por citar un ejemplo, bien conocida es la Declaración de Caracas de la Organización Mundial de la Salud (OMS); firmada en 1990. En ella, uno de los puntos ratifica que la figura del hospital psiquiátrico debe de ser un ente temporal que dé paso a un modelo integrativo de atención comunitaria. Es decir, limita al hospital en lo que respecta al manejo de sus pacientes (OMS, 1990).

Es notoria la reducción en camas en servicios de psiquiatría asociados al cierre de viejos hospitales psiquiátricos y el cambio hacia servicios de estancia diurna, residencias estructuradas o modelos de psiquiatría comunitaria. (Dublin, 2007) (Zhang, 2011). Aun así, se calcula un gasto del 16% del presupuesto de salud mental a nivel norteamericano solo en Hospitalización de pacientes (Tulloch, 2011). Esta realidad; por alarmante que parezca, es mejor inclusive que la realidad nacional. La misma estipula que un 67% del total de presupuesto nacional en

salud mental se gestiona en la atención de los grandes hospitales psiquiátricos, los cuales destinan altos porcentajes de su presupuesto en pacientes hospitalizados (IESM-OMS, 2008).

Entre los cambios más importantes visualizados en los últimos años; prevalece el de la disminución de la estancia promedio (length of stay (LOS)) y el número de ingreso a instituciones no hospitalarias. De acuerdo a los Registros Estadounidenses sobre Ingresos en Psiquiatría, la estancia promedio en Chicago ha disminuido de 3 semanas en la década de los ochentas a 12.7 días en 1998 (Yohanna, 1998). Cuando se comparan estos datos a los 8.3 días que tuvo el estado de Massachusetts en 2005 (Hudson, 2005) o los 9.6 días de estancia promedio que se documentaron a nivel nacional en 1998 puede confirmarse una tendencia a la baja (Tulloch, 2011).

Este dato es similar al obtenido por Zhang en Australia; donde se documenta que para el 2011 el ingreso promedio en unidades de psiquiatría fue de quince días (Zhang, 2011).

Paralelo a la disminución absoluta en el LOS, vinieron también los estudios relacionados al reingreso hospitalario como medida de eficacia. Un ejemplo de ellos es el indicador de rendimiento clave ó KPI (Key Performance Indicator) Australiano. En este, se determina que la tasa de reingresos menores a 28 días se puede tomar como un indicador de excelencia de los servicios nosocomiales (Callaly, 2011).

Aunque pueda observarse esta tendencia a mejorar, también se denota que la mayoría de los desórdenes psiquiátricos siguen siendo condiciones crónicas que fluctúan en severidad y grados de disfuncionalidad (Blader, 2011).



El problema de la cronificación institucional prevalece a pesar de las medidas instauradas.

Por citar un ejemplo, los Estados Unidos llevan una alta carga relacionada a los reingresos hospitalarios; particularmente en la modalidad menor de 30 días. En este caso, los registros de la agencia de Seguros Medicare registran una tasa superior al 17%, lo que se traduce en un gasto aproximado de 15 billones de dólares anualmente solo en reingresos de psiquiatría (Helm, 2015).

Estos datos no son muy distintos de los que se pueden citar en estudios de Jaramillo en Colombia. En ellos, se registran tasas de reingreso a 30 días superiores al 20% (Jaramillo, 2014). Otros estudios como las revisiones de Dublin citan que en promedio existen fluctuaciones del 7 al 17% de pacientes que se rehospitalizan en menos de 30 días (Dublin, 2007).

Para el caso de los Estados Unidos, se reconoce que existe una tasa absoluta de rehospitalización del 35%, que aumenta un 2% en cada individuo a cada año que pasa desde el día en que se da el diagnóstico clínico. (Blader, 2011).

Aun así, los norteamericanos han justificado su posición sobre el acortamiento de la estancia promedio; argumentando que “mayores estancias en hospitalización nunca representaron necesariamente menores tasas de readmisiones” (Tulloch, 2011) (Hudson, 2005).

El Instituto Canadiense de información en Salud, determinó que durante el periodo 2003-

2004, un 37,0% de los pacientes con trastornos mentales egresados de las unidades de tratamiento intensivo, fueron reingresados dentro de un periodo de un año (promedio mensual de 3.04%), en comparación con el 27.3% de los pacientes dados de alta con una enfermedad no mental. En la misma línea, se documenta que términos absolutos Canadá, Reino Unido y los Estados Unidos tienen tasas brutas de reingreso a 90 días superiores al 16% en los servicios de corta estancia (Vigod, 2013).

Sobre los programas de Salud más homólogos a la realidad costarricense; pueden citarse realidades un poco distintas. Un ejemplo de ello es el caso de Colombia. De acuerdo a estudios de Jaramillo sobre Hospitales Urbanos, los porcentajes de reingresos llegan a ser tan altos como del 22 al 80% de los casos (Jaramillo, 2002).

