

PROMEDIO DE ESTADÍA HOSPITALARIA POR EPISODIO DEPRESIVO RECURRENTE EN LOS AÑOS 2018-2021 EN CHILE

Carlos Navarrete Maltez^{a*}

Nathalia Badilla Maldonado^a

^aEstudiante de Medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo.

Artículo recibido el 02 de marzo, 2023. Aceptado en versión corregida el 27 de mayo, 2023.

RESUMEN

Introducción: Las patologías psiquiátricas que requieren de una hospitalización en una corta estadía aumentan, sin embargo, no hay cupos suficientes y el tiempo de espera es largo con escasa resolutivez. La depresión es un trastorno del ánimo con elevada recurrencia que altera el pronóstico. **Objetivo:** Describir el promedio de estadía hospitalaria por episodio depresivo recurrente y trastornos mentales generales en los años 2018 a 2021 en Chile. **Metodología:** Estudio ecológico que comprende egresos hospitalarios por episodio depresivo recurrente y trastornos mentales generales desde el 2018 al 2021 en Chile, según grupo etario. La información se obtuvo del Departamento de Estadística e Información de Salud, sin necesidad de evaluación de comité de ética. **Resultados:** La tasa de egresos hospitalarios por trastornos mentales generales en Chile fue de 200 cada 10.000 personas, mientras que, para episodio depresivo recurrente, ascendió a 2 con tendencia a crecer a 3. El promedio de estadía hospitalaria del periodo para Chile, trastornos mentales generales y episodio depresivo recurrente fue de 6, 27 y 17 días respectivamente. El grupo etario con mayor promedio de estadía hospitalaria fue el de 80 años y más, con 9 días. En trastornos mentales generales y episodio depresivo recurrente el grupo entre 65-79 años, tuvo un promedio de estadía hospitalaria con 37 y 23 días respectivamente. **Discusión y Conclusión:** Se necesita resolutivez para evitar recurrencia. El promedio de estadía hospitalaria de episodio depresivo recurrente ha aumentado desde 15 a 19 días durante el periodo, lo que podría hablar de mayor gravedad para consultar y hospitalizarse. Los grupos entre 65-79 años y 45-64 fueron los con mayor promedio de estadía hospitalaria en trastornos mentales generales y episodio depresivo recurrente, hecho que es relevante al ser población laboral que adquiere discapacidad prevenible. Por último, los servicios de corta estadía psiquiátrica representan una solución para los costos asociados a la enfermedad psiquiátrica.

Palabras clave: Trastorno depresivo, Psiquiatría, Epidemiología, Estudios ecológicos.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%). La depresión mayor ocupa el primer lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos. Casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado. Para que la discapacidad, al igual que la carga asociada con los trastornos mentales, sean reducidas, es necesario que reciban un tratamiento oportuno y eficaz¹. A nivel internacional, una proporción cada vez mayor de visitas a urgencias están relacionadas con salud mental. En Estados Unidos, el número de visitas a urgencias para pacientes con problemas de salud mental aumentó en un tercio entre 2006 y 2015, lo que resulta en largos tiempos de espera. Además, en Europa el número de camas psiquiátricas para pacientes hospitalizados ha disminuido².

El presupuesto fiscal en Chile destinado a la salud mental apenas supera el 2% del total en salud, cifra que está muy por debajo del 5% que se propuso como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de los periodos 2000-2010 y 2015-2025³, cifra de acuerdo con el promedio mundial⁴. A su vez, la cobertura de atención en salud mental en Chile alcanza aproximadamente a no más de un 20% de la

población, mientras que en países de medianos ingresos la cobertura llega a un 50%⁵.

Por otro lado, existe una brecha de 921 cargos de médicos psiquiatras adulto e infante-adolescente para atención ambulatoria; y de 421 para psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y enfermeros(as). Debido al poco acceso y gran tiempo de espera de atención de especialistas, hay una mayor “descompensación” de cuadros de salud mental, lo que sobrecarga urgencias y eventualmente camas de hospitalización general. Se observa asimismo un déficit en la cantidad de Centros de Salud Mental Comunitarios, Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, Hospitales de Día, Unidades de Cuidado y Rehabilitación Intensiva, y Hogares y Residencias Protegidas⁵. De hecho, en Chile se requieren en total 1.209 de estos dispositivos de atención, pero la oferta es de 377 para todo el país. Incluso cuando se consideran las camas de hospitalización psiquiátrica, se calcula la necesidad de 2.226 camas, cuando actualmente se cuenta sólo con 1.433⁵, a pesar de que la depresión es una patología incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES) exigibles por ley y que asegura, por lo tanto, el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad.

