

# Variabilidad en el concepto y uso de los ingresos programados en la Unidad de Gestión Clínica de Valme

Este análisis de la evidencia existente en cuanto al ingreso programado se realiza con el objetivo de disminuir la variabilidad en cuanto a su concepto y con el propósito de mejorar su uso en el área de salud mental de Valme. Dicha búsqueda de evidencia se ha realizado por el grupo local de gestión del conocimiento constituido por:

- M<sup>a</sup> José Ariza (enfermera)
- Matilde Blanco (psiquiatra)
- Rosario García Solier (psicólogo)
- Fco. Gotor (psiquiatra)
- José Labrador (psiquiatra)
- Joaquín Martín (psiquiatra)

La elección del tema se realizó mediante un método Delphi modificado. Todos los componentes del grupo local propusieron de 3 -5 temas tras consultar con sus respectivos dispositivos.

Se identificaron 28 áreas en las que se consideró que existía margen para mejorar el funcionamiento. Estos temas se puntuaron mediante una escala Likert de 0-5. Se produjo un triple empate a 24 entre los siguientes temas:

- Indicación de ingreso, programado y urgente, de los trastornos de Personalidad.
- Concepto y uso de ingreso programado
- Manejo de autolisis en urgencias

Se consultó a la coordinación de la UGC que optó por el tema Concepto y Uso del ingreso programado posponiendo el tema de los trastornos de personalidad y delegando el trabajo con respecto a la autolisis al grupo de trabajo conjunto con Urgencias Generales.

Inicialmente cada uno de los miembros realizó una búsqueda independiente con los términos que consideraron oportunos y que constan en los siguientes historiales de búsqueda:

-Búsqueda en tripdatabase utilizando los términos psychiatric planned hospital stay, mental health planned hospital stay, y mental health planned hospitalization. Tras la lectura de los abstracts se excluyeron aquellos documentos referidos a ingresos programados en patologías somáticas y altas programadas en psiquiatría.

Se encuentra una revisión sistemática considerada inicialmente adecuada al tema (**Length of hospitalisation for people with severe mental illness.**)

- Búsquedas en Pubmed:

- **Search ("Patient Admission"[Mesh] OR "Hospitalization"[Mesh] OR "Patient Readmission"[Mesh] OR "Patient Admission"[Mesh] OR**

**"Inpatients"[Mesh] AND (Emergency OR Elective OR planned) AND  
"Mental Disorders"[Mesh]**

Esta búsqueda arroja un resultado de 24 revisiones sistemáticas y 62 estudios randomizados controlados, tras la lectura de los abstracts se consideraron relacionados con el tema 1 revisión sistemática (ya localizada en la búsqueda en try) y un artículo:

***Length of hospitalisation for people with severe mental illness.(1)***

Alwan NA, Johnstone P, Zolese G. Government Office for Yorkshire & the Humber, New Station Street, Leeds, West Yorkshire, UK LS1 4US.

[nisreen\\_alwan@hotmail.com](mailto:nisreen_alwan@hotmail.com).

1: Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD000384.

Comment in: Evid Based Ment Health. 2008 Nov;11(4):124.

Update of: Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000384.

El autor concluye en que los efectos de la hospitalización y la duración del ingreso son importantes para la política de salud mental. Se encuentran datos limitados aunque los indicios sugieren que la política de ingresos programados de corta duración no incrementa la puerta giratoria ni desestructura el cuidado de los pacientes con trastornos mentales graves. Concluye que son necesarios más estudios. Dichas conclusiones se basan en sólo 6 eca, 2 de los cuales no están relacionados con la programación de los ingresos sino con su duración ( Burhan AS. Shrt term hospital treatment: a study. Hospital and Community Psychiatry 1969;20: 369-70 (2), y Kennedy P, Hird F. Description and evaluation of a short stay admission ward. British Journal of Psychiatry 1980; 136: 205-15 (3).

***Scheduled intermittent hospitalization for psychiatric patients.***

Dilonardo JD, Connelly CE, Gurel L, Seifert RF, Kendrick K, Deutsch SI.

Psychiatr Serv. 1998 Apr;49(4):504-9.

Center for Substance Abuse Treatment, Rockville, MD, USA.(4)

En este estudio se evalúa el papel de los ingresos programados intermitentes en la hospitalización, el ajuste comunitario y la autoestima de pacientes TMG. 55 varones adultos con diagnóstico psiquiátrico en el eje I con ingresos de repetición en los últimos 2 años: el grupo experimental tenía prefijado 4 ingresos hospitalarios (9-11 días) al año, el grupo control tenía el acceso tradicional al ingreso. Se recogen los días de estancia, el ajuste comunitario y la autoestima durante y después de la intervención. El grupo de los ingresos programados experimentó mejoría en la autoestima, el afecto y los síntomas físicos en un año. No hubo variaciones en el número de días de ingreso, el manejo del dinero, el uso de sustancias o bienestar psicológico. Plantean que los ingresos programados podrían ser una alternativa al cuidado tradicional para los pacientes de puerta giratoria, mejorar su bienestar y reducir la recurrencia de crisis que precipitan la hospitalización.

