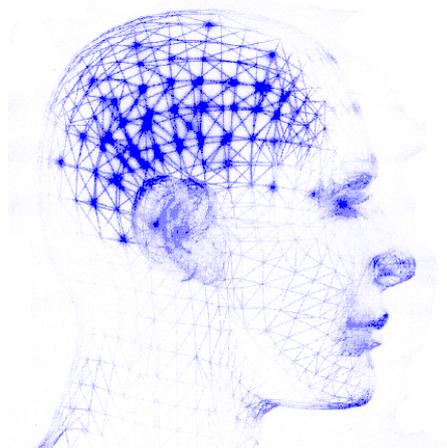


¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría?

**Estudio de reingresos en una Unidad de
Corta Estancia**



Óscar Ortega Aladrén

Trabajo Fin de Máster

Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina

Director del Trabajo: Dr. Ricardo Campos Ródenas

- **Índice:**

- **Resumen:** página 3
- **Introducción:** página 4
- **Justificación del estudio:** página 8
- **Objetivos:** página 9
- **Hipótesis:** página 9
- **Material y métodos:** página 10
- **Resultados:** página 12
- **Discusión:** página 17
- **Conclusiones:** página 19
- **Bibliografía:** página 20

- **Resumen:**

El fenómeno de la “puerta giratoria” (paciente con múltiples y continuos ingresos en Unidades de Agudos de Psiquiatría) fue descrito por primera vez en los años 60, en relación con el proceso de desinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos y se trata desgraciadamente de un fenómeno cada vez más frecuente, además de muy relevante por el hecho de que se genera un pequeño grupo de pacientes que suponen un importante porcentaje del total de los ingresos, representando una carga para el sistema sanitario y consumiendo una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios. La mayoría de los estudios coinciden en que los predictores de reingreso más importantes son el número de ingresos previos, el incumplimiento terapéutico y el abuso de sustancias psicoactivas.

El objetivo de esta investigación fue estudiar y describir estos aspectos en nuestra área sanitaria.

Se realizó un estudio preliminar, de carácter retrospectivo, descriptivo, en el que se revisaron todos los ingresos que se produjeron en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario entre los años 2009 y 2011.

Se encontraron 53 pacientes que ingresaron 3 o más veces en alguno de los años estudiados y que, por tanto, podrían ser incluidos en el concepto de “puerta giratoria”. Esos pacientes supusieron el 21’08% del total de los ingresos en el tiempo del estudio.

El diagnóstico más frecuentemente asociado a los reingresos son los trastornos psicóticos, seguido de los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad.

El consumo de tóxicos y el incumplimiento del tratamiento son factores altamente presentes en el grupo de pacientes reingresadores, además de poco modificados a lo largo de los sucesivos ingresos.

Existe un porcentaje muy elevado de pacientes (47’17%) que presentan múltiples ingresos, en relación con las dificultades existentes para incorporarse a centros específicos de rehabilitación.

- **Introducción:**

Según el “*Informe de Salud Mundial 2001*” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 450 millones de personas padecía trastornos mentales a nivel mundial. Estos trastornos representan no sólo una inmensa carga psicológica, social y económica, sino que también aumentan la morbilidad general (1).

Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida. En Europa se prevé un considerable incremento de trastornos mentales.

Según los resultados del proyecto “European Study of the Epidemiology of Mental Disorders” (ESEMED-España) (2006), estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país, un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) (2).

En 1983 se crea la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (3) en cuyo primer Informe, emitido dos años después, se establecen las bases de la misma (4).

El marco legislativo de la reforma psiquiátrica en España se apoyó en la Ley General de Sanidad (5), origen del actual Sistema Nacional de Salud y que, en su artículo 20 establecía el carácter comunitario de los servicios de salud mental, con derecho de los pacientes al acceso a los mismos, de carácter público, universal y gratuito, debiendo potenciar las estructuras intermedias y extrahospitalarias, y con mención expresa a la hospitalización psiquiátrica en unidad de los hospitales generales, desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción social, con importante consenso entre los profesionales comprometidos con la equidad y la evitación de la estigmatización de los enfermos, así como la implicación ciudadana a través de asociaciones de familiares y usuarios.

La implantación de los procesos de esta reforma psiquiátrica tuvo algunos efectos de gran interés: avances en la integración sanitaria de la red para la atención del enfermo mental; avances de la red extrahospitalaria y comunitaria, diversificando los programas de atención; nuevas formas de relación interprofesional, incremento de la oferta asistencial; cambios en la estructura de la red psiquiátrica al priorizar la hospitalización en unidades de corta estancia frente a las camas asilares, reducción de las vulneraciones de los derechos cívicos, incorporación de nuevas técnicas de intervención e investigación, etc.

