

Frecuencia y determinantes de reingreso hospitalario en pacientes con trastorno mental grave

Frequency and determinants of the re-entry in patients with serious mental disorder

Nancy Milena Campo Alegría¹, Laura Milena Cardona Marín², Jenny Carolina López Pacheco³, Robinson Pacheco⁴

1. Cristus Sinergia Centros Ambulatorios, Popayan, Colombia

2. Servicio Occidental de Salud EPS, Md Cohorte Riesgo nacional. Popayan, Colombia

3. SENA-Centro de Formación de Talento Humano en Salud, Bogotá, Colombia

4. Universidad Libre, Facultad de ciencias de la Salud, Grupo de Investigación en Epidemiología y Servicios, Cali, Colombia

Correspondencia: Nancy Milena Campo Alegría, Correo: namy0520@yahoo.es

Recibido: 17 agosto de 2018

Aceptado: 28 noviembre de 2018

Publicado: 15 febrero de 2019

Palabras clave: Reingreso hospitalario, adherencia, hospitalización, trastorno mental grave, esquizofrenia, trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar

Keywords: Hospital readmission, adherence, hospitalization, severe mental disorder, schizophrenia, depressive disorder, bipolar affective disorder

Citación: Campo ANM, Cardona MLA, López PJC, Pacheco R. Frequency and determinants of the re-entry in patients with serious mental disorder. IJEPH. 2019; 2(1): e-016. doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.3.5499.

Resumen

Introducción: Se estima que al menos el 50% de los pacientes que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica se han re-hospitalizado durante el primer año del alta hospitalaria. Para reducir el impacto derivado de la atención en eventos de salud, el SGGC de Colombia, recomienda a las instituciones de salud optimizar los recursos de atención, evaluar y mejorar la calidad de la atención en la población que requiera hospitalización.

Objetivo: Identificar los determinantes relacionados con el reingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico compatible con trastorno mental grave en una IPS especializada de Cali - Colombia 2017.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en una IPS especializada en salud Mental de la ciudad de Cali, se incluyeron 105 casos y 315 controles. Para una muestra de 420 pacientes, se realizó un análisis bivariado y análisis multivariado.

Resultados: El 14.2% de los pacientes presentaron al menos un reingreso. El trastorno afectivo bipolar se presentó con mayor frecuencia en los reingresos con un 41%, pero no presentó asociación estadísticamente significativa con un OR ajustado: 0.94 (IC 95%: 0.53-1.67). El modelo final arrojó significancia estadística en la adherencia al tratamiento como un factor protector para prevenir el reingreso hospitalario en pacientes con TMG, OR ajustado: 0.35 (IC 95%: 0.21-0.58).

Conclusión: El total de pacientes, contribuyeron con 153 hospitalizaciones (20.7%). Por esta razón es importante hacer seguimiento al evento para establecer las causas de 1 reingreso y establecer las acciones para reducir la frecuencia.

Abstract

Introduction: It is estimated that at least 50% of patients who are regular users of psychiatric hospitalization services have been re-hospitalized during the first year of hospital discharge. To reduce the impact derived from the attention in health events, the SGGC of Colombia recommends that health institutions optimize care resources, evaluate and improve the quality of care in the population that requires hospitalization.

Objective: To identify the determinants related to hospital readmission in patients with a diagnosis compatible with Serious Mental Disorder in a specialized IPS of Cali - Colombia 2017.

Methods: A case-control study was conducted in an IPS specialized in Mental health in the city of Cali, 105 cases and 315 controls were included. For a sample of 420 patients. A bivariate analysis and multivariate analysis were performed. All calculations and statistical tests were performed at a 95% confidence level in the Stata 12 statistical program.

Results: 14.2% of the patients presented at least one reentry. Bipolar affective disorder occurred more frequently in readmissions with 41%, but did not present a statistically significant association with an adjusted OR of 0.94 (CI 95%: 0.53-1.67). The final model showed statistical significance in adherence to treatment as a protective factor to prevent hospital readmission in patients with TMG with an adjusted OR of 0.35 (CI 95%: 0.21-0.58).

Conclusions: The total patients, contributed with 153 hospitalizations (20.7%). For this reason, it is important to follow up the event to establish the causes of re-entry and establish actions that allow reducing their frequency.