- Search ("psychiatry"[MeSH Terms] OR "psychiatry"[All Fields] OR "psychiatric"[All Fields]) AND planned[All Fields] AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields]) AND stay[All Fields]

37 registros, 4 revisiones sistemáticas y 33 artículos, de los cuales 2 se relacionan con el tema de los ingresos programados.

**The Nordic Comparative study on Sectorized Psychiatry-length of in-patient stay**

Acta Psychiatrica Scandinava 1999 Sep; 100(3): 220-8

Oiesvold T, Saarento O, Syttema S, Christiansen L, Göstas G, Lönnerberg O, Muus S, Sandlund M, Hansson L. Salten Psychiatric Centre, Nordland Psychiatric Hospital, Bodø, Norway. (5)

Realizan un estudio de la duración de la hospitalización y diversas características de los pacientes con primeros ingresos. Encuentran una relación proporcional entre los ingresos programados y la duración de la estancia.

**Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care**

BMJ. 1999 Sep 11; 319(7211): 711-2.

**Johnstone P, Zolese G.** Berkshire Health Authority, Reading, Berkshire RG30 2BA. [paul.johnstone@Exchange.berks-ha.nhs.uk](mailto:paul.johnstone@Exchange.berks-ha.nhs.uk) (6)

Analizan 4 ensayos que incluyen 628 pacientes. El metanálisis no muestra diferencias con respecto al reingreso, la pérdida de seguimiento ni las altas voluntarias al comparar el grupo experimental de ingresos programados con respecto al ingreso tradicional. 3 de los 4 ensayos encuentran que se dan menos retrasos en el alta de los ingresos programados. 2 de los estudios muestran mejor integración laboral en los 2 años siguientes en el grupo de ingresos programados. Comparativamente los ingresos programados de corta duración resultan 3 veces más baratos que el ingreso tradicional. El concepto de ingreso programado en la bibliografía recogida es:

- Ingreso programado de corta duración (Glick, 1975, 76): **Short versus long hospitalization: a prospective controlled study. II. Results for schizophrenic inpatients.** **Glick ID, Hargreaves WA, Raskin M, Kutner SJ.**(7) **Short versus long hospitalization: a prospective controlled study. V. One-year follow-up results for nonschizophrenic patients.** **Glick ID, Hargreaves WA, Druess J, Showstack JA**(8): programado corto: 21-28 días, plan de alta precoz, evaluación rápida, resolución de crisis y plan de rehabilitación a largo plazo. Ingreso Standard: 90-120 días, valoración después de 2 semanas incluida psicoterapia.
- Ingreso programado de corta duración (**Brief hospitalization of patients with families: initial results.** **Herz MI, Endicott J, Spitzer RL,** (9): 7 días de ingreso con alta planificada y derivación a hospital de día o tratamiento comunitario.
- Ingreso programado (**Shortening hospital stay for psychiatric care.**
- **Hirsch S.**(10): Alta planificada en menos de 8 días.

Se realiza una búsqueda en google sobre ingresos programados en español, hallándose las siguientes referencias de interés:

- **Resolución del Servicio Andaluz de Salud SC 261/2002, de 26 de diciembre**(11):

En su segundo punto recoge que el ingreso desde el punto de vista sanitario puede ser:

a) **PROGRAMADO**. Si su indicación procede de los dispositivos comunitarios de salud mental.

b) **NO PROGRAMADO**. Si su indicación es resultado de una situación de urgencia.

Sin embargo no aclara cual de los 2 criterios pesa más en caso de que ambos se den simultáneamente. Tampoco se clarifica la situación con el punto séptimo:

### **EL INGRESO PROGRAMADO**

#### **Séptimo**

*El Equipo de Salud Mental que programe el ingreso de un paciente en la Unidad de Hospitalización del hospital correspondiente, procederá sucesivamente, conforme a los siguientes criterios:*

1. Establecerá contacto con la Unidad Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.

2. Evaluará si el paciente está en condiciones de emitir su consentimiento libre y conscientemente y quiere hacerlo. De ser así, y sin más trámites, ya que esta modalidad de ingreso no requiere autorización judicial, se procederá al traslado del paciente a la Unidad Hospitalaria.

3. Si el paciente no requiere o no puede emitir consentimiento válido, se informará a la familia de la conveniencia de su hospitalización y se prestará el asesoramiento necesario para que ésta solicite ante el Juzgado de 1ª Instancia competente (el del lugar del domicilio o residencia del paciente) la autorización judicial preceptiva para realizar el ingreso involuntario ordinario.

4. A tal fin, un facultativo del Equipo de Salud Mental, emitirá informe, en el se hará constar:

- Datos de identificación del paciente
- Facultativo que indica el ingreso
- A demanda de quién se ha producido la intervención sanitaria
- Breve descripción de las circunstancias que motivan el ingreso y el diagnóstico inicial.

