

Miguel Vázquez-Real¹
Elena M Talero-Barrientos²
María D Franco-Fernández³

Factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados al reingreso precoz en pacientes de salud mental

1 Especialista en Farmacia Hospitalaria, Servicio de Farmacia, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

2 Profesora Titular de Farmacología. Departamento de Farmacología, Universidad de Sevilla

3 Profesora Titular de Psiquiatría Vinculado. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla.

RESUMEN

Introducción. Los reingresos precoces (entre las 24 horas y 30 días tras el alta) pueden ser traumáticos para los pacientes psiquiátricos y sus familias, por lo que determinar los factores que lo predisponen es esencial desde un punto de visto tanto terapéutico como económico.

Metodología. Se llevó a cabo un estudio de casos y controles retrospectivo para el periodo entre 2015–2017. Se emparejaron los casos con los controles según edad, diagnóstico, sexo y fecha de ingreso. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y farmacológicas de interés.

Resultados. Se analizaron 86 controles y 86 casos. El grupo mayoritario fue F20–29 (70,9%). En el análisis bivariante resultaron estadísticamente significativas (ES) las variables "entorno urbano vs. rural" ($p=0,011$), mala adherencia farmacológica (AdFa) subjetiva ($p=0,048$), mala AdFa objetiva ($p=0,023$), ausencia de red de apoyo ($p=0,019$), seguimiento deficiente en consultas externas de psiquiatría ($p=0,021$), falta de empleo ($p=0,046$) y un mayor número de ingresos en el año previo ($p<0,001$). En el análisis multivariante fueron ES las variables: número de reingresos el año previo ($OR=1,536$; $IC95\%:1,174-2,009$; $p=0,002$), habitar en un entorno "urbano" ($OR=2,791$; $IC95\%:1,017-7,663$; $p=0,046$), ausencia de red de apoyo $OR=2,255$; $IC95\%:1,160-4,384$; $p=0,017$) y un seguimiento ambulatorio inestable ($OR=2,156$; $IC95\%:1,101-4,223$; $p=0,025$).

Conclusiones. El habitar en un entorno urbano, una baja AdFa, la ausencia de red de apoyo, un seguimiento deficiente en consultas externas de psiquiatría, la falta de empleo y un alto número de reingresos en el año previo se relacionan de forma directa con el reingreso precoz en pacientes psiquiátricos.

Palabras clave. Factores, reingreso precoz, psiquiatría, adherencia.

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(6): 248-255 | ISSN: 1578-2735

SOCIODEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PHARMACOLOGICAL FACTORS INFLUENCING EARLY READMISSION IN MENTAL HEALTH SETTINGS

ABSTRACT

Background. Early readmissions (between 24 hours and 30 days after discharge) can be disruptive for psychiatric patients and their families. The aim of this study is to determine the factors influencing this early readmission.

Methods. A retrospective case-control study was carried out from 2015 to 2017. Cases were matched with controls with a similar age (± 10 years), admission date (± 30 days), ICD-10 diagnosis and sex. Sociodemographic, clinical and pharmacological factors were examined.

Results. 86 cases and 86 controls were chosen. The largest ICD-10 group was F20–29 (70,9%). Statistically significant (SS) factors according to the bivariate analysis were: urban vs. rural living environment ($p=0.011$); poor subjective pharmacological adherence (AdFa, $p=0.048$); poor objective AdFa ($p=0.023$); poor social or family support ($p=0.019$); poor follow-up in psychiatric outpatient consultations

Correspondencia:

Miguel Vázquez Real.

Servicio de Farmacia

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera

Ronda de Circunvalación, s/n

11407 Jerez de la Frontera, Cádiz, España

Correo electrónico: mvazquezreal@gmail.com

($p=0.021$); unemployment ($p=0.046$); and a higher number of readmissions during the previous year ($p<0.001$). In the multivariate analysis, SS factors were: urban living environment (OR=2.791; 95% CI, 1.017–7.663; $p=0.046$); poor social or family support (OR=2.255; 95% CI, 1.160–4.384; $p=0.017$); poor follow-up in psychiatric outpatient consultations (OR=2.156; 95% CI, 1.101–4.223; $p=0.025$); and a higher number of readmissions during the previous year (OR=1.536; 95% CI, 1.174–2.009; $p=0.002$).