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Tomando en cuenta los antecedentes, el siguiente estudio se realiza para entender la realidad en el manejo clínico que concierne a los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico de San José.

En primer lugar, hay que reconocer que el hospital tiene como área de atracción a todo el territorio nacional y se atienden usuarios y usuarias (niños, adolescentes, adultos y adultos mayores) del tercer nivel en la especialidad de la Psiquiatría, que son referidos por los especialistas del primer y segundo nivel de complejidad.

El Servicio de Hospitalización del hospital está conformado por las Secciones de Corta y de Larga Estancia.



Los funcionarios que laboran en la Sección de Corta Estancia, son los encargados de atender los pacientes agudos, que son aquellos pacientes que ingresan por primera vez, o reingresan por una descompensación aguda de su patología mental.

Corta Estancia está integrada por los siguientes pabellones de agudos: dos pabellones de hombres, dos pabellones de mujeres, (cada pabellón tiene dos equipos con 25 camas cada uno), además la unidad de Niños y Adolescentes, la sección del programa de Nuevos Horizontes (niños y adolescentes con medida judicial de internamiento debido a problemas de drogas), además de los servicios de apoyo de las Unidades de Cuidados Intensivos de Hombres y Mujeres y la Unidad de Medicina Interna. Todos los pabellones se dividen en secciones de hombres y mujeres. Además, los pabellones de adultos medios (Adulto medio: comprendido en edades entre los 18 y 65 años), se dividen en pabellones 1 y 2; separados de acuerdo a la procedencia del área central o periférica del país respectivamente.

Un detalle a tomar en consideración es que existe una unidad de Observación no incluida en los servicios de hospitalización, donde los pacientes pueden pasar hasta tres días ingresados sin contar formalmente en los censos del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

En vista de que es el servicio de corta estancia del HNP el encargado de revisar a la mayoría de los pacientes que vienen con patologías agudas y aquellos reingresados durante el tiempo, se decide escoger la población de corta estancia para realizar el análisis.

La metodología utilizada para obtener los datos se lleva a cabo a través de las estadísticas anuales que suministra el Servicio de REMES (Registros Médicos del Expediente de Salud) del Hospital Nacional Psiquiátrico, tanto sobre las estancias hospitalarias y los diagnósticos de egreso como también sobre todos los reingresos con menos de 30 días de la salida.

En este caso, la Jefatura de Clínica realiza la revisión de todos los expedientes de salud que cumplan con uno o más reingresos en menos de 30 días de su último egreso hospitalario. De todos los expedientes revisados se recoge el total de usuarios que reingresaron en menos de 30 días, número de expediente, nombre completo, sexo, fecha de nacimiento, procedencia, número de ingresos previos, fechas de ingreso, egreso y reingreso; Código CIE-10 de egreso, Código CIE-10 de reingreso, causas de reingreso, medidas correctivas. Una vez obtenido el total de egresos, se procede a determinar el número de reingresos con menos de 30 días de su última alta clínica y finalmente se calcula el porcentaje de reingresos en menos de 30 días, para así tener el estimado de reingresos de corto plazo.

Para calcular la tasa de reingresos absoluta y relativa a treinta días de egreso, se utilizó la matriz PREM (Porcentaje de Reingresos en Salud Mental). En ella, se calcula del total de pacientes egresados el porcentaje de ellos que en el plazo acordado requirieran de volver a ingresar al nosocomio. La razón de cálculo de la PREM es la siguiente:

Porcentaje de Reingresos por Enfermedad Mental

$$\text{PREM}<30 = \frac{\text{Eventos de reingreso en menos de 30 días}}{\text{Total de egresos en el periodo}} \times 100$$



Cabe mencionar que en el presente estudio se manejarán dos matrices de datos distintas. Por un lado, se subdividen a los paciente por género (masculino y femenino) para estratificar de acuerdo a género. Como énte separado, se separan las poblaciones de acuerdo a grupo etáreo, de modo que se pueda subdividir la población entre Adolescente (menor de 18 años), Adulta Media (18 a 65 años cumplidos) y Adulta Mayor (mayor de 65 años cumplidos).

Para el cálculo de datos, se manejan las medidas de tendencia central como lo son el promedio y la moda del estudio.

RESULTADOS

Durante el periodo del 2014, el Servicio de Corta Estancia mantuvo una estancia promedio de 28.7 días para mujeres y 29.9 días para hombres.

Durante el periodo 2014 en el Hospital Nacional Psiquiátrico se efectuaron un total de 3.298 egresos. Dicha cifra corresponde a los pabellones de mujeres y hombres, psicogeriatría mixto y el Servicio de niños y adolescentes un total de 2.810 (85,2%) egresos. Dividiendo los pabellones según género para todas las edades; 1.456 (51,8%) salidas corresponden a los pabellones de mujeres y 1.354 (48,1%) usuarios están distribuidos en los pabellones de hombres respectivamente.