Contribución clave del estudio

Objetivo	Identificar los determinantes relacionados con el reingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico compatible con trastorno mental grave en una IPS especializada
Diseño del estudio	Casos y controles
Fuente de información	Historia Clínicas de los pacientes con ingreso hospitalario por trastorno mental grave, con información retrospectiva
Población / muestra	Se analizó la información de los registros de pacientes: 105 casos y 315 controles para un tamaño de muestra de 420 registros. Se incluyeron a todos los pacientes re hospitalizados. Los controles, se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple.
Análisis estadísticos	Se realizó un análisis bivariado y multivariado. Se estimó odds ratio (OR). se realizó un análisis multivariado por medio de una regresión logística binomial.
Principales hallazgos	El modelo final arrojó significancia estadística en la adherencia al tratamiento como un factor protector para prevenir el reingreso hospitalario en pacientes con trastorno mental grave (OR ajustado: 0.35, IC 0.21-0.58, p: 0.000). El trastorno afectivo bipolar fue el diagnóstico que predominó (41.9%) de los reingresos. Los pacientes con trastorno depresivo tienen menor riesgo de reingresar (OR: 0.41) y los pacientes que al ingreso fueron adherentes al tratamiento con (OR: 0.29)

Introducción

El concepto de trastorno mental grave (TMG) surge, en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental. Intenta trascender la limitada perspectiva del diagnóstico clínico como base para organizar la atención sanitaria. Bajo este término se incluyen a todos los trastornos mentales de duración prolongada que conllevan a la presencia de una discapacidad y una disfunción social como consecuencia de los síntomas de la enfermedad (1). En las cinco dimensiones SIDDD se prioriza la atención de la salud mental: Seguridad hacia sí mismo y los demás; apoyo social y familiar; diagnóstico referido a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad; duración de la enfermedad y del tratamiento (considerando un tiempo superior a los dos años); presencia de discapacidad (referida a una afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa) (2).

En Colombia cerca del 40.1% de la población adulta ha tenido al menos un trastorno mental, y alrededor del 15.2% de los pacientes han sido hospitalizados por algún evento agudo de TMG (3). En atención a esta situación, el ministerio de salud de Colombia, ha establecido políticas de salud pública encaminadas a la prevención y atención de la salud mental de la población, como un modelo integrado en el marco de la atención primaria en salud: entre ellas está el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021; que prioriza la convivencia social y la salud mental con el objetivo de disminuir el impacto de la carga global de la enfermedad, la cual se estima para las enfermedades mentales en 33% de los años vividos con discapacidad (4-6).

A la complejidad del manejo del TMG y a la deficiencia en la cobertura de atención de los servicios especializados, se suma el impacto económico derivado del tratamiento (7). En Estados Unidos alcanzó los 148 billones de dólares anuales, mientras que los costos indirectos en países desarrollados son hasta seis veces superiores en comparación con los reportados en países en vías de desarrollo (8). Para reducir el impacto derivado de la atención en eventos de salud mental, el Sistema de Garantía de Gestión de la Calidad en Salud de Colombia, recomendó a las instituciones de salud optimizar los recursos de atención, evaluar y mejorar la calidad de la atención en la población que requiera hospitalización (9,10).

Uno de los principales indicadores de la calidad de la atención en pacientes psiquiátricos es la rehospitalización temprana conocida como “pacientes de la puerta giratoria”, definida como, la reinstitucionalización de un paciente, por la misma condición clínica, en los siguientes tres meses del egreso hospitalario. El reingreso en pacientes psiquiátricos crónicos puede llegar a un 66% (11-13). Se estima que al menos el 50% de los pacientes que son usuarios habituales de los servicios de hospitalización psiquiátrica se han re-hospitalizado durante el primer año del alta hospitalaria. Dentro de los principales determinantes de la re-hospitalización temprana, se reportan los relacionados con el comienzo y curso de la enfermedad, las características del cuadro psicopatológico, el tratamiento, el apoyo social y las experiencias vitales (14,15).

A pesar de la recomendación del ministerio de salud para que las instituciones especializadas en salud mental evalúen la calidad de la atención en salud, por lo cual es importante conocer la frecuencia y los determinantes de la re-hospitalización en salud mental. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia y los determinantes del reingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico compatible con TMG atendidos en una IPS especializada en salud mental de Santiago de Cali.

Métodos

Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles, con recolección de la información de manera retrospectiva, en pacientes con diagnóstico compatible con trastorno mental grave dados de alta en una Institución Prestadora de Salud especializada de Cali Colombia. Se realizó una revisión de la base de datos del sistema de información de la IPS de los registros con fecha entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2017.

Se incluyeron todos los registros de pacientes adultos de ambos sexos, con TMG, clasificada según los códigos CIE-10, que fueron hospitalizados con diagnóstico de enfermedad mental grave. Se definió como caso a todo registro de pacientes que fue re-hospitalizado durante un periodo menor a tres meses por la misma causa de una hospitalización previa en un periodo de tres meses posteriores al egreso, y como control, a todo registro de pacientes que durante los siguientes tres meses al egreso no fue re-hospitalizado por la misma causa.