Conclusions. Living in an urban environment; poor AdFa; poor social or family support; poor follow-up in psychiatric outpatient consultations; unemployment; and a higher number of readmissions during the previous year were all directly related to early readmissions for psychiatric patients.

Key words. Factors, early readmission, psychiatry, adherence, bivariate, multivariate.

INTRODUCCIÓN

Desde los años 80 la prevalencia de los trastornos mentales (TM) es objeto de estudio, siendo el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) el mayor publicado hasta la fecha¹. En él se constata que hasta el 25,9% de la población había sido diagnosticada de un TM en algún momento de su vida. Posteriormente, se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos en España de distinta índole, lo que dificulta su interpretación, siendo la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) la más continuista de las dos últimas décadas. En ella se muestra un 22,2% de morbilidad psíquica en el año 2006, descendiendo hasta el 19,1% en 2017². En Europa, los TM suponen la causa más frecuente de carga de enfermedad, superando incluso a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer³.

Es interesante destacar que en la población psiquiátrica se da el fenómeno de que un número muy pequeño de individuos emplean una cantidad desproporcionada de recursos sanitarios en contraposición a otros, concentrando entre el 50 - 80% de los recursos de salud mental⁴, siendo uno de estos recursos el ingreso repetido en el tiempo o reingreso. En su concepto amplio, se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital, si bien el horizonte temporal varía de unos estudios a otros. En España, de acuerdo a los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social), el reingreso se define como aquel paciente que vuelve a ser ingresado en el mismo hospital, de forma urgente, en los 30 días siguientes tras el alta. Según esta definición, se estimó que el porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos en el total de España fue del 10,48% de media en el año 2015⁵. En el entorno europeo, se muestra

que en 2009 la tasa de reingresos no programados antes de 30 días variaba de 4,5 en la República de Eslovaquia a 28,9 por cada 100 pacientes dados de alta en Noruega⁶. Esta variabilidad parece indicar que, aunque el reingreso se emplea como un indicador de la calidad de los cuidados y es de especial interés para la elaboración de políticas sanitarias, hay que evaluarlo en el entorno de cada sistema sanitario⁷.

El fenómeno del reingreso tiene efectos negativos en los resultados en salud y se puede asumir que no solo es ir un paso atrás en el proceso terapéutico, sino que es una alternativa muy poco coste-efectiva al manejo como paciente ambulatorio. De hecho, es importante tener en cuenta que las múltiples hospitalizaciones van a empeorar el pronóstico de los pacientes psiquiátricos^{8,9} siendo especialmente traumáticos para los pacientes psiquiátricos y sus familias, fomentando el estigma y la exclusión social y contribuyendo al aumento en los costes sanitarios¹⁰.

Determinar los factores que predisponen al reingreso es esencial desde un punto de vista tanto terapéutico como económico, existiendo numerosos estudios que han examinado una gran variedad de factores relacionados con el reingreso, como son el padecer trastornos psicóticos, trastornos por abuso de sustancias, trastornos de personalidad, comorbilidades, diferencias de género, edad, acceso a la vivienda, ingresos previos y adherencia terapéutica, entre muchos otros^{4,7,10-12}. La identificación de estos factores que contribuyen al reingreso temprano puede aportar información acerca de este fenómeno con el fin de elaborar herramientas o programas que lo prevengan, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, su asistencia médica y, de forma paralela, reducir los costes.

El objetivo del presente estudio es, por lo tanto, investigar la influencia de determinados factores sobre la rehospitalización precoz en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio de casos y controles durante los años 2015 - 2017, con pacientes que fueron hospitalizados en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen Macarena. A este primer ingreso se le consideró el ingreso índice (IIn).

Selección de casos y controles

Para la selección de casos, se eligieron los pacientes mayores de 18 años, con patologías diagnosticadas de acuer-

