

Internación psiquiátrica geriátrica vs. no geriátrica en un servicio de psiquiatría de un Hospital General en Chile

Igor Aedo

Médico residente en psiquiatría

*Servicio de Psiquiatría, Clínica UC San Carlos; Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.
E-mail: iiaedo@uc.cl*

Jaime Santander

Médico psiquiatra, Profesor asistente

Servicio de Psiquiatría, Clínica UC San Carlos; Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Christian Weiss

Médico residente en psiquiatría

Servicio de Psiquiatría, Clínica UC San Carlos; Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Ximena Fuentes

Médico psiquiatra, Profesor Asociado

Servicio de Psiquiatría, Clínica UC San Carlos; Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

Es ampliamente conocido que la población mundial está experimentando un desplazamiento demográfico progresivo hacia el envejecimiento. En Chile se estima que la población geriátrica (≥ 65 años), avanzará desde un 6% en 1982 a un 9% en 2010, y a un 16% en 2030; con una esperanza de vida promedio de 79.1 años al nacer en el año 2010-2015 (1). Este aumento de la población geriátrica en nuestro país involucraría tanto un cambio de perfil y prevalencia de patología psiquiátrica, como un aumento de la comorbilidad somática asociada a patología psiquiátrica.

Estudios epidemiológicos, tanto chilenos como internacionales, reportan que existe una menor prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes geriátricos comparado con personas adultas de menor edad (2, 3). Pese a esta aparente disminución en la prevalencia de la psicopatología, persiste la necesidad de hospitalización de causa psiquiátrica para este grupo etario. Estudios descriptivos para población geriátrica, realizados previamente en unidades psicogeriatricas cerradas han reportado mayor proporción de sexo femenino y una fuerte presencia de trastornos afectivos, demencias y trastornos psicóticos que explicarían entre el 60% y 90% de las causas de ingreso en este grupo (4, 5). Por otra parte, independientemente del diagnóstico, se sabe que en promedio, las hospitalizaciones psiquiátricas son más largas que en otros servicios médicos, y esta dife-

rencia aumenta cuando se trata de pacientes con una edad mayor o igual a 65 años (6). El mayor tiempo de estadía en población geriátrica se ha asociado a diversos factores tales como la necesidad de terapia electroconvulsiva, mayor puntaje en escala de síntomas positivos, caídas, efectos adversos a fármacos y hospitalización o tratamientos en contra de su voluntad (4, 5).

Pese al progresivo incremento de la necesidad de internación psiquiátrica para personas de la tercera edad, llama la atención la escasa investigación realizada en Sudamérica. Nos proponemos describir y caracterizar las diferencias clínicas asociadas a la hospitalización psiquiátrica en pacientes geriátricos vs. población adulta menor de 65 años en un servicio de psiquiatría universitario privado de la ciudad de Santiago de Chile.

Metodología

Realizamos una revisión retrospectiva de todos los pacientes mayores de 15 años ingresados para hospitalización en un período de nueve años al servicio de psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica, que se constituye al momento del estudio como el único servicio de psiquiatría privado inserto dentro de un hospital general en Chile. La población de pacientes usuarios proviene de todo el país, pero principalmente de Santiago, tanto por consulta espontánea como derivados desde otros centros sanitarios a solicitud del usuario, o como compra de servicios en caso de que no exista dis-