Por este motivo es primordial que las hospitalizaciones sean altamente resolutivas, y su derivación a

*Correspondencia: canavarretem@udd.cl
2023, Revista Confluencia, 6(1), 38-42



atención primaria o secundaria expedita, para continuar su tratamiento.

La capacidad resolutive o resolutive se entiende como un cambio en el estado de salud, que puede atribuirse a la atención precedente de salud. Los objetivos que persigue son: compensar a los pacientes, disminuir los factores de riesgo y los problemas de salud, aumentar los factores protectores y conseguir la satisfacción del usuario por el servicio otorgado. La falta de resolutive es, sin duda, la mayor crítica al sistema de salud. La población no encuentra solución a sus problemas, con largos tiempos de espera y ausencia de medicamentos. La responsabilidad por la capacidad resolutive recae en los médicos y sus adecuados diagnósticos, tratamientos y derivaciones⁶.

La depresión es un trastorno del ánimo que se manifiesta con síntomas como irritabilidad, abulia y apatía, trascendiendo a lo normal y funcional. Puede implicar cambios cognitivos, como desconcentración y autocrítica. Cuando esto persiste por a lo menos 2 semanas, es definida por el Ministerio de Salud como depresión⁷. Esta puede ser recurrente cuando ocurre un episodio depresivo de nueva aparición después de una remisión clínica sostenida. Dentro de los factores de riesgo están: historia familiar o antecedentes personales de depresión, estrés crónico, y sexo femenino. Por otro lado, los factores de riesgo para una recurrencia son: respuesta sintomática parcial o fracasos del tratamiento, número de episodios depresivos previos, enfermedades médicas generales o psiquiátricas concurrentes y dificultades psicosociales⁸.

Los criterios diagnósticos para episodio depresivo según los sistemas de clasificación diagnóstica DSM 5-TR⁵ son los siguientes:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3,3 y 21,4%³. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, puede ser recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales⁹. En Chile, el estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado el año 2007 señala que un 23,2% de los Años de Vida Saludables perdidos por discapacidad

o muerte prematura (AVISA) son consecuencia de condiciones Neuropsiquiátricas. En comparación con otras, las enfermedades Neuropsiquiátricas explican la mayor parte de pérdida de AVISA, seguidas por Enfermedades Digestivas (15,8%) y Enfermedades Cardiovasculares (12,1%)¹⁰. A pesar de esto, el acceso a tratamiento por salud mental es aún escaso, siendo que la cobertura en APS es de sólo un 19%. Similarmente, a nivel internacional se estima que existe una brecha superior a 70% entre la necesidad y acceso a tratamiento¹⁰.

La duración media del episodio depresivo mayor es de 13-30 semanas sin tratamiento, recurren en un 85% de quienes cursan con un solo episodio depresivo mayor. El riesgo de mortalidad en personas con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es el doble que la población general. Este se puede presentar a cualquier edad y con mayor frecuencia en mujeres que en hombres¹¹. El estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades, muestra que la prevalencia de depresión en mujeres afecta a 1 de 10 personas aproximadamente. En el caso de los hombres alcanza un 6,4%. Las mayores prevalencias de sintomatología depresiva en Chile se presentan en la población en edad laboral (25 a 64 años) en ambos sexos⁷.

Por todo lo anteriormente descrito, la alta prevalencia en la población chilena de depresión, y la elevada tasa de recurrencia, además de la inexistente información sobre hospitalizaciones por episodio depresivo recurrente en Chile, se hace necesario describir el Promedio Estadía Hospitalaria (PEH) por Episodio Depresivo Recurrente (EDR) entre los años 2018-2021 en Chile.

METODOLOGÍA

Corresponde a un estudio observacional, descriptivo, ecológico y transversal. Se incluyó el universo de egresos hospitalarios que consideran al Trastorno Depresivo Recurrente como diagnóstico principal y que ocurrieron en Chile en el período 2018-2021. Los datos de la población fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística (INE), específicamente al CENSO 2017. La información fue obtenida de las bases de datos del Departamento de Estadísticas e Información (DEIS) del Ministerio de Salud. Estos datos fueron recopilados y analizados en Microsoft Excel® según técnicas de estadística descriptiva para obtener el PEH y cálculo de Tasa de Egresos Hospitalarios (TEH), mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Promedio de días de hospitalización: } \frac{\text{Días de hospitalización}}{\text{Población total en riesgo}}$$

$$\text{Tasa de egreso hospitalario: } \frac{\text{Número de egresos hospitalarios}}{\text{Población total en riesgo}} \times 10.000$$



Las variables estudiadas fueron grupo etario (10-14 años, 15-19 años, 20-44 años, 45-64 años, 65-79 años y mayores de 80 años) y años (2018, 2019, 2020 y 2021).