Tamaño de muestra y muestreo

Se analizó la información de todos los registros de pacientes que cumplieron los criterios de selección, 105 casos y 315 controles para un tamaño de muestra de 420 registros. Como se incluyeron a todos los pacientes re-hospitalizados no se precisó la estrategia de muestreo en los casos. Con respecto a los controles, se realizó un muestreo aleatorio simple para seleccionarlos (Figura 1).

Para determinar el poder del número de registros incluidos en el estudio, se verificó el tamaño y poder de la muestra a través del paquete estadístico Openepi disponible en <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCC.htm>, teniendo en cuenta una confiabilidad del 95%, una potencia del 80%, tomando tres controles por cada caso, con una proporción hipotética de exposición en los controles de 40% para la variable reingreso y en los casos de 60%, y un OR de 2, para un tamaño de muestra sugerido de 88 casos y 264 controles.

Área de estudio

Se realizó en una Institución prestadora de servicios de salud (IPS) privada de segundo nivel de atención; ubicada en la ciudad de Santiago de Cali; prestadora de servicios en salud mental en la población asegurada y la población en general en modalidad ambulatoria y hospitalaria; con sede principal en la ciudad de Cali cuenta con los servicios de psicología, psiquiatría, trabajo social y terapia ocupacional; en los municipios de Buga y Palmira con los servicios de psicología y psiquiatría, cuenta con los criterios de habilitación de la SSPM. Actualmente cuenta con nueve psiquiatras y cuatro médicos generales expertos, entrenados en el manejo de personas con patologías mentales. El área de

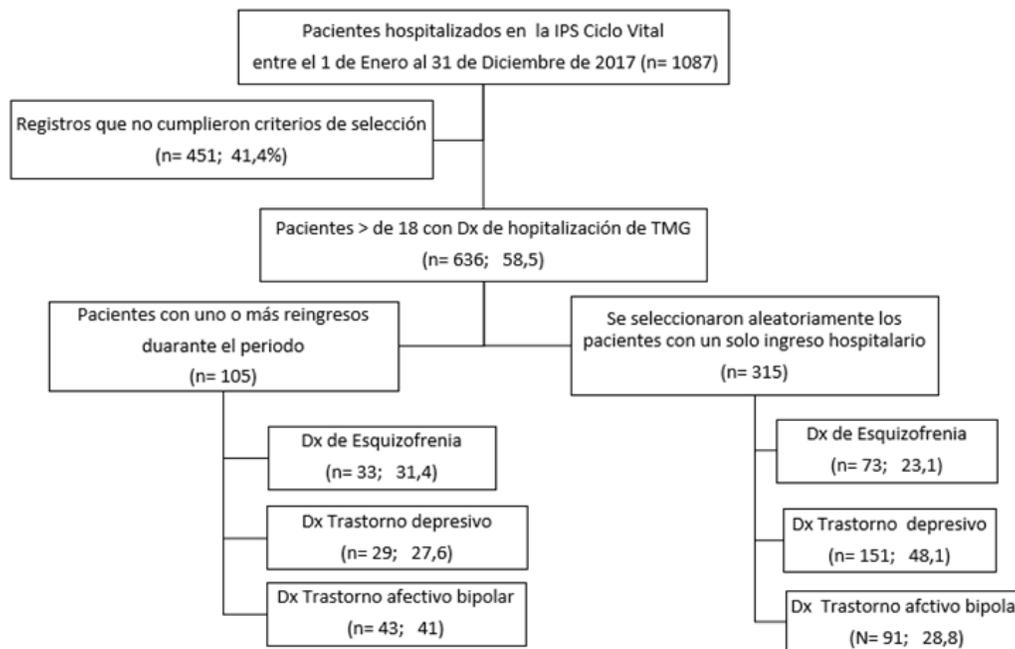


Figura 1. Diagrama para la selección de pacientes ≥ 18 años con trastorno mental grave. Ciclo Vital IPS

hospitalización cuenta con la habilitación de 17 camas en sala mujeres y 13 camas en sala hombres y 12 camas en sala mixta, el servicio de hospital día y el centro de rehabilitación psicosocial con programas adscritas a la IPS; con el objetivo de brindar a las personas una prestación integral de servicio.

Consideraciones éticas

Esta investigación estuvo regulada por la normatividad nacional según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de la Universidad Libre como una investigación con riesgo mínimo según acta No. 02 del 30 de abril de 2018.