A consecuencia de la Reforma Psiquiátrica, las Unidades o Centros de Salud Mental son el eje de la red de salud mental, responsables del proceso asistencial de paciente. En estas Unidades donde se decide, tras la pertinente evaluación del paciente, si éste puede ser tratado por la propia unidad en régimen ambulatorio, o precisa de una vigilancia o tratamiento más intensivo, que sólo puede ser realizado por los dispositivos hospitalarios (hospital de día, unidad de hospitalización breve o de corta estancia), o eventualmente tras un primer período de atención en el propio centro en fase aguda de su proceso, precisa un dispositivo rehabilitador que le facilite su reincorporación activa a la sociedad (centro de día, unidad de rehabilitación, centro de rehabilitación psicosocial, unidad de terapia ocupacional, taller protegido, grupo de autoayuda, atención a domicilio), incluida en su caso la reinserción laboral.

En la medida en que el proceso remite y si el paciente va recuperando plenamente el control de su vida, se produce una transferencia inversa, hacia el centro de salud mental, para su control posterior por éste en la medida que sea preciso, e incluso al centro de salud de atención primaria. Igualmente, si en el transcurso del proceso se produce la necesidad de una atención urgente, el paciente puede ser transferido a la correspondiente unidad de urgencias de referencia, volviendo tras ser resuelta ésta al dispositivo asistencial pertinente.

Entre estos dispositivos de atención sanitaria las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Aguda o de Corta estancia se definen como unidades de hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada (24 horas al día) con personal especializado y con un tiempo de estancia breve que se integran física y funcionalmente en los hospitales generales. La hospitalización psiquiátrica se realiza exclusivamente siguiendo criterios médicos y respetando las normas establecidas en el Código Civil.

Estas Unidades atienden a todos los pacientes remitidos desde las Unidades de Salud Mental o atendidas en las urgencias hospitalarias. Este dispositivo está especialmente coordinado con los centros de salud mental, a donde se derivan los pacientes dados de alta.

La duración de la hospitalización obedece a criterios clínicos, aunque no es aconsejable que sea superior a los 14 -21 días.

Fruto de este proceso de desinstitucionalización y adopción progresiva de un modelo de Psiquiatría comunitaria, desgraciadamente es un fenómeno cada vez más frecuente la figura del paciente con múltiples y continuos ingresos (6).

En la práctica, la desinstitucionalización llevó a una drástica reducción en el número de camas de pacientes psiquiátricos agudos y subagudos. La intención era que esto estuviera acompañado de una importante red de

recursos extrahospitalarios que, si bien en algunos casos ha resultado efectiva, en otros no es suficiente para satisfacer a todos los pacientes usuarios de Salud Mental (7).

La consecuencia es que las políticas de ingreso en las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales necesitan cambiar. Actualmente solo los pacientes más graves pueden ser ingresados en el Hospital. Además, debido a la presión derivada de la necesidad de disponer de camas libres, incluso esos pacientes que son ingresados solo pueden permanecer en el Hospital durante un corto periodo de tiempo y deben ser dados de alta tras pasar solo algunos días ingresados. El inevitable resultado es que algunos pacientes son dados de alta prematuramente y esto deriva en altas tasas de reingresos y el nacimiento del concepto de “puerta giratoria” para describir a pacientes que son reingresados con frecuencia en el Hospital.

El fenómeno de la “puerta giratoria” fue descrito por primera vez en los años 60, en relación con el proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos (8).

Este hecho se ha ligado a:

- Acontecimientos históricos en la asistencia psiquiátrica como la desinstitucionalización en los años 60, con el correspondiente desafío de mantener a los pacientes psiquiátricos en la sociedad y la consecuencia lógica del fenómeno de la “puerta giratoria”. En este sentido, se sugeriría que los pacientes reingresados serían aquellos pacientes con patologías más graves o crónicas que hubieran sido los que hubieran permanecido ingresados en dispositivos de larga estancia.
- Los cambios radicales de la política sanitaria, que propiciaron un recorte drástico del número de camas en los hospitales psiquiátricos, lo que llevó a un aumento de los reingresos, aunque éstos eran más cortos y supuestamente beneficiosos para el enfermo, y la creación de dispositivos extrahospitalarios como los Hospitales de Día.
- Un número considerable de variables, entre las que podemos citar el recrudecimiento de patologías difíciles de tratar (se ha citado la gran frecuencia de diagnósticos como esquizofrenia y trastornos afectivos en la población, así como la comorbilidad con abuso de alcohol/sustancias y los trastornos de personalidad), las dificultades en el cumplimiento terapéutico, las conductas violentas, el seguimiento, tratamientos o programas de rehabilitación inadecuados, los problemas en el grupo familiar de apoyo...

La mayoría de los estudios coinciden en que los predictores de reingreso más importantes son el número de ingresos previos, el incumplimiento terapéutico y el abuso de sustancias psicoactivas, existiendo discusión sobre cual tiene más peso (9, 10, 11, 12, 13, 14). Se ha comprobado también que el seguimiento ambulatorio se dificulta cuando los pacientes con trastornos psicóticos presentan comorbilidad con el abuso de tóxicos.