De los egresos del Servicio de Corta Estancia de Adultos Medios (18 a 65 años), 2810 (85,2%); se determinó que la cantidad de usuarios que tuvieron al menos un reingreso en menos de 30 días de su última alta médica correspondió a un total de 117 (4,16%) usuarios. De esta población, un 56 (47,9%)

son mujeres y un 61 (52,1%) son hombres. La estancia promedio de estos usuarios fue de 20,42 días; cifra que no se separa mucho de la reportada de 28 días de hospitalización promedio.

A la hora de analizar sobre los distintos diagnósticos encontrados, se comenzó por clasificar a los pacientes de acuerdo a sus diagnósticos por psiquiatría, tomando en consideración los criterios diagnósticos del CIE-10 (PAHO, 2008).

En primer lugar, se analiza el porcentaje de reingresos de menos de 30 días de acuerdo a diagnóstico clínico. En este caso, cabe destacar que existe heterogeneidad de diagnósticos clínicos que se maneja entre los pacientes egresados en el HNP, donde a pesar de manejarse una amplia gama de diagnósticos clínicos, si cabe mencionar que al menos son las psicosis y los trastornos afectivos los que guardan los porcentajes mayores en lo que respecta a reingresos hospitalarios. Para el caso de las psicosis se puede ver un porcentaje del total de reingresos de 28,21%; si se suman los diagnósticos de Esquizofrenia, Psicosis Orgánica, Episodio Psicótico Agudo y el Trastorno Esquizoafectivo. Este hallazgo cabe dentro de lo esperable si se compara con lo encontrado en otros estudios a nivel internacional.

En segundo lugar, parece ser que los trastornos afectivos serían los segundos en cuanto a incidencia del promedio de reingresos al nosocomio. En este caso, se puede apreciar que los reingresos para el Trastorno Afectivo Bipolar están sobre 19,66% de los casos, y los Trastornos Depresivos ocupan 8,55% del total de ellos.

El resto de la distribución de reingresos representa un complejo heterogéneo de



usuarios donde no podría decirse se halla una relación específica a otra entidad en particular.

La distribución diagnóstica se ejemplifica en el siguiente cuadro:

Cód.	Diagnóstico según CIE-10	N°	Porcentaje
F00-F09	Demencia	4	3,42%
	Delirium	1	0,85%
	Otros Trastornos Mentales debido a Lesión o Disfunción Cerebral o Enfermedad Somática	6	5,13%
	Trastorno de Personalidad y de Comportamiento debido a Enfermedad, Lesión o Disfunción Cerebral	1	0,85%
F10-F19	Trastornos Mentales del Comportamiento debidos Consumo de Cannabinoides	3	2,56%
	Trastornos Mentales del Comportamiento debidos Consumo de Múltiples Drogas o Sustancias Psicótropas	8	6,84%
F20-F29	Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios	5	4,27%
	Trastornos Esquizoafectivos	10	8,55%
	Psicosis no Orgánica sin Especificación	2	1,71%
	Esquizofrenia	16	13,68%
F30-F39	Trastorno Afectivo Bipolar	23	19,66%
	Trastornos Depresivos	10	8,55%
F40-F49	Trastorno de Ansiedad Generalizada	2	1,71%
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	0,85%
F50-F59	Trastorno de Adaptación	1	0,85%
	Bulimia Nerviosa	1	0,85%
F60-F69	Trastornos De Personalidad	6	5,13%
	Trastornos Mixtos de la Personalidad	7	5,98%
F70-F79	Retardo Mental	4	3,42%
	Obs. Sospecha Trastorno Mental o de Conducta	2	1,71%
Z91.5	Historia Personal de Lesión Autoinfligida Intencionalmente	1	0,85%
F90-F91	Trastorno Disocial Desafiante y Oposicionista	3	2,56%
TOTAL		117	100%

*Fuente: Expediente de Salud del Servicio de REDES
 CIE: Clasificación Internacional Enfermedades OMS
 N°: Número de Casos

Las causas que favorecieron los reingresos fueron asimismo variadas; con elementos que van de la sintomatología activa a permisos para manejo en otras instituciones sociales o entornos médicos en particular. Específicamente, se detallan los mismos de la siguiente manera:

- 32 usuarios (27.35%, 16 hombres y 16 mujeres) habían egresado aun con sintomatología activa latente.
- 14 usuarios (11.96%, 7 hombres y 7 mujeres) reingresados por abandono de la medicación.
- 9 usuarios (7.69%, 6 mujeres y 3 hombres) con acentuación de los rasgos de personalidad.
- 7 usuarios (5.98%, 4 mujeres y 3 hombres) con ingreso secundario a consumo activo de sustancias.
- 8 usuarios (6.83%, 5 mujeres y 3 hombres) reinternados por reagudización de la sintomatología, a pesar de haber egresado compensados a nivel mental.
- 5 usuarios (4.27%, 5 mujeres) portadoras de problemas sociales que imposibilitaron seguir en el entorno ambulatorio.
- 5 usuarios (4.27%, 1 mujer y 4 hombres) por trastornos de conducta (conductas disruptivas, agresividad).
- 3 usuarios (2.56%, 2 mujeres y 1 hombre) por nuevos intentos suicidas.
- 11 usuarios (9.40%, 5 mujeres y 6 hombres) por solicitud de salida exigida y posterior solicitud de reingreso.
- 8 usuarios (6.83%, 8 hombres) debidos a salida por fuga que fueron traídos de vuelta al hospital.
- 13 usuarios (11.11%, 6 mujeres y 7 hombres) debido a alguna condición de salud física que amerito ser trasladados a diferentes Hospitales Generales.
- 1 usuario (0.85%, 1 adolescente) salida para inducción a Albergue del PANI (PANI: Patronato Nacional de la Infancia).
- 1 usuario (0.85%, 1 hombre) la familia solicito salida para que asistiera a funeral de madre y luego regreso.



Siguiendo la distribución por grupo etéreo, se encontró que por grupo poblacional los reingresos al hospital se representaron en la siguiente distribución:

- 10 Niños y Adolescentes (4 mujeres y 6 hombres) (menores de 18 años).
- 47 Mujeres Adultas (entre 18 y 65 años).
- 53 hombres adultos (entre 18 y 65 años).
- 5 Adultos mayores (3 hombres y 2 mujeres mayores de 65 años).

Por su parte, se observó una distribución muy asimétrica entre los patrones de reingreso en aquellos pacientes pertenecientes a las provincias del país de la meseta central (San José, Alajuela, Heredia y Cartago) y aquellos que viven en los litorales del país (Guanacaste, Puntarenas y Limón). En este caso, la distribución fue de 91 pacientes de la parte urbana central y 26 pacientes del área rural periférica. De estos hallazgos, puede extrapolarse información importante. En primer lugar, era esperable que la capital del país San José tuviera el porcentaje más alto de pacientes ingresados, considerando que en ella vive alrededor de 33% (1.4 millones del total de 4.2 millones de habitantes del país) de la población del según censos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010).

Quizá el hallazgo más llamativo a considerar en este cuadro es el de la Provincia de Limón, cuya población es la menos reingresa en corto periodo al HNP. La importancia que se le puede conferir a estos resultados es que Limón es una provincia del Caribe Costarricense muy alejada tanto del Hospital como de los servicios centrales en Salud Mental. No obstante, pese a su lejanía esta maneja camas de psiquiatría

en un Hospital General así como programas de Salud Comunitaria que le confieren un modelo ejemplar en la salud mental de sus pacientes. Prueba de ello es el hallazgo del cuadro anterior.

Actualmente, se espera que las regiones periféricas de Guanacaste, Puntarenas y Alajuela emulen este modelo descentralizado de atención, lo que sería importante a considerar en el entendido de esperar menores reingresos de estas áreas de salud.

La distribución de los distintos reingresos de acuerdo a provincia del país se resume en el siguiente cuadro:



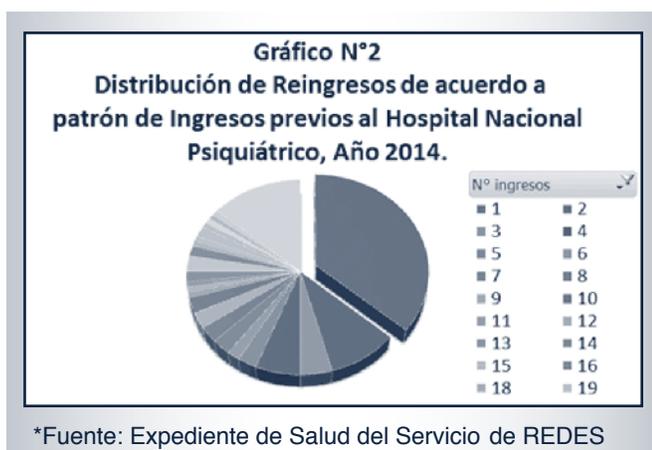
Importante fue reconocer que cuando se tomaron en consideración los ingresos previos como factor de riesgo para reingresos subsecuentes, se observaron dos fenómenos en particular. El primero fue que como lo dicta la teoría, los pacientes que reingresaron tenían en promedio 5,71 ingresos previos al actual. Por un lado, puede afirmarse que más de la mitad de los pacientes que reingresaron lo hicieron con al menos 6 ingresos previos en su haber.



