

Reingreso psiquiátrico y calidad asistencial: una cuestión compleja

Jesús Herrera Imbroda

Facultativo Especialista de Área Psiquiatría

Unidad de Gestión Clínica Salud Mental. Hospital Regional Universitario de Málaga

Abril 2024. Psicoevidencias nº 65. ISSN 2254-4046

El reingreso temprano de pacientes en una unidad de hospitalización de salud mental (sobre todo el que se produce los primeros 30 días tras el alta) continúa siendo considerado un indicador negativo de calidad asistencial, con importantes repercusiones para los pacientes, sus cuidadores y el sistema sanitario¹. El resultado de este indicador se puede relacionar además con la adecuación del alta hospitalaria y con la adecuación de la red de asistencia comunitaria². Aunque las cifras varían ligeramente dependiendo de la fuente consultadas, aproximadamente se calcula que 1 de cada 7 pacientes que se van de alta de una unidad de estas características serán readmitidos a los 30 días³ y hasta un 40% al año⁴. Estas cifras se mantienen más o menos estables en entornos clínicos y sociales muy diversos. Así, se han desarrollado índices pronósticos para predecir el riesgo de reingreso temprano³, así como intervenciones específicas para disminuirlos, con resultados diversos⁵.

Sin embargo, una correcta interpretación del impacto que para la calidad asistencial puede tener el reingreso temprano debe hacerse siempre desde un modelo de atención centrada en la comunidad⁶. En nuestro entorno, somos legatarios de la reforma psiquiátrica, que implantó el modelo de Salud Mental comunitaria a partir de la desinstitucionalización de los enfermos mentales graves. En este modelo, la atención se traslada de la institución manicomial al entorno de la persona, y generalmente consideramos el internamiento psiquiátrico como una medida de último recurso y hasta cierto punto como un “fracaso” terapéutico en el sentido de que no se ha conseguido sostener a ese paciente en el ámbito comunitario. Máxime cuando, en no pocas

Reingreso psiquiátrico y calidad asistencial: una cuestión compleja

Jesús Herrera Imbroda

Facultativo Especialista de Área Psiquiatría



ocasiones, este internamiento se realiza de forma no voluntaria. Por tanto, el reingreso sería un “fracaso doble”. Pero, ¿quién fracasa? O, ¿en qué y por qué fracasamos?

Cuando se plantean objetivos asistenciales de reducción de la tasa de reingresos, muchos clínicos piensan que éste es un objetivo incompatible con el de reducir la duración de la estancia media (otro indicador frecuente de calidad asistencial referido de diversas formas en la literatura⁷). Si el paciente está “más tiempo” ingresado, saldrá de alta en mejores condiciones, y tardará más en reingresar. Pero, ¿es esto así? Aunque algunos estudios han reportado una asociación inversa entre la duración de la estancia y el riesgo de reingreso temprano, sobre en pacientes con trastornos mentales graves⁸, dicha asociación está lejos de haber sido replicada de una manera uniforme por todos los autores. Por ejemplo, Donisi y col.⁹ encontraron en una revisión sistemática donde analizaron los factores previos al alta que predicen reingresos de pacientes psiquiátricos resultados contradictorios entre los estudios revisados, actuando una estancia prolongada en ocasiones como factor protector y en ocasiones como factor de riesgo de reingreso. Además, la duración de la estancia tiene determinantes multifactoriales difíciles de modificar, y la calidad de la atención hospitalaria no siempre se asocia con ella¹⁰. Lo que sí parece claro es que las estancias más cortas funcionan mejor si hay una atención comunitaria de alta calidad que entra en juego inmediatamente después del alta¹¹.

Entonces, ¿qué podemos hacer? En una revisión reciente, Owusu y col.¹² enumeran algunas intervenciones “transicionales” que han demostrado cierta evidencia para disminuir el riesgo de reingreso psiquiátrico: servicios de tratamiento residencial (p. ej., derivación a centros o programas adecuados para tratar los trastornos por uso de sustancias), brindar adecuada y suficiente atención hospitalaria, establecer un plan de alta adecuado (servicios de alta, llamadas de seguimiento, manejo de casos a corto plazo, visitas puente y psicoeducación), fortalecer el enfoque en la capacitación del

personal, centrarse en la coordinación de la atención y los esfuerzos de transición, promoción del apoyo psicológico (incluido un correcto abordaje de las necesidades percibidas por los pacientes) y garantizar la adherencia a la medicación.

Estas medidas implican el reforzamiento de una atención hospitalaria de mejor calidad pero sobre todo una transición más adecuada al medio comunitario. El modelo de gestión intensiva de casos (un enfoque de abordaje de la cronicidad compleja basado en la maximización de la continuidad de cuidados¹³) podría ser el más adecuado para garantizar dicha transición, como parecen sugerir algunas experiencias en nuestro entorno¹⁴. En este modelo, la figura de la enfermera especialista en Salud Mental (cuya implantación debería ser total en todos los dispositivos tanto hospitalarios como extrahospitalarios) debe jugar un papel protagonista¹⁵.