En los estudios previos se ha comprobado que el diagnóstico más frecuente entre los pacientes que reingresan es el de trastornos psicóticos, y que existe una gran influencia del incumplimiento terapéutico y del abuso de tóxicos en la rehospitalización (15).

Los criterios para considerar que un paciente está dentro del concepto de “puerta giratoria” no están bien definidos (cuántos ingresos, en cuánto tiempo, si se debe o no considerar como nuevo ingreso si no han pasado algunos días desde el alta y en tal caso cuántos días...).

Distintos criterios encontrados en la bibliografía consultada serían los siguientes (16):

- 3 o más ingresos en un año
- 3 o más ingresos en 18 meses
- 3 o más ingresos en 3 años
- 4 o más ingresos en 5 años
- Algunos autores son más explícitos, considerando dos tipos de pacientes:
 - a) los que tienen como mínimo cuatro ingresos y un periodo entre ingresos no superior a un cuarto del periodo de observación (30 meses en 10 años)
 - b) los que tienen un mínimo de cuatro ingresos durante el primer cuarto de periodo de estudio (30 meses). Además, para contabilizar como nuevo ingreso tenían que haber pasado al menos 10 días del alta anterior.
- Otros estudios ya introducen otras variables en la definición de “puerta giratoria”. De este modo, los criterios para pacientes frecuentadores serían:
 - a) tres o más ingresos en 18 meses o cinco o más ingresos en 36 meses.

- b) dos o más ingresos en 12 meses Y tratados con clozapina.
- c) dos o más ingresos en 12 meses Y 120 días o más en el hospital.

- **Justificación del estudio:**

El fenómeno de la “puerta giratoria” es muy frecuente en la gran mayoría de unidades de hospitalización psiquiátrica y muy relevante por el hecho de que se genera un pequeño grupo de pacientes (los reingresadores), que suponen un importante porcentaje del total de los ingresos, representando una carga para el sistema sanitario y consumiendo una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios. Valga como ejemplo un estudio realizado en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica en una ciudad española, en el que se determinó que un 7’5 % del total de los pacientes supusieron en un determinado periodo de tiempo el 29’4% del total de los ingresos en dicha Unidad (17).

Por tanto, nos encontramos con un fenómeno que es necesario identificar y describir, ya que los recursos de que disponen los sistemas públicos de salud son limitados y es necesario determinar qué programas puede ser más útil poner en funcionamiento con el fin de controlar este fenómeno. Más aún cuando en muchos estudios publicados sobre el tema se demuestra como algunos de los factores altamente presentes en el grupo de pacientes que se engloban en el concepto de “puerta giratoria” son factores modificables como el consumo de tóxicos y el incumplimiento del tratamiento.

Parece, por tanto, probable, que identificando esos factores, resultase útil la creación de programas que incidan en el control de dichos factores potencialmente modificables.

Según la bibliografía consultada, es importante tener en cuenta que las múltiples hospitalizaciones van a empeorar el pronóstico de los pacientes psiquiátricos, lo que incrementa el interés en esta cuestión (18, 19).

- **Objetivos:**

En nuestra investigación nos hemos propuesto estudiar y describir estos aspectos en nuestra área sanitaria.

Para ello se pretende obtener un perfil clínico-epidemiológico de la cohorte de pacientes que ingresan repetidamente en la Unidad de Psiquiatría y analizar los factores de riesgos asociados a los reingresos.

En relación con ello, valoraremos específicamente la existencia de pacientes cuyos reingresos estén relacionados con dificultades para incorporarse a centros de rehabilitación psiquiátrica. En este estudio se pretende indicar intervenciones específicas para este grupo de pacientes con alta frecuentación.

- **Hipótesis:**

- 1) Existe un grupo de pacientes, que incluiremos dentro del fenómeno conocido como “puerta giratoria” que presentan múltiples y repetidos ingresos en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría.
- 2) Factores como el consumo de tóxicos y el abandono del tratamiento farmacológico están muy presentes en este grupo de pacientes con múltiples ingresos.
- 3) Existe un porcentaje muy importante de pacientes cuyos reingresos están relacionados con las dificultades para incorporarse a centros específicos de rehabilitación psiquiátrica.

- **Material y métodos:**

Se trata de un estudio preliminar, de carácter retrospectivo, descriptivo, en el que se han revisado todos los ingresos que se produjeron en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario entre los años 2009 y 2011 (un total de 1371). Para ello, se revisaron los historiales de los pacientes en la base de datos del hospital (intranet), donde se encuentran registrados todos sus ingresos, así como los informes de alta de los mismos.

Para nuestro estudio, definiremos como “puerta giratoria” a aquellos pacientes que hayan presentado 3 o más ingresos a lo largo de un año. Consideramos que por la propia evolución de algunas enfermedades psiquiátricas, se puede considerar razonable que algunos pacientes presenten hasta dos descompensaciones a lo largo de un año que requieran su ingreso hospitalario. Sin embargo, con 3 o más ingresos creemos que sería necesario estudiar los motivos que están generando esa cantidad de ingresos, así como las actuaciones que se deberían llevar a cabo para prevenirlo.