do a la CIE-10, que reingresaran en el periodo comprendido entre el alta y los 30 días siguientes. Para la selección de controles, se buscaron emparejamientos con similares características a los casos de acuerdo a edad (con un intervalo de +/- 10 años, siempre mayores de edad), idénticos sexo y patología (idéntico diagnóstico CIE-10) y fecha de ingreso (con un intervalo de +/- 30 días). En caso de no cumplir alguna de estas características, el control se consideró excluido. En caso de no encontrar un control adecuado, se consideró el caso como excluido. Se revisaron los informes de alta del IIn para obtener la información de variables sociodemográficas (sexo, edad, distancia al centro hospitalario, entorno, adhesión a programas de apoyo previo al ingreso, red de apoyo familiar, institucionalización, presencia de tutor legal, convivencia, empleo), farmacológicas (carga de tratamiento [entendida como el número de fármacos prescritos al alta dividido por el número de diagnósticos médicos], adherencia farmacológica (AdFa) subjetiva [percibida por el clínico en el IIn] y objetiva [extraída de las dispensaciones electrónicas de medicación en farmacia comunitaria], politerapia, interacciones relevantes, tratamiento con antipsicóticos inyectables de larga duración [ApLAI]) y clínicas (nº de ingresos los 12 meses previo al IIn, consumo de tóxicos, años de enfermedad conocidos, comorbilidades [orgánicas, psiquiátricas o duales], tipo de ingreso y de alta, recomendación médica de ingreso, seguimiento ambulatorio e ideación suicida al ingreso) previas al IIn.

Análisis estadístico

Para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio, el análisis de datos se llevó a cabo a partir del programa estadístico SPSS 19.0 para Windows. Para el contraste de hipótesis (regresión bivariante) se utilizó la prueba de la *T de Student* cuando la variable categórica tuvo 2 categorías. En los test no paramétricos, cuando la variable categórica tuvo 2 categorías se utilizó el test *U de Mann-Whitney*. En el caso de querer ver la independencia entre dos variables cualitativas, se aplicó el test Chi cuadrado, corrigiendo por *Yates* o *Fischer* en Tablas 2x2 según se cumplieren o no criterios de aplicabilidad.

Se analizaron los factores de riesgo asociados a la variable dependiente, reingreso, ajustando un modelo multivariante con una regresión logística binaria, y se incorporaron al modelo las variables que en el bivariante fuesen estadísticamente significativas. Se asumieron diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$, y $p < 0,10$ para el multivariante. Las variables de emparejamiento (edad, sexo y patología) no fueron incluidas en los análisis. En un primer paso se realizó una regresión logística binaria con el método *Wald hacia atrás*, con el fin de identificar las variables significativas para el modelo. Posteriormente, se comprobó la

validez a través del método *Introducir*. Para evaluar el ajuste del modelo, se empleó la prueba de bondad de ajuste de *Hosmer-Lemeshow* y para estudiar la significación estadística del modelo de regresión binaria se empleó la prueba de *Wald*.

Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío. No se requirió consentimiento informado por parte de los pacientes al tratarse de un estudio observacional retrospectivo con datos anonimizados de los participantes.

RESULTADOS

El número de reingresos identificados en el periodo de estudio fue de 175, de los cuales 14 fueron descartados al no tener un diagnóstico claro o estar en periodo de estudio. De los 161 reingresos restantes, 76 de ellos fueron descartados al no encontrar un control adecuado. Estos datos se muestran en la Figura 1.

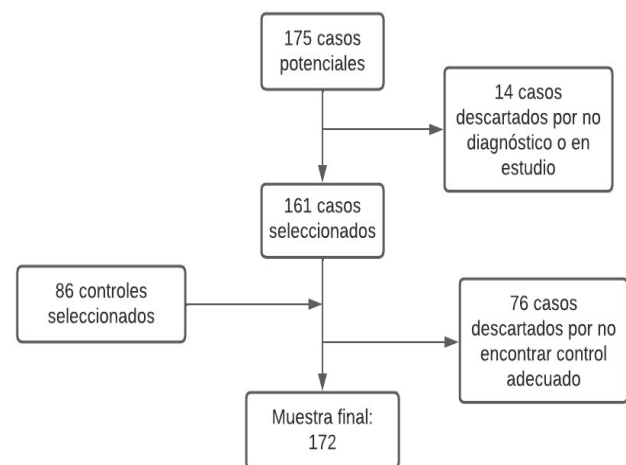


Figura 1

Diagrama de flujo de pacientes.
Autor: Miguel Vázquez-Real

Finalmente, se obtuvieron un total de 86 reingresos, de los cuales 61 (70,93%) tenían un diagnóstico que correspondía al grupo F20-29 "Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes", 15 (17,44%) al grupo F30-39 "Trastornos del humor (afectivos)", 9 reingresos (10,47%) correspondieron al grupo F60-F61 "Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto" y 1 reingreso (1,16%)

al grupo F70-79 "Retraso mental". En relación al sexo de los pacientes, 56 casos fueron hombres (65,1%) y 30 fueron mujeres (34,9%).

