



ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE

Recibido: 28/09/2020 Aceptado: 20/11/2020

## IMPACTO DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN INTENSIVA DE CASOS EN LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS

### THE IMPACT OF AN INTENSIVE CASE MANAGEMENT PROGRAM ON INPATIENT PSYCHIATRIC ADMISSIONS

M.J. Álvarez<sup>1</sup>, P. Roura-Pochs<sup>2</sup>, A. Martín<sup>3</sup>, J. Pons<sup>4</sup>, J.M. Santos<sup>5</sup>, Q. Foguet-Boreu<sup>6</sup>, S. Escoté<sup>7</sup>

<sup>1</sup>M.D. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup d'Investigació en Salut Mental i Innovació Social SaMIS [Mental Health and Social Innovation Research Group]. Universitat de Vic –Universitat Central de Catalunya. <sup>2</sup>M.D. Médico epidemiólogo. Servicio de Epidemiología Clínica. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup d'Investigació en Salut Mental i Innovació Social SaMIS [Mental Health and Social Innovation Research Group]. Universitat de Vic –Universitat Central de Catalunya. <sup>3</sup>M.D. Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). <sup>4</sup>Enfermera psiquiátrica. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup d'Investigació en Salut Mental i Innovació Social SaMIS [Mental Health and Social Innovation Research Group]. Universitat de Vic –Universitat Central de Catalunya. <sup>5</sup>Ph.D. Psicólogo. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup d'Investigació en Salut Mental i Innovació Social SaMIS [Mental Health and Social Innovation Research Group]. Universitat de Vic –Universitat Central de Catalunya. <sup>6</sup>Ph.D. Psicólogo. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup de Recerca Multidisciplinari en Salut Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España). Grup d'Investigació en Salut Mental i Innovació Social SaMIS [Mental Health and Social Innovation Research Group]. Universitat de Vic –Universitat Central de Catalunya. <sup>7</sup>Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Consorci Hospitalari Vic. Barcelona (España).

Correspondencia: María José Álvarez, mlaalonso@hotmail.com, +34 938891111. Ext 2009

**Declaración de Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Consorcio del Hospital de Vic. Todos los datos se tratan de conformidad con la legislación vigente relativa a la protección de la confidencialidad y el anonimato de los datos.

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;15:16-20

16



## RESUMEN

El modelo de gestión intensiva de casos (GIC) se ha estudiado de forma extensa en el tratamiento de los trastornos mentales graves, aunque aún permanece la controversia sobre su impacto en la disminución de los ingresos psiquiátricos.

El objetivo del presente estudio es evaluar si la puesta en marcha de un programa GIC disminuye el número y/o la duración media de los ingresos psiquiátricos, y en caso de ser así, si esta disminución se mantiene durante el año siguiente a la finalización del programa.

Se incluyeron en el estudio retrospectivo 48 pacientes tratados en un programa de GIC, con diagnóstico de trastorno mental grave. Se revisaron el número y la duración media de los ingresos durante tres periodos: en los 12 meses antes de entrar en programa, 12 meses de tratamiento y 12 meses después del alta del programa.

Durante el periodo de participación en el programa, se observó una disminución significativa de los ingresos psiquiátricos en relación al año previo. Esta disminución en el número de ingresos se mantuvo durante el año posterior al alta del programa. Los cambios en la media de días por ingresos no mostraron significación estadística.

**Palabras clave:** Tratamiento asertivo comunitario; Modelo de gestión intensiva de casos; Trastorno mental grave; Ingresos psiquiátricos.

## ABSTRACT

The Intensive Case Management (ICM) model has been extensively studied in the treatment of severe mental disorders, although its impact on inpatient psychiatric admissions remains controversial.

The objective of the present study is to assess whether an implemented ICM program decreased the number of psychiatric admissions and / or the average length of stay per admission, and if so, if these decreases were maintained one year after patients had completed the program.

48 patients with severe mental disorders treated in the ICM program were included in a retrospective study. Number of psychiatric admissions and the average length of stay per admission were reviewed for three periods: 12 months prior to treatment, 12 months of treatment, and 12 months post-treatment.

During the period of ICM program participation, a significant decrease in psychiatric admissions was observed in relation to the pretreatment period. This decrease was maintained the first year patients were discharged from ICM and referred to their usual treatment. The changes of mean length of stay per admission during de ICM treatment were not significant.

