

# Factores asociados con la duración de estadía y riesgo de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos: estudio de cohortes

**Daniel Serrani**

*Médico psiquiatra y geriatra universitario,  
Doctor en Psicología, Magister en Salud Mental,  
Presidente del Capítulo de Investigaciones de APSA,  
Docente categorizado de la Facultad de Psicología de la UNR,  
Docente de la Maestría en Psicogerontología de la Universidad Maimónides,  
Docente del doctorado en Investigación Gerontológica, Universidad Maimónides  
E-mail: danielserrani@argentina.com*

**Gabriela Galfetti**

*Médica residente de Psiquiatría, Hospital Carrillo,  
Curso superior de posgrado de APSA*

**Cinthia Rodríguez**

*Médica residente de Psiquiatría, Hospital Carrillo,  
Curso superior de posgrado de APSA*

---

## **Resumen**

**Objetivo:** investigar factores que influyen en duración de estadía y predictores de re-internación en un hospital psiquiátrico monovalente de agudos.

**Método:** se realizó una evaluación retrospectiva de historias clínicas abarcando 4 años. Se analizaron 378 pacientes divididos en 178 casos y 200 controles. Para duración de internación se empleó un estudio de casos y controles y para los predictores de re-internación se aplicó un estudio de cohortes.

**Resultados:** las 7 variables que se asociaron con duración de estadía fueron: 1- educación, 2- lugar de origen, 3- uso de contención física, 4- género, 5- estado civil, 6- tipo de medicación y 7- número de visitas. Las variables asociadas con riesgo de re-internación fueron: 1- internaciones previas, 2- riesgo cierto e inminente antes de dichas internaciones, 3- deterioro cognitivo, 4- uso de contención física, 5- categoría diagnóstica (trastorno por uso de sustancias, trastorno adaptativo, trastorno bipolar, tipo de personalidad, crisis situacional, intoxicación alcohólica aguda), 6- riesgo para sí o terceros, 7- educación, 8- edad en la 1° admisión. El tratamiento asertivo y proactivo durante el alta disminuyó el riesgo de re-internación.

**Conclusiones:** la duración de estadía está determinada por múltiples factores predecibles pero difíciles de modificar clínicamente ya que calidad de atención no se asoció significativamente con ella. En cambio, las buenas prácticas asistenciales comunitarias en red parecen disminuir el riesgo de re-internación.

**Palabras clave:** Salud mental - Re-internación - Duración de estadía.

## FACTORS ASSOCIATED WITH LENGTH OF STAY AND THE RISK OF READMISSION IN AN ACUTE PSYCHIATRIC INPATIENT FACILITY: A RETROSPECTIVE STUDY

**Abstract**

**Objective:** to investigate factors influencing length of stay and predictors for the risk of readmission at an acute psychiatric inpatient unit.

**Method:** retrospective cross-sectional clinical file audit ranging four years back, a random selection of 378 patients was reviewed, including 178 cases and 200 controls. A case control study was employed in the study of length of stay, and for predictors of risk of readmission a retrospective cohort study was used.

**Results:** the 7 variables that were associated with length of stay were: 1- instruction level, 2- place of origin, 3- use of restraints, 4- gender, 5- marital status, 6- drug class, and 7- number of visits. The 9 variables associated with risk of readmission were: 1- history of previous admission, 2- cognitive status, 3- use of seclusion, 4- diagnostic category (personality cluster, bipolar disorder, substance use disorder, adaptive disorder, situational crisis, acute alcoholic intoxication), 5- risk to others at the time of index admission, 6- instruction level, 7- age at first admission. Proactive and assertive treatment after discharge decreased the risk of readmission.

**Conclusions:** Length of stay has predictable multifactorial determinants which are difficult to modify clinically, as inpatient quality of care was not associated with it. Good community network assisting practices appeared to be more likely to reduce risk of readmission.

**Keywords:** Mental health - Hospital re-admission - Length of stay.

**Introducción**

En las últimas décadas se ha venido desarrollando en varios países un proceso de desinstitucionalización progresivo en los hospitales psiquiátricos monovalentes, con lo cual se han visto reducidas las camas disponibles para internación y se ha ido transfiriendo el peso de la atención de los pacientes al ámbito comunitario (1). Con este proceso de desinstitucionalización, la admisión y readmisión de pacientes psiquiátricos severamente descompensados se ha transformado en un foco de atención importante. Sin embargo, las dificultades inherentes para la internación o readmisión en hospitales monovalentes es un obstáculo cuya frecuencia de reportes ha ido creciendo últimamente en diferentes partes del mundo (2-3). Con respecto a la duración de la estadía (DE), estrechamente ligada a la re-internación de pacientes, se ha visto que las cifras a lo largo del mundo son muy variables, a pesar de una tendencia hacia la disminución general en la mayoría de los países desarrollados (4). La evaluación de la DE y los factores intervinientes en la misma dista de ser un problema resuelto, ya que la mayoría de los estudios no cuentan con datos normativos. Un análisis de las admisiones psiquiátricas realizado en Gran Bretaña entre 1999 y 2000 demostraron que la media de DE fue 15 de días, pero casi un 9% de las admisiones duraron 90 días o más, y hasta el 1% duraron un año o más (5). Cifras comparables se han encontrado mediante análisis electrónico de los registros médicos (6) y en estudios americanos (7). Varias hipótesis han intentado explicar estas variaciones, tanto desde la perspectiva de los pacientes como del nivel institucional (8). En una revisión sistemática de muchos estudios sobre DE en servicios de salud mental de los EUA se señala que la psicosis y el género femenino están asociados con una mayor duración de la DE, en tanto que el alta contra la opinión médica, pagos a futuro, estado civil casado, historia judicial o penal, y juventud están relacionados con