Fuente de la información

Toda la información social, demográfica y clínica se obtuvo de los registros médicos de los pacientes ingresados al estudio, la cual fue consignada en una base de datos electrónica (Excel® Windows 2010) construida para el estudio. Toda la información de las variables de exposición fue recolectada, sin que los investigadores conocieran la clasificación de caso o control de los registros. Para medir la variable adherencia se tomó el dato descrito por el médico en la historia clínica, al igual que el consumo de SPA en el que se incluyeron todas las sustancias referidas por los pacientes en el momento de la consulta.

Para proteger la identidad de los participantes, se enmascaró el nombre y la identificación de los pacientes.

Análisis estadístico

La información fue analizada en el software estadístico Stata 14.0® (Stata Corp, 2014, College Station, TX, USA). La descripción de las características de la población de estudio, se realizó a través de estadística descriptiva. Las variables numéricas se resumieron

usando como medidas de tendencia central al promedio o la mediana y como medida de dispersión a la desviación estándar o los rangos intercuartílicos según correspondieran. La normalidad se contrastó a través de la prueba estadística Shapiro Wilk, asumiendo como hipótesis nula que esta proviene de una muestra con distribución paramétrica y como hipótesis alterna que proviene una distribución no paramétrica, de igual manera se asumió como valor significativo valores de $p \leq 0.05$. Las variables cualitativas se resumieron a través de proporciones y se presentaron en tablas de frecuencia. Para explorar las posibles asociaciones entre las variables de exposición y la variable de desenlace “tener o no reingreso hospitalario” se usaron tablas de contingencia y la fuerza de asociación se midió a través odds ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%.

Se estimó la fuerza de esa asociación a través del odds ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza. Para la comparación de variables categóricas entre casos y controles, se utilizó el test estadístico χ^2 o prueba de Fisher y para las cualitativas la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, según criterios de normalidad. Posteriormente, se realizó un análisis multivariado por medio de una regresión logística binomial para ajustar por posibles confusores y determinar las variables que de manera independiente se asociaran con tener o no un reingreso hospitalario. En la construcción de los modelos, se incluyeron aquellas variables que en el análisis bivariado reportaron valores de p menores o iguales a 0,20. Se seleccionó el modelo que involucrara el menor número de variables con la prueba estadística razón de verosimilitudes.

Resultados

De los 1,087 ingresos hospitalarios reportados, se descartaron 249 registros repetidos y 99 que solo tenían un día de ingreso por lo tanto no correspondían a hospitalizaciones, quedando así un total de 739 registros, de los cuales 636 correspondieron a hospitalizaciones

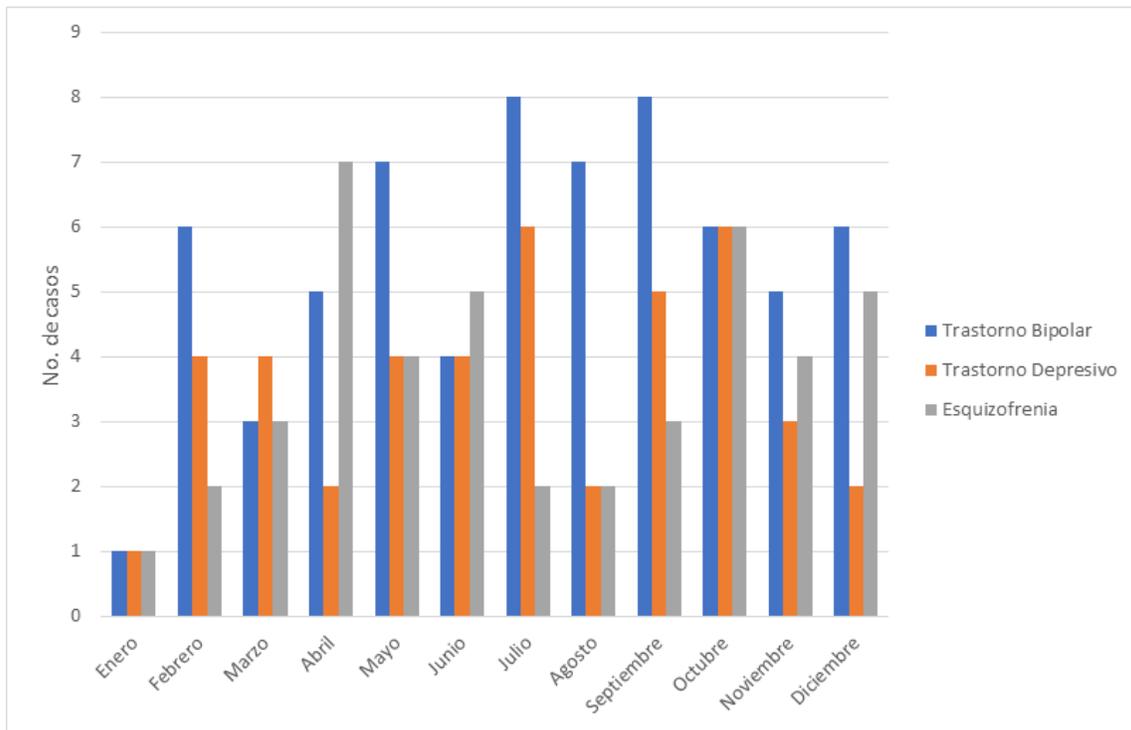


Figura 2. Casos de rehospitalización por mes en la IPS Ciclo Vital por Diagnósticos Principales. 2017