**Keywords:** Assertive community treatment; Intensive case management model; Severe mental disorder; Psychiatric admissions.



## INTRODUCCIÓN

Hasta la segunda mitad del siglo XX, los pacientes psiquiátricos pasaban años, y a menudo toda su vida, en instituciones cerradas. Al surgir la desinstitucionalización de los pacientes como una prioridad social, se plantearon enormes desafíos. De aquí surgieron diferentes modelos de tratamientos en la comunidad.

Stein y Test (1980) pusieron en marcha un modelo de tratamiento intensivo para facilitar la desinstitucionalización de pacientes con enfermedad mental grave, que fue el origen del tratamiento asertivo comunitario (TAC) en los Estados Unidos. El modelo TAC tiene tres características básicas: un enfoque de equipo, un pequeño número de casos (1/10), y la responsabilidad compartida de cada paciente entre todo el equipo de profesionales que proporcionan los servicios necesarios. Los profesionales se reúnen con el paciente en el lugar adecuado para cada situación, con atención de crisis disponible las 24 horas. Cada intervención se individualiza para cada paciente de acuerdo con sus necesidades, los informes de casos se discuten diariamente y la toma de decisiones es rápida y flexible. Este tratamiento logró reducir los ingresos y mejorar el ajuste social de los pacientes. Desafortunadamente, estos beneficios se perdían si el programa se interrumpía. Este modelo fue puesto en práctica con éxito en Australia con buenos resultados (Hoult, 1986).

En Europa, se realizaron dos ensayos aleatorizados en Inglaterra y Países Bajos (Killaspy, 2006; Systema, 2007) para comparar los cuidados habituales con el modelo TAC. En ninguno de ellos se logró disminuir significativamente los ingresos hospitalarios o la progresión de la enfermedad, aunque la adherencia al tratamiento y la satisfacción con la atención recibida fueron mejores en comparación con la atención habitual.

En un estudio naturalístico observacional realizado en Noruega, no hubo reducción en el número de ingresos, pero los pacientes del programa TAC pasaron menos días totales en el hospital debido a estancias más cortas (Clausen, 2016).

El modelo de gestión de casos (GC) surgió en la década de 1960 debido a la necesidad de coordinar el acceso a la atención médica y psiquiátrica de los pacientes con enfermedades mentales graves. Dentro de este modelo, el profesional de la salud pone al paciente en contacto con los diferentes servicios necesarios, incluidos los servicios de salud mental, sin intervenir directamente. La implicación con el paciente es más limitada que en el modelo TAC. Una revisión Cochrane de la

eficacia del modelo GC para reducir las admisiones encontró que los ingresos psiquiátricos en realidad casi se duplicaron (odds ratio [OR]: 1,84). La revisión concluyó que había una falta de evidencia clínica para la implementación del modelo de GC en programas de salud pública (Marshall, 2000).

Debido a las dificultades de los sistemas de salud para poner en práctica el modelo TAC original, más recientemente ha surgido el modelo de Gestión Intensiva de Casos (GIC). Es un programa comunitario para pacientes con trastorno mental grave (TMG) que evolucionó de estos dos modelos comunitarios anteriores, TAC y GC, enfatizando la importancia de una pequeña carga de casos (< 20 pacientes) y la alta intensidad de cuidados. Aunque los programas de GIC carecen de uno o más elementos básicos del TAC. En comparación con la atención estándar, el modelo GIC puede reducir la hospitalización y aumentar la retención en la atención (Dieterich, 2017), lo que sugiere que podría no ser necesario aplicar el modelo TAC completo para reducir la necesidad de ingresos hospitalarios (Burns, 2007)). El modelo de GIC, al necesitar menos recursos, ha logrado reducir los ingresos y los días de hospitalización en países en desarrollo donde los servicios de atención estándar son menos integrales (Botha, 2014; Razali, 2014).

En Cataluña, el concepto de Plan de Servicios Individualizados (PSI) se estableció en 2003 en el marco de un programa específico para el tratamiento de trastornos mentales graves (TMG) (Servei Català de la Salut, 2003), basado en el modelo de gestión de casos y destinado a pacientes que requieren un programa más extenso debido a sus dificultades para establecer relaciones, mal funcionamiento social y uso de una multitud de recursos sanitarios. La red pública de salud mental de la Comarca de Osona en la Cataluña central en el año 2006 incorporó el PSI en su modelo de atención a los pacientes con TMG, adaptándolo a las características y necesidades de la comarca (PSI-Osona).