Por supuesto, el reingreso temprano es un evento difícil de predecir, multicausal y donde muchas veces intervienen factores que el clínico no puede controlar. Pero si queremos realmente reducir la tasa de reingresos psiquiátricos; y, sobre todo, si queremos que ese resultado sea una medida fiable de calidad asistencial, hay que centrarse en el esfuerzo de identificar pacientes de riesgo y proveerles una atención hospitalaria de calidad que facilite su regreso a la comunidad mediante una transición adecuada. En esta atención hospitalaria, no siempre “más” (una mayor duración de la estancia) es “mejor” (unos cuidados más adecuados). Las personas con enfermedades mentales graves tienen necesidades múltiples y complejas que a menudo no se abordan, y éstas parecen aumentar en aquellas que acaban reingresando en nuestras unidades de hospitalización¹⁶. Por tanto, a veces el reingreso lo que nos está indicando es que no hemos sabido cubrir bien esas necesidades.

Todo esto plantea un desafío a nuestras unidades de hospitalización. Y, sobre todo, a nuestros dispositivos comunitarios. Desde el primer día que ingresa un paciente, es

necesario un abordaje que tenga en cuenta los factores clínicos, psicológicos y sociales que pueden estar mediando en el riesgo de reingreso posterior, así como un esfuerzo de coordinación inter-niveles, donde no solo los profesionales que brindan la atención aguda, sino también aquellos que recibirán al paciente en su vuelta a la comunidad, se hagan responsables del éxito o fracaso del alta futura. Esto, por supuesto, implica un trabajo en equipo, que debe hacerse desde una perspectiva multidisciplinar y multiprofesional, donde intervengan psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especialistas en Salud Mental, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y monitores ocupacionales. Y cuando reingresa un paciente, es necesario un análisis de las causas que han llevado a dicho desenlace. Hay que contar con la red de apoyo informal del paciente, y hacerle partícipe de su proceso de recuperación. Y así lograremos nuestra meta última, que no es tanto mejorar un indicador estadístico, sino dar la mejor asistencia posible a quienes nos confían algo tan valioso como su salud mental.

Referencias bibliográficas

1. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Mar 1;39:53–8.
2. Arango-López C, Bernardo-Arroyo M, Bobes-García J, Martín-Carrasco M, González-Pinto-Arrillaga A, Menchón-Magriña JM, et al. *Indicadores de calidad en Psiquiatría*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2021
3. Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fung K, Lin E, et al. READMIT: A clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *J Psychiatr Res*. 2015 Feb 1;61:205–13.
4. Rieke K, McGeary C, Schmid KK, Watanabe-Galloway S. Risk Factors for Inpatient Psychiatric Readmission: Are There Gender Differences? *Community Ment Health J*. 2016 Aug 1;52(6):675–82.
5. Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. 2013 Mar;202(3):187–94.
6. Wobrock T, Weinmann S, Falkai P, Gaebel W. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Nov;259(Suppl 2):219.
7. Lora A, Monzio Compagnoni M, Allevi L, Barbato A, Carle F, D’Avanzo B, et al. The quality of mental health care delivered to patients with schizophrenia and related disorders in the Italian mental health system. The QUADIM project: a multi-regional Italian investigation based on healthcare utilisation databases. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Feb 14;31.
8. Lin HC, Tian WH, Chen CS, Liu TC, Tsai SY, Lee HC. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: A 3-year population-based study. *Schizophr Res*. 2006 Apr 1;83(2–3):211–4.

9. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*. 2016 Dec 16;16(1):1–17.
10. Serrani D, Galfetti G, Rodríguez C. [Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective study]. *Vertex*. 2017;XXVIII(134):260–70.
11. Capdevielle D, Boulenger JP, Villebrun D, Ritchie K. [Schizophrenic patients' length of stay: mental health care implication and medicoeconomic consequences]. *L'Encéphale*. 2009;35(4):394–9.
12. Owusu E, Oluwasina F, Nkire N, Lawal MA, Agyapong VIO. Readmission of Patients to Acute Psychiatric Hospitals: Influential Factors and Interventions to Reduce Psychiatric Readmission Rates. *Healthcare*. 2022 Sep 1;10(9).
13. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*. 2014 Jan;24(1):23–34.
14. Álvarez M, Roura-Pochs P, Martín A, Pons J, Santos J, Foguet-Boreu Q, et al. Impacto de un programa de gestión intensiva de casos en los ingresos psiquiátricos. *Psicosomática y Psiquiatría*. 2020;15:16–20.
15. Díaz-Fernández S. La enfermera especialista en salud mental en la gestión del caso de una paciente con esquizofrenia grave. *Enferm Clin*. 2022 Jan 1;32(1):60–4.
16. Guzman-Parra J, Moreno-Küstner B, Rivas F, Alba-Vallejo M, Hernandez-Pedrosa J, Mayoral-Cleries F. Needs, Perceived Support, and Hospital Readmissions in Patients with Severe Mental Illness. *Community Ment Health J*. 2018 Feb 1;54(2):189–96.