



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA



F E P S M

*Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*



Sociedad Española de  
Psiquiatría Biológica

# Indicadores de calidad en Psiquiatría

## Autores

- **Celso Arango López** (Hospital Gregorio Marañón, Universidad Complutense, CIBERSAM; Madrid)
- **Miquel Bernardo Arroyo** (Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM; Barcelona)
- **Julio Bobes García** (Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ISPA, INEUROPA, CIBERSAM; Oviedo)
- **Manuel Marín Carrasco** (Hospital de Navarra)
- **Ana González-Pinto Arrillaga** (Hospital Universitario de Álava, Universidad del País Vasco, CIBERSAM; Vitoria-Gasteiz)
- **José Manuel Menchón Magriña** (Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Universidad de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona)
- **Carmen Moreno Ruiz** (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, CIBERSAM; Madrid)
- **Víctor Pérez Sola** (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Psiquiatria, Universidad Autónoma de Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatria Biológica)
- **Eduard Vieta Pascual** (Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM; Barcelona)

## Coordinación clínica

- **Ana González-Pinto Arrillaga** (Hospital Universitario de Álava, Universidad del País Vasco, CIBERSAM; Vitoria-Gasteiz)

## Coordinación y metodología

- **Rosa María Saura**. Instituto Avedis Donabedian. Univ. Autónoma de Barcelona

## Agradecimientos

El grupo de trabajo quiere agradecer especialmente la colaboración desinteresada de los profesionales que han permitido realizar las pruebas de factibilidad en su centro en la fase de pilotaje, a partir de sus bases de datos y sistemas informáticos.

Hospital de Bellvitge

- José Manuel Menchón
- Manel Mayoral
- Rafael Talavan

Hospital de Álava

- Ana González-Pinto
- Rafael Sánchez Bernal

## Índice

1. Presentación .....	5
2. Introducción .....	6
3. Indicadores.....	8
4. Desarrollo del proyecto de indicadores de calidad en Psiquiatría.....	10
4.1. Constitución del grupo de trabajo .....	10
4.2. Selección de criterios .....	10
4.3. Diseño de indicadores .....	11
4.4. Consenso interno.....	11
5. Pilotaje.....	11
6. Metodología de evaluación .....	12
7. Formulación de los indicadores .....	14
8. INDICADORES DE CALIDAD EN PSIQUIATRÍA .....	18
8.1. INDICADORES DE DEPRESIÓN MAYOR (DM) .....	19
<b>Terapia electroconvulsiva (TEC).....</b>	<b>20</b>
<b>Duración del tratamiento con antidepresivos para el tratamiento de la depresión .....</b>	<b>22</b>
<b>Seguimiento de pacientes con depresión mayor (DM).....</b>	<b>24</b>
8.2. INDICADORES DE ESQUIZOFRENIA (ESQ).....	26
<b>Tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia (ESQ).....</b>	<b>27</b>
<b>Mantenimiento de la farmacoterapia en las fases estable y de estabilización tras un primer episodio de psicosis.....</b>	<b>29</b>
<b>Control periódico del peso y el índice de masa corporal (IMC).....</b>	<b>31</b>
<b>Control de glucemia plasmática y de perfiles lipídicos en pacientes con antipsicóticos.....</b>	<b>34</b>
<b>Adherencia al tratamiento de administración ambulatoria en pacientes con ESQ y tratamiento con ILDs.....</b>	<b>36</b>
8.3. INDICADORES DE TRASTORNO BIPOLAR (TB).....	38
<b>Utilización de litio para la prevención de episodios afectivos en pacientes con TB.....</b>	<b>39</b>
<b>Uso de valproato en mujeres en edad fértil.....</b>	<b>41</b>
<b>Suspensión del tratamiento con antidepresivos en fase maníaca .....</b>	<b>43</b>
8.4 INDICADORES COMUNES .....	45
<b>Visita en atención ambulatoria tras el alta en urgencias con diagnóstico de “conducta suicida” en DM-ESQ-TB.....</b>	<b>46</b>

<b>Seguimiento precoz tras el primer episodio de esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB) .....</b>	<b>48</b>
<b>Sujeción en pacientes con depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) o trastorno bipolar (TB) .....</b>	<b>50</b>
<b>Pacientes con depresión mayor (DM) o esquizofrenia (ESQ) con más de 3 fármacos prescritos .....</b>	<b>52</b>
<b>Reingresos hospitalarios a 30 días en depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB) .....</b>	<b>54</b>

## 1. Presentación

La Psiquiatría española, a través de la Fundación de Psiquiatría y Salud Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, tiene un fuerte compromiso con la mejora de la calidad en la prestación de servicios en psiquiatría. El documento que presentamos responde a una voluntad firme de proporcionar herramientas de trabajo a nuestros asociados y a la sanidad en general, para la gestión de calidad del Sistema Nacional de Salud y de otras entidades públicas o privadas que atiendan a personas con enfermedades mentales.

Para llevar a cabo este trabajo, y testar su viabilidad en dos hospitales españoles (Hospital Universitario de Álava y Hospital Universitario de Bellvitge), contamos con la inestimable colaboración de la Fundación Avedis Donabedian. La rigurosa metodología que hemos seguido, bajo la dirección de Rosa María Saura, ha contribuido a la calidad de esta obra, que nace para que sea un instrumento de fácil aplicación.