En este estudio, a diferencia de otros, se han considerado todos los ingresos, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el alta del ingreso previo.

Por tanto, se considerarían criterios de inclusión en el estudio:

- Pacientes que ingresaron 3 o más veces en un año natural en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario en cualquiera de los años estudiados (2009 a 2011), excluyendo los dos supuestos reflejados en los criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia a cargo de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (es decir, menores de 18 años). Dado que en nuestro hospital, a pesar de ser considerado Unidad de referencia en Aragón para Psiquiatría Infanto-Juvenil, no se dispone de una Unidad específica de hospitalización para este tipo de pacientes, los ingresos se producen, o bien en el Servicio de Pediatría o bien en la misma Unidad de Corta Estancia en la que se producen los ingresos de adultos. Debido a las particularidades especiales de este grupo de pacientes, no serán considerados en este estudio.
- Pacientes cuyo ingreso se produce únicamente para la realización de TEC (terapia electroconvulsiva) de forma ambulatoria.

El TEC es un tratamiento indicado en algunos cuadros depresivos y psicóticos. Habitualmente se administran las sesiones cuando los pacientes están ingresados en la UCE de Psiquiatría, aunque en algunos casos se realiza TEC de mantenimiento de manera ambulatoria. En estos casos, el paciente suele ingresar el mismo día de la realización del TEC (o, a lo sumo, el día anterior) y es dado de alta unas horas después de recibir la sesión de TEC.

Debido a las características de este tipo de ingresos, tampoco serán considerados para este estudio.

Una vez obtenida la muestra, se revisaron los informes de alta de estos pacientes de cara a obtener las variables que serán objeto de este estudio:

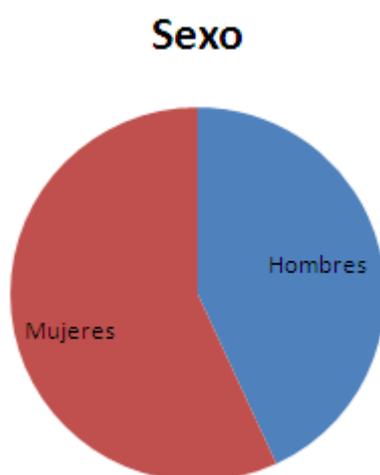
- Sexo
- Edad
- Número total de ingresos
- Estancia media: días que el paciente permanece ingresado en la Unidad (días transcurridos entre el ingreso y el alta).
- Diagnóstico
- Consumo de tóxicos: alcohol y otras sustancias
- Abandono del tratamiento farmacológico: se valora si el paciente había abandonado previamente al ingreso el tratamiento farmacológico prescrito.
- Soporte social: se valoran aspectos como situación socio-económica, apoyo familiar...
- Pendiente de centros de Rehabilitación: se valora si en el momento en el que se producen los ingresos el paciente está pendiente de ser aceptado en algún dispositivo de Rehabilitación Psiquiátrica (en su mayoría Unidades de Media Estancia, aunque también se recogen otros dispositivos como Centros de Día o Unidades de trastornos específicos)

- **Resultados:**

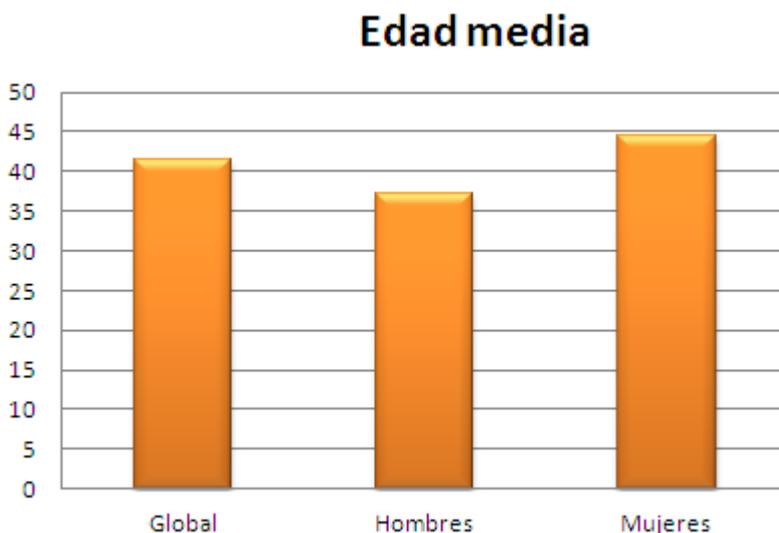
Una vez definidos los criterios, encontramos 53 pacientes que ingresaron 3 o más veces en alguno de los años estudiados y que, por tanto, podrían ser incluidos en el concepto de “puerta giratoria”.