menor DE (9). Sin embargo, la proporción de variación explicada sobre la DE en los estudios mencionados rara vez fue mayor de 20-30%. Aunque los mecanismos por los cuales estos factores influyen sobre la DE no se discuten en detalle, la presunción general es que también deben estar ligada a la conducta o programas de tratamiento de los servicios de salud mental (10). Varios autores consideran que la duración de la internación está ligada a una limitación en el acceso a hospitales psiquiátricos por bloqueo en las camas disponibles (11), por admisiones inapropiadas (12), y falta de alternativas de servicios en la comunidad en la cantidad y diversidad necesarias (13). Este fenómeno no es exclusivo de una región en particular, sino que se verifica en diferentes sistemas de salud nacionales; por ejemplo, el auditor de los servicios de salud mental de Australia ha establecido en sus informes que acceder a los servicios de internación agudos se ha ido transformando en un problema creciente para las personas, y se requiere un alto nivel de intensidad de síntomas y de severidad de los mismos para obtener acceso a la cama de internación. Por otra parte, la dificultad en el acceso a la internación tiene un efecto directo sobre el resto de la salud pública, especialmente creando mayores presiones sobre los servicios de emergencia en los hospitales generales (14). A pesar de un aumento del número de camas psiquiátricas de agudos en muchas partes del mundo, sigue siendo un problema el tema de la accesibilidad a la internación en el ámbito de la salud pública mental. Esto ha sido la causa de que los sistemas de salud mental se hayan visto desacreditados y la confianza de la población en los mismos haya disminuido, generando internaciones prolongadas o tasas de readmisiones inapropiadas. Muchos de los estudios disponibles sobre este tema han sido mal diseñados, están desactualizados o solo observan variables cuyo cambio es improbable sin una modificación correlativa en las políticas sociales, por ejemplo, tasas de empleo, pobreza, y niveles de vivienda (15). Si bien las investigaciones realizadas

en otros países aportan datos importantes, no siempre son directamente aplicables en nuestro contexto de salud mental, ya que la DE y la readmisión de pacientes psiquiátricos están estrechamente relacionadas con la organización del sistema de salud mental y además con factores culturales. Las investigaciones sobre este tema tan en nuestro país no son tan frecuentes. Un estudio de Agrest y colaboradores (31) realizado en el Hospital Alvear de la CABA, investigó los factores asociados a la readmisión de 47 pacientes con psicosis crónica mediante una encuesta domiciliaria, y encontró alto índice de reingresos (16). En otro estudio de Sacco y colaboradores (17) se encontró un porcentaje de reingresos antes del año del alta del 22%, comparado con el 42% en hospitales sudafricanos y 55% en Europa (17). En estudios llevados a cabo en Canadá y EUA se han encontrado tasas de readmisión temprana (antes de 30-90 días) de 7 a 17% y tardías (después de 90 días) hasta 24% (18), similares a las de países sudamericanos (19) y centroamericanos (20). En general, la mayoría de estudios coinciden en asociar las reinternaciones con un mayor número de internaciones previas, trastornos por uso de sustancias (particularmente alcohol), depresión, familia poco continente, ingresos involuntarios, aislamiento social, clase social baja, alta expresividad emocional de familiares y contacto con familiares de alta expresividad emocional, síntomas negativos, internaciones prolongadas, inicio temprano de enfermedades, todos con diferentes grados de importancia relativa de cada uno. En un estudio destinado a evaluar tasa de reingreso en pacientes psicóticos de acuerdo al tipo de tratamiento recibido (21), se evaluó durante 18 meses a una muestra de pacientes con psicosis funcionales, asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento. A uno de los grupos se aplicó un programa de prevención de recaídas, con tratamiento psicofarmacológico, psico-educación, terapia individual, grupal y multifamiliar, además de monitoreo e intervención temprana en caso de descompensación. Al otro grupo se administró un tratamiento convencional consistente en control psicofarmacológico y terapéutico quincenal. Al final del periodo de observación, el 22% de los pacientes en el primer grupo y el 30% de los del segundo habían reingresado, a diferencia de otro estudio multicéntrico prospectivo (22) donde el tratamiento convencional con antipsicóticos demostró ser superior en la prevención de reinternaciones con respecto a intervenciones precoces y críticas (24,6, 38,6 y 44% respectivamente). Objetivos primarios de esta investigación fueron a) evaluar factores relacionados con la Duración de la Estadía y b) predictores del riesgo de readmisión a una unidad de internación psiquiátrica monovalente de pacientes agudos en el Municipio de Malvinas Argentinas. Un objetivo secundario fue estimar el perfil de los pacientes admitidos a internación, para analizar el uso actual de las camas de internación. Este estudio hace hincapié en investigar las variables que podrían ser modificadas a través de los cambios en prácticas clínicas y provisión de servicios.