Tener un listado de indicadores comunes a todos los centros del país nos permitirá, en primer lugar, controlar y evaluar la actividad de nuestros servicios, con la posibilidad de detectar las desviaciones de los estándares, analizar estas desviaciones y actuar para corregirlas; y, en segundo lugar, hacer un estudio comparativo entre nuestros servicios (benchmarking) para evaluar aquellos indicadores con resultados más pobres y abrir un campo de reflexión común para una evaluación conjunta y colaborativa, así como estimular el logro de resultados excelentes. Mejorar la calidad de nuestra actividad repercutirá en la mejor asistencia a los pacientes, lo que es, en definitiva, uno de nuestros principales objetivos.

Este camino hacia la calidad en psiquiatría comenzó hace algunos años en la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y, desde entonces, no ha cesado. A pesar de la pandemia del COVID, un grupo de psiquiatras ha trabajado intensamente, junto con la Fundación Avedis Donabedian, para lograr este documento que quiere ser eminentemente práctico. Esperamos que se cumpla el propósito de los autores de forma que sea un instrumento útil, tanto para los clínicos como para la Administración Sanitaria, y que contribuya a mejorar y homogeneizar la asistencia a las personas con enfermedad mental, que, precisamente, es lo que constituye nuestro principal objetivo.

Ana González-Pinto Arrillaga

Presidenta de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

## 2. Introducción

La calidad de la atención sanitaria es algo que, desde siempre, preocupa a los profesionales asistenciales que, de una u otra forma, han trabajado con un horizonte de búsqueda de la excelencia, aún sin utilizar una metodología específica y reconocida.

Este interés se ha ido transformando en metodología de trabajo a medida que se han desarrollado las herramientas que han permitido medir el nivel de calidad en primer lugar. Una vez que se ha aprendido a medir (evaluar), se ha evolucionado desde el concepto de control de calidad hacia el de garantía de calidad. Posteriormente, y a partir de los años 90, se ha progresado hacia los sistemas de calidad total.

Y, de entre las diferentes formas de evaluar la calidad de la atención, los indicadores son uno de los sistemas que tiene más aceptación.

### Experiencias con indicadores

Aunque ha habido experiencias anteriores con indicadores, en 1990, el *University Hospital Consortium* de EEUU, que agrupa más de 50 hospitales universitarios de todo el país, realizó un “compendio de indicadores clínicos” que abarcaban la mayoría de especialidades médicas, elaborados por un comité de expertos y usado por todos los hospitales miembros del Consorcio. También en 1991, y con sucesivas actualizaciones, se publicó el *Monitoring with Indicators* de J. G. Carroll.

Progresivamente, otras organizaciones, como las Sociedades Científicas, Programas de Acreditación (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) o *Australian Council of Healthcare Standards*), agencias de calidad o las propias administraciones, han diseñado sistemas de indicadores que permiten disponer de datos objetivos y la posibilidad de realizar comparaciones entre centros.

Otras experiencias más cercanas en nuestro país y elaborados por las Sociedades Científicas con participación de la Fundación Avedis Donabedian son, entre otras:

- a) 2019: Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). Revisión y actualización de los ‘Indicadores de Calidad Asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida’ de 2010.
- b) 2018: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Indicadores de calidad SEUP.
- c) 2017: *Societat de radiòlegs de Catalunya. Indicadors per l'avaluació de la Qualitat de l'atenció dels serveis de diagnòstic per la imatge*.
- d) 2014: *Organ Donation European Quality System. Quality criteria and quality indicators in organ donation*.
- e) 2010: Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). ‘Indicadores de Calidad Asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/sida’.
- f) 2009: Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores para la evaluación de las estrategias de cáncer en España.

- g) 2009: Ministerio de Sanidad y Política Social. Indicadores para la evaluación de la estrategia de parto normal en España.
- h) 2005: Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualizados en 2011.
- i) 2003: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Indicadores de calidad en cuidados paliativos.
- j) 2001: *Societat Catalana de Medicina d'Urgències (SCMU)* con el proyecto: 'Servicios de Urgencias: Indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria', financiado por la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, y asumido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- k) 1999: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia'.
- l) 1993: *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària* con la publicación: '*Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut*', que incluye una relación de indicadores de calidad relativos a diferentes áreas de trabajo de Atención Primaria.

### 3. Indicadores

Los indicadores son **instrumentos de medida** que indican la presencia de un evento y su intensidad, y que se basan en un sistema de medidas cuantitativas. Cuando estas medidas se llevan a cabo periódicamente y de manera planificada hablamos de un **sistema de monitorización**, donde el indicador se convierte en la unidad básica.

A nivel individual cada indicador aporta información puntual y referida a un único aspecto de la atención; sin embargo, para disponer de información suficiente que permita identificar el **nivel de calidad del servicio de psiquiatría**, hay que monitorizar un grupo seleccionado de indicadores.

Un **indicador** sirve para evaluar (medir) un criterio de calidad de la práctica asistencial, que demuestra, cuantitativamente, el nivel de calidad alcanzado por el equipo o el servicio (en este caso un servicio de "Psiquiatría"). En cualquier caso, la última finalidad que tienen los **indicadores** es la de identificar situaciones de mejora potencial, o bien desviaciones en la práctica asistencial y, además, actúan como un **toque de atención** o una **señal de alarma** que nos advierte de esta posibilidad.

El **sistema de monitorización** se concibe como una valoración global de todo un servicio, que evalúa de forma periódica un conjunto de situaciones o eventos de la práctica y permite tener una visión de conjunto de la calidad del servicio y, al mismo tiempo, actuar en los casos en que se presenten desviaciones. Puede ser considerado y empleado como un **panel de control** de calidad del servicio.

**Los indicadores y los sistemas de monitorización se usan para:**