Esto es justamente lo que refleja el gráfico 2. En él, se puede apreciar que aunque no se pueda considerar un patrón específico de reingresos como mayoría predictiva, si hay una tendencia mayor a reingresar en los paciente con más de 5 ingresos previos. Este factor es esperable pues habla sobre pacientes con múltiples fracasos en la reinserción social, así como problemas en la atención de las patologías de base.

Quizá lo más llamativo de este dato en particular es la alta proporción de pacientes de primer ingreso si se observa la moda (número de repeticiones del valor). Este valor representa al total de pacientes que requirieron readmisiones a los 30 días de reingresos posteriores, con un número mayor de 41 de ellos. Este dato representa el 35% del total de reingresos, lo que deja espacio para la reflexión dado que esta es la población crítica de pacientes en salud mental, donde el manejo inicial sería un predictor importante del pronóstico a largo plazo.

A continuación, la distribución de pacientes reingresados de acuerdo a diagnósticos previos:



Por último, a la hora de analizar de los reingresos sobre pacientes egresados de hospitalización, se obtiene el valor por la matriz antes mencionada del PREM, explicada en la metodología del estudio.

Se calcula el siguiente cociente de acuerdo al análisis de los datos de la manera siguiente:

Porcentaje de Reingresos por Enfermedad Mental

$$PREM < 3 = \frac{\text{Eventos de reingreso en menos de 30 días}}{\text{Total de egresos en el periodo}} \times 100$$

$$PREM < 30 = \frac{117}{2810} \times 100 = 4.16\%$$

El porcentaje de reingresos por enfermedad mental en los Servicios de Corta Estancia en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2014, corresponde a 4.16% del total de egresos. Es decir, que de cada 100 pacientes que egresan del hospital, se espera que 4 de ellos reingresen en menos de un mes de dada el alta. Tal y como se verá más adelante, la importancia de este valor en particular se verá cuando se considere su indicador en la atención del paciente a nivel hospitalario y como también su reinserción al entorno social.

Cuando se obtuvo el valor de la PREM, un factor a considerar era que no se había valorado la exclusión de reingresos en aquellos casos en que se otorgaban los egresos por motivos ajenos al manejo del equipo tratante. Es decir, reingresos de pacientes en condiciones que no pudieran interpretarse como fracasos terapéuticos del equipo tratante. Para explicar un poco este concepto, puede considerarse las fugas hospitalarias, donde el usuario se retira del hospital sin el consentimiento del



equipo y por lo general vuelve a ingresarse al no tener una red de apoyo ambulatorio bien estructurada. Esta viable no sería por ende responsabilidad de un mal manejo por el equipo tratante.

Como motivos comunes de reingreso no atribuibles al trabajo del equipo tratante pueden considerarse los siguientes:

- Egresos por salida exigida.
- Salida por fugas.
- Traslados a Hospitales Generales por enfermedad física.
- Para inducción a albergues o al núcleo familiar, así como asistencia a funerales.

De las causas antes mencionadas, se contabilizaron 34 usuarios que ameritaron ser readmitidos al Servicio de Hospitalización en menos de 30 días.

Es por esto que; haciendo la diferenciación de los casos antes citados, se pueden considerar como “reingresos reales”, solamente a 83 de los 117 usuarios. Por tanto, cuando se calcula cociente del PREM usando estos valores, el mismo es el equivalente a un 2.95% con respecto al total de los egresos registrados en Corta Estancia durante el año 2014. Es decir, una cifra aún menor de reingresos a la estipulada de previo.

DISCUSIÓN

Si se comparan estas cifras las obtenidas en el estudio con las realizadas en otros servicios de psiquiatría alrededor del mundo, hay muchos elementos que merecen ser tomados en consideración.

En primer lugar, como elemento más llamativo se presenta el bajo porcentaje de reingresos a 30 días de la salida. En este caso, el 4,16% se convierte en un valor muy bajo si se compara con el rango del 7 al 20% anotado de estudios previos (Durbin, 2007)(Helm 2004).

Además, desde la parte epidemiológica en el Hospital Nacional Psiquiátrico no hubo diferencias de tasas al considerar variables como el género; algo que sí se presentó en otros estudios como el estudio de casos y controles de Callaly y cols.

En este, se observó que en existía una probabilidad mayor de reingresar si la paciente era de sexo femenino que de masculino. Larazón de momios ú OR (OddsRatio) específico de correlación fue de 1.41 mayor del sexo femenino (Callaly, 2011).

En cuanto a lo que concierne al diagnóstico clínico, se observó que son el grupo de enfermedades de la psicosis y esquizofrenia como el trastorno afectivo bipolar los que registran valores más altos de reingreso a la institución. En porcentaje, un 47,87% del total de reingresos menores a 30 días se presentaron en el grupo diagnóstico de las psicosis y el trastorno afectivo bipolar. Este dato se subdivide a su vez en un 28,21% de reingresos para las psicosis y un 19,66% para los pacientes bipolares.