## Método

### *Ámbito de implementación de la investigación*

La investigación se desarrolló en dos efectores de salud mental de la Municipalidad de Malvinas Argentinas ubicada en el conurbano bonaerense. El municipio de Malvinas Argentinas tiene un índice alto de bienestar (7.10 vs. 6.1 para el AMBA), y exhibe una continuidad de trabajo entre los equipos de salud mental de atención comunitaria y de internación, de modo que la asistencia responde a un modelo de trabajo en red. Esto tiene como resultado menor discontinuidad en el tratamiento, mayor área de cobertura, y mayor consistencia metodológica y conceptual entre los equipos de trabajo. Los efectores seleccionados fueron los siguientes:

a) Hospital de Agudos "Ramón Carrillo" es un efector de segundo nivel integrado al Sistema de salud pública de la Municipalidad de Malvinas Argentinas. Está afiliado a la UBA y cuenta con servicio de guardia psiquiátrica que funciona 7/24, y unidad de internación de agudos. Además ofrece pasantías y servicio de residencia médica de posgrado, que lleva ya 6 años. En total hay 40 camas, con una proporción paciente-servicio de enfermería de 5 a 1.

b) Hospital de Salud Mental "Evita" el cual es un centro de asistencia ambulatoria comunitario integrado por equipos multidisciplinarios, formados por psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y otros agentes de salud mental.

El estudio fue aprobado por el comité de ética local.

### *Diseño del estudio*

Este trabajo incluye dos estudios comparativos incluidos en un estudio retrospectivo transversal a partir de historias clínicas auditadas. Abarca un periodo de 48 meses desde 01/01/2010 hasta 31/12/2014 tramo que se definió como el periodo de estudio. El estudio 1 tuvo un diseño de caso-control y el estudio 2 tuvo un diseño de cohorte retrospectivo.

### *Cálculo del tamaño muestral*

De acuerdo con la fórmula de Snedecor y Cochran (23) se calculó un número de 342 sujetos para detectar un riesgo relativo de 1.5, una seguridad del 95% y un poder del 80%. Hubo un total de 674 admisiones que cumplieron con los criterios de inclusión. Se seleccionaron aleatoriamente 449 admisiones comprendiendo 396 pacientes (ya que hubo pacientes que tenían más de una admisión); 18 historias clínicas (5%) estaban incompletas; en total 378 pacientes fueron incluidos finalmente para ser analizados. Las admisiones con información incompleta, incluyendo pacientes transferidos desde el Hospital Carrillo a otras unidades de agudos (clínicas o psiquiátricas) fueron excluidas de la base de datos. Para el estudio 1 se in-

cluyeron los 378 pacientes admitidos y se dividieron en 178 casos y 200 controles, para el estudio 2 se incluyeron los 378 pacientes de la muestra inicial.

### **Instrumentos y variables**

Los diagnósticos fueron realizados de acuerdo con el DSM IV, en tanto que el deterioro cognitivo se evaluó mediante la batería RUDAS (25) la cual es un instrumento breve sensible a la diversidad lingüística y cultural de los usuarios. Evalúa varios dominios (atención, memoria de corto y largo plazo, lenguaje, orientación corporal, praxias, dibujo y juicio crítico) y su puntaje de corte es de 22 para un total de 30.

Las variables sociodemográficas incluían: edad, género, domicilio, estado civil, vivienda y empleo, estado legal, obra social (OS), compromiso del cuidador.

Las variables clínicas incluían historia previa, diagnóstico y duración/severidad de enfermedad, motivo de ingreso y posterior estadía, calidad de cuidados recibidos en internación, por ejemplo: servicios brindados e intervenciones farmacológicas, tipo de antipsicótico empleado (típico versus atípico).

Las variables independientes fueron la duración de estadía (DE) convertida a una distribución binaria, como caso o control en el estudio 1, y el evento de readmisión en el estudio 2.

Los casos se definieron como admisiones con DE prolongada, en tanto que los restantes se definieron como controles. La DE se definió como prolongada cuando fue  $\geq$  a 1 d.e. por encima de la media.

Las exposiciones se definieron como las variables listadas en el instrumento de recolección de datos. Los factores confundidores fueron edad, género, nivel educativo y socioeconómico.

Se dispone de una copia de los instrumentos de recolección en caso de ser requerida en posteriores estudios de replicación.

### **Procedimiento**

Se realizaron dos estudios diferentes. En el estudio 1 se investigaron los factores asociados con duración de estadía (DE) prolongada durante los 4 años evaluados. La DE media en la muestra fue de 12 días, con un valor  $\pm$  2.4 como desviación estándar (d.e.). En el estudio 2 se investigó el riesgo de readmisión entre todos los pacientes que habían tenido al menos una readmisión durante los años investigados. El punto de ingreso se definió como admisión índice (la primera admisión durante los años evaluados) y el punto final como el evento de readmisión o el 31/12/2014 si no hubo readmisiones luego de la admisión índice. Todos los pacientes fueron investigados retrospectivamente por al menos 48 meses.

### **Análisis estadístico**

Para evaluar la distribución de las variables se emplearon estadísticas descriptivas. El test de significación permitió identificar la asociación entre cada variable y el resultado. Para variables categoriales se empleó test de  $\chi^2$  cuadrado y para las continuas, test U de Mann-Whitney. El test de regresión logística permitió estimar Odds ratios para la DE ajustados para variables confundidoras. La curva de supervivencia de Kaplan-Meier permitió estimar riesgo de readmisión, y el test de Log-rank permitió comparar riesgo de readmisión entre diferentes estados de exposición. La prueba de regresión de Cox de riesgos proporcionales estimó riesgo relativo de reingreso controlando las variables confundidoras. Se asumió como significativo un valor  $p \leq 0.01$ . Los datos se analizaron con la versión 19.0 del programa SPSS.

### **Resultados**

Las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra se observan en las tablas 1 y 2, respectivamente.