por TMG en mayores de 18 años, de estos se seleccionaron todos los registros que cumplieran con los criterios para ser clasificados como casos en total 105. De los 531 registros que cumplieron los criterios para ser clasificados como controles se seleccionaron aleatoriamente 315 registros.

Del total de la población hospitalizada en la institución durante el periodo de estudio, el 14.2% presentó al menos un reingreso y solo dos pacientes reingresaron en cuatro ocasiones durante los tres meses siguientes a su egreso por la misma causa.

Los reingresos durante el periodo de estudio se presentaron desde inicio de año. En todos los meses hubo al menos un caso por cada diagnóstico, en promedio 12.7 casos; siendo el mes de enero el de menor número con 3 (2.0%) casos y los meses de julio, septiembre y octubre con el mayor número en promedio 16 casos (11.1%), en cuanto a los diagnósticos de ingreso: 33 (31.4) de los pacientes se rehospitalizaron por Dx de esquizofrenia, 29 (27.6) por trastorno depresivo y 43 (41.0%) por trastorno afectivo bipolar (Figura 2).

Con respecto a las características demográficas, la edad presentó una mediana para los casos de 37 y para los controles de 47; el 50% de la población de estudio era mayor de 44 años, el 58% pertenecía al sexo femenino; el estado civil soltero fue el más frecuente en 31% pacientes; para la escolaridad en mayor proporción el 52% tenían escolaridad secundaria, en la ocupación el 60% estaban laboralmente activos; en lo concerniente a la residencia predominó la zona urbana con el 90%; en la dependencia económica el 50% dependía económicamente de sus familiares y el 86% reportaron tener apoyo de un cuidador (Tabla 1).

En lo referente a las características clínicas, los diagnósticos se distribuyeron así; 25% ingresaron por esquizofrenia, 42% por trastorno depresivo, y el 31% por trastorno afectivo bipolar; con

respecto a la presencia de comorbilidades el 61% no las padecían; en cuanto al consumo de sustancia psicoactivas se encontró con mayor frecuencia que el 81% no las consumían; en cuanto al seguimiento posterior a la hospitalización el 95% si lo tenían; en lo referente a la adherencia al tratamiento posterior al egreso 70% si fueron adherentes; para la entrega oportuna del medicamento al 91% le entregaron oportunamente; en cuanto al total de reingresos durante el periodo de estudio se encontró que el 62% tuvieron 1 reingreso, 30% tuvieron 2 reingresos, 3% tuvieron 3 reingresos y 3% tuvieron 4 reingresos (Tabla 1).

Se encontró que ninguna de las variables socioeconómicas presentó una asociación. De las variables clínicas se encontraron cuatro: diagnóstico de trastorno depresivo se encontró que protege de una rehospitalización (OR: 0.41) y para el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar se encontró un riesgo mayor de reingresar (OR: 1.8). En cuanto al consumo de SPA se obtuvo un OR de 2.0, encontrando que los pacientes con esta condición tienen mayor probabilidad de reingresar; y finalmente para la adherencia farmacológica se obtuvo un OR de 0.28, siendo un factor protector para evitar el reingreso (Tabla 2).

El análisis multivariado de regresión logística, en el que la variable dependiente fue el reingreso hospitalario; no se observó asociación estadísticamente significativa con las siguientes variables: trastorno afectivo bipolar, trastorno depresivo y consumo de SPA (Tabla 3). El modelo final arrojó como variable independiente y estadísticamente significativa la adherencia al tratamiento como un factor protector para prevenir el reingreso hospitalario en pacientes con TMG con un OR ajustado de 0.35.