Estos pacientes totalizaron a lo largo de esos 3 años 289 ingresos, lo que, respecto al total de 1371 ingresos en la Unidad, supone el 21’08% de los mismos.

En nuestro estudio, la proporción de hombres es del 41’51% y la de mujeres del 58’49%.

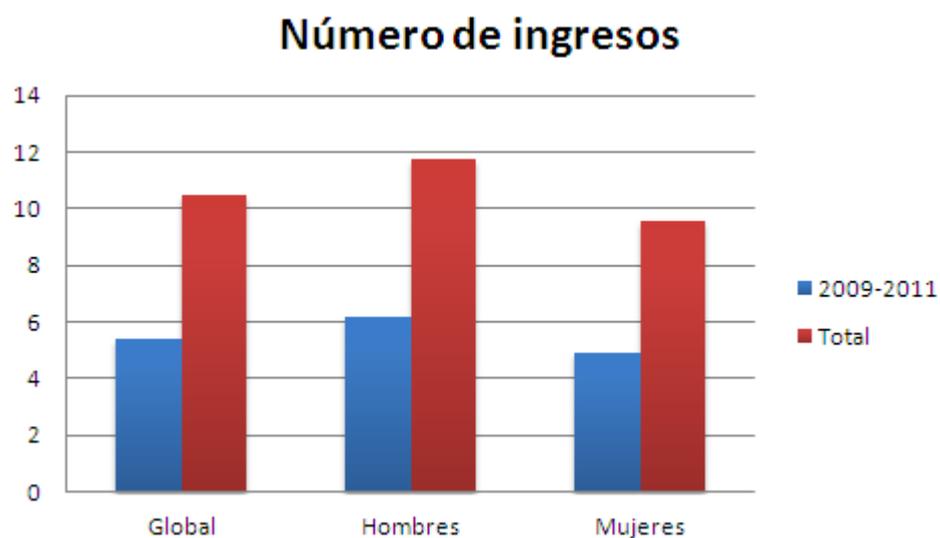


En cuanto a la edad media de los pacientes incluidos en el estudio, fue de 41’43 años, siendo superior entre las mujeres (44’52) con respecto a los hombres (37’09 años de media).



Si nos referimos al número total de ingresos de estos pacientes, encontramos que en los años estudiados (2009 a 2011), la media de ingresos de estos 53 pacientes es de 5'43 a lo largo de esos tres años, siendo mayor entre los hombres (6'18 de media), que entre las mujeres (4'90).

A través de la revisión de los historiales de los pacientes, podemos obtener también la información del número total de ingresos de estos pacientes, no solamente limitándolos a los años del estudio, sino ampliados a todos los que hayan presentado a lo largo de su vida. En este caso, obtendríamos las siguientes cifras: una media de 10'47 ingresos a lo largo de toda la vida, siendo de 11'77 en los hombres y de 9'55 en las mujeres.



Se trata, en cualquier caso, de datos muy dispersos, incluyendo a pacientes que únicamente ingresaron las 3 veces requeridas en un año determinado y a pacientes que ingresaron en gran cantidad de ocasiones durante varios años consecutivos.

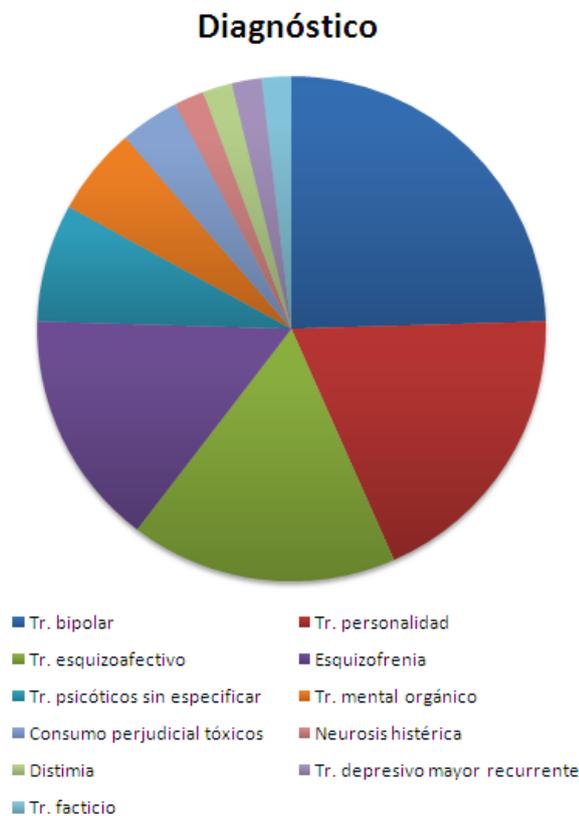
La estancia media en este grupo de pacientes se calculó en 14'51 días, aunque existe gran variación entre la duración del ingreso en unos determinados pacientes con respecto a otros.