#### **Duración de estadía**

La distribución de los resultados principales, duración de estadía, intervalo entre cada admisión y el tiempo de readmisión no tuvieron una distribución normal sino sesgada de acuerdo con la prueba estadístico Z de Kolmogorov-Smirnov (curtosis = 21.3 y skewness = 4.8) por lo tanto los datos fueron transformados logarítmicamente (curtosis = 3.1 y skewness = 0.5) con una distribución más simétrica. En la figura 1 se muestran la DE en un histograma con la distribución de la curva con datos en bruto y la transformación logarítmica (panel derecho e izquierdo respectivamente).

La media de duración de estadía fue de  $11.3 \pm 5.5$  días, con un rango de 1 a 52 días. La mediana de número de días de internación fue 13. El 43% de los pacientes fueron dados de alta dentro de los 7 días de admisión, y el 88% dentro de los 23 días. Hubo dos picos de DE, entre el 2° y 6° día ( $n=121$ , 32%) y entre el 10° y 14° días ( $n=83$ , 22%), que en total dieron cuenta del 58% de las admisiones. La principal razón de readmisión entre los 3 y 7 días fue riesgo inminente para sí o terceros, entre los 10 y 14 días fueron razones sociales relacionadas con dificultades en el hogar, dificultades en el trabajo o la pareja o vecinos. Entre los 20 y 23 días la razón principal fue la descompensación por falta de cumplimiento con la medicación. De todas las variables analizadas en los análisis de regresión las que se asociaron con mayor estadía fueron ser extrapartidario, haber sido sometido a restricción física y un menor nivel educativo; en tanto que se asociaron con menor estadía la escolarización,

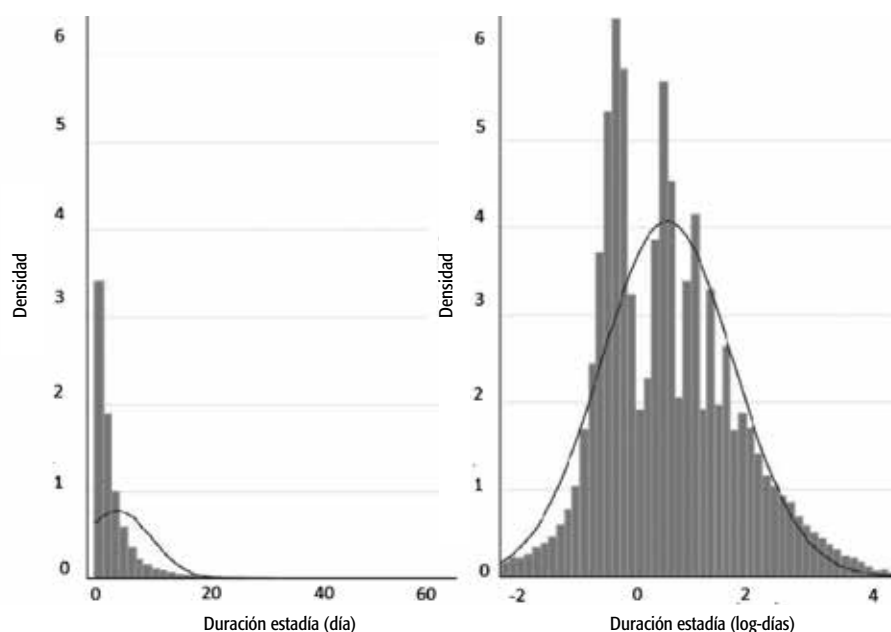
**Tabla 1.** Factores demográficos de la muestra

		<b>Total (N=378)</b>		p<0.01
		Mujer (n=144, 38%)	Hombre (n=234, 62%)	
<b>Edad (años)</b>		media 39±11.5	media 41±9.7	0.56
	15-29	32 (8%)	80 (21%)	
	30-49	100 (26%)	137 (36%)	
	50-64	12 (3%)	17 (5%)	
<b>Origen</b>				
	Partidario	89 (23%)	180 (48%)	0.12
	Extrapartidario	55 (14%)	54 (14%)	0.11
<b>Estado civil</b>				
	Soltero/separado 276	101 (27%)	175 (46%)	0.23
	Casado / juntado 102	43 (11%)	59 (16%)	0.34
<b>Situación laboral</b>				
	Empleado	66 (17%)	17 (5%)	0.43
	Desempleado	78 (21%)	217 (57%)	0.02
<b>Nivel socioeconómico</b>				
	< salario mínimo	15 (4%)	5 (1%)	0.22
	> salario mínimo	129 (34%)	229 (60%)	0.05
<b>Educación</b>				
	Primaria	43 (11%)	57 (15%)	0.23
	Secundaria	89 (23%)	156 (41%)	0.11
	Universitaria	12 (3%)	21 (6%)	0.31
<b>Apoyo social</b>				
	Solo 68	56 (15%)	12 (3%)	0.14
	Acompañado 310	88 (23%)	222 (59%)	0.56