Resumen

Introducción: Se estima que la población chilena geriátrica (≥ 65 años) alcanzará al 16% en el 2030. Se han descrito mayores tiempos de estadía en unidades psiquiátricas para ≥ 65 años vs. < 65 años. Buscamos describir comparativamente las características asociadas a tiempos de estadía en nuestra unidad psiquiátrica. **Métodos:** Revisión retrospectiva de 3112 admisiones entre Julio de 2001 y Junio de 2010, en el servicio de psiquiatría general de la Pontificia Universidad Católica de Chile. **Resultados:** El 5.1% de las admisiones ($n=132$) corresponde a pacientes geriátricos. El tiempo de estadía promedio para este grupo fue de 12.4 días ($p=0.41$). En población geriátrica, como no-geriátrica, encontramos alta prevalencia de trastornos afectivos (63.7% y 55.1%, respectivamente). En el grupo geriátrico, se encontró mayor presencia de trastorno bipolar (27.3% vs. 19.5%; $p<0.05$) y demencia (16.7% vs. 0.5%). Al contrario, en ≥ 65 años hubo significativamente menor prevalencia de trastornos adaptativos y ansiedad (3% vs. 13%; $p<0.01$). Consta un solo caso de trastorno de la personalidad, y ningún trastorno de la conducta alimentaria en el grupo geriátrico. No hubo diferencias en los tiempos de estadía según el diagnóstico. **Conclusiones:** No encontramos mayores tiempos de estadía general ni asociada a diagnósticos específicos en pacientes geriátricos comparados con no-geriátricos.

Palabras clave: Psiquiatría - Geriátrica - Adulto mayor - Hospitalización - Estadía.

GERIATRIC VS. NON-GERIATRIC PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION TO THE PSYCHIATRIC SERVICES OF A GENERAL HOSPITAL IN CHILE

Abstract

Introduction: It is estimated that Chilean geriatric population (≥ 65 years) will hit 16% in the year 2030. Psychiatric longer stays have been described for those ≥ 65 years vs. < 65 years. We aim to describe the characteristics associated with lengths of stay in our psychiatric unit. **Material and methods:** Retrospective review of 3112 admissions between July 2001 and June 2010 to the general psychiatric service of the Pontific Catholic University of Chile. **Results:** 5.1% ($n=132$) of the sample was geriatric patients. The average length of stay for this group was 12.4 days ($p=0.41$). Both the geriatric and non-geriatric population presented a high prevalence of affective disorders (63.7% and 55.1%, respectively). In the geriatric group, there was a higher presence of bipolar disorder (27.3 vs. 19.5%; $p<0.05$) and dementia (16.7% vs. 0.5%). In contrast, for ≥ 65 years, there was significantly less prevalence of adaptive and anxiety disorders (3% vs. 13%; $p<0.01$). There was just one case of personality disorder and no cases of eating disorders in the geriatric group. There were no differences in the lengths of stay according to diagnosis. **Conclusions:** We did not find longer stay times, in general or associated with specific diagnoses, in geriatric patients versus non-geriatric patients.

Key words: Psychiatry - Geriatric - Elderly - Patient admission - Length of stay.

ponibilidad de cupos en el sistema de salud del usuario (no hay población cautiva o asignada). De acuerdo a los egresos hospitalarios codificados como por "Trastornos mentales y del comportamiento" del CIE-10 en el mismo período de estudio, a nivel nacional, este servicio atendió a un 1.04% del total de los egresos psiquiátricos, y a un 5.3% si se considera a quienes tenían un sistema previsual privado (7).

Se construyó una base de datos anónima, cumpliendo con los requerimientos de protección de confidencialidad de los pacientes. El protocolo fue aceptado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se realizó un análisis comparativo entre pacientes geriátricos (≥ 65 años) vs. no geriátricos (15-64 años). Se consideró sólo el diagnóstico clínico principal de egreso según criterios DSM-IV y estos se agruparon en las siguientes categorías: Trastorno depresivo monopolar, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de personalidad y del desarrollo, demencias, trastornos adaptativos y de ansiedad. En los casos de pacientes con múltiples internaciones, sólo se consideró la primera admisión.

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico MINITAB. La distribución de las variables categoriales (sexo, diagnóstico, etc.) según edad, fueron testeadas usando el test de χ^2 ; para el análisis de las variables numéricas (días de estadía, etc.), usamos un modelo de ANOVA; fijamos *a priori* un valor $p < 0.05$ como el límite de significancia estadística.