Debido a esa gran dispersión se calcula también la mediana, que resulta de 13 días.

Se observaron una gran variedad de diagnósticos entre los pacientes reingresadores. El más frecuente fue el de trastorno bipolar, con 13 de los 53 pacientes estudiados (24'53%). También frecuentes fueron el trastorno de la personalidad, con 10 pacientes (18'87% del total), el trastorno esquizoafectivo, con 9 (16'98%) y la esquizofrenia, con 8 (15'09%).

En un segundo nivel estarían los pacientes que se agruparon como trastornos psicóticos sin especificación, con un total de 4 (7'55% del total), los que se diagnosticaron como trastorno mental orgánico, es decir, asociado a alguna enfermedad médica (en estos casos, un total de 3 pacientes, el 5'66%, asociados a enfermedad de Parkinson, corea de Huntington y epilepsia postraumática) y los que recibieron el diagnóstico de consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias, que fueron 2 pacientes (3'77%).

Por último, se encontrarían los diagnósticos que solo recibió un paciente de los 53 estudiados (es decir, el 1'89% del total), que serían los diagnósticos de neurosis histérica, distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno facticio.



En cuanto al consumo de tóxicos, se recogió la información por dos vías: mediante anamnesis directa al paciente y mediante analítica de rastreo de tóxicos en orina.

No se detectó consumo de sustancias tóxicas en 32 de los 53 pacientes del estudio (60'38%), mientras que en los 21 restantes (39'62%) sí que existía consumo de alguna sustancia, que se agruparon de la siguiente forma:

- En 9 de esos 21 pacientes (16'98% del total de los pacientes del estudio) existía consumo de alcohol
- En 2 pacientes se objetivo consumo habitual de cannabis (3'77%)

- En los 10 pacientes restantes en los que había consumo de tóxicos (18'87% del total) existía consumo de más de una sustancia (las más habituales alcohol, cannabis, cocaína, heroína y speed).

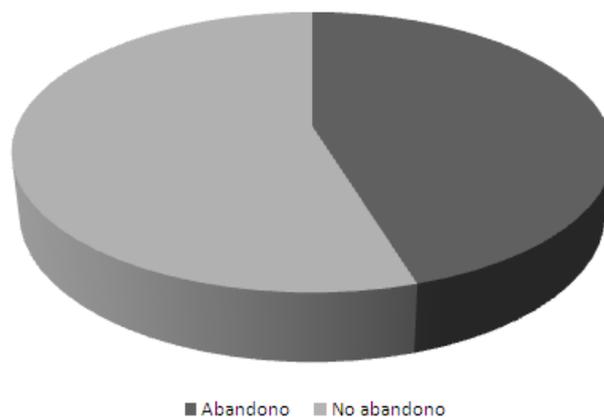
Debemos destacar también que este patrón de consumo de sustancias, en la mayoría de los casos, no se modificó a lo largo de los sucesivos ingresos.

Consumo de tóxicos



En nuestro estudio, encontramos un alto porcentaje de pacientes (el 45'28%), que abandonaron el tratamiento de manera voluntaria previamente a producirse sus ingresos. En el 54'72% restante (29 pacientes), no se constató que hubiera habido un abandono del tratamiento farmacológico pautado. Al igual que con el consumo de tóxicos, el abandono de tratamiento fue en la mayoría de los casos una circunstancia que no se modificó en ese grupo de pacientes a lo largo de los sucesivos ingresos.

Abandono del tratamiento



Se tuvo también en cuenta el soporte social de los pacientes que presentaron múltiples ingresos en nuestra Unidad, en base a una serie de parámetros, como situación socio-económica, soporte y compromiso familiar, situación laboral o sistemas de asistencia y apoyo comunitario. Se dividió según esos criterios, el soporte social como aceptable, regular o insuficiente.

En 22 de los 53 pacientes (41'51%) se objetivó un adecuado soporte social. En 16 de ellos se consideró que su situación a nivel social era insuficiente (30'19%), mientras que hubo un grupo de 15 pacientes que se agruparon en el nivel intermedio (28'30%).

Soporte social



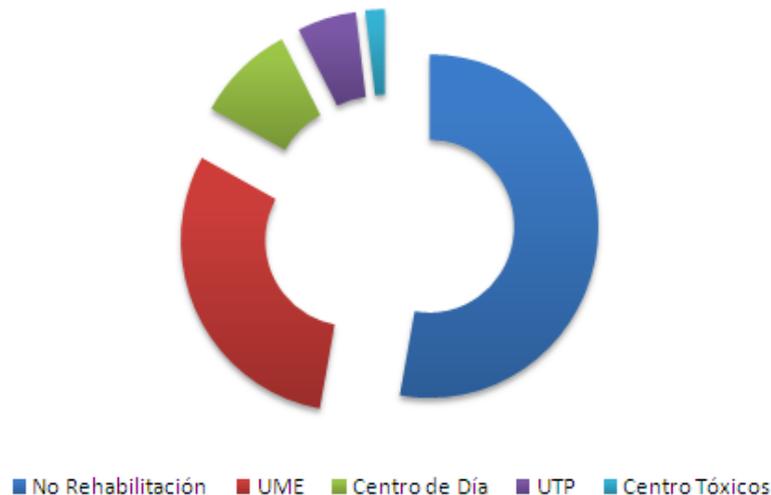
Por último, valoramos entre los pacientes reingresadores, aquellos que se encuentran pendientes de ingresar en dispositivos de Rehabilitación Psiquiátrica (en su mayoría se trata de pacientes que ingresarán en la Unidad de Media Estancia del Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora del Pilar, aunque también se consideraron pacientes que se encontraban pendientes de ser admitidos en Centros de Día, en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia o en Centros específicos para Deshabitación del consumo de sustancias).

