

Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Weiss M., Christian; Santander T., Jaime; Aedo C., Igor; Fuentes M., Ximena
Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 4, diciembre-, 2013, pp. 239-244

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331530949002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica

Characterization of early readmissions in psychiatric hospitalization

Christian Weiss M.¹, Jaime Santander T.², Igor Aedo C.¹ y Ximena Fuentes M.²

Aims: *Describe and compare clinical and demographic characteristics associated with early readmissions compared with those associated with delayed rehospitalizations and individuals having only one hospitalization.* **Methods:** *We retrospectively reviewed clinical and demographic records of all patients admitted to a psychiatric service in Santiago, Chile, from July 1, 2001 to June 30, 2010. We compare and analyze the characteristics of hospitalizations associated with early readmission, delayed readmission and no readmission.* **Results:** *Early readmission was preceded by shorter hospitalizations compared with patients who had a delayed admission in the period. There were no gender and age differences, but when comparing the diagnoses between the group without rehospitalization with the group with readmissions, we found that psychotic and bipolar disorder have greater representation in the group with delayed readmission, and bipolar disorder in the case of early readmission.* **Conclusions:** *Early readmission would be primarily related to the particular characteristics of each individual disease and disorders are grouped by their nature tend to be chronic and recurrent.*

Key words: *Psychiatric hospitalization, First admission, Readmission, Quality indicator.*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (4): 239-244

Introducción

Gran parte de la patología psiquiátrica tiene curso crónico y recidivante, con frecuente necesidad de hospitalización. Los servicios de hospitalización psiquiátrica cuentan cada vez con menor número de camas, con estadías más breves, y se focalizan en el manejo de crisis agudas de la patología de base para un pronto retorno a la comunidad^{1,2}

pudiendo, en este contexto, ser más frecuentes las readmisiones hospitalarias. Se estima que las tasas de readmisión de los pacientes hospitalizados serían cerca de un 40-50% antes de un año desde el alta del hospital y que cerca del 50% de todos los pacientes que ingresan a psiquiatría ya han estado hospitalizados previamente³. En consideración de estos hechos incluso se ha planteado que las tasas de readmisiones, principalmente aquellas tempra-

Recibido: 31/7/2013

Aceptado: 24/10/2013

Ninguno de los autores tiene conflicto de interés.

¹ Residente de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

nas o precoces, serían una manera de evaluar la calidad de la atención psiquiátrica hospitalaria⁴. Hablamos de readmisión temprana cuando se reingresa al hospital antes de 30 ó 90 días⁴⁻⁷. Las tasas de readmisión antes de 30 días van de 7 a 17%^{8,9} y al considerar 90 días pueden llegar hasta un 24%^{10,11}. En Chile no habría estudios publicados que evalúen las readmisiones psiquiátricas.

Si bien no está claramente demostrado en la literatura su utilidad como indicador de calidad^{3,4,8,12}, en los últimos años se han publicado investigaciones que muestran que la calidad de la atención hospitalaria no influiría en el riesgo de reingreso¹³.

Durbin et al⁴, en una revisión sistemática de estudios que evalúan la readmisión temprana identificaron predictores de este indicador a distintos niveles (previos a la hospitalización, del proceso de hospitalización y posteriores a la misma), destacando que el período inmediatamente después del alta es el de mayor vulnerabilidad para una readmisión, siendo los pacientes con síntomas severos o conducta inestable los más vulnerables a reingresar tempranamente, como también pacientes que dejan el hospital en contra de la sugerencia médica, sin la medicación apropiada o sin un plan ambulatorio específico. Por otro lado, los pacientes con múltiples admisiones también tendrían mayor riesgo de readmisión^{4,13}.

Los principales diagnósticos involucrados en las readmisiones precoces son: trastornos con presentación psicótica (esquizofrenia, esquizoafectivo, psicosis afectivas), depresión mayor y el trastorno bipolar. El abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático y los trastornos de personalidad en la mayoría de los estudios tienen una representación menor⁴.

Los objetivos de este estudio son describir y comparar las características clínicas y demográficas asociadas a las readmisiones precoces (hasta 90 días del alta) *versus* la readmisión tardía y aquellos con solo una admisión.

Método

Se usó una base de datos que incorporó información de todas las admisiones en el Servicio de

Psiquiatría de la Clínica UC San Carlos de Apoquindo en un período de 9 años, recopilándose datos desde los registros clínicos, incluyendo las variables: edad, género, diagnóstico, duración de la hospitalización previa y duración de la primera rehospitalización. Se excluyeron los pacientes menores de 15 años. Se construyó una base de datos anonimizada cumpliendo con los requerimientos de protección de confidencialidad de los pacientes. El protocolo fue aceptado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico MINITAB. La muestra se dividió en tres grupos: grupo hospitalización única; grupo readmisión temprana; grupo readmisión tardía. La distribución de las variables categóricas (sexo y diagnóstico) según tipo de hospitalización fue testeada usando el test de χ^2 . Para el análisis de las variables numéricas (edad, días de estadía) usamos un modelo de ANOVA. Fijamos un valor $p < 0,05$ como el límite de significancia estadística.