Debido a que la información obtenida proviene de bases de acceso público y sin identificación del paciente, no requiere aprobación del comité de ética. Los autores de este trabajo declaran no tener conflictos de interés ni haber recibido financiamiento de ningún tipo.

RESULTADOS

La TEH por trastornos mentales generales tuvo un aumento sostenido, pasando de 187 personas a 200 por 10.000 habitantes durante el periodo estudiado.

En cuanto a la TEH por EDR se mantiene en 2 personas por 10.000 habitantes. La TEH por EDR en el año 2020 disminuyó al 21% comparado con el año anterior, fenómeno que podría ser explicado por el COVID-19 (Figura 1).



Figura 1. TEH por TMG vs EDR en el periodo de estudio 2018-2021 en Chile por 10.000 habitantes.

El PEH del periodo general para Chile fue de 6 días, mientras que para los TMG fue de 27 días, y para EDR 17 días. El PEH en Chile ha aumentado, pero no de manera significativa desde el 2018 al 2021. El promedio de TMG ha disminuido desde 29 a 25 días durante el periodo. El PEH de EDR ha aumentado desde 15 días a 19 durante el periodo (Figura 2).

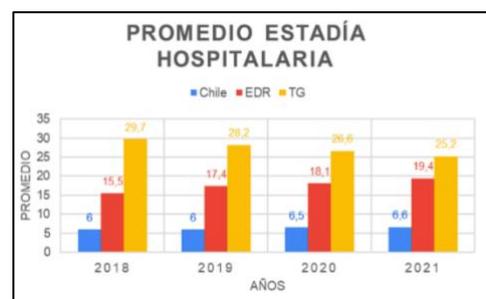


Figura 2. PEH por EDR entre los años 2018-2021 en Chile.

En cuanto a la PEH según grupo etario entre los años 2018-2021 en Chile, la mayor tasa de egresos se observó en el grupo etario entre 80 años y más, con un promedio de 9 días de estancia hospitalaria, mientras que en el grupo de 20-44 años, se encontró el menor PEH con 4 días.

En cuanto al PEH por Trastornos Mentales Generales (TMG) según grupo etario entre los años

2018-2021, la mayor tasa de egresos se observó en el grupo etario entre 65-79 años, con un promedio de 37 días de estancia hospitalaria. Luego le sigue el grupo de 45-64 años con un PEH de 36. Mientras que en el grupo de 10-14 años, se encontró el menor PEH con 15 días durante el periodo. Destaca una baja significativa en los tres grupos con mayor PEH 45-64, 65-79 y 80 años y más (Figuras 3a y 3b).

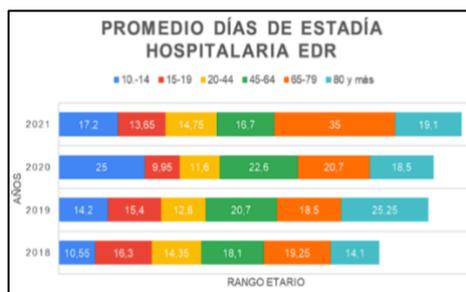


Figura 3a. PEH en Chile según rango etario en el periodo de estudio 2018-2021 en Chile.

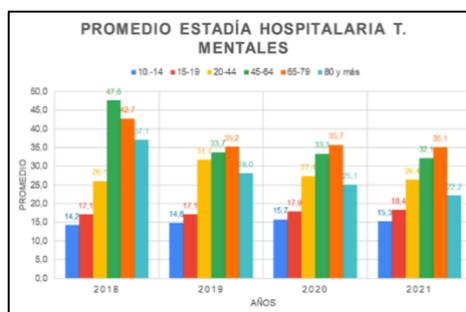


Figura 3b. TMG en Chile según rango etario en el periodo de estudio 2018-2021 en Chile.

En cuanto al PEH por EDR según grupo etario entre los años 2018-2021, se observó en el grupo etario entre 65-79 años el mayor PEH, pasando de 19 días en promedio a 35 de estadía hospitalaria. Luego le sigue el grupo de 45-64 años con un PEH de 19 días. En el grupo de 20-44 años, se encontró el menor PEH con 13 días durante el periodo (Figura 4).