Cuando se comparan estos datos con un estudio de 5.735 pacientes realizado por Figueroa et al., se aprecia que aquellos con diagnóstico de esquizofrenia y enfermedad bipolar fueron los que tuvieron mayores readmisiones a hospitales de Nueva York, con tasas superiores al 14% y 17% respectivamente. En este estudio, el porcentaje de pacientes



reingresados en menos de 30 días que tenían diagnóstico de psicosis o enfermedad bipolar estaba sobre el 24% del total de reingresos (Figueroa, 2004).

Otro elemento importante de la historia clínica concierne a la importancia que toman el total de hospitalizaciones en predecir reingresos a corto plazo. Sobre esta materia, Callaly documenta la presencia de múltiples ingresos en hasta 51% de los pacientes que reingresan en menos de 28 días.

Estos hallazgos son replicados en otros estudios; donde siempre los pacientes con mayores ingresos previos tuvieron este como factor principal de riesgo de nuevos reingresos (Monnelly, 1997).

En un estudio de 758 pacientes hecho por Moss, se logró evaluar que aquellos pacientes egresados de servicios de psiquiatría con 1 ó 2 ingresos previos en los últimos 2 años tenían 15.6 veces mayor riesgo de reingresar en los 30 días siguientes. Esto inclusive se elevaba a 24 veces para aquellos usuarios con más de 3 ingresos en los últimos 2 años (Moss, 2014).

Para el caso del HNP, quedó claro que aunque muchos de los pacientes que tuvieron reingresos en menos de 30 días lo hicieron luego de su primer ingreso hospitalario, más de la mitad de ellos había tenido al menos 6 ingresos previos. El factor predictivo de múltiples ingresos para reingresos cortos parece seguirse replicando.

Se pueden considerar muchos elementos relevantes a los ingresos en psiquiatría. Por ejemplo, es común hacer el ejercicio clínico de cuestionarse sobre si el paciente en primer lugar valorado en urgencias ameritaba o no

ser hospitalizado. En este rubro, datos de Hospitalización de Chicago recomiendan que al menos el 65% de los pacientes valorados en Emergencias sean Hospitalizados (Yohanna, 1998). Revisando los registros médicos del HNP; se documenta que de 14.554 pacientes atendidos por urgencias en 2014, solo 3.173 ingresaron a los servicios de corta estancia; lo que corresponde a un 21,80% (REMES, 2014). En este caso, hay que recordar que existe una menor incidencia de ingresos que pueden sesgar los valores de reingreso pues muchos de estos pacientes se manejan en la unidad de observación, lo que subestima el número de ingresos y reingresos hospitalarios.

CONCLUSIONES

El Hospital Nacional Psiquiátrico es un Centro de Tercer Nivel de Atención en los Trastornos Mentales y del Comportamiento que recibe traslados de otros centros de salud del primer y segundo a nivel nacional. Durante el internamiento, los equipos interdisciplinarios encargados realizan valoraciones de ingreso, seguimiento y de alta a los usuarios mediante el Plan de Atención Integral de Corta Estancia. El Plan de Atención Integral tiene como objetivo ofrecer una atención de calidad en el ámbito biopsicosocial y de la rehabilitación a los usuarios con Trastornos Mentales.

De manera general, se puede considerar como positivo el hallazgo de un porcentaje de reingresos a 30 días de solo el 4,16%. Este valor toma relevancia cuando se compara con el obtenido en los hospitales de Veteranos de Guerra norteamericanos, donde las tasas “meta” de reingresos cortos se han fijado entre el 10 y el 14%. Asimismo, se aprecia como la meta de los servicios de urgencias en el Reino Unido igual está en permitir un estándar de



excelencia como aquel donde los reingresos a 30 días no superen el 12.3% del total de egresos (Dublin, 2007).

Aunque puedan parecer de inicio alentadores; hay que reconocer que hay sesgos importantes del estudio a favor de la alta eficacia. Uno de ellos es un sesgo de selección, en el que se puede reconocer que el estudio no incluye como “reingresos” los casos de pacientes que en lugar de reingresarse en el HNP, lo hacen en hospitales periféricos o en la unidad de psiquiatría del otro Hospital Psiquiátrico del país, como lo es el Hospital Roberto Chacón Paut. Esta disparidad puede explicar parcialmente la marcada proporción de 4:1 que se observa entre los 91 reingresos de zonas urbanas y 26 egresos de zonas rurales, lo que puede explicarse por la mayor facilidad de acceso para quienes viven más cerca del hospital.

Otro elemento a considerar es que no se incluya a los pacientes ingresados en Observación como “reingresos”. En este caso, el factor puede subestimar valores de reingresos en aquellos casos de manejo de crisis autolimitado, como ocurre en las gestos suicidas, la intervención en crisis o las condiciones relacionadas al abuso y abstinencia de sustancias.