Junto a estos 86 casos, se identificaron 86 controles, obteniendo una muestra final de 172 pacientes. Los porcentajes por diagnósticos y por sexos fueron idénticos (esperable al ser dos de las variables de emparejamiento). Con respecto a la edad, no se detectaron diferencias significativas entre los casos y los controles, siendo de 44,23 ($\pm 1,137$) frente a 44,33 ($\pm 1,130$), respectivamente. Las características basales de la población se pueden observar en la Tabla 1.

En el análisis bivalente se analizaron todas las variables independientes frente a una variable dependiente, el reingreso, obteniendo los resultados que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1		Características basales de la población		
		Casos	Controles	Valor
Edad (media \pm DE)		44,23 (1,14)	44,33 (1,13)	> 0,05
Sexo				
-	Varón (n [%])	56 (65,1)	56 (65,1)	-
-	Mujer (n [%])	30 (34,9)	30 (34,9)	
Diagnóstico				
-	F20-29 (n [%])	61 (70,9)	61 (70,9)	
-	F30-39 (n [%])	15 (17,4)	15 (17,4)	-
-	F60-61 (n [%])	9 (10,5)	9 (10,5)	
-	Otros (n [%])	1 (1,2)	1 (1,2)	

Tabla 2		Variables analizadas con respecto al reingreso		
		Casos	Controles	Valor de p ^a
Variables cuantitativas, media (\pm DE)				
Distancia al centro hospitalario (km)		14,18 (15,596)	14,49 (18,114)	0,810
Carga de tratamiento al alta		3,99 (2,001)	4,02 (2,081)	0,913
Duración ingreso índice		16,30 (12,184)	14,42 (9,929)	0,538
Nº de ingresos el año previo		1,52 (1,727)	0,60 (1,055)	0,000***
Variables cualitativas, n (%)				
Entorno	Rural	7 (8,1)	19 (22,1)	0,011*
	Urbano	79 (91,9)	67 (77,9)	
Consumo de tóxicos	No	60 (69,8)	59 (68,6)	0,869
	Sí	26 (30,2)	27 (31,4)	
Años de enfermedad conocidos	Menos de 5	3 (3,5)	3 (3,5)	0,102
	Entre 5 y 10	8 (9,4)	18 (20,9)	
	Más de 10	75 (87,2)	65 (75,6)	
Adherencia farmacológica subjetiva	No	62 (72,1)	48 (57,0)	0,038'
	Sí	24 (27,9)	37 (43,0)	
Adherencia farmacológica objetiva	No	46 (53,5)	31 (36,0)	0,023'
	Sí	40 (46,5)	55 (64,0)	
Politerapia al alta	No	47 (54,7)	47 (54,7)	1
	Sí	39 (45,3)	39 (45,3)	
Interacciones mayores	No	76 (88,4)	69 (80,2)	0,142
	Sí	10 (11,6)	17 (19,8)	
Comorbilidad	No	43 (50,0)	47 (54,7)	0,541
	Sí	43 (50,0)	39 (45,3)	
Tipo de ingreso	Voluntario	29 (33,7)	36 (41,9)	0,271
	Involuntario	57 (66,3)	50 (58,1)	
Recomendación de ingreso	No	63 (73,3)	62 (72,1)	0,864
	Sí	23 (26,7)	24 (27,9)	
Tipo de alta	Reglada	77 (89,5)	79 (91,9)	0,600
	Voluntaria	9 (10,5)	7 (8,1)	

Tabla 2 Cont.		Variables analizadas con respecto al reingreso		
		Casos	Controles	Valor de p ^a
Adhesión a programas de apoyo	No	75 (87,2)	81 (94,2)	0,115
	Sí	11 (12,8)	5 (5,8)	
Red de apoyo	No	49 (57,0)	28 (32,6)	0,001*
	Sí	37 (43,0)	58 (67,4)	
Institucionalizado en centro de larga estancia	No	75 (87,2)	81 (94,2)	0,115
	Sí	11 (12,8)	5 (5,8)	
Tutor	No	75 (87,2)	80 (93,0)	0,201
	Sí	11 (12,8)	6 (7,0)	
Convivencia	Solo	23 (26,7)	17 (19,8)	0,279
	Acompañado	63 (73,3)	69 (80,2)	
Seguimiento ambulatorio	Inestable	51 (59,3)	36 (41,9)	0,022'
	Estable	35 (40,7)	50 (58,1)	
Empleo	No	80 (93,0)	71 (82,6)	0,036*
	Sí	6 (7,0)	15 (17,4)	
Tratamiento con Inyectables de Larga Duración	No	46 (53,5)	45 (52,3)	0,879
	Sí	40 (46,5)	41 (47,7)	
Ideación suicida al ingreso	No	70 (81,4)	66 (76,7)	0,453
	Sí	16 (18,6)	20 (23,3)	