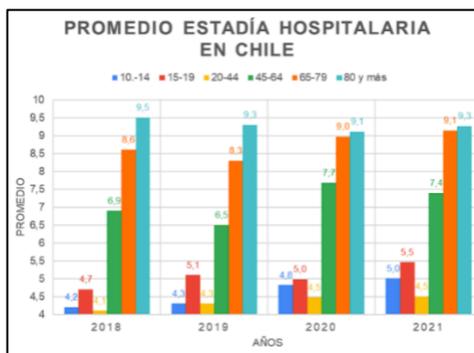


Figura 4. PEH por EDR según rango etario en el periodo de estudio 2018-2021 en Chile.

DISCUSIÓN

La depresión mayor es frecuente, aumenta la mortalidad y tiene alta carga por enfermedad⁷. El inicio de las enfermedades mentales durante las etapas tempranas de la vida resulta en una prolongada discapacidad y carga, y el curso de la



enfermedad sin tratamiento es a menudo crónico y aun más discapacitante⁶.

Se necesita resolutiveidad, un acceso rápido a camas para resolver el episodio depresivo y que este no sea recurrente, ya que se la evidencia muestra que en un primer episodio episodio hay un 50% de probabilidad de recurrencia, en un segundo episodio un 70% y en un tercero un 90%¹².

Se observa como la TEH por trastornos mentales tuvo un aumento sostenido significativo, lo que está acorde a la literatura y proyecciones¹³. En cuanto a la TEH por EDR en el año 2020, se observa una disminución del 21% comparado con el año anterior. Este fenómeno podría explicarse por la pandemia COVID-19, la consecuente reconversión de camas y el miedo a la población de consultar en los servicios de urgencia del país.

Es interesante ver como el PEH tanto de los TMG como de EDR son significativamente mayores a los de Chile, lo que habla de los costos asociados a las patologías de salud mental, que se reflejan en el PEH. En Chile, producto de la pandemia-COVID se ha observado que en 2020 hubo un aumento de licencias médicas por TMG del 28,7%, mientras que el gasto en subsidio por incapacidad laboral por TMG subió un 24,9%¹⁴. El EDR adquiere relevancia ya que, a pesar de la baja de PEH en los TGM, en EDR aumentó significativamente a pesar de la pandemia, lo que podría hablar de una mayor gravedad de estos, para motivar la consulta y la hospitalización.

Las unidades de crisis de salud mental de corta estancia son efectivas para reducir los tiempos de espera en el departamento de emergencias y las admisiones de pacientes hospitalizados². En USA, dos estudios informaron los resultados de la economía de la salud instalando centros de corta estadía. Uno informó una reducción en el tiempo, pasado en las urgencias por 1.475 horas para aquellos que presentaban problemas psiquiátricos, en los primeros 3 meses después de la apertura completa de la unidad en comparación con el mismo período del año anterior, lo que se traduce en una reducción anual de USD 120.088. El segundo reportó ingresos adicionales de USD 404.954 en los primeros 6 meses y USD 861.065 anuales¹⁵. La evidencia apunta a que servicios de corta estadía, donde se intenta contener los costos de una hospitalización prolongada, con manejos y protocolos de atención específicos, son equivalentes a servicios de larga estadía sin producir aumento de la re-hospitalización, por lo que representan una solución para la planificación de los costos del manejo de una enfermedad mental grave².

En cuanto a la PEH según grupo etario entre los años 2018-2021 en Chile, la mayor tasa de egresos se observó en el grupo etario entre 80 años y más con un PEH de 9 días, seguido del grupo de 65-79 años con 8 días, lo que es concordante con la literatura dada las elevadas comorbilidades y menor

reserva funcional de los adultos mayores¹⁶. Esto difiere del PEH por TMG, donde destaca el grupo etario entre 65-79 años, con un PEH de 37 días, seguido de cerca por el grupo de 45-64 años con un PEH de 36 días. Es interesante como las edades concuerdan con el PEH por EDR con 23 días y 19 días respectivamente. Esto es un hecho relevante, al ser el grupo de 45 a 64 años una población laboral que adquiere discapacidad prevenible.

Es importante señalar que los datos trabajados corresponden a datos epidemiológicos recabados recientemente. En este sentido, resulta complejo establecer relaciones entre factores de riesgo, biológicos y psicológicos en el contexto en que se calculan los promedios (particularmente 2020 y 2021). Se debe tener en cuenta las condiciones en que se obtienen los resultados antes de contrastar la información con aquella de años anteriores. Por último, debido a que la información es de calidad, podría impulsar la realización de futuras investigaciones en esta área.