Resultados

En el período de interés hubo un total de 3112 admisiones, correspondiente a 2605 pacientes. Del total de admisiones, 153 (4.9%) corresponden al grupo geriátrico y 2959 (95.1%) al no-geriátrico. De las 3112 admisiones,

507 (16.3%) correspondieron a readmisiones, no encontrándose diferencias en la tasa de readmisiones entre pacientes geriátricos y no-geriátricos. Considerando los 2605 pacientes hospitalizados en el período de estudio (esto es, descontando las readmisiones), 2473 (94.9%) corresponde al grupo no-geriátricos, y 132 (5.1%) al grupo geriátrico.

Edad y sexo

El promedio de edad en el grupo geriátricos fue de 74 años, mientras que en el no-geriátrico fue de 33 años; el promedio etario general fue de 35 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo entre pacientes geriátricos vs. no-geriátricos ($p=0.56$), aunque hay una mayor proporción de mujeres en ambos grupos (61% y 58%, respectivamente).

Duración de la estadía

El tiempo de estadía promedio (TEP) fue de 12.4 días para el grupo geriátrico y de 12.6 días para el segundo, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Al comparar los TEP de cada categoría diagnóstica, tampoco se encontraron diferencias significativas (ver Tabla 1).

Diagnóstico de egreso

En ambos grupos estudiados los trastornos afectivos (monopolar y bipolar) se constituyen como el diagnóstico principal de egreso (63.7% y 55.1%, respectivamente), sin diferencias significativas entre ellos. No obstante, al realizar un análisis diferenciado, encontramos que en el grupo geriátrico hay significativamente mayor presencia de demencia y trastorno bipolar, mientras que en el

Tabla 1. Duración de estadía de hospitalización según grupo diagnóstico (considerando sólo las primeras admisiones).

	< 65 años		≥ 65 años		P
	n	Promedio (días)	n	Promedio (días)	
TOTAL	2473	12.6	132	12.4	0.41
Trastorno Depresivo	880	11.4	48	11.2	0.43
Trastorno Bipolar	483	14.4	36	16	0.19
Trastorno Psicótico	390	14.5	14	13.2	0.32
Uso y Abuso de Sustancias	173	14.5	6	11.9	0.33
Trastorno de la Conducta Alimentaria	85	17.5	0	-	-
Trastorno de la Personalidad	125	10.7	1	4	-
Demencias	12	8	22	7.8	0.45
Trastorno Adaptativo y Ansiedad	322	10.2	4	3.8	0.09

de pacientes no-geriátricos hay mayor prevalencia de trastornos adaptativos y ansiosos. En el segundo grupo existe una clara presencia de pacientes con trastornos de la personalidad y de la conducta alimentaria, que no se aprecia en el grupo de pacientes mayores de 65 años (ver Tabla 2). Pese a estas diferencias en la distribución de diagnósticos, no se correlacionan con diferencias en los tiempos de estadía asociados en ningún grupo diagnóstico específico (ver Tabla 1).

Discusión

Aún cuando el servicio estudiado no es representativo de los servicios psiquiátricos del país, ni la población atendida es representativa de la población de pacientes psiquiátricos chilenos, nos parece que ha sido posible realizar una serie de observaciones de interés. En la muestra estudiada sólo un 5.1% del total de pacientes correspondió a pacientes geriátricos; porcentaje que, si

Tabla 2. Distribución de diagnósticos de primera admisión según grupo etario.