^a Se empleó la *U de Mann Whitney* para variables cuantitativas tras comprobar la no normalidad mediante el test de *Kolmogorov-Smirnov*. Para las variables cualitativas se empleó el test de Chi cuadrado.

* p < 0,05 *** p < 0,001

De las variables incluidas en el análisis, las que resultaron significativas y, por tanto, aumentaron la probabilidad de reingreso de los pacientes fueron: el habitar en un entorno urbano en comparación con uno rural (p=0,011), una mala AdFa subjetiva (p=0,048), una falta de AdFa objetiva (p=0,023), la ausencia de red de apoyo (p=0,0019), un seguimiento deficiente en consultas externas de psiquiatría (p=0,021), la falta de un empleo (0,046) y un mayor número de ingresos en el año previo (p<0,001).

Una vez identificadas en el análisis bivalente las variables significativas, se llevó a cabo un análisis multivariante (Tabla 3) con el objetivo de identificar aquellas variables que de forma conjunta influyen en el riesgo de reingreso. En este análisis, las variables que resultaron significativas fueron la ausencia de red de apoyo, el seguimiento ambulatorio inestable, residir en un entorno urbano en comparación con uno rural y un mayor número de ingresos el año previo.

Tabla 3	Variables incluidas en el modelo de regresión logística binaria ^a			
	Variable	Valor de p	OR	IC95%
			Inferior	Superior
Ausencia de red de apoyo	0,017	2,255	1,160	4,384
Seguimiento ambulatorio inestable	0,025	2,156	1,101	4,223
Vivir en un entorno "urbano" ^b	0,046	2,791	1,017	7,663
Nº de ingresos el año previo	0,002	1,536	1,174	2,009

IC: Intervalo de confianza; OR: Odds ratio.

^a En la prueba de *Hosmer-Lemeshow* de bondad de ajuste el valor de Chi cuadrado fue igual a 7,681 (grados de libertad = 7, valor de p = 0,362). El área bajo la curva del modelo fue de 0,737.

^b Considerado "urbano" si la densidad de población es ≥ 10.000 habitantes / km².

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se muestran variables relacionadas con el reingreso en pacientes de Salud Mental en un hospital de tercer nivel y en un sistema sanitario público y universal. En concreto, el habitar en un entorno urbano, una baja AdFa, la ausencia de red de apoyo, un seguimiento deficiente en consultas externas de psiquiatría, la falta de empleo y un alto número de reingresos en el año previo se relacionan de forma directa con el reingreso precoz en pacientes psiquiátricos.

Entre las variables sociodemográficas con asociación estadísticamente significativa se encuentra el entorno donde habita el paciente, resultando que los pacientes que habitan en regiones urbanas tienen mayor tasa de reingreso que los de áreas rurales, independientemente de la distancia. Estos resultados concuerdan con el hallazgo de *Sfetcu et al.*¹³, que determinaron que los pacientes que vivían más cerca del hospital reingresaban con mayor frecuencia. Por otro lado, la influencia del entorno en el reingreso parece ser independiente del nivel de ingresos¹⁴, aunque *Prince et al.*¹⁵ encontraron que los pacientes mayores dados de alta en entornos con alto nivel adquisitivo (sin diferenciar entre rural o urbano), presentaban menor tendencia a este. No obstante, otros autores describen menores tasas de reingreso en regiones urbanas, como en los trabajos de *Lin et al.*¹⁶ y *Rüesch et al.*¹⁷, encontrando estos últimos una asociación no lineal entre la densidad poblacional y el riesgo de reingreso. Otros, en cambio, no hallaron relación entre la densidad de población o la distancia a los servicios sanitarios y la tasa de reingresos.