**Tabla 2.** Características clínicas de la muestra

	<b>Total (N= 378)</b>		p<0.01
	Mujer (n=144, 38%)	Hombre (n=234, 62%)	
Psicosis (n=155,41%)			
Esquizofrenia	22 (6%)	41 (11%)	0.32
Esquizofreniforme	5 (1%)	10 (3%)	0.41
Esquizoafectivo	8 (2%)	11 (3%)	0.22
T. bipolar	10 (3%)	13 (3%)	0.42
T. delirante	2 (0.5%)	4 (1%)	0.32
Folie à déux	0.5 (0.1%)	0.5 (0.1%)	0.27
Inducido drogas	7 (2%)	15 (4%)	0.22
No especificado	2 (0.5%)	7 (2%)	0.19
Depresión	55 (14%)	20 (6%)	0.15
T. Ansiedad	9 (2%)	6 (2%)	0.12
T. somatización	8 (2%)	8 (2%)	0.32
Crisis de adaptación	29 (7%)	27 (7%)	0.54
Trastorno de ajuste	10 (3%)	9 (3%)	0.44
Juego patológico	1 (0.2%)	3 (0.8%)	0.37
T. uso sustancias	10 (3%)	30 (8%)	0.47
Intoxicación etílica	1 (0.2%)	4 (1%)	0.28
T. poli-consumo	2 (0.5%)	8 (2%)	0.36
T. uso cannabis	4 (1%)	14 (4%)	0.43
T. uso cocaína	2 (0.5%)	3 (1%)	0.27
T. uso de crack	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0.62
T. P. límite	14 (4%)	3 (0.8%)	0.38
Co-mórbido Bipolar	3 (0.8%)	1 (0.2%)	
Co-mórbido consumo	4 (1%)	-	
T. P. esquizotípico	2 (0.5%)	4 (1%)	0.55
Co-mórbido Esquizof.	1 (0.2%)	1 (0.2%)	0.43
Co-mórbido consumo	-	2 (0.5%)	-
Internaciones previas			
1	40 (10%)	77 (20%)	0.23
2-4	20 (5%)	40 (10%)	0.21
≥5	5 (1%)	10 (3%)	0.42
H. forense	10 (3%)	35 (9%)	0.12
H. intento suicidio	60 (16%)	60 (16%)	0.65
Idea suicida actual	65 (17%)	128 (34%)	0.06
H. hetero-agresión	40 (10%)	88 (23%)	0.12
Hetero-agresión actual	8 (2%)	30 (8%)	0.11
Alta trat. comunitario	130 (34%)	180 (48%)	0.31
Ingreso servicio social	10 (3%)	20 (5%)	0.54
Alta servicio social	12 (3%)	26 (7%)	0.11
Ingreso Involuntario	120 (32%)	197 (52%)	0.09

Nota. T. = trastorno, H. = historia, trat. = tratamiento, Esquizof. = esquizofrenia.

**Figura 1.** Histograma de DE con curva normal (izquierda) y logarítmica (derecha).

el consumo de sustancias, la admisión por crisis vitales, trastornos de ajuste social, padecer personalidad límite y haber sido derivado de otro servicio de salud mental.

Muchas variables que a priori parecían ser predictores de mayor DE no lo demostraron en la práctica. Entre estas se cuentan vivir solo/a, vivir en condiciones marginales, DE de admisiones previas, cronicidad de la enfermedad, diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis, severidad de la enfermedad, calidad de cuidados brindados en la internación y tipo de intervenciones farmacológicas. Entre estas últimas se incluyeron la tranquilización de secuencia rápida, cambios de medicación, titulación de dosificación y uso de benzodiazepinas.

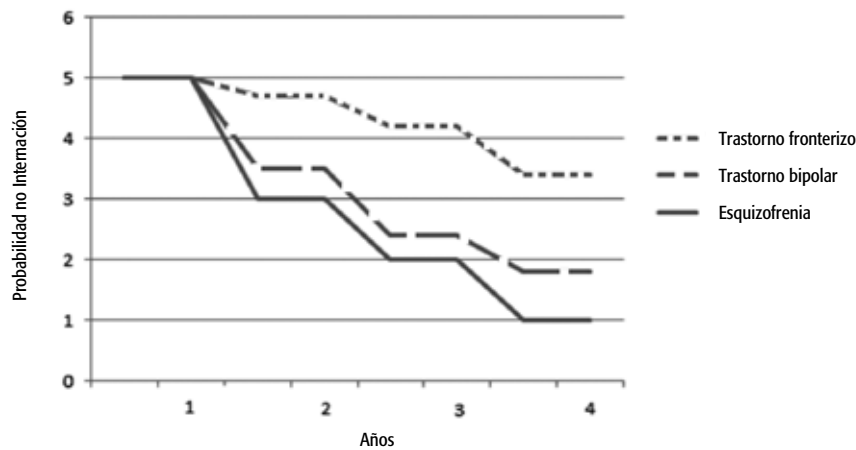
Tampoco hubo influencia del hecho de tener una cobertura médica prepaga, del tipo de tratamiento asertivo o la implicación del cuidador.

#### *Riesgo de readmisión*

Un total de 64 pacientes (17%) fueron readmitidos durante el periodo de seguimiento retrospectivo de 4 años incluyendo 30 pacientes (8%) que fueron readmitidos dentro de los 12 meses de la admisión índice; 11 pacientes (3%) que tuvieron al menos 2 readmisiones dentro de los 12 meses; 7 pacientes (2%) que tuvieron más de 3 readmisiones dentro de los 12 meses.

**Tabla 3.** Resultados de variables predictoras de reingreso por regresión logística.

<b>Variable</b>	<b>Valor p</b>	<b>Exp (<math>\beta</math>)</b>	<b>CI 95%</b>
Extrapartidario	0.002	0.21	0.10-0.37
Nivel educativo	0.006	0.43	0.19-0.56
Restricción física	0.027	4.09	2.21-8.32
Sexo masculino	0.029	1.56	1.21-2.21
Soltero	0.023	2.41	1.65-3.78
Antipsicóticos atípicos	0.045	3.19	3.01-6.02
Menores visitas	0.046	2.54	3.11-5.96
Trastorno uso sustancias	0.012	2.12	1.76-4.21
Trastorno de Personalidad límite	0.021	2.62	1.98-4.56
Trastorno de ajuste	0.048	4.21	3.14-9.22
Crisis situacional	0.051	3.58	3.31-4.45

**Figura 2.** Curva de Kaplan-Meier probabilidad de no internación en 4 años según diagnóstico.

Numerosas variables tuvieron un valor de  $p \leq 0.01$ . El análisis de regresión de Cox mostró 9 variables relacionadas con riesgo de readmisión (Tabla 5), 6 de las mismas *aumentaron* el riesgo de readmisión incluyendo 1- número de admisiones previas, 2- deterioro cognitivo previo a la admisión índice, 3- restricción física, 4- riesgo cierto e inminente hacia sí o terceros al momento de la admisión, 5- intoxicación alcohólica al momento de la admisión índice, 6- personalidad limítrofe.