Valorando los egresos como tales, queda claro que la Esquizofrenia es la primera causa de reingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico, seguida por los Trastornos Afectivos Bipolares. En estos usuarios, se requiere una mayor intervención de los equipos interdisciplinarios durante el internamiento, a nivel social, psicológico, farmacológico, intervención en crisis, psicoeducación, adherencia al tratamiento, y el proceso de

rehabilitación. Solo desarrollando los mismos pueden esperarse mejores resultados (Dublin, 2007). Quizá sería algo equivocado decir que esto no se hace actualmente en el HNP. De las estrategias incorporadas para el manejo ambulatorio de pacientes egresados con diagnóstico de Esquizofrenia, cabe mencionar las clínicas de medicación de Clozapina y de reconsulta para primeros episodios psicóticos de la consulta externa del Hospital. Además, existen también programas en Psiquiatría Comunitaria orientados a la valoración bianual de pacientes reincidentes y la incorporación de la Red de Esquizofrenia, programa fundado por el hospital en 2012 destinado a la psicoeducación de pacientes, familiares y personal médico de todo el país sobre temas de adherencia a la medicación y monitoreo de síntomas de psicosis. No obstante, aún con las estrategias incorporadas y mencionadas, queda claro que hay trabajo por hacer en materia de control de la esquizofrenia.

Esta realidad no dista de la observada en otros estudios clínicos. Por ejemplo; Figueroa et al hablan de que en Esquizofrenia aun cuando su estancia promedio sea mayor de 30 días, las tasas de readmisiones en menos de 30 días son las más altas en psiquiatría (Figueroa, 2004).

Para considerar el reingreso como parámetro de excelencia clínica, debe de asumirse que el entorno ambulatorio no afecte la reinserción del paciente. Nada más lejos de la realidad Costarricense cuando se estudian los ambientes donde se recoloca a los usuarios. Por ejemplo, existen factores que por mucho que se intente no pueden ser manejados por los servicios de salud mental del Hospital. Específicamente, puede considerarse que elementos como la tolerancia de la comunidad



a la enfermedad psiquiátrica, calidad de la habitación y evolución natural de la enfermedad pueden alterar datos que lleven a los clínicos y evaluadores a dar falsas conclusiones sobre distintos fenómenos que se desarrollan ajenos a lo esperado en los distintos entornos nosocomiales (Callaly, 2011). Analizando los datos del HNP, queda claro que la falta de atención a nivel comunitario puede ser la responsable del alto porcentaje de pacientes que reingresaron luego de su primer ingreso al nosocomio. Por lo general, estos son pacientes que no pueden ser contenidos en la comunidad por la poca disponibilidad de redes de apoyo así como son más proclives a abandonos del tratamiento por la ausencia de equipos que les en seguimiento apropiado postgreso.

Esta discusión siempre lleva al debate de si el reingreso se presenta por una salida prematura de parte del hospital o si más bien es el producto de un débil soporte a nivel comunitario. La respuesta definitiva requerirá de mayores investigaciones en el futuro, como se ha descrito en otros estudios previos sobre el tema (Durbin, 2007).

Otros factores a considerar son la necesidad de atención en urgencias postgreso, la presencia de consumo de sustancias concomitante, edades tempranas de ingreso, psicosis o trastornos de personalidad agregados, así como la falta e introspección tanto emocional como cognitiva del paciente con respecto a su enfermedad. En este rubro, es común encontrar pacientes con poca o nula conciencia con respecto a su diagnóstico clínico, los síntomas del mismo o estrategias de ayuda en caso de presentar episodios de

crisis. Ni que decir de la mala adherencia a la medicación que la mayoría de ellos tiene luego de ser egresados (Zhang, 2011) (Callaly, 2011).

Otros estudios mencionan la importancia de considerar los factores sociales como predisponentes de mayores crisis y readmisiones. Es importante recordar que los pacientes en psiquiatría son más proclives a padecer en edades tempranas, terminar en desempleo o en situaciones sociales adversas que en sí mismos median como un riesgo para su evolución clínica (Jaramillo, 2014).

Cabe acotar que se constató en la revisión de los expedientes, que los equipos interdisciplinarios de Corta Estancia del Servicio de Hospitalización realizaron gestiones y acciones de alta complejidad a través de fortalecer los vínculos familiares, la rehabilitación en actividades de vida diaria e instrumental, las redes externas, la psicoeducación sobre tomas de los medicamentos, reestructuración del ambiente terapéutico y coordinación con instituciones de ayuda a nivel ambulatorio; como el Instituto de alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad (CONAPDIS) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Estas acciones van sobre la línea de lo que se ha encontrado como medidas efectivas para prevenir el reingreso temprano. (Vigod, 2013).