Resultados

En el período de estudio hubo un total de 3.129 admisiones, que corresponden a 2.610 pacientes hospitalizados. De estos, 2.248 (86,13%) tuvieron una sola hospitalización y 362 (13,87%) tuvieron 2 o más hospitalizaciones (2,43 internaciones por paciente, 881 internaciones en total de este grupo). De los pacientes con readmisiones, tomamos la información de la primera readmisión encontrando 215 pacientes con readmisión tardía (59,4% del total de pacientes con readmisiones; 8,24% del total de individuos hospitalizados) y 147 pacientes con readmisión temprana (40,6% del total de pacientes con readmisiones; 5,6% del total de individuos hospitalizados).

No se encontraron diferencias respecto de las variables edad y género entre los distintos grupos. La Tabla 1 muestra la distribución de las variables demográficas.

Hospitalización inicial

Respecto de la duración de las estadías hos-

Tabla 1. Características demográficas por tipo de hospitalización

	Sin readmisión n (%)	Readmisión temprana n (%)	Readmisión tardía n (%)	χ^2	Valor p
Género					
Masculino	880 (39)	56 (38)	89 (40)	0,63	0,73
Femenino	1.368 (61)	91 (62)	126 (60)		
Edad (promedio)	35,40 (SD 15,91)	34,04 (SD 17,85)	34,92 (SD 14,22)	F 0,63	p value 0,53

Tabla 2. Duración de estadía hospitalaria según tipo de hospitalización

	Sin readmisión		Readmisión temprana		Readmisión tardía		Readmisión temprana y tardía	
	n	Promedio	n	Promedio	n	Promedio	n	Promedio
Duración de hospitalización inicial	2.248	12,53 ^{a,b,d} SD 10,15	147	12,5 ^c SD 11,0	215	16,1 ^{a,c,e} SD 11,0	362	14,6 ^b SD 11,10
Duración de primera readmisión	-	-	147	12,7 SD 12,5	215	13,5 ^e SD 11,6	362	13,2 ^d SD 12

Nota: Las comparaciones significativas se designan como sigue: ^ap < 0,01; ^bp < 0,001; ^cp < 0,01; ^dp = 0,05; ^ep < 0,01.

pitalaria (Tabla 2), al comparar la duración de la hospitalización inicial, vemos que hubo diferencia significativa entre los pacientes con hospitalización única y aquellos con readmisión precoz o tardía considerados como un grupo^b, y que, al desglosar las hospitalizaciones iniciales de los subgrupos de readmisión precoz y tardía aparece que es sólo este último grupo el que se diferencia del grupo sin readmisiones^a resultando estadías más prolongadas en la hospitalización inicial de pacientes con readmisión tardía. Por otra parte, al comparar la duración promedio de la estadía hospitalaria inicial entre el grupo con readmisión temprana con el grupo de readmisión tardía, es más prolongada en este último grupo, con una diferencia estadísticamente significativa^c.

Readmisión temprana vs tardía

No hubo diferencias al comparar los promedios de duración de la rehospitalización entre el grupo con readmisión temprana respecto del tardío (Tabla 2).

En el grupo de readmisión temprana, al comparar la duración promedio de la primera

hospitalización con la duración promedio de la primera readmisión, no encontramos diferencias, en cambio en el grupo de readmisiones tardías, la duración promedio de la primera hospitalización es más prolongada que la duración promedio de la primera readmisión, resultado que muestra significancia estadística^e (Tabla 2).

Diagnósticos psiquiátricos

En relación a los diagnósticos (Tabla 3), los trastornos del ánimo tanto monopolar como bipolar, junto con los trastornos por sustancias y los trastornos con presentación psicótica son los diagnósticos que se observan más frecuentemente en los tres grupos analizados. Sin embargo, la proporción en que estos diagnósticos son representados en cada grupo varía significativamente: los cuadros depresivos monopares son proporcionalmente menos importantes en el grupo de readmisión tardía que en los otros dos grupos^{a,e}; en tanto que los pacientes con trastorno bipolar son más frecuentes en ambos grupos de readmisiones en relación con aquellos que sólo tienen una hospitalización^{b,d}; por último, los trastornos psicóticos son propor-

Tabla 3. Porcentajes de distribución por grupos diagnósticos para las diferentes categorías evaluadas