Discusión

La presente investigación evaluó la frecuencia y determinantes del reingreso hospitalario en pacientes con diagnóstico de trastorno

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la población de estudio

Característica	Descripción	Medidas resumen		Característica	Descripción	Medidas resumen	
		n	%			n	%
Edad (años)	18-44	210	50.0	Presencia de cuidador	Si	364	86.6
	≤45	210	50.0		No	56	13.3
Sexo	Hombre	183	43.5	Parentesco con el cuidador	Esposa (o)	131	36.0
	Mujer	237	56.4		Padres	104	28.5
Estado civil	Soltero	130	30.9		Hijos	71	19.5
	Casado	123	29.2		Hermanos	46	4.6
	Separado	95	22.6		Otros familiares	9	3.2
	Unión libre	60	14.2	Diagnóstico esquizofrenia	Si	314	25.2
	Viudo	12	2.8		No	106	74.7
Escolaridad	Ninguno	7	1.6	Diagnostico trastorno depresivo	Si	180	42.8
	Primaria	102	24.2		No	240	57.1
	Secundaria	220	52.3	Diagnostico trastorno afectivo bipolar	Si	286	68.1
	Técnico	64	15.2		No	134	31.9
	Universitario	27	6.4		Presencia de comorbilidades	Si	162
Ocupación	Labora	254	60.4	No		258	61.4
	No labora	166	39.5	Consumo de SPA	Si	79	18.8
Tipo de domicilio	Urbano	381	90.7		No	341	81.1
	Rural	9	9.2	Numero de reingresos	1	66	62.8
Dependencia económica	Si	214	50.9		2	34	32.3
	No	206	49.0		3	3	2.8
De quien depende económicamente	De la familia	209	49.7		4	2	1.9
	De sus propios ingresos	206	49.0	Seguimiento ambulatorio	Si	402	95.7
	De otras personas	5	1.1		No	18	4.2
				Adherencia al tratamiento	Si	296	70.4
					No	124	29.5
				Entrega oportuna del medicamento	Si	383	8.8
					No	37	91.1

mental grave en un centro especializado de salud mental de la ciudad de Cali, durante el año 2017. Se encontró que en total 105 pacientes presentaron al menos un reingreso temprano en la IPS durante el periodo de estudio, esta cifra corresponde al 14.2% del total reingresos en la institución, semejante a lo encontrado en el Hospital Mental de Risaralda que 320 (13.8%) pacientes presentaron al menos un reingreso temprano durante los años 2011 a 2013 (16); en Barcelona (España) encontraron a los 30 días de egreso el porcentaje de reingresos fue de 14.7% (11,17); En Europa, el porcentaje de reingreso fue mayor, se encontraron reingresos por trastorno mental en un 26.5% en la población de estudio (18). Esta diferencia puede corresponder al tipo de población estudiada y características estudiadas.

En nuestro estudio, el trastorno afectivo bipolar fue el diagnóstico que predominó (41.9%) de los reingresos, similar a lo encontrado en Antioquia donde se reportó un 46.8% de reingresos con este diagnóstico (19). En cuanto adherencia al tratamiento se encontró que el 70% de los pacientes fueron adherentes, hallazgo que guarda relación con el estudio realizado Antioquia en el que el 72.5% de la población estudiada fue adherente (19).

Tres de las variables clínicas incluidas en el estudio dieron una

asociación. Los pacientes con trastorno depresivo tienen menor riesgo de reingresar OR: 0.41, al igual que los pacientes que al egreso fueron adherentes al tratamiento con (OR: 0.29) (Tabla 3). En cuanto al consumo de SPA solo el 27.6% de los pacientes que reingresaron las consumían. Al contrastar nuestros resultados con otros estudios sobre factores asociados con el reingreso de pacientes psiquiátricos, se encuentra un mayor porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas con un 80.3% de los casos que tuvo al menos un reingreso (16).

De los factores sociodemográfico se pudo determinar que predominó el área urbana (90.7%) como procedencia de los pacientes, este resultado fue similar a lo reportado en el estudio realizado en Risaralda donde la población urbana correspondió al 95% (16), aunque la procedencia no guarda relación con los reportes de distribución de patología mental en nuestro país; según la Encuesta Nacional de Salud Mental del año 2015, la