	< 65 años		≥ 65 años		P
	n	%	n	%	
Trastorno Depresivo	880	35.6	48	36.4	n.s.
Trastorno Bipolar	483	19.5	36	27.3	<0.05
Trastorno Psicótico	390	15.8	14	10.6	n.s.
Uso y Abuso de Sustancias	173	7.0	6	4.5	n.s.
Trastorno de la Conducta Alimentaria	85	3.4	0	0.0	-
Trastorno de la Personalidad	125	5.1	1	0.8	-
Demencias	12	0.5	22	16.7	<0.01
Trastorno Adaptativo y Ansiedad	322	13.0	4	3.0	<0.01
Sin datos	3	0.1	1	0.8	n.s.
TOTAL	2473		132		

bien está bajo la distribución nacional estimada en un 9% al año 2010 para este grupo etario (1), es concordante con descripciones de prevalencia nacional para trastornos psiquiátricos según grupos etarios (3, 8), por lo que nuestro resultado pudiera ser el reflejo de esa distribución epidemiológica.

La distribución de diagnósticos encontrada en nuestra muestra no difiere de reportes previamente publicados. La descripción de trastornos de ánimo (monopolar y bipolar), trastornos psicóticos y demencia, como diagnósticos principales en población geriátrica hospitalizada ha sido comunicada en varios estudios (5, 9, 10). La menor prevalencia de trastornos adaptativos y de ansiedad en población geriátrica también ha sido descrita previamente en nuestro medio por Kohn (3).

En cuanto a los tiempos de estadía, la información obtenida es controversial. En nuestra muestra se encontraron TEP sin diferencias significativas entre ambos grupos etarios. Sin embargo, una revisión sistemática realizada por Tulloch, concluyó que sí existiría una asociación directa entre mayor TEP y el diagnóstico de trastornos psicóticos vs. trastornos no psicóticos (11), por otra parte en un estudio ecológico realizado en Corea, se describe que los pacientes con diagnósticos F2 del CIE-10 (trastornos psicóticos) tienen hasta un 54% de mayor TEP que aquellos pacientes con diagnósticos F0

(Trastornos orgánicos, incluido demencia) (9). Estas diferencias no se reproducen en nuestro estudio.

A pesar que el diagnóstico de demencia aparece fuertemente relacionado al grupo geriátrico y no en el no-geriátrico, lo que se correlaciona con reportes previos (5, 9, 10, 12), llama la atención -aunque se debe tener en consideración que se trata de pocos casos- la ausencia de diferencias en los TEP asociados a esta categoría diagnóstica. La evidencia disponible resulta controversial al respecto: se ha descrito que pacientes con demencia tienen significativamente mayor TEP que controles de la misma edad sin demencia, y que esta diferencia es aún mayor entre pacientes < 65 años (13); adicionalmente se han puntualizado mayores TEP en pacientes de sexo femenino con demencia (14). Sin embargo, también existen comunicaciones que reportan que este diagnóstico no se asocia a mayores tiempos de hospitalización (12), lo que coincide con lo encontrado en nuestro estudio.

Pensamos que la ausencia de mayores TEP entre los grupos estudiados en nuestra muestra responde a distintas consideraciones. La primera es que en Chile la cobertura para internación por razones de salud mental en hospitales psiquiátricos privados como el nuestro es mínima, incluso entre pacientes usuarios de seguros privados de salud. Por lo tanto, los costos derivados de la hospitalización que son asumidos en la mayoría de

los casos directamente por el paciente o su familia, se constituyen como una presión externa para no alargar más de lo estrictamente necesario el tiempo de hospitalización, en favor de la continuidad de tratamiento ambulatorio. Esta situación, que se ha informado previamente en asociación a reducción de TEP en otros sistemas sanitarios (4, 11, 15), obliga a trabajar con un equipo multiprofesional y con objetivos acotados y precisos, lo que conlleva al riesgo de brindar tratamientos inefectivos y mayor necesidad de rehospitalización (16). A pesar de esto, las tasas de rehospitalización en nuestro servicio, que llegan al 16.3% (sin diferencias significativas entre los grupos comparados), resultan concordantes con reportes internacionales que describen tasas de readmisión que oscilan entre el 7% y el 17% a 30 días luego de una primera admisión (17, 18), y alcanzan hasta el 24% a 90 días (19, 20). Esto no necesariamente significa que los pacientes no sean readmitidos en otras instituciones sin nuestro conocimiento,