Cabe destacar que aunque la readmisión a 30 días es un hallazgo que puede traducir la eficacia de un servicio en psiquiatría, no puede decirse que este indicativo corresponda con toda fidelidad a la evolución real de los pacientes postgreso. Por ejemplo, si se observan los datos de Zhang en Australia se



observa que a 192 casos hasta 82 de ellos (46%) requirieron de un reingreso durante el año de seguimiento (Zhang, 2011).

Sobre este rubro, es importante reconocer los hallazgos de estudios de Yohanna et al., donde se reconoce que los ingresos de menor estancia promedio tienden a tener mayor motivación en recibir el tratamiento así como mejor involucramiento en actividades ambulatorias cuando se comparan con ingresos de mayor estancia promedio. Por tanto, se recomienda que la estancia corta sea la medida para pacientes con alto nivel cognitivo y conflictos como el riesgo suicida, pues llevan mayor disponibilidad para mantenerse en el entorno ambulatorio (Yohanna, 1998).

El acortamiento de la estancia promedio hospitalaria es un elemento que debe de considerarse más en los pacientes ingresados al HNP, pues como se observó al comparar a este con otros parámetros internacionales la estancia promedio no se recomienda que supere los 15 días. Cuando se toma en consideración que los pacientes que reingresaron al Hospital estuvieron en su segundo ingreso en un lapso promedio de 21 días, queda claro que la prolongar el ingreso no significa un mejor manejo del usuario. En su lugar, parece ser que la necesidad mayor estaría en fortalecer las redes de apoyo tanto a nivel institucional como de otras instituciones de apoyo al paciente egresado, de modo que la comunidad no vaya a representar una amenaza para todas aquellas personas con enfermedad mental que necesiten de un mejor manejo de sus recursos en la sociedad.

AGRADECIMIENTOS

- Departamento de Registros Médicos y

Documentación Estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico.

- Biblioteca Médica del Hospital Nacional Psiquiátrico. Master Silvia Navas Orozco y Licda. Rocío Pérez Brenes.
- Msc. Orieta Norza Hernandez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blader, JC (2011); *Acute inpatient care for Psychiatric Disorders in the United States, 1996 through 2007*. *Archives of General Psychiatry*, Vol 68 (N° 12):1276-1283.
2. Callaly, T (2011); *An examination of risk factors to acute adult mental health services within 28 days of discharge in the Australian setting*. *Australasian Psychiatry*, Vol. 19 N° 3, 221-225.
3. Departamento de Registros Médicos y Expedientes de Salud (REMES) (2014); *Anuario Estadístico del 2014*. Oficina de Registros Médicos, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica. Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).
4. Durbin, J; (2007) *Readmission as an Indicator for Quality of Inpatient Psychiatric Care?* *The Journal of Behavioral Health Services & Research* Vol 34, N°2, 138-150.
5. Figueroa, R; (2004) *Use of Claims Data to Examine the Impact of Length of Inpatient Psychiatric Service and Readmission Rate*. *Psychiatric Services*, Vol. 55, N° 5, May 2004.
6. Helm, JE (2015) *Reducing Hospital*



- Readmissions by Integrating Empirical Prediction with Resource Optimization.* Production and Operations Management Society.
7. Hudson, CG; (2005) *Patterns of Acute Psychiatric hospitalization in Massachusetts.* Administration and Policy in Mental Health, Vol 32. N° 3, 221-240.
 8. IESM-OMS (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS.* Ministerio de Salud de Costa Rica. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.
 9. Jaramilo-González LE; (2014) *The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study.* BioMed Central Psychiatry, Vol. 14, N° 161,1-7.
 10. Monnelly, EP; (1997) *Instability Before Discharge and Previous Psychiatric Admissions as Predictors of Early Readmission.* Psychiatric Services, Vol. 48, N° 12.
 11. Moss, J; (2014), *Predictor of readmission to a psychiatric inpatient unit.* Comprehensive Psychiatry N° 55, 426-430.
 12. Organización Mundial de la Salud (OMS) *Declaración de Caracas: Conferencia de Restructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.* 11-14 Noviembre de 1990. Caracas, Venezuela.
 13. Panamerican Health Organization (PAHO), (2008); *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*, Vol. I 1,164; Vol II 192; Vol III 764, Washington, EEUU.
 14. Tulloch, AD; (2011) *Length of Stay of General Psychiatric Inpatients in the United States: Systematic Review.* Administrative Policy in Mental Health, N° 38, 155-168.
 15. Vigod, SN. (2013); *Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review.* The British Journal of Psychiatry, Vol. 202, 187-194.
 16. Yohanna, D.; (1998); *Characteristics of Short-Stay Admissions to a Psychiatric Inpatient Service.* The Journal of Behavioral Health Services & Research. 25:3, 337-345.
 17. Zhang, J; (2011), *Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 45: 578-585.