Tabla 2. Evaluación de los factores de riesgo. Análisis bivariado

Característica	Descripción	n	Casos	Controles	OR	IC (95%)	Valor p
Sexo	Masculino	183	44	139	1,0	0.68 -1.75	0.69
	Femenino	237	61	176			
Escolaridad	Si	413	104	309	2,0	0.24-93.75	0.50
	No	7	1	6			
Estado civil	Tiene pareja	183	40	143	0.7	0.45-1.18	0.19
	No tiene pareja	237	65	172			
Dependencia económica	Si	214	60	154	1.3	0.87-2.23	0.14
	No	206	45	161			
Ocupación	Trabaja	254	65	189	1.0	0.67-1.75	0.72
	No trabaja	166	40	126			
Presencia de cuidador	Si	364	92	272	1.1	0.55 - 2.37	0.74
	No	56	13	43			
Esquizofrenia	Si	105	32	73	1.4	0.85-2.43	0.13
	No	315	73	242			
Trastorno depresivo	Si	180	29	151	0.4	0.24-0.68	0.003
	No	240	76	164			
Trastorno afectivo bipolar	Si	135	44	91	1.8	1.09 - 2.87	0.01
	No	285	61	224			
Comorbilidades	Si	162	38	124	0.8	0.53 -1.41	0.56
	No	258	67	191			
Consumo de SPA	Si	79	29	50	2.0	1.148- 3.51	0.00
	No	341	76	265			
Seguimiento ambulatorio	Si	402	104	298	5.9	0.90 - 250.24	0.05
	No	18	1	17			
Adherencia al Tto farmacológico	Si	296	52	244	0.2	0.17 -0 .46	0.00
	No	124	53	71			
Entrega oportuna de medicamento	Si	383	91	292	0.5	0.24 - 1.12	0.05

prevalencia para toda la vida de cualquier trastorno mental en adultos alcanza en zonas urbanas el 10% y en zonas rurales el 6.1% (3). La representación baja de la población rural en este estudio está relacionada con el tipo de régimen de salud que atiende la institución ya que solo presta servicios a EAPB del régimen contributivo. Con respecto a la asociación de las variables, sociodemográficas y personales con el reingreso de los pacientes psiquiátricos, no se encontró una asociación estadísticamente significativa.

Aunque el sexo no presentó significancia estadística el 58% de los pacientes que reingresaron eran del sexo femenino, situación que concuerda con estudios realizados en el país. En un estudio realizado en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Bogotá donde la mayor parte de reingresos 59.2% correspondieron a mujeres (20), mientras que el estudio realizado en Hospital mental Universitario de Risaralda se encontró que el 60% de lo reingresos pertenecía al sexo masculino (16).

Las personas con trastorno mental grave (TMG) se caracterizan por presentar una serie de dificultades que incrementan su fragilidad para hacer frente a las incidencias de la vida cotidiana y conllevan asociada la necesidad de una ayuda continuada para poder alcanzar el mayor nivel de autonomía personal posible. Así, muchas personas con TMG presentan dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y el mantenimiento de una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos (21).

En Colombia, luego de la ley 100, se ha dado un proceso paulatino de “deshospitalización” (egreso hospitalario de las personas con trastornos mentales). Sin embargo, la reducción de las estancias hospitalarias no ha significado un cambio de paradigma en la atención de las personas con trastornos mentales, siendo aún la hospitalización el eje de la atención de las mismas, mientras que las alternativas de atención y rehabilitación en comunidad son pocas (22).

Tabla 3: Evaluación de los posibles factores de riesgo. Análisis multivariado

Característica	Descripción	n	Casos (n)	Controles (n)	OR	IC (95%)	p	OR ajustado	IC (95%)	p
Trastorno Afectivo Bipolar	Si	135	44	91	0.4	0.24 -0.685	0.00	0.9	0.53 -1.67	0.83
	No	285	61	224						
Trastorno Depresivo	Si	180	29	151	0.4	0.24 -0.685	0.00	0.5	0.31 -1.03	0.06
	No	240	76	164						
Consumo de SPA	Si	79	29	50	2.0	1.14 - 3.51	0.00	1.5	0.86 -2.63	0.14
	No	341	76	265						
Adherencia al tratamiento	Si	296	52	244	0.2	0.17 -0.467	0.00	0.3	0.21-0.58	0.00

Es importante mencionar que el dato para la medición de la adherencia y el consumo de SPA, en este estudio se obtuvo de los registros médicos en historia clínica, y no se utilizó un instrumento para tal fin por la naturaleza retrospectiva del mismo, a lo que se puede atribuir la diferencia de los resultados en otros estudios.

Debilidades

- Dada la naturaleza retrospectiva de este estudio y que la información no se recolectó para fines de investigación si no para fines de atención en salud, algunas mediciones pudieran no ser tan precisas lo que podría llevar a un sesgo de información, por lo que se descartaron aquellos registros en los que la información no estaba completa (23).
- Aunque la mayor parte de los pacientes tuvo seguimiento ambulatorio y entrega oportuna de medicamentos, esta fuera del alcance de nuestro estudio establecer si la accesibilidad y oportunidad de estas consultas fueron las adecuadas, y la continuidad en la entrega del medicamento; teniendo en cuenta las dificultades de nuestro Sistema de Salud (20).
- Teniendo en cuenta que el estudio se desarrolló en una sola institución y que todos los pacientes pertenecían al régimen de aseguramiento contributivo los datos no son extrapolables a la población en general.

