

Descripción del perfil demográfico y clínico de pacientes rehospitalizados en una Clínica Psiquiátrica Universitaria

Ana María Gazmuri O.¹, Carlos Cruz M.², Steffany Leiton C.³, Pablo Peñailillo B.³

Resumen

Introducción:

La rehospitalización en psiquiatría es frecuente, distintos factores se han relacionado con ella. Los diagnósticos más frecuentes son los del espectro afectivo y esquizofrenia. El objetivo de nuestro estudio es caracterizar demográfica y clínicamente a pacientes rehospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria de Santiago.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo, revisando las fichas clínicas de pacientes rehospitalizados durante los años 2009 a 2011.

Resultados:

De un total de 852 ingresos, el 11,5% de los pacientes se rehospitalizó y de ellos, el 65% con 2 hospitalizaciones. Un 42% permaneció más de 14 días internado. El 50% correspondieron a mujeres. La edad promedio fue de 43 años. El 44% eran casados. Un 36% tenía educación media completa. El 38% de los encuestados tenía un trabajo estable, y el mismo porcentaje se desempeñaba como dueña de casa. El motivo de ingreso más frecuente fue la descompensación de su patología de base. El diagnóstico más frecuente correspondió al espectro afectivo, siendo el más destacado el trastorno depresivo mayor. En el Eje II 30% presentaba diagnóstico de trastorno de la personalidad, de los cuales un 96% correspondía al cluster B. Un 65% presentaba comorbilidad médica, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, ambos en un 21%. El 80% presentaba algún estresor psicosocial en el Eje IV, de los cuales un 70% correspondía a disfunción familiar.

Discusión:

El perfil socio demográfico encontrado presenta semejanzas con otras publicaciones. Nuestro estudio se diferencia en que ambos géneros tienen igual frecuencia de rehospitalización. Se evidenció que en 11% de los casos se debía al abandono o mala adherencia a tratamiento, al momento de realizar estrategias de prevención de rehospitalización. El estresor psicosocial más

importante encontrado fue la disfunción familiar y que esta fue diagnosticada sólo con la entrevista médica, la implementación de un instrumento como el APGAR familiar.

Palabras clave: Psiquiatría, rehospitalización, perfil demográfico.

Description of demographic and clinical profile of patients readmitted at a university clinic

Summary

Introduction:

The psychiatric hospitalization is common, several factors have been associated with it. The most frequent diagnoses are schizophrenia and affective spectrum. The aim of our study is to characterize, demographically and clinically, re-hospitalized patients in a university psychiatric clinic in Santiago.

Methods:

A retrospective study was conducted by reviewing the medical records of patients readmitted during the years 2009 to 2011.

Results:

Of a total of 852 income, 11.5% of patients were rehospitalized and of those, 65% with 2 hospitalizations. 42% remained hospitalized more than 14 days. 50% were women. The average age was 43 years. 44% were married. 36% had completed secondary education. 38% of respondents had a steady job, and the same percentage worked as a housewife. The most common reason for admission was decompensation of the underlying pathology. The most frequent diagnosis corresponded to the emotional spectrum, the most prominent major depressive disorder. Axis II diagnosis had 30% personality disorder, of which 96% corresponded to the cluster B. A 65% had medical comorbidity, the most frequent being hypertension and hypothyroidism, both by 21%. 80% had a psychosocial stressor on Axis IV, of which 70% were family dysfunction.

1. Médico psiquiatra. Profesor Asistente. Departamento de psiquiatría, Universidad Andrés Bello. Santiago. Chile

2. Médico psiquiatra. Profesor Asistente. Departamento de psiquiatría, Universidad Andrés Bello. Profesor Asociado Universidad Adolfo Ibáñez. Santiago. Chile

3. Interno, Escuela de Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello.

Discussion:

The socio-demographic profile has found similarities with other publications. Our study differs in that both genders have the same frequency of rehospitalization. It showed that in 11% of cases was due to neglect or poor adherence to treatment, at the time of rehospitalization prevention strategies. The most important psychosocial stressor was found family dysfunction and that this was only diagnosed with the medical interview, the implementation of an instrument like the family APGAR.