Un tratamiento comunitario asertivo y proactivo luego del alta *disminuyó* riesgo de readmisión, por ejemplo 1- tratamiento involuntario, 2- servicios post alta de tratamiento intermedio entre el alta y la reinserción en la comunidad, 3- apoyo de servicios sociales. No influyeron en cambio las características sociodemográficas, el diagnóstico, la DE, o los cuidados provistos en internación.

**Tabla 4.** Resultado de test de regresión de Cox predicción re-hospitalización.

Variable	Valor p	Exp ( $\beta$ )	CI 95%	% variación total
Admisión previa $\leq 2$	0.012	0.09	0.08-0.37	2.32
Deterioro cognitivo	0.026	2.43	2.19-5.56	1.99
Restricción física	0.032	2.09	2.21-8.32	1.98
Trastorno uso sustancias	0.012	2.12	1.76-4.21	1.54
Personalidad límite	0.021	3.62	1.98-4.56	1.15
Trastorno de ajuste	0.048	3.21	3.14-9.22	1.09
Crisis situacional	0.051	3.76	4.11-9.96	1.08
Educación (años)	0.032	1.76	1.01-2.46	1.07
Trastorno bipolar	0.013	1.37	1.09-2.32	1.01
Edad 1° admisión	0.021	1.13	1.02-2.41	1.01
Riesgo cierto e inminente	0.034	2.43	2.01-3.10	1.00

$R^2=9.60$ ;  $F=24.15$ ,  $df=9$ ,  $p<.01$



## Discusión

### *Factores demográficos*

En la composición sociodemográfica de la muestra predominaron varones; solteros o divorciados, con problemas de relación de pareja, viviendo solos, con nivel educacional básico, desempleados, a menudo con problemas de subsistencia. Desde una perspectiva clínica la mayoría tenía un diagnóstico de esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos por consumo de sustancias, y trastornos del eje II particularmente personalidad esquizotípica y límite, es decir, patologías crónicas. Además tenían mayor co-morbilidad, intentos auto-líticos y grandes variaciones diagnósticas entre los sucesivos ingresos (entre 40% y 43%) lo cual concuerda con otras investigaciones (25).

### *Duración de estadía*

Respecto a la DE, se sabe que tiene una determinación multifactorial, resultante de una combinación de factores clínicos y la falta de estructuras de apoyo social, todo lo cual predice DE prolongadas. Las buenas prácticas clínicas durante la internación, al ser homogéneas, no se asocian necesariamente con DE más cortas. Por lo tanto, si bien la DE es relativamente predecible, no es fácilmente modificable, al menos dentro del dominio clínico, por las razones antedichas. Una subpoblación de pacientes que requiere no solo asistencia psiquiátrica sino condiciones de alojamiento y red social de apoyo comunitario-familiar, prolonga la duración de la internación y en consecuencia contribuye al bloqueo de las camas disponibles (26). Este hallazgo es consistente con otros estudios publicados (27). Del mismo modo, la disponibilidad de vivienda segura en la comunidad fue un factor importante que postergó el alta de los pacientes que habían pasado largos períodos de internación en varios hospitales psiquiátricos de Queensland (Australia) (28).

Otros resultados del presente estudio fueron consistentes con otros estudios previos. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno de personalidad límite, co-mórbido con consumo de alcohol/drogas se asoció con DE más cortas (29). Nuestro estudio también sugiere que un diagnóstico de trastorno de adaptación o crisis situacional se asoció con DE acortadas. En nuestra población muestra, el hecho de vivir en el partido y el mejor nivel educacional con finalización de la escuela secundaria, predijeron DE acortada. En un estudio Israelí de registro nacional de casos sobre la duración de la internación hospitalaria se encontró que el menor nivel educativo de los pacientes predijo mayor DE (30). Los datos referentes a que los pacientes extrapartidarios muestran mayor DE y mayor tasa de reingresos podría deberse no tanto a fenómenos clínicos sino a que es posible que consulten a los servicios comunitarios en una etapa más tardía de su desorden, con el consecuente peor pronóstico. Una posible explicación

para los resultados actuales es que factores tales como los valores culturales de la comunidad orientados a mejorar los lazos familiares podrían transformar a la unidad familiar-vecinal, haciéndola más tolerante con los desórdenes mentales y del comportamiento de sus familiares enfermos. Una interpretación similar se encontró en el estudio israelí ya citado. También se puede presumir que el mayor nivel educativo podría reflejar un adecuado afrontamiento y mejor nivel funcional premórbido, contribuyendo así a una estancia hospitalaria más corta.