El objetivo del presente estudio fue evaluar si el modelo PSI Osona logró disminuir el número de ingresos psiquiátricos y / o la duración media de los mismos y en caso afirmativo, si estas disminuciones se mantuvieron un año después de que los pacientes hubieran completado el programa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un análisis retrospectivo de los 106 pacientes incluidos en el PSI Osona desde su puesta en marcha



**Tabla 1. Número y duración media de ingresos psiquiátricos durante los tres periodos de estudio: año anterior, año en programa PSI Osona y año posterior (N=48)**

	PERIODOS DE ESTUDIO		
	AÑO ANTERIOR TRATAMIENTO PSI OSONA	PRIMER AÑO TRATAMIENTO PSI OSONA	AÑO POSTERIOR TRATAMIENTO PSI OSONA
Número total de ingresos psiquiátricos	27	8 P=0,002*	5 P=0,001*
Duración media de la estancia (días)	60,2	26,7 p>0,05	49,2 p>0,05

(noviembre 2006) hasta la realización del estudio (mayo 2015). Todos tenían un diagnóstico de TMG. Los criterios de inclusión fueron: al menos 18 meses de participación en el programa y la disponibilidad de datos de seguimiento a los 12 meses después del alta del programa de tratamiento.

Las variables de estudio fueron: edad, sexo, diagnóstico clínico principal según los códigos Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5(12), comorbilidad con abuso de sustancias y discapacidad intelectual, y para cada periodo de estudio, el número de ingresos y la duración media de la estancia (días) por admisión.

## PROGRAMA PSI-OSONA

El programa PSI-Osona, es un modelo de GIC que incorpora los principales elementos del programa de TAC, como una menor ratio de pacientes por terapeuta, trabajar con el paciente en la comunidad, y ayudar activamente a los pacientes a obtener acceso a recursos en salud, rehabilitación, empleo y ocio. Además, el programa se basa en un enfoque de equipo multidisciplinario, incluyendo un psiquiatra y un psicólogo en el equipo. Todos los miembros del equipo del equipo PSI Osona comparten responsabilidades en el cuidado de todos los pacientes.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de los datos, junto con un análisis bivariado con pruebas paramétricas según el caso (T-Student o de Wilcoxon T para datos emparejados). La significación de los contrastes estadísticos se estableció en  $p < 0.05$ . Los datos se analizaron con el paquete SPSS v 23.0. Los datos fueron obtenidos a través del sistema de historia médica computarizada de nuestro centro.

## RESULTADOS

De los 106 pacientes, 48 (68,8% hombres) cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue de 40,2 años (DE: 11,4); 38,0 (DE: 11,9) para los hombres y 45,0 (DE: 8,8) para las mujeres ( $p < 0,05$ ).

El diagnóstico principal más frecuente fue esquizofrenia (26 pacientes, 54,2%), seguido de trastorno esquizoafectivo (7 pacientes, 14,6%); trastorno bipolar (también 7 pacientes, 14,6%); trastorno de la personalidad (4 pacientes, 8,4%); trastorno obsesivo-compulsivo (2 pacientes, 4,2%) y depresión mayor recurrente y trastorno delirante (un paciente cada diagnóstico).

Diecisiete pacientes (35,4%) presentaban la comorbilidad del abuso de sustancias: 15 (31,3%) alcohol, 6 (16,7%) cannabis y 3 (12,5%) cocaína. Ninguno de los pacientes abusaba de opiáceos. Además, 6 pacientes (12,5%) cumplían criterios de discapacidad intelectual.

## NÚMERO DE INGRESOS

El número total de ingresos psiquiátricos en los tres periodos del estudio se muestra en la tabla 1. Durante el año anterior a su inclusión en el programa PSI Osona, se hicieron 27 ingresos en 19 pacientes: 11 ingresaron una vez, 8 ingresaron dos veces. En el año transcurrido entre el mes 6 y 18 de su participación en programa, hubo un total de 8 ingresos para 7 pacientes: 6 pacientes hicieron un ingreso y 1 paciente ingresó dos veces). Finalmente, en el año posterior al alta del programa, se realizaron un total de 5 ingresos para 4 pacientes: 3 pacientes ingresados una vez y 1 ingresado dos veces.