Keywords: Psychiatry, rehospitalization, demographic profile

Introducción

La OMS estima que alrededor del 14% de la carga global de enfermedad ha sido atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría de ellos debidos a la naturaleza discapacitante que poseen los trastornos mentales⁽¹⁾. En Chile, esta cifra contribuye con 31% de los AVISA, uno de los más altos en el mundo. De los trastornos específicos más relevantes por su contribución a los AVISA en Chile, los más frecuentes son depresión mayor y el trastorno por el consumo de alcohol con un 9,9% y 5,1%, respectivamente⁽²⁾.

De acuerdo al estudio Chileno de Epidemiología Psiquiátrica (ECEP), aproximadamente uno de cada tres personas tiene un trastorno psiquiátrico (36%) y cerca de la quinta parte de la población (22,5%) ha tenido un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes encontrados fueron agorafobia (11,1%), trastorno depresivo mayor (9,7%) y dependencia al alcohol (6,4%). El trastorno más común para los hombres fue el abuso y dependencia del alcohol (16,2%), mientras que para las mujeres fueron los trastornos ansiosos (24,9%)⁽³⁾.

La prevalencia de consulta por causa psiquiátrica en los servicios de urgencia general varía entre un 3,7 % a un 13%, lo que concuerda con datos chilenos que reportan hasta un 5,1%⁽⁴⁾. Del total de pacientes que consultan por causa psiquiátrica, entre un 31% a un 49% son hospitalizados⁽⁵⁾.

Según datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), el 3% del total de hospitalizaciones ocurridas en el año 2009 son por los trastornos mentales y del comportamiento. Los más frecuentes fueron depresión y trastornos del humor con un 24%, esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno delirante con un 15%. La edad más frecuente se sitúa entre 20 y 44 años⁽⁶⁾.

Por otra parte, se ha visto que la rehospitalización en psiquiatría oscila en rangos entre un 10% en aquellos pacientes con menos de 1 mes desde el alta de la última hospitalización, hasta un 86% en un plazo de 7 años⁽⁷⁻⁸⁾.

Distintos estudios han observado los factores que explican el aumento en la probabilidad de que el paciente se rehospitalece: el antecedente de hospitalización psiquiátrica como tal⁽⁹⁾, el uso/abuso de sustancias psicoactivas⁽¹⁰⁾, nivel de funcionalidad disminuido al alta⁽¹¹⁾, falta de redes de apoyo comunitarios, disfunción familiar⁽¹²⁾, antecedente de rehospitalizaciones⁽¹³⁾.

Con respecto a los diagnósticos psiquiátricos que más frecuentemente afectan a los pacientes que se reingresan, se ha observado dentro del eje I, el espectro afectivo (trastorno bipolar y depresión mayor) y esquizofrenia, y en el eje II los trastornos de personalidad del Cluster B.⁽¹³⁾

El siguiente trabajo de investigación intenta establecer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes rehospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria de Santiago, para conocer cuáles son los pacientes más susceptibles a tener una nueva hospitalización y enfocar en ellos las medidas necesarias para prevenir un nuevo ingreso. Además, con este trabajo generaremos información nacional respecto los factores más frecuentes relacionados a la rehospitalización.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo de pacientes hospitalizados, correspondiente al período comprendido entre los años 2009 al 2011, en una clínica psiquiátrica privada ubicada en el sector centro de Santiago. Se encontró que durante este período hubo un total de 80 rehospitalizaciones. De estos pacientes se recolectaron las fichas clínicas y se extrajeron los datos relevantes para este estudio a partir del ingreso médico y de la epicrisis. En algunos casos también se revisó la evolución médica.

Se registraron las variables sociodemográficas, las que para fines de nuestro análisis fueron consideradas como factores independientes, pero que en estudios previos, tanto nacionales como internacionales, son mencionadas como factores de riesgo. Dichas variables son: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación y número de hijos. Además se incluyó el motivo y el diagnóstico de ingreso según DSM IV TR, en los ejes I y II y la comorbilidad médica. Los estresores psicosociales fueron extraídos de lo expuesto en el eje IV.