Corroborando la evidencia anecdótica, los pacientes transferidos de otros servicios de salud mental bloquearon por más tiempo las camas de hospitalización. La mayoría de los pacientes tenía un diagnóstico de psicosis (40%) y la causa más frecuente de ingreso fue para contención del riesgo. Esto podría reflejar el hecho de que los servicios públicos de salud mental se destinan principalmente a personas con enfermedad mental grave y su admisión psiquiátrica a menudo puede ser precedida por disturbios del comportamiento que no puede ser contenido en la comunidad (31). Contrariamente a la suposición común, este estudio no sugiere que un diagnóstico de trastorno psiquiátrico grave, como la psicosis, la cronicidad de la enfermedad y la severidad de la enfermedad influyan de manera decisiva en la DE, lo cual puede reflejar el desplazamiento de la atención de esta población de pacientes a la comunidad, basado en servicios psiquiátricos de seguimiento tras la desinstitutionalización.

De este modo, la continuidad de los servicios asistenciales entre la internación hospitalaria y la atención post-alta en la comunidad, sumando recursos especializados en la prestación de servicios a estos pacientes, puede estar en la base de la menor DE y la menor tasa de reingresos en nuestro servicio de salud mental, similar a lo observado en otros países desarrollados (32).

### *Riesgo de reingreso*

La asociación entre la DE y el mayor riesgo de re-admisión es un hecho que ha generado muchas controversias. A pesar de estas dificultades existe un cierto consenso sobre las características diferenciales de los pacientes que presentan mayor riesgo de re-admisión comparados con otros grupos de pacientes. Además se ha encontrado en otros estudios estancia en el hospital más reducida, mayor número de ingresos previos, incumplimiento terapéutico (33). En nuestra muestra, una proporción significativa de pacientes reingresó dentro de 12 meses del alta, pero el riesgo de readmisión no se asoció con la DE ni con factores clínicos o calidad de atención hospitalaria durante la admisión índice. Por lo tanto la calidad de atención hospitalaria no se relaciona, por lo menos de manera directa, con la tasa de readmisión. Esto plantea el interrogante sobre la utilidad de emplear la calidad de atención hospitalaria como un predictor proxy de la tasa de readmisión y

por lo tanto de la calidad de los servicios. Sin embargo esto podría deberse, al menos en parte, a que en nuestro caso la atención brindada durante la internación es cualitativamente similar para todos los pacientes, recibiendo igual cantidad de servicios en términos de horas de atención, tratamiento psicofarmacológico, terapia psiquiátrica-psicológica y asistencia social.

Otro predictor de importancia de reingresos hallado fue el número de admisiones previas, tanto recientes (dentro de los 12 meses) como tardías (después de los 12 meses), particularmente para pacientes con trastorno bipolar I y trastorno límite de personalidad. Este hecho puede resultar de utilidad para identificar las características de aquellos pacientes psiquiátricos con mayor probabilidad de reinternaciones.

En el presente estudio se mostraron como buenos predictores de *menor* reingreso la asistencia de sostén luego del alta con grupos de terapia post-alta, y la rápida reinsertión en servicios de seguimiento ambulatorio más asertivos, con asistencia y control psiquiátrico, psicofarmacológico y de tratamiento psicológico individual y de grupo después del alta de admisión índice. Incluso el tratamiento involuntario, mediado a través de los padres, pareja o responsables legales, disminuyó la tasa de re-ingreso hospitalario. Este hecho probablemente reduce el riesgo de readmisión como consecuencia de aumentar la adherencia y sostén comunitario dependiendo de lazos sociales y asistenciales. En efecto la falta de adherencia ha sido postulada como uno de los indicadores de reingreso hospitalario (34).

El hecho de que los pacientes extrapartidarios tuvieron mayor tasa de reingresos post-alta puede depender de diferencias en los sistemas de atención de salud mental públicos en las distintas zonas del conurbano. El estudio identificó una subpoblación que corría el riesgo de readmisión formada por pacientes que tenían varios ingresos anteriores, trastornos por uso de alcohol u otras sustancias, pocas redes sociales de contacto y apoyo, y presentaban riesgo para sí o terceros en la admisión índice o intento de suicidio en la misma.

En general este estudio sugiere que la readmisión

psiquiátrica es predecible, y el riesgo de la misma debería poder reducirse a través de la identificación de esta población en riesgo y la adopción en la comunidad de buenas prácticas para la atención continua.

### Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio es que se basa en auditorías retrospectivas de historias clínicas con 5% de datos faltantes. El instrumento de recogida de datos incluyó numerosas variables que, a su vez, podrían haber diluido la potencia estadística de los predictores. Existe evidencia anecdótica que sugiere que la orientación terapéutica del psiquiatra tratante ejerce una influencia sobre la DE, sin embargo esta variable no fue medida. Este estudio investigó la asociación entre procedencia de pacientes, la DE para los mismos y el riesgo de readmisión, pero no estudió las posibles diferencias culturales entre comunidades de procedencia. La calidad de la atención hospitalaria y comunitaria fue definida a partir de las perspectivas de los médicos tratantes y de la organización del servicio, en lugar de los consumidores y los cuidadores. Estas áreas podrían justificar estudios adicionales.