CONCLUSIÓN

El PEH es un indicador epidemiológico importante que refleja estadísticamente la importancia del EDR en Chile. Para mejorar el manejo de esta patología, se debe tener en consideración los posibles efectos de la Pandemia COVID-19 sobre el acceso oportuno a prestaciones en salud mental, cuya relación con las variaciones encontradas en el PEH escapa a los objetivos de la presente investigación. Sin embargo, lo anterior podría ser objeto de futuros artículos, que permitirían ahondar en los factores que han incidido en el aumento de estadía hospitalaria por EDR durante este periodo.

Este trabajo contribuye a relevar la importancia de que las patologías neuropsiquiátricas necesitan un tratamiento oportuno y eficaz. Finalmente, es fundamental para toda formación de pregrado visualizar las enfermedades mentales y evitar la estigmatización. Además, se debe entender la relevancia que tiene el indicador de días de estadía hospitalaria en todas las patologías, dado el contexto de saturación del sistema público a nivel país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y Brechas hoy: Salud mental mañana. Acta bioeth [Internet]. 2016 [citado el 19 de mayo de 2023];22(1):51-61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>
2. Anderson K, Goldsmith LP, Lomani J, Ali Z, Clarke G, Crowe C, et al. Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: systematic review and meta-analysis. BJPsych [Internet]. 2022 [citado el 2 de marzo de 2023];8(4):22-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2022.534>
3. Ministerio de Salud Chile. Plan de acción de salud mental 2019–2025 [Internet]. Chile: MINSAL; 2021 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en:



- <https://www.minsal.cl/plan-de-accion-salud-mental-2019-2025/>
4. World Health Organization. Government expenditures on mental health as a percentage of total government expenditures on health [Internet]. 2017 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/government-expenditures-on-mental-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditures-on-health\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/government-expenditures-on-mental-health-as-a-percentage-of-total-government-expenditures-on-health(-))
 5. Ministerio de Salud Chile. Plan nacional de salud mental 2017-2025 [Internet]. Chile: MINSAL; 2017 [citado el 2 de marzo de 2023]; Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/89>
 6. Riquelme M, Schade N. Trastorno Somatomorfo: resolutivez en la atención primaria. Rev chil neuropsiquiatr [Internet]. 2013 [citado el 19 de mayo de 2023];51(4):255-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400004>
 7. Ministerio de Salud Chile. Guía Clínica AUGÉ: Depresión clínica en personas de 15 años y más [Internet]. Chile: MINSAL; 2013 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
 8. Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2018 [citado el 2 de marzo de 2023];14(1):1-28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
 9. Berenzon S, Lara M, Robles R, Medina M. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Sal Publ Mex [Internet]. 2013 [citado el 2 de marzo de 2023];55(1):74-80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es
 10. Ministerio de Salud Chile. Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible [Internet]. Chile: MINSAL; 2007 [citado el 2 de marzo de 2023] Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Estudio-de-Carga-de-Enfermedad-y-Carga-Atribuible..pdf
 11. McCarron R, Shapiro B, Rawles J, Luo J. Depression. Ann Intern Med [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2023];174(5):65-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/AITC20210518>
 12. Severe J, Greden J, Reddy P. Consequences of recurrence of major depressive disorder: Is stopping effective antidepressant medications ever safe. Am Psychiatr Publ [Internet]. 2020 [citado el 2 de marzo de 2023];18(2):120-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.focus.20200008>
 13. World Health Organization. Global Health Estimates: Leading causes of Dalys [Internet]. 2020 [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
 14. Superintendencia de Seguridad Social. Informe estadístico 2020 de licencias médicas en Chile: Disminuye el número de licencias médicas, pero aumentan los días de reposo y costo de cotizantes. [Internet]. 2020 [citado el 2 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.suseso.cl/605/w3-article-652634.html>
 15. Stamy C, Shane DM, Kannedy L, Van Heukelom P, Mohr NM, Tate J, et al. Economic evaluation of the emergency department after implementation of an emergency psychiatric assessment, treatment, and healing unit. Acad Emerg Med [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2023];28(1):82-91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.14118>
 16. Concha C, Vargas R, Celis M. Cambios morfológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. Sal Barranq [Internet]. 2021 [citado el 20 de mayo de 2023];36(2):450-70. Disponible en: <https://doi.org/10.14482/sun.36.2.618.97>



Cómo citar

Navarrete Maltez C, Badilla Maldonado N. Promedio de días de estadía hospitalaria por episodio depresivo recurrente en los años 2018-2021 en Chile. Rev. Conflu [Internet]. 31 de julio de 2023 [citado 6 de enero de 2025];6(1):38-42. Disponible en: <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/887>