Para el procesamiento de los datos, se construyó una base de registro de éstos utilizando el programa Microsoft office Excel 2007. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 11,5. Se utilizó el método de estadística descriptiva para las variables mencionadas, se calculó el porcentaje, y se confeccionaron tablas y gráficos para resumir la información.

Resultados

El total de ingresos psiquiátricos efectuados en dicha clínica, entre los años 2009, 2010 y 2011 fue de 852 pacientes. De estos,

80 pacientes reingresaron, correspondiendo a 230 hospitalizaciones en total (11,5% del total).

El 50% de los pacientes rehospitalizados fueron mujeres. La edad promedio fue de 43 años, con un rango entre los 15 y 77 años. El estado civil predominante en un 44% correspondió a casado, seguido por soltero en un 31%. El nivel de escolaridad más frecuentemente encontrado fue educación media (42%). Un 38% de los encuestados tenía un trabajo permanente y el mismo porcentaje se desempeñaba como dueña de casa. (Tabla 1).

Tabla N°1

Características sociodemográficas de los pacientes

VARIABLE	CATEGORÍA	%
Edad	<30	20
	30-50	42
	>50	38
Escolaridad	Básica	11
	Media	42
	Técnica	20
	Universitaria	27
Estado civil	Casado	44
	Divorciado	15
	Soltero	31
	Otro	10
Ocupación	Permanente	38
	Pensionado	15
	Estudiante	8
	Cesante	1
	Dueña de casa	38

En lo referente al motivo de ingreso, se encontró que un 32% fue registrado como descompensación de su patología de base. En un 24% de los casos, la causa fue por intento o ideación suicida. En el intento suicida, un 57% fue por intoxicación farmacológica. Se encontró que en un 11% hubo abandono o mala adherencia del tratamiento

Con respecto al diagnóstico de ingreso: En el Eje I lo más frecuente fue los del espectro afectivo (Tabla 2). En el Eje II un 30% presentaba diagnóstico de trastorno de la personalidad, de los

cuales 96% correspondieron al cluster B y de éstos, el trastorno límite de la personalidad fue el más frecuente (Tabla 2). El 65% presentaba comorbilidad médica clasificable en el Eje III, siendo los más frecuentes la hipertensión arterial y el hipotiroidismo, ambos con un 21% (Tabla 3). El 80% presentaba algún estresor psicosocial en el Eje IV, de cuales la disfunción familiar fue lo más prevalente. (Tabla 3).

Tabla N°2

Diagnóstico ingreso Eje I Y Eje II

VARIABLE	CATEGORÍA	%
Eje I	Trastorno depresivo mayor	34
	Trastorno afectivo bipolar	29
	Uso y/o abuso de sustancias	14
	Esquizofrenia	13
	Otros	10
Eje II	Trastorno límite de la personalidad	67
	Trastorno histriónico de la personalidad	18
	Trastorno narcisista de la personalidad	7
	Trastorno antisocial de la personalidad	4
	Otros trastornos de la personalidad	4