### Conclusión

En resumen, de acuerdo con los resultados del presente estudio, algunos factores tales como el nivel educativo, el tipo de tratamiento recibido y el estado civil permiten predecir una mayor DE. El riesgo de re-ingreso estaría asociado con el número de internaciones previas, el diagnóstico, el mayor riesgo presentado por la patología, el nivel educativo y el estado civil. La modificación de algunos de estos condicionantes, sumado a las buenas prácticas asistenciales comunitarias, podrían acortar la DE y disminuir el riesgo de re-internación, mejorando la calidad de la atención en salud mental

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses. ■

## Referencias bibliográficas

- Sealy P, Whitehead PC. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 49 (4): 249-57.
- Lien L. Are readmission rates influenced by how psychiatric services are organized? *Nordic Journal of Psychiatry* 2002; 56 (1): 23-8.
- Niehaus DJ, Koen L, Galal U, Dhansay K, Oosthuizen PP, Emsley RA & Jordaan E. Crisis discharges and readmission risk in acute psychiatric male inpatients. *BMC psychiatry* 2008; 8(1), 44.
- Shumway M, Leary M, Dilley J, Mangurian C. Patient factors associated with extended length of stay in the inpatient psychiatric units of a large county hospital. Abstract Book, 165th Annual Meeting, *American Psychiatric Association*, Philadelphia, May 5-9, 2012.
- Thompson A, Shaw M, Harrison G, Ho D, Gunnell D, Verne J: Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 334-341.
- Wolff J, McCrone P, Patel A., Kaier K, Normann C. Predictors of length of stay in psychiatry: analyses of electronic medical records. *BMC psychiatry*; 2015, 15(1), 238.
- Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric in-patients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38:155-68.
- Hodgson R, Lewis M, Boardman J. The prediction of in-patient length of stay for acute psychiatric admissions. *J Ment Health* 2000; 9: 145-153.
- McCrone P, Phelan M: Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay. *Psychol Med* 1994; 24: 1025-1030.
- Sytema S, Burgess P, Tansella M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalisation in new patients with schizophrenia disorder? *Schizophr Bull* 2002; 28:273-281.
- Auffarth I, Busse R, Dietrich D, Emrich H. Length of psychiatric inpatient stay: comparison of mental health care outlining a case mix from a hospital in Germany and the United States of America. *German J Psychiatry* 2008; 11:40 - 44.
- Fontanella CA. The influence of clinical, treatment, and healthcare system characteristics on psychiatric readmission of adolescents. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78(2):187-98.
- Mental Health Council of Australia. Not for service: experience of injustice and despair in mental health care in Australia. Mental Health Council of Australia, Canberra, 2005.
- Beecham J. Access to mental health supports in England: crisis resolution teams and day services. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28:547-587.
- Kalra AD, Fisher RS, Axelrod P. Decreased length of stay and cumulative hospitalized days despite increased patient admissions and readmissions in an area of urban poverty. *Journal of general internal medicine* 2010; 25(9), 930-935.
- Agrest, M. y col. Factores asociados a las reinternaciones de los pacientes psiquiátricos. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 1993; V (17): 167-175.
- Sacco M, Rodríguez RC. Reingresos de pacientes esquizofrénicos a un año de su alta; *Alcmeón* 2001, XII, 10(1).
- Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission as an indicator of quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34 (2): 137-50.
- Weiss C, Santander J, Aedo I, Fuentes X. Caracterización de las readmisiones precoces en la hospitalización psiquiátrica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 2013; 51(4), 239-244.
- Sánchez R, Jaramillo LE, Herazo MI. Factors associated with early psychiatric rehospitalization. *Biomédica* 2013; 33(2), 276-282.
- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(3), 277-283.
- Doering S, Muller E, Kopcke W, Pietzcker A, Gaebel W, Linden M, Muller P, Muller-Spahn F, Tegeler J, Schussler G. Predictors of relapse and rehospitalization in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 1998; 24: 87-98.
- Snedecor GW, Cochran WG. *Statistical methods*, 8th edition. Ames, Iowa: Iowa State University Press, 1989; 52, 439.
- Storey J, Rowland J, Basic D, Conforti D, Dickson H. The Rowland Universal Dementia Assessment Scale) (RUDAS): A Multicultural Cognitive Assessment Scale. *International Psychogeriatrics* 2004; 16(1) 13-31.
- Linares H, Hernández JJ, Castrodeza JJ, de la Gándara M, Negueruela E. Variabilidad en los diagnósticos de una cohorte de reingresos en las dos últimas décadas; *Actas Españolas de Psiquiatría* 2003; 31(1), 18-23.
- Erickson RC, Paige AB. Fallacies in using length of stay and return rates as measures of success. *Hospital Community Psychiatry* 1973; 24: 559-561.
- Durbin J, Lin E, Layne C, Teed M. Is readmission as an indicator of quality of inpatient psychiatric care? *J Behav Health Serv Res* 2007; 34 (2): 137-50.
- Browne G, Courtney M, Meehan T. Type of housing predicts rate of readmission to hospital but not length of stay in people with schizophrenia on the Gold Coast in Queensland. *Australian Health Review* 2004; 27(1), 65-72.
- Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45(7), 578-585.
- Lerner Y, Zilber N. Predictors of cumulative length of psychiatric inpatient stay over one year: a National Case Register study. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010; 47(4):304 - 307.
- Stevens A, Hammer K, Buchkremer G. A statistical model for length of psychiatric in-patient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103(3):203-11.
- James S, Charlemagne SJ, Gilman AB, Alemi Q, Smith RL, Tharayil PR, Freeman K. Post-discharge services and psychiatric rehospitalization among children and youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2010; 37(5), 433-445.
- Systema S, Burgess P, Tansella M. Does community care decrease length of stay and risk of rehospitalization in new patients with schizophrenia disorders? A comparative case register study in Groningen, the Netherlands; Victoria, Australia; and South Verona, Italy. *Schizophrenia bulletin* 2002; 28(2), 273-281.
- Al-Sughayir MA. Effect of accreditation on length of stay in psychiatric inpatients: pre-post accreditation medical record comparison. *International Journal of Mental Health Systems* 2016; 10(1), 55.