dado la posibilidad de libre elección de los pacientes, quienes no se encuentran cautivos con nuestra institución como lugar único de referencia. Otra variable que consideramos relevante es que por tratarse de un servicio de psiquiatría inserto en un hospital general, se dispone de especialistas diversos que prestan apoyo a todas las necesidades del paciente geriátrico, disminuyendo el riesgo de complicaciones o facilitando el manejo de estas cuando ocurren. Este enfoque de intervención más agresivo permite reducir los TEP en beneficio del tratamiento ambulatorio (15).

En síntesis, se puede plantear que en un servicio universitario inserto en un hospital general, con acceso a las prestaciones de salud necesarias y oportunas tanto en el ámbito psiquiátrico como en otras especialidades médicas, es posible lograr que la evolución intrahospitalaria de los pacientes psiquiátricos de 65 y más años sea similar a la de otros grupos etarios, con los evidentes beneficios de estos resultados ■

Referencias bibliográficas

1. Acuña E, Pérez JC, Villalón J, Villalón G. Chile: proyecciones y estimaciones de población. Total país período de información: 1950-2050. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2004. [Accesado 24 de agosto 2011]. Disponible en: www.inec.cl.
2. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37: 316-325.
3. Kohn R, Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. Psychiatric epidemiology of the elderly population in Chile. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 1020-8.
4. Blank K, Hixon L, Gruman C, Robison J, Hickey G, Schwartz HI. Determinants of geropsychiatric inpatient length of stay. *Psychiatr Q* 2005; 76: 195-212.
5. Smith B, Hassett A, Harrigan S, Fortune T. A profile of inpatient admissions to an aged psychiatry service in Victoria. *Australas Psychiatry* 2010; 18: 146-151.
6. Chung W, Cho WH, Yoon CW. The influence of institutional characteristics on length of stay for psychiatric patients: a national database study in South Korea. *Soc Sci Med* 2009; 68: 1137-1144.
7. Sin autor conocido. Menú de egresos hospitalarios de Chile. Base de datos electrónica. Disponible en: http://intra-deis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm.
8. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker C, Torres S. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 299.
9. Chung W. Psychiatric inpatient expenditures and public health insurance programmes: analysis of a national database covering the entire South Korean population. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 263.
10. Parks ED, Josef N. A retrospective study of determinants of length of stay in a geropsychiatric state hospital. *Psychiatric Q* 1997; 68: 91-9.
11. Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38: 155-168.
12. Sajatovic M, Friedman SH, Sabharwal J, Bingham CR. Clinical characteristics and length of hospital stay among older adults with bipolar disorder, schizophrenia or schizoaffective disorder, depression, and dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2004; 17: 3-8.
13. Draper B, Karmel R, Gibson D, Peut A, Anderson P. The Hospital Dementia Services Project: age differences in hospital stays for older people with and without dementia. *Int Psychogeriatr* 2011; 23: 1649-1658.
14. Ono T, Tamai A, Takeuchi D, Tamai Y, Iseki H, Fukushima H, et al. Predictors of length of stay in a ward for demented elderly: gender differences. *Psychogeriatrics* 2010; 10: 153-9.
15. Mechanic D, McAlpine DD, Olfson M. Changing patterns of psychiatric inpatient care in the United States, 1988-1994. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 785-791.
16. Barbato A, Parabiaghi A, Panicali F, Battino N, D'Avanzo B, de Girolamo G, et al. Do patients improve after short psychiatric admission?: A cohort study in Italy. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 251-8.
17. 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. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (3): 337-340.
18. Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission. *Psychiatr Serv* 1995; 46 (5): 482-5.
19. 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.
20. Prince JD. Interaction and hospital care. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194 (1): 34-9.