Tabla N°3

Diagnóstico ingreso Eje III Y Eje IV

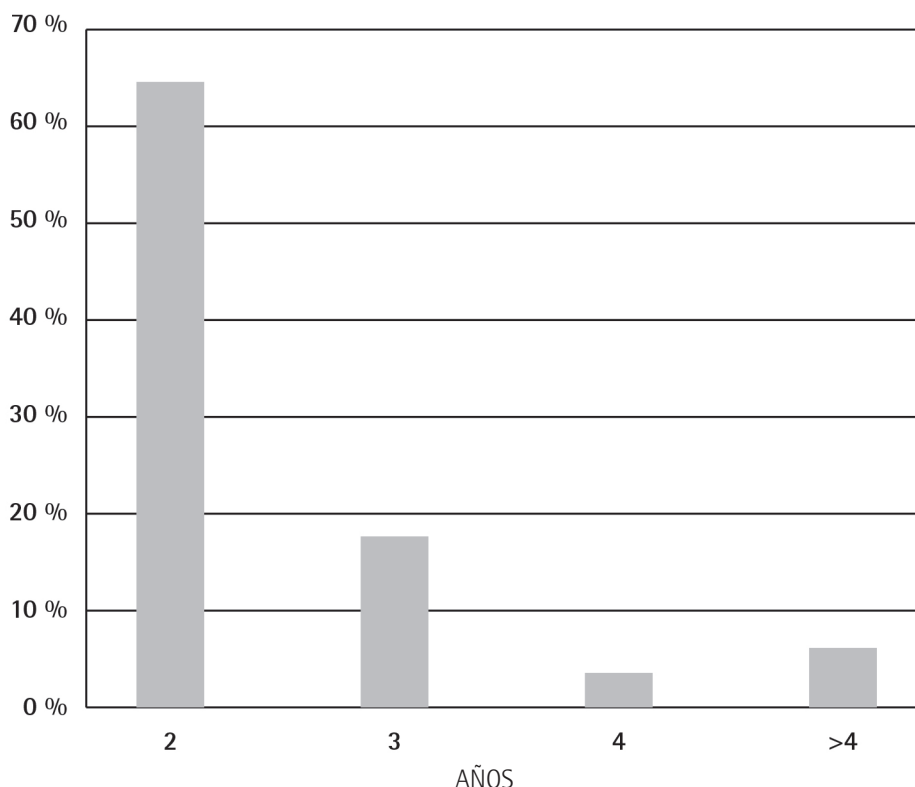
VARIABLE	CATEGORÍA	%
Eje III	Hipotiroidismo	21
	Hipertensión arterial primaria	21
	Obesidad	15
	Diabetes mellitus tipo 2	11
	Cáncer	11
	Otros	21
Eje IV	Disfunción familiar	70
	Problemas económicos	11
	Escasa red de apoyo	8
	Otros	10

Con respecto a la duración de la hospitalización, el 21% presentó una duración menor de 7 días, 37% entre 7 y 14 días, y un 42% se hospitalizó por más de 14 días. En cuanto al número de hospitalizaciones por pacientes, se observó que la mayoría

presenta al menos 2 hospitalizaciones durante los 3 años de estudio, la frecuencia disminuye a medida que aumenta el número de rehospitalización (Gráfico 1).

Gráfico N°1

Número de rehospitalizaciones



Discusión

Mediante este estudio hemos encontrado que durante un período de 3 años, un 11,5% de los pacientes atendidos en nuestra clínica es rehospitalizado. El perfil clínico y demográfico de estos pacientes, se asemeja a lo publicado por Lin CH y cols.⁽⁹⁾, quien pudo determinar que existen ciertos factores de riesgo para rehospitalización que son independientes de la duración del seguimiento, entre los que destacan datos que también fueron encontrados en nuestro estudio, como una edad promedio de 40 años, y el diagnóstico de esquizofrenia y los trastornos afectivos como los más frecuentes. Jaramillo ⁽¹³⁾, realizó un estudio similar en una Clínica Psiquiátrica en Colombia, en el que destacan datos que se asemejan a nuestros hallazgos: edad promedio de 40,3 años (con un rango entre los 18 y 64

años), el nivel de escolaridad más frecuente fue secundaria y un 44% había tenido empleo en el último año. Los diagnósticos más frecuentes dentro del Eje I fueron los del espectro afectivo, y en el eje II los trastornos de personalidad del Cluster B. Las comorbilidades médicas más relevantes encontradas fueron la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la epilepsia.

Es importante destacar que en la mayoría los trabajos revisados, siempre la rehospitalización es mayor en mujeres ⁽¹³⁾; sin embargo, en nuestro estudio, ambos géneros tienen igual frecuencia de reingreso (50%). Este es un dato relevante, ya que en algunos casos se llega a considerar el género masculino como un factor protector ⁽¹⁴⁾.