Fortalezas

- Aunque se realizó en una sola institución se incluyó una muestra mayor a la sugerida para los casos y controles, ya que se incluyeron todos los reingresos y aleatoriamente se seleccionaron tres controles por cada caso para aumentar el poder del estudio (24).
- El sesgo de confusión se controló realizando un análisis de regresión logística para definir las variables que presentaron una verdadera asociación en la ocurrencia del evento y el sesgo de selección se controló definiendo claramente que los reingresos correspondían a pacientes que tuvieran más de un ingreso hospitalario durante el período de estudio (25).

Conclusiones

El total de pacientes que reingresaron aportaron 153 hospitalizaciones (20.7%) del total de las 739 hospitalizaciones presentadas en el año 2017 en la IPS Ciclo Vital. Por esta razón, es importante hacer seguimiento a este evento para intervenir puntualmente a los pacientes que presentan más de un reingreso para establecer las causas y tomar acciones que permitan disminuir la frecuencia de estos. Los reingresos hospitalarios generan un

incremento de los costos en los sistemas de salud y aumenta los efectos negativos sobre los sistemas de apoyo familiar y de soporte social que tienen los pacientes. Los reingresos hospitalarios se consideran como un indicador de calidad en la atención psiquiátrica y también es importante tenerlos en cuenta para medir la gravedad de la enfermedad.

Agradecimientos

A la IPS que aceptó su participación en el estudio y a los pacientes quienes aportaron de manera indirecta su información la cual fue el insumo primordial para la realización de esta investigación y a la maestría en Epidemiología de la universidad Libre por su acompañamiento durante el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. Peral PM, Asencio JMM, Montes AA. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo. *Anales Sis San Navarra*. 2014; 37(2): 223-233. doi: 10.4321/S1137-66272014000200005.
2. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997;32(4):177-84.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias,. Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 384 p.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014;
6. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS One*. 2015; 10(2): e0116820. doi: 10.1371/journal.pone.0116820.

7. Valencia CM. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Salud Mental. 2007; 30(2):75–80.
8. Ministerio de la Protección Social; Fundación FES Social. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social; 2005.
9. Ministerio de Salud. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993.
10. Lana F, Fernández San Martín MI, Vinué JM. Variabilidad en la práctica medicopsiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. Actas Esp Psiquiatr. 2004; 32(6): 340–5.
11. Ortega AO. ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría?. Estudio de reingresos en una Unidad de Corta Estancia. Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina, Universidad de Zaragoza, España; 2012.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016
13. Montgomery P, Kirkpatrick H. Understanding those who seek frequent psychiatric hospitalizations. Arch Psychiatr Nurs. 2002; 16(1): 16-24.
14. WHO. Mental Health Atlas 2011. Genova: WHO; 2011. Available from: http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/
15. Ordóñez I, Peña D. Frecuencia y características de pacientes con reingreso temprano en el hospital mental universitario de Risaralda en los años 2011 a 2013. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira; 2015.
16. Lana F, Fernández San Martín MI, Vinué JM. Variability in psychiatric medical practice evaluated by studying short-term psychiatric rehospitalization. Actas Esp Psiquiatr. 32(6):340–5.
17. Díaz GJA. Evaluación de los ingresos y reingresos psiquiátricos agudos en los hospitales públicos de canarias en el periodo 2000-2010. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria España; 2013.
18. Díaz SCM, Orozco MAJ, Villán RNC. Factores asociados con la readmisión de pacientes psiquiátricos en el oriente antioqueño en 2014. Med UPB. 2016;35(1):17–23.
19. Sánchez R, Jaramillo LE, Herazo MI. Factores asociados a rehospitalización temprana en psiquiatría. Biomédica. 2013; 33(2): 276–82.
20. Lascorz D, López V, Pinedo C, Trujols J, Vegué J, Pérez V. Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2018; 11(3): 156-168.
21. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 4886: Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental; Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social; 2018.
22. Hernández-Ávila M, Francisco Garrigo MC, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2008;46(1):438–46.
23. Lazcano-ponce E, Salazar-Martínez E, Hernandez-Avila M.. Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. Salud Publ Mexico. 2001; 43(2):135–50.
24. Restrepo SMM, Gómez-Restrepo C. Sesgos en diseños analíticos. Rev Colomb Psiquiatr. 2004; 32(3):327–35.
25. Jaramillo LE, Sánchez R, Herazo MI. Factores relacionados con el número de rehospitalizaciones en pacientes psiquiátricos. Rev Colomb Psiquiatr. 2011; 40(3):409–19.

©Universidad Libre 2018. Licence Creative Commons CCBY-NC-ND-4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