	Sin readmisión n (%)	Readmisión temprana n (%)	Readmisión tardía n (%)
Trastorno depresivo mayor	821 (36,52) ^a	49 (33,33) ^e	47 (21,86) ^{a,e}
Trastorno bipolar	430 (19,12) ^{b,d}	36 (24,50) ^d	69 (32,09) ^b
Trastornos relacionados a sustancias	348 (15,50)	19 (12,93)	32 (14,88)
Trastornos psicóticos	147 (6,53) ^c	10 (6,80)	24 (11,16) ^c
Trastornos de alimentación	70 (3,11)	5 (3,40)	5 (2,33)
Trastorno de personalidad	104 (4,63)	12 (8,16)	13 (6,05)
Delirium y demencia	31 (1,38)	1 (0,68)	-
Trastornos de ansiedad	297 (13,21)	15 (10,20)	25 (11,63)
	2.248 (100)	147 (100)	215 (100)

Nota: Las comparaciones significativas se designan como sigue: ^a $\chi^2 = 17,8$; $P < 0,01$; ^b $\chi^2 = 20,68$; $p < 0,01$; ^c $\chi^2 = 6,8$; $p < 0,01$; ^d $\chi^2 = 4,1$; $p < 0,05$; ^e $\chi^2 = 4,13$; $p < 0,05$.

cialmente mucho más frecuentes en el grupo de readmisión tardía que en el grupo de hospitalización única^c.

Al comparar los diagnósticos de la muestra del grupo de readmisión temprana con el grupo de readmisión tardía, sólo encontramos diferencia estadísticamente significativa en el trastorno del ánimo monopolar, siendo más frecuentes en el primer grupo^e.

Discusión

Aunque se pudiera esperar que los hombres tengan mayores tasas de readmisión en general y de readmisión precoz en particular¹⁴, probablemente por la mayor agitación en las descompensaciones de estos, los resultados de este trabajo no mostraron diferencia respecto de género, lo cual es coherente con lo encontrado en estudios previos⁴, dando cuenta que las variables implicadas en este fenómeno son otras. La edad que pudiera ser un factor de mayor riesgo en el mismo sentido descrito para el género tampoco resultó diferente en nuestra muestra, lo que confirma lo encontrado también en otras latitudes⁴, aunque en este punto en particular hay grupos que sí han reportado un mayor riesgo para jóvenes¹⁵⁻¹⁷, probablemente

debido a las características de las poblaciones estudiadas.

Por otra parte, al considerar los diagnósticos psiquiátricos, nuestro estudio mostró, al igual que la mayor parte de la literatura^{4,7,11}, que los trastornos del ánimo monopolar y bipolar, junto a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos fueron los diagnósticos que mostraron diferencias al momento de distinguir el tipo de readmisión. Estos datos refrendan que las readmisiones, en especial las tempranas, parecieran relacionarse mejor con las características propias de estos trastornos, que con frecuencia tienden a la recidiva, y que generalmente tienen problemas en la adherencia al tratamiento⁷.

Respecto de la duración de estadía hospitalaria inicial, en general aquellos que tuvieron readmisiones en el período de estudio tuvieron una hospitalización inicial más prolongada que aquellos que no requirieron ser readmitidos, lo cual lleva a pensar que los pacientes que requerirían ser nuevamente hospitalizados necesitaron un mayor esfuerzo terapéutico intrahospitalario o que fueron desde ese momento identificados como pacientes con patología más compleja. Así, aunque varios estudios^{4,7,18} plantean que la mayor duración de hospitalización permitiría una mayor estabilización del cuadro clínico o desaparición sintomática,

además de preparar el egreso con psicoeducación a la familia y al propio paciente, previniendo de este modo las hospitalizaciones futuras, el hecho de que en nuestro caso observemos lo opuesto más bien nos indica que estas internaciones fueron más prolongadas debido a la intensidad sintomática y gravedad del cuadro de base, en línea con lo apuntado en relación a los diagnósticos de estos casos. Por otra parte, al desglosar entre lo ocurrido con los sujetos que tuvieron readmisión precoz *versus* aquellos con readmisión tardía vemos que es sólo este último grupo el que se diferencia de aquellos que no requieren readmisión, hecho que da fuerza a la idea que la duración de la internación inicial tiene un rol dependiente de la gravedad y recurrencia propias de las características de la patología mental de los pacientes.