A nivel nacional existen pocos estudios sobre el porcentaje de rehospitalización psiquiátrica, pese a ser este un hecho relevante, tomando en cuenta el impacto que significa tanto para el paciente y la familia, como los costos para los servicios de salud del país y, en especial, para su prevención.

El motivo de ingreso más frecuente fue la descompensación de la patología de base. Es importante destacar que este registro se encontró sin ningún dato adicional que explique la causa puntual con mayor detalle. Suponemos que puede corresponder a la recurrencia de un nuevo episodio.

La segunda causa por la cual se reingresa fue la ideación o intento suicida, lo que concuerda con los diagnósticos más frecuentes de ingreso, los del espectro afectivo y la esquizofrenia, trastornos que en la literatura están mayormente relacionados con la suicidalidad ⁽¹⁵⁾. Debido a lo anterior, sería de vital importancia para nuestro centro enfocar los planes de prevención de rehospitalización a pacientes con dichos diagnósticos, ya que son los más vulnerables en cuanto a la posibilidad de reingreso.

En relación a este punto, es trascendental el dato obtenido sobre la mala adherencia a tratamiento, que sería la causa de 11% de los reingresos. Este hecho es un conflicto no sólo para la psiquiatría, sino que para la medicina en general, llegando incluso a ser considerado un problema de salud pública, ya que no sólo influye en el ámbito social y familiar, sino también en los recursos sanitarios que significan ⁽¹⁶⁾. Existen estudios que han demostrado que hasta un 50% de los pacientes interrumpen el tratamiento sin indicación de su psiquiatra, siendo este abandono la causa más frecuente de recaída, pudiendo multiplicar hasta por cuatro veces el riesgo de reingreso y también incrementar el riesgo de suicidio ⁽¹⁷⁾.

Una intervención importante en nuestro medio sería aplicar estrategias para mejorar la adherencia a tratamiento; de las existentes, las con mejores resultados son las estrategias individuales ⁽¹⁸⁾. Es importante evaluar las preocupaciones y creencias del paciente sobre el tratamiento ⁽¹⁹⁾ y ofrecer a ellos información de forma clara y sencilla. Además, se debe incluir en este proceso a familiares y cuidadores para poder asegurar aún más el cumplimiento de las prescripciones ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

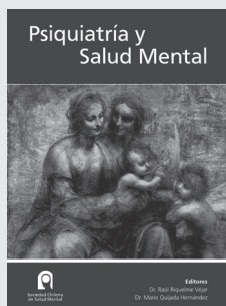
Nos parece relevante como hallazgo de este estudio mencionar que la disfunción familiar detectada en el eje IV se hace sólo mediante la entrevista realizada por el especialista, pero no existe ningún parámetro o escala que valore los factores determinantes para este estresor psicosocial. Creemos que es importante en nuestro medio utilizar alguna escala validada para poder objetivar la disfunción familiar de una manera más certera, ya que, de ser precisada, nos sería de mucha utilidad para predecir factores importantes causantes de reingresos como la mala adherencia a tratamiento, que es muchas ocasiones depende del apoyo de un familiar.

Un instrumento utilizado para valorar esta funcionalidad es el APGAR familiar ⁽²⁰⁾, cuyo acrónimo hace referencia a 5 componentes: adaptabilidad (*adaptability*), cooperación (*partnership*), desarrollo (*growth*), afectividad (*affection*) y capacidad resolutoria (*resolve*). Este cuestionario es utilizado ampliamente por los centros de salud familiar para realizar estudios de familia. Consta sólo de 5 preguntas de fácil aplicación. Es importante comentar que los resultados de esta encuesta son dependientes del familiar al que sea aplicada, es por esto relevante realizarla a más de uno, incluido también el paciente. Aplicar esta encuesta en nuestros pacientes sería de gran utilidad para entender la funcionalidad familiar de una manera más amplia e intervenir cuando corresponda.