Se observaron diferencias significativas entre el número de pacientes que requirieron ingreso el año anterior y durante el primer año de intervención ( $p=0.002$ ) y entre el número de ingresos durante los años anterior y posterior al programa ( $p=0.001$ ).



## DURACIÓN MEDIA DE LA ESTANCIA POR INGRESO

La duración de la estancia media por ingreso se detalla en la Tabla 1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en estas estancias medias en los tres periodos de estudio.

## DISCUSIÓN

El número de ingresos hospitalarios en la unidad de psiquiatría se redujo en un 70% durante el primer periodo de tratamiento en el programa PSI Osona, en comparación con el año anterior. En el año posterior al alta del programa esta reducción fue del 50%.

Por lo tanto, no sólo se observó una disminución significativa de los ingresos entre los pacientes participantes en el programa, sino que el impacto siguió siendo significativo el primer año después de que los pacientes fueron dados de alta para el seguimiento por el programa habitual.

La disminución de ingresos de los pacientes incluidos en un programa basado en modelo de GIC está de acuerdo con la literatura reciente (Dieterich, 2017; Botha, 2014; Razali, 2014).

A diferencia del trabajo original de Stein (1980), en nuestro estudio el beneficio de la disminución de los ingresos se mantiene el año después del alta del programa. Una explicación a esto podría ser la alta intensidad del tratamiento estándar para pacientes afectados de TMG que lleva a cabo nuestro servicio, con un modelo integrado, en el que los mismos profesionales de la salud mental visitan tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios, que incluye tratamiento de la drogodependencia, además de reuniones periódicas interdisciplinarias y un enfoque destinado a promover actitudes asertivas.

La disminución de los ingresos y la disminución de la dosis de antipsicóticos y benzodiazepinas (Álvarez, 2019), podría ser un índice de mejora del paciente y del ahorro logrado en el gasto público en salud.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, además de las inherentes a un estudio retrospectivo, constatar también que los criterios de inclusión temporal nos han permitido evaluar sólo 45 de los 106 pacientes que han ingresado al programa. El período posterior al alta de un año también puede ser demasiado corto para evaluar el impacto del programa en los ingresos a largo plazo.

Creemos que nuestros hallazgos ofrecen un incentivo para apostar por los programas PSI en los servicios de salud mental, aún a sabiendas que se precisan más estudios sobre el impacto sobre la funcionalidad, calidad de vida y

socioeconómicos de la implementación del modelo de GIC en programas para pacientes afectados de TMG, baja funcionalidad y/o ingresos repetidos.

## CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ÉTICAS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Consorcio del Hospital de Vic. Todos los datos se tratan de conformidad con la legislación vigente relativa a la protección de la confidencialidad y el anonimato de los datos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, M.J., Roura-Poch, P., Riera, N., Martín A., Blanch C., Pons, J. et al. (2019). Optimization of Antipsychotic and Benzodiazepine Drugs in Patients with Severe Mental Disorders in an Intensive Case Management Program. *Community Ment Health J* 55(5): 819-284.
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual disorders: DSM5*.
3. Consell assessor sobre assistència psiquiàtrica i salut mental. (2003). *Salut. Pla de serveis individualitzats (PSI). Quaderns de Salut Mental. Servei Català de la Salut. Vol 2*.
4. Botha, U.A., Koen, L., Galal, U., Jordaan, E., Niehaos, D.J.H. (2014). The rise of assertive community interventions in South Africa: a randomized control trial assessing the impact of a modified assertive intervention on readmission rates; a three year follow-up. *BMC Psychiatry* 14, 56.
5. Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: Systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335, 336.
6. Clausen, H., Landheim, A., Odden, S., Šaltytė Benth, J., Heiervang, K.S., Stuenkel, H.K., et al. (2016). Hospitalization of high and low inpatient service users before and after enrollment into Assertive Community Treatment teams: a naturalistic observational study. *Int J Ment Health Syst*, 10, 14.
7. Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 43(4), 698-700.
8. Hoult, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. *Br J Psychiatry*, 149, 137-144.
9. Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., et al. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332(7545), 815-820.
10. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD000050.
11. Razali, S.M., & Hashim, M.A. (2014). Modified Assertive Community Treatment: Effectiveness on Hospitalization and Length of Stay. *Community Mental Health Journal*, 51, 171-174.
12. Stein, L.I., & Test, M.A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, 37(4), 392-397.
13. Sytema, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 116(2), 105-112.