Aunque la variable readmisión está influida por múltiples factores, de los cuales este estudio, que utiliza un modelo analítico simple, sólo controla algunos (datos demográficos, duración de estadía y diagnósticos), una fortaleza de estos resultados es que siguen por un período de tiempo relativamente prolongado una población grande

de pacientes graves con características sociodemográficas similares. Reconocemos sin embargo, que este estudio tiene varias limitaciones, por ejemplo la carencia de información respecto del proceso y tipo de intervenciones realizadas durante la internación. Otra limitación es que los pacientes no están obligados a rehospitalizarse en el mismo centro asistencial, lo que podría afectar la representatividad de los datos obtenidos, sin embargo, esa limitación se aplica a los tres grupos en estudio y además es parcialmente disminuida por el largo período de observación y la cantidad de pacientes involucrados, aspectos que aparecen como fortalezas del estudio.

Finalmente, nos parece relevante comentar que a la luz de los resultados presentados y las limitaciones previamente comentadas, la readmisión temprana estaría relacionada principalmente con las características particulares de la enfermedad en cada individuo y se agrupan en los trastornos que por su naturaleza tienden a ser más crónicos y con tendencia a recaídas recurrentes colocando así el tipo y severidad de la patología como los mayores predictores de readmisión.

Resumen

Objetivos: Describir y comparar las características clínicas y demográficas asociadas con la readmisión temprana comparada con las asociadas a readmisiones tardías y las personas que tienen solo una hospitalización. **Método:** Se revisó de forma retrospectiva los registros clínicos de los pacientes admitidos en un servicio de psiquiatría en Santiago de Chile, desde el 1 de julio de 2001 hasta el 30 de junio de 2010. Se comparan y analizan las características de las hospitalizaciones asociadas con readmisión temprana, readmisión tardía y aquellos con sólo una admisión. **Resultados:** La readmisión temprana fue precedida por hospitalizaciones más cortas en comparación con los pacientes que tenían una readmisión tardía. No hubo diferencias de género y edad, pero cuando se comparan los diagnósticos entre el grupo sin readmisión *v/s* el grupo con reingresos, encontramos que los trastorno psicóticos y el trastorno bipolar tienen una mayor representación en el grupo de la readmisión tardía, y el trastorno bipolar en el caso de reingreso precoz. **Conclusiones:** La readmisión temprana estaría relacionada principalmente con las características particulares de la enfermedad en cada individuo y se agrupan en los trastornos que por su naturaleza tienden a ser más crónicos y recurrentes.

Palabras clave: Hospitalización psiquiátrica, readmisión, indicador de calidad.

Referencias bibliográficas

- Sealy P, Whitehead PC. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 49 (4): 249-57.
- Sharfstein SS. Goals of Inpatient Treatment for Psychiatric Disorders. *Annu Rev Med* 2009; 60: 393-403.
- Lien L. Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56 (1): 23-8.
- Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission as an indicator of quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34 (2): 137-50.
- Boydel KM, Malcolmsons A, Sikerbol K. Early rehospitalization. *Canadian Journal of Psychiatry* 1991; 36 (10): 743-5.
- Dixon M, Robertson E, George M, Oyebode F. Risk factors for acute psychiatric readmission. *Psychiatric Bulletin* 1997; 21 (10): 600-3.
- Craig T, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Bromet EJ. Rapid *versus* delayed readmission in first-admission psychosis: quality indicators for managed care? *Ann Clin Psychiatry* 2000; 12 (4): 233-8.
- Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154 (3): 337-40.
- Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. *Psychiatric Services* 1995; 46 (5): 482-5.
- Prince JD. Interaction and hospital care. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194 (1): 34-9.
- Olfson M, Mechanic D, Boyer C, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187 (12): 721-9.
- Byrne SL, Hooke GR, Page AC. Readmission: A useful indicator of the quality of inpatient psychiatric care. *J Affect Disord* 2010; 126 (1-2): 206-13.
- Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45 (7): 578-85.
- Chuan-Hsiung Lin, Wen-Ling Chen, Chih-Ming Lin, Ming-Der Lee, Ming-Chung Ko, Chung-Yi Li. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clinics (Sao Paulo)* 2010; 65 (5): 481-9.
- Figueredo R, Harman J, Engberg J. Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. *Psychiatric Services* 2004; 55 (5): 560-5.
- Heggestad T. Operating conditions of psychiatric hospitals and early readmission-effects of high patient turnover. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103 (3): 196-202.
- Monnelly EP. Instability before discharge and previous psychiatric admissions as predictors of early readmission. *Psychiatric Services* 1997; 48 (12): 1584-6.
- Vasudeva S, Narendra Kumar MS, Chandra Sekhar K. Duration of first admission and its relation to the readmission rate in a psychiatry hospital. *Indian J. Psychiatry* 2009; 51 (4): 280-4.

Correspondencia:

Dr. Jaime Santander T.

Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Apoquindo 3990 of 502, Las Condes, Santiago, Chile.

Código Postal: 755-0112

E-mail: jsantan@med.puc.cl