Bibliografía

1. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., and Rahman, A., *No Health without Mental Health Lancet*, 2007. 370: p. 859-877.
2. Vicente P, B., Kohn, R., Saldivia B, S., and Rioseco S, P., Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la Atención de Salud Mental en Chile. *Revista médica de Chile*, 2007. 135: p. 1591-1599
3. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSMIII- R/CIDI) (ECP). *Revista Médica Chile*. 2002; 130:527-36
4. Cruz C. Implementación del Centro de Responsabilidad en Servicio de Urgencias. ¿Éramos irresponsables, o, inconscientes? *Revista de Psiquiatría y salud mental*, 2007; Vol. XXIV: 80-108.
5. Santander J., Flores L, Huerta D., Weiss C., Fuentes, X. Hospitalizaciones psiquiátricas voluntarias vs involuntarias de pacientes que consultan a un servicio de urgencias general en Chile. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. *Sonepsyn*. 2009
6. Ministerio de Salud Chile Et DEIS. Egresos hospitalarios según días de estada y causas. Chile 2009. Disponible en URL: http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm. Disponible en URL: <http://www.deis.cl>
7. Lin CH, Chen CC, Wang SY, Lin SC, Chen MC, Lin CH. Factors affecting time to rehospitalization in Han Chinese patients with schizophrenic disorder in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008; 24:408-14.
8. Irmiter C, McCarthy JF, Barry KL, Soliman S, Blow, FC. Reinstitutionalization following psychiatric discharge among VA patients with serious mental illness: a national longitudinal study. *Psychiatr Q*.2007; 78:279-86.
9. Lin CH, Chen YS, Lin CH, Lin KS. Factors affecting time to rehospitalization for patients with major depressive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2007; 61:249-54.
10. Bimerew MS, Sonn FC , Kortenbout WP. Substance abuse and the risk of readmission of people with schizophrenia at Amanuel Psychiatric Hospital, Ethiopia. *Curationis*. 2007; 30:74-81.
11. Mercer GT, Molinari V, Kunik ME, Orenge CA, Snow L, Rezabek P. Rehospitalization of older psychiatric inpatients: an investigation of predictors. *Gerontologist*.1999; 39:591-8.
12. Walker R, Minor-Schork D, Bloch R, Esinhart J. High risk factors for rehospitalization within six months. *Psychiatr Q*.1996; 67:235-43.
13. Jaramillo L, Sánchez R. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. *Rev. Colomb. Psiquiat*, vol40/No.3/2011.
14. Chuan-Hsiung Lin, Wen-Ling Chen, Predictors of psychiatric in the short-and long-term: a population – based study in Taiwan. *Clinical Science* 2010; 65(5):481-9.
15. D. Wasserman, Z. Rihmer, D. Rujescu, M. Sarchiapone, M. Sokolowski, D. Titelman, G. Zalsman, Z. Zemishlany, V. Carli. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry* 27 (2012) 129-141.
16. WHO Report, Adherence to long-term therapies: evidence for action. WHO library cataloguing-in-publication data, 2003
17. Lopez Castromán, J, Baca-García E, Orquendo MA. Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Rev Psiquiatría Salud Mental*. 2009; 02 (01):42-8
18. Julius RJ, Novitsky MA, Dubin WR. Medication Adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract* 2009; 15:34 -44
19. NICE. Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. *NICE Clinical Guideline* 76; January 2009
20. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar. *Apgar familiar. Aten Primaria* 1996; 18: 289-96.

"PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL"



El presente libro "Psiquiatría y Salud Mental", producto de la Sociedad Chilena de Salud Mental, se encuentra enfrentado a una serie de problemas y desafíos que acucian a la psiquiatría en general y a la salud mental en Chile en especial. Cincuenta profesionales psiquiatras, psicólogos, neurólogos, psicoanalistas, enfermeras, asistentes sociales, sociólogos, terapeutas ocupacionales, químicos farmacéuticos se encargan de la titánica tarea de responder a estas incógnitas actuales pero también, con honestidad intelectual, señalar nuestras ignorancias e insuficiencias, porque su fundamento último reposa en la vocación que nos trasmitió Hipócrates: enseñar a sanar aunque sobre todo a acompañar a estos pacientes y sus familiares al interior de la comunidad.

Número de páginas: 1.039.