En la influencia del entorno del paciente no solo entra en juego el estado marital o el apoyo familiar, sino que la estructura en la que vive / convive también tiene cierta importancia. *Evans et al.*¹⁸ determinaron que si el paciente vive en un piso tutelado tiene más riesgo de reingreso, mientras que *Morlino et al.*¹⁹ encontraron que lo tenía el vivir institucionalizado en centros asistenciales. Por otro lado, hay algunos autores^{20,21} que indican que vivir solo es un factor de riesgo, mientras que otros le dan un papel protector^{22,23}. En el estudio de *Russo et al.*²⁴, la situación de sin techo era un factor de riesgo.

Para nuestra población, la relación con las estructuras de larga estancia no asistenciales, la presencia de tutor legal y la adhesión a programas de apoyo no arrojaron diferencias entre los casos y los controles. No obstante, la red de apoyo y el seguimiento ambulatorio sí que resultaron significativos en el análisis, otorgando factores protectores a una buena red social y un buen seguimiento en consultas de medicina especializada. Estos resultados, al igual que la adherencia, se han estudiado más en el periodo entre el alta del Iln y el re-

ingreso¹³, por lo que los resultados encontrados aquí refuerzan la importancia de estas variables en el periodo inmediatamente anterior al ingreso. En un primer momento, cabría pensar que, una vez el paciente llega a su ingreso, ya no hay nada que hacer; pero puede servir para poner una mayor atención en aquellos pacientes con más riesgo de reingreso.

El empleo es otro de los factores ampliamente incluido en muchos estudios, teniendo en este caso un fuerte sentido protector del reingreso, confirmado en varios estudios^{16,18,25,26}, y tal y como se ha determinado en nuestra población. De forma similar, la percepción de alguna ayuda o paga social se ha identificado como un factor protector para el reingreso²². Este factor crea la incertidumbre de poder ser un factor confusor, ya que solo los pacientes menos graves son los que pueden acceder a un empleo.

Entre los factores farmacológicos estudiados en nuestro estudio, parece que ni la politerapia farmacológica, ni las interacciones farmacológicas relevantes ni el tratamiento con ApLAI tuvieron un peso importante a la hora de influir en el reingreso. En relación a la politerapia en el tratamiento, ya fuese con antipsicóticos, antidepresivos o estabilizadores del ánimo, no se asoció con el riesgo de reingreso, al igual que hallaron *Boza et al.*¹⁰.

La terapia ApLAI es caballo de batalla en la terapéutica para el control de pacientes que no tienen una adherencia adecuada o presentan un control difícil de la sintomatología. Este hecho centra el foco en su utilidad para la reducción de los ingresos, encontrando evidencia tanto a favor como en contra. Respecto a la población estudiada en este trabajo, no se han obtenido resultados significativos para los pacientes en tratamiento con ApLAI entre el Iln y el reingreso. Estos resultados concuerdan con el estudio de *Espiridion et al.*²⁷, que determinaron que no había diferencias ni a 30 ni a 60 días en la tasa de reingreso entre los pacientes con esquizofrenia que tomaban antipsicóticos orales en comparación con los que empleaban ApLAI, ocurriendo del mismo modo en el ensayo PROACTIVE²⁸. De acuerdo a estos resultados, el tratamiento con ApLAI no debería emplearse como una herramienta exclusivamente de cara a futuros reingresos, sino en función de las preferencias del paciente por uno u otro tratamiento, como parte de una estrategia de decisiones compartidas²⁹ o en función de su efectividad en el control de la sintomatología. Por otro lado, *Maestri et al.*³⁰ encontraron diferencias en el tiempo hasta el reingreso, siendo significativamente más largo para el grupo en tratamiento con ApLAI, pero sin diferencias en la tasa de reingreso al año.

Uno de los factores más importantes relacionados con el reingreso es la AdFa, tanto la evaluada "electrónicamente" ("adherencia objetiva") como la percibida en "entrevista

clínica" ("adherencia subjetiva"). Si bien se recomienda una medida directa con una indirecta de la adherencia terapéutica, en la práctica es poco habitual, ya que la medida directa requiere la extracción de niveles farmacológicos en sangre³¹. Es por ello que se han empleado dos medidas indirectas, con el fin de reforzar una con otra y tener dos enfoques diferentes, si bien la asunción de que los registros electrónicos de dispensación son indicativos de una adecuada adherencia puede suponer una limitación. En este estudio fueron medidas en el año anterior al IIn, para hacer una estimación del perfil de adherencia de la población.