5. El anterior informe, atendiendo a la circunstancia de cada caso, se entregará a la familia del paciente para que promueva la autorización judicial, o bien, en ausencia de parientes, será remitido a la Fiscalía de la Audiencia Provincial, para su tramitación ante el Juzgado competente.

6. Una vez obtenida la autorización judicial, a efectos de hacer operativo el ingreso en el Hospital General, se procederá al traslado del paciente conforme se establece en el apartado Decimosegundo.

7. Cuando la oposición del paciente a ser asistido y trasladado para su ingreso hospitalario así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad

### **- Manual del CMBD (10)**

Circunstancias del ingreso:

1. Urgente
2. Programado

## PROGRAMADO

Se considera ingreso programado el concertado con fecha anterior al mismo y al margen de si el paciente procede de lista de espera o no. Se realiza con una orden de ingreso programada.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Existen datos limitados sobre ingresos programados en la bibliografía actual desde el punto de vista terapéutico (6 ECA y 2 revisiones sistemáticas que incluyen ambas 4 de los artículos referidos). El objetivo principal de los estudios es la comparación entre los ingresos tradicionales y los programados como estrategia terapéutica alternativa en pacientes con trastorno mental grave.

El abordaje es conservador y limitado con la intención de demostrar que el uso de ingresos más recortados y programados no incrementa el fenómeno de puerta giratoria. La literatura se inclina hacia la igualdad de ambos sistemas en cuanto a readmisión, por lo tanto iría a favor de que la programación de los ingresos al menos no incrementa el fenómeno de puerta giratoria (1,4,6).

Sólo existe una referencia contraria que objetiva una relación positiva entre los ingresos programados y la duración de la estancia hospitalaria (5)

Parece que existen indicios a favor de los ingresos programados en unidades de hospitalización tradicional con respecto al ajuste social (menor índice de desempleo a los años) y en cuanto al coste del cuidado del paciente (6).

Asimismo también hay evidencia de que podrían mejorar la autoestima, el afecto y los síntomas físicos (4). Los ingresos programados podrían ser una alternativa al cuidado tradicional para los pacientes de puerta giratoria, mejorando su bienestar y reduciendo la recurrencia de crisis que precipitan la hospitalización. El concepto estaría próximo al de ingreso-respiro permitiendo la disminución de la tensión de los sistemas familiares-terapéuticos previamente a la aparición de la crisis y evitando con ello el desgaste de los elementos sanos de apoyo.

Las dificultades en el manejo del concepto de ingreso programado pueden radicar en la confusión entre los aspectos terapéuticos y administrativos y dentro de este apartado las diferencias entre el concepto incluido en el decreto 266/2002 (11) y la definición para el CMBD (12).

Con respecto a este punto destaca la homogeneidad de la Unidad de Gestión clínica de Salud Mental de Valme en el procedimiento de derivación de los pacientes desde las USMC a la Unidad de Hospitalización. Según los criterios del decreto estas derivaciones podrían encuadrarse en el concepto de ingreso programado pero no cumplirían los requisitos para ser etiquetados como programados desde el punto de vista del CMBD.

Es de tener en cuenta que los datos en los que se basan los indicadores del contrato programa proceden del CMBD.

Por lo tanto, existen dos áreas relacionadas pero independientes en las que se podría trabajar para mejorar la calidad de atención al paciente con respecto a los ingresos programados.

1. La terapéutica, que implicaría el desarrollo de estrategias innovadoras en el tratamiento de los TMG y que debería de pilotarse para poder extraer conclusiones basadas en la propia evidencia dada la escasez de datos a nivel internacional. Estos aspectos podrían ir incluidos en la línea de trabajo de la comisión de TMG que recientemente está comenzando a abordar la continuidad de cuidados y nuevos abordajes clínicos para los pacientes TMG.
2. Mejora de los aspectos administrativos para facilitar el acceso de los pacientes al hospital disminuyendo el tiempo de espera en urgencias, permitiendo la continuidad de información y planificando la llegada de pacientes para facilitar el funcionamiento de la Unidad de Hospitalización.

## **RECOMENDACIONES**

Ingresos programados desde el punto de vista administrativo:

- Procurar que existan formularios de ingresos programados en todos los dispositivos de Salud Mental.
- Análisis epidemiológico de la distribución de ingresos actuales para priorizar los días de menor afluencia para realizar los ingresos programados.
- Formalizar protocolo de derivación con Unidad de agudos.

Ingresos programados desde el punto de vista terapéutico:

- Analizar la posibilidad de incluir el ingreso programado como herramienta terapéutica en casos TMG especialmente complicados. Podría establecerse un protocolo de investigación prospectivo del área, con un grupo control de TMG con ingresos habituales y otro experimental con ingresos programados y comparar diferentes variables clínicas.
- Discusión del concepto en la comisión TMG, área, reunión de formación etc...
- Establecer protocolo piloto prospectivo con recogida de datos para evaluar eficacia.