En el grupo de estudio, se encontró un porcentaje muy alto de pacientes (47'17%, 25 pacientes en total) que estaban pendientes de ser admitidos en alguno de estos dispositivos y que presentaron numerosos ingresos en nuestra Unidad de Corta Estancia mientras se mantuvieron en lista de espera. Se agruparon de la siguiente forma:

- Pendientes de Unidad de Media Estancia: 16 pacientes (30'19% del total)
- Pendientes de Centro de Día: 5 pacientes (9'43% del total)

- Pendientes de Unidad de Trastornos de la Personalidad: 3 pacientes (5'66% del total)
- Pendientes de Centro de Deshabitación de tóxicos: 1 paciente (1'89 del total)

Pendientes de Rehabilitación



• Discusión:

En primer lugar nos encontramos con que, efectivamente, existe un grupo de pacientes que presentan múltiples y repetidos ingresos en nuestra Unidad. Los 53 pacientes incluidos en el estudio suponen en los 3 años estudiados el 21'08% del total de ingresos que se produjeron en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, un porcentaje muy elevado para esa pequeña cantidad de pacientes.

Ese dato nos confirma la gran cantidad de recursos que hay que poner al servicio de una pequeña población y, por tanto, la necesidad de identificar este fenómeno de “puerta giratoria” cuando se presenta, delimitar sus características, determinar las causas que puedan estar influyendo y estudiar la forma de prevenirlo.

Si agrupamos los diagnósticos por grandes entidades clínicas, nos encontramos con que los diagnósticos más frecuentemente asociados a los reingresos son los trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y otros trastornos psicóticos), seguido de los trastornos afectivos (trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor y distimia) y de los trastornos de la personalidad.

En cuanto a la estancia media, se encuentra dentro de las cifras deseables para una Unidad de Corta Estancia (2 semanas de ingreso), aunque es necesario aclarar que, debido a que agrupamos todos los distintos diagnósticos, con sus propias particularidades, existe una gran variación en los datos. Encontramos que, como grupos, las estancias son más elevadas para las psicosis y los trastornos afectivos (en algunos casos ingresos muy prolongados, incluso de varios meses) y son más breves para los trastornos de la personalidad, los trastornos por uso de sustancias y el resto de trastornos neuróticos. Algunos de los enfermos permanecieron más tiempo en nuestra Unidad de Agudos ante la imposibilidad de utilizar otros medios de hospitalización de media-larga estancia.

Analizando los factores, encontramos que existe un porcentaje elevado de pacientes que presentan consumo perjudicial de tóxicos (en la mayoría de los casos, además, con consumos simultáneos de varias sustancias). Serían necesarios estudios comparativos más exhaustivos de cara a determinar si ese porcentaje es significativamente superior en relación con el resto de pacientes que ingresan en la Unidad de Corta Estancia. En cualquier caso, se trata de un factor que en estos pacientes reingresadores se mantiene constante a lo largo de los sucesivos ingresos.

Existe también un número muy elevado de pacientes que abandonan el tratamiento farmacológico previamente a su ingreso, lo que probablemente contribuya a una descompensación y motive el ingreso del paciente. Este incumplimiento terapéutico habitualmente está en relación con los efectos secundarios de la medicación, el carácter crónico de las enfermedades mentales, que hace que en muchas ocasiones sean necesarios tratamientos a largo plazo o incluso de por vida, y la ausencia de conciencia de enfermedad que se da en algunas patologías psiquiátricas.

Al igual que en el caso del consumo de tóxicos, este patrón apenas se modifica con los sucesivos ingresos.

Por tanto, parece probable que fuese útil la creación de programas que incidan en estos factores potencialmente modificables.

En el caso del abandono de la medicación, los antipsicóticos inyectables de larga duración, que se administran con una frecuencia quincenal o mensual podrían ser una alternativa de cara a asegurar el cumplimiento terapéutico.

A tenor de los datos obtenidos, es de vital importancia una estrecha colaboración con Trabajo Social durante el tiempo que los pacientes permanezcan ingresados en la Unidad.