Los resultados de ambas variables vienen a confirmar la importancia de una buena adherencia al tratamiento farmacológico para evitar posibles reingresos, resultados que siguen la línea de lo encontrado por *Donisi et al.*³² en su revisión, dándole importancia no solo a la adherencia en sí misma, sino también a la satisfacción del paciente con el tratamiento. En la revisión de *Sfetcu et al.*¹³ concluyeron también que una adecuada adherencia en el periodo entre el ingreso índice y el reingreso es clave para evitar este.

Uno de los factores que mostró más importancia en nuestro estudio fue el número de ingresos el año previo, teniendo una relación directa con el riesgo de reingreso. Este factor, junto a la duración de la estancia hospitalaria, parece ser de los que más claramente influyen, tal y como se demuestra en la bibliografía^{13,32,33}, otorgando también cierta relevancia al historial psiquiátrico del paciente³⁴: a mayor tiempo de diagnóstico, mayor el riesgo de reingreso.

Entre las limitaciones del estudio nos encontramos con las propias de los estudios observacionales de casos y controles, como es el sesgo de selección de la muestra, y la exclusión del 51,2% de los reingresos inicialmente identificados al no tener un control adecuado, aunque los resultados obtenidos son parecidos a otros publicados en la bibliografía relacionada. Otra limitación importante es no poder estratificar en función de la gravedad de la clínica, ya que no se aplica ninguna herramienta clínica en los informes de ingreso / alta para poder hacer una correlación no solo puntual, sino evolutiva, ajustando los casos y los controles según gravedad.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, podríamos concluir que el paciente con mayor riesgo de reingreso es aquel que ha presentado varios ingresos en el año previo, sin empleo, que habita en un entorno urbano, con falta de apoyo sociofamiliar y seguimiento ambulatorio y con una baja AdFa.

Nuestro estudio supone un avance en el conocimiento de cómo funciona el fenómeno del reingreso, y una posible

herramienta para intentar identificar a los pacientes con más riesgo de regresar al hospital en el periodo entre el alta del IIn y los 30 días posteriores. Se pone de manifiesto la importancia de iniciar programas que mejoren la adherencia terapéutica (clínica y farmacológica), con el fin de mejorar la actitud de los pacientes a la medicación y su enfermedad, con el posible resultado de una mejor adherencia y, paralelamente, menores tasas de recaída³⁵. Junto a ello, los programas de inserción en la vida laboral ayudarían a reducir el riesgo de reingreso. Sería interesante realizar estudios multicéntricos con mayor población para validar los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2020;34(2):114-9.
2. Cabrera-León A, Ferri-García R, Navarro S, Saez M, Daponte Codina A, Cabrera-León A, et al. Comparabilidad de las ediciones 2006/07 y 2011/12 de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado 7 de junio de 2022];91. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272017000100212&lng=es&nr=iso&lng=en
3. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007 [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.mssi.gov.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
4. Roick C, Gärtner A, Heider D, Dietrich S, Angermeyer MC. Heavy use of psychiatric inpatient care from the perspective of the patients affected. *Int J Soc Psychiatry.* 2006;52(5):432-46.
5. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: <http://inclasns.mssi.es/main.html?permalink=c78d1ba5170505f82d358af12fd1c60c>
6. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 [citado 7 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/9789264208445-en>
7. Fischer C, Anema HA, Klazinga NS. The validity of indicators for assessing quality of care: a review of the European literature on hospital readmission rate. *Eur J Public Health.* 2012;22(4):484-91.
8. 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;47(3):263-9.
9. Munley PH, Hyer LA. Demographic and clinical characteristics as predictors of readmission: A one-year fo-

- llow-up. *J Clin Psychol.* 1978;34(4):833-8.
10. Boaz TL, Becker MA, Andel R, Van Dorn RA, Choi J, Sikirica M. Risk factors for early readmission to acute care for persons with schizophrenia taking antipsychotic medications. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2013;64(12):1225-9.
 11. Burke RE, Donzé J, Schnipper JL. Contribution of psychiatric illness and substance abuse to 30-day readmission risk. *J Hosp Med.* 2013;8(8):450-5.
 12. Rylander M, Colon-Sanchez D, Keniston A, Hamalian G, Lozano A, Nussbaum AM. Risk Factors for Readmission on an Adult Inpatient Psychiatric Unit. *Qual Manag Health Care.* 2016;25(1):22-31.
 13. Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, Ciutan M, Scintee G, Vladescu C, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):227.
 14. Kalseth J, Lassemo E, Wahlbeck K, Haaramo P, Magnusson J. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry [Internet].* 2016 [citado 14 de agosto de 2018];16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100223/>
 15. Prince JD, Akincigil A, Kalay E, Walkup JT, Hoover DR, Lucas J, et al. Psychiatric rehospitalization among elderly persons in the United States. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2008;59(9):1038-45.
 16. Lin CH, Chen WL, Lin CM, Lee MD, Ko MC, Li CY. Predictors of psychiatric readmissions in the short- and long-term: a population-based study in Taiwan. *Clin Sao Paulo Braz.* 2010;65(5):481-9.
 17. Rüesch P, Meyer PC, Hell D. Who is rehospitalized in a psychiatric hospital? Psychiatric hospitalization rates and social indicators in the Zurich canton (Switzerland). *Gesundheitswesen.* 2000;62(3):166-71.
 18. Evans LJ, Harris V, Newman L, Beck A. Rapid and frequent psychiatric readmissions: associated factors. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2017;21(4):271-6.
 19. Morlino M, Calento A, Schiavone V, Santone G, Picardi A, de Girolamo G, et al. Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2011;26(4):252-9.
 20. Dixon M, Robertson E, George M, Oyebode F. Risk factors for acute psychiatric readmission. *Psychiatr Bull.* 1997;21(10):600-3.
 21. Langdon PE, Yágüez L, Brown J, Hope A. Who walks through the «revolving-door» of a British psychiatric hospital? *J Ment Health.* 2001;10(5):525-33.
 22. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2009;194(1):49-54.
 23. Adams J. Risk Factors Contributing to the 30 Day Re-admission Rate [Internet]. LAP LAMBERT Academic Publishing; 2012 [citado 3 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.morebooks.de/store/es/book/risk-factors-contributing-to-the-30-day-readmission-rate/isbn/978-3-8473-7870-9>
 24. Russo J, Roy-Byrne P, Jaffe C, Ries R, Dagadakis C, Avery D. Psychiatric status, quality of life, and level of care as predictors of outcomes of acute inpatient treatment. *Psychiatr Serv Wash DC.* 1997;48(11):1427-34.
 25. Chen S, Collins A, Kidd SA. Thirty-Day and 5-Year Re-admissions following First Psychiatric Hospitalization: A System-Level Study of Ontario's Psychiatric Care. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2018;63(6):410-5.
 26. Vigod SN, Kurdyak PA, Seitz D, Herrmann N, Fung K, Lin E, et al. READMIT: a clinical risk index to predict 30-day readmission after discharge from acute psychiatric units. *J Psychiatr Res.* 2015;61:205-13.
 27. Espiridion ED, Lewandowski C, Shahriari S, Bestoyong DF. Readmission Rates of Patients with Schizophrenia Treated with Depot Antipsychotics versus Oral Antipsychotics in a Community Hospital. *Cureus [Internet].* 2018 [citado 28 de agosto de 2019];10(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6389030/>
 28. Buckley PF, Schooler NR, Goff DC, Hsiao J, Kopelowicz A, Lauriello J, et al. Comparison of SGA Oral Medications and a Long-Acting Injectable SGA: The PROACTIVE Study. *Schizophr Bull.* 2015;41(2):449-59.
 29. Villagrán JM, Lara Ruiz-Granados I, González-Saiz F. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria.* 2014;34(123):491-506.
 30. Maestri TJ, Mican LM, Rozea H, Barner JC. Do Long-Acting Injectable Antipsychotics Prevent or Delay Hospital Readmission? *Psychopharmacol Bull.* 2018;48(3):8-15.
 31. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Rep.* 2019;92(2):117-22.
 32. Donisi V, Tedeschi F, Wahlbeck K, Haaramo P, Amaddeo F. Pre-discharge factors predicting readmissions of psychiatric patients: a systematic review of the literature. *BMC Psychiatry.* 2016;16(1):449.
 33. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;39:53-8.
 34. Hung YY, Chan HY, Pan YJ. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLOS ONE.* 2017;12(10):e0186768.
 35. Valenstein M, Kavanagh J, Lee T, Reilly P, Dalack GW, Grabowski J, et al. Using a pharmacy-based intervention to improve antipsychotic adherence among patients with serious mental illness. *Schizophr Bull.* 2011;37(4):727-36.