Por último, si nos centramos en los pacientes que se encuentran pendientes de algún dispositivo de Rehabilitación, nos encontramos con un porcentaje

elevadísimo, siendo la mayor parte pacientes que se encuentran pendientes de ingresar en Unidades de Media Estancia (en su mayoría en el Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora del Pilar, aunque en algún caso también en el Hospital Neuropsiquiátrico Nuestra señora del Carmen).

Estos datos hacen plantearnos el que probablemente las políticas deban ir dirigidas hacia conseguir más recursos en ese sentido.

Más aún cuando estos dispositivos realizan un trabajo excelente en la estabilización y rehabilitación de los pacientes. En ese sentido, durante la revisión de los ingresos entre el 2009 y el 2011, de cara a seleccionar la muestra del estudio, observamos varios pacientes que ingresaron puntualmente en nuestra Unidad durante esos años y que, sin embargo, presentaban gran cantidad de ingresos, cumpliendo criterios de “puerta giratoria”, en años anteriores. En la mayoría de los casos se trataba de pacientes que habían estado o estaban actualmente en programas de Rehabilitación, lo cual sin duda contribuyó a frenar los repetidos ingresos que venían presentando.

Serán necesarios estudios posteriores en este campo de cara a confirmar los datos obtenidos, así como para incluir un perfil comparativo con otros pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia que no cumplan criterios de “puerta giratoria”.

● **Conclusiones:**

- Existe una pequeña cantidad de pacientes que suponen un porcentaje muy elevado del total de ingresos en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría.
- El diagnóstico más frecuentemente asociado a los reingresos son los trastornos psicóticos, seguido de los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad.
- El consumo de tóxicos y el incumplimiento del tratamiento son factores altamente presentes en el grupo de pacientes reingresadores. Cabe destacar que además son factores poco modificados a lo largo de los sucesivos ingresos.
- Existe un porcentaje muy elevado de pacientes que presentan múltiples ingresos, con estancias medias más elevadas, estando estos ingresos en relación con las dificultades existentes para incorporarse a centros específicos de rehabilitación.

• **Bibliografía:**

1. World Health Organization. The World Health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001b.
2. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006 Apr 1;126(12):445-51.
3. ORDEN del 27 de Julio de 1983, de constitución de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. BOE 196. 17 de agosto de 1983: p 22596-22596.
4. Ernest Lluch. Informe para la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad. Abril 1985.
5. LEY, 14/1986, 25 de Abril de 1986, General de Sanidad. BOE 102. 29 de abril de 1986: p 15207-15224.
6. Shadish WR, Lurigio AJ, Lewis DA. After deinstitutionalization: the present and future of mental health long-term care policy. *J Social Issues* 1989;45: 1-15.
7. Oyffe I, Kurs R, Gelkopf M, Melamed Y, Bleich A. Revolving-door patients in a public psychiatric hospital in Israel: cross sectional study. *Croat Med J*. 2009 Dec;50(6):575-82.
8. Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MI, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Rev Saude Publica*. 2000 Jun;34(3):280-5.
9. Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL Jr, Davis JM, Lewis DA. Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1995 Jun;152(6):856-61.
10. Hofmann W, Gougleris G, Panzer M, Tigiser E, Warken R, Zimmer FP. Multiple admissions to the psychiatric hospital--a study of the status of so-called "revolving door patients". *Psychiatr Prax*. 1992 Nov;19(6):217-24.
11. Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H, Leake B. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry*. 1995 Dec;152(12):1749-56.
12. Agra S, Brenlla J, Blanco J. Factores asociados al reingreso de pacientes psiquiátricos. *AN. Psiquiatría* 12: 149-155, 1996.
13. Pedrós A, Tomás A. Evolución de los ingresos en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Tendencias respecto al sexo, diagnóstico y demanda asistencial. *Anales de Psiquiatría*. 2003 Feb;17(2):58-63.

14. Goodpastor WA, Hare BK. Factors associated with multiple readmissions to an urban public psychiatric hospital. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42: 85-87.
15. García-Valdecasas J, Vega D, Vispe A, Rodríguez M, González C. Estudio descriptivo de reingresos en una Unidad de Internamiento Breve en la zona sur de Gran Canaria. *Psiquiatria.com*. 2004; 8 (4).
16. Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, Oosthuizen PP. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Apr;45(4):461-8.
17. Linares I, Hernández H, Castrodeza JJ, Negueruela E, De la Gándara JJ. ¿Cómo son los pacientes reingresados? Un estudio descriptivo en Psiquiatría de Hospital General. *Anales de Psiquiatría*. 2002 Feb;18(2):78-86.
18. Pfeiffer SI, O'Malley DS, Shott S. Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals: a synthesis of findings. *Psychiatr Serv*. 1996 Mar;47(3):263-9.
19. Munley PH, Hyer LA. Demographic and clinical characteristics as predictors of readmission: a one-year follow-up. *J Clin Psychol*. 1978 Oct;34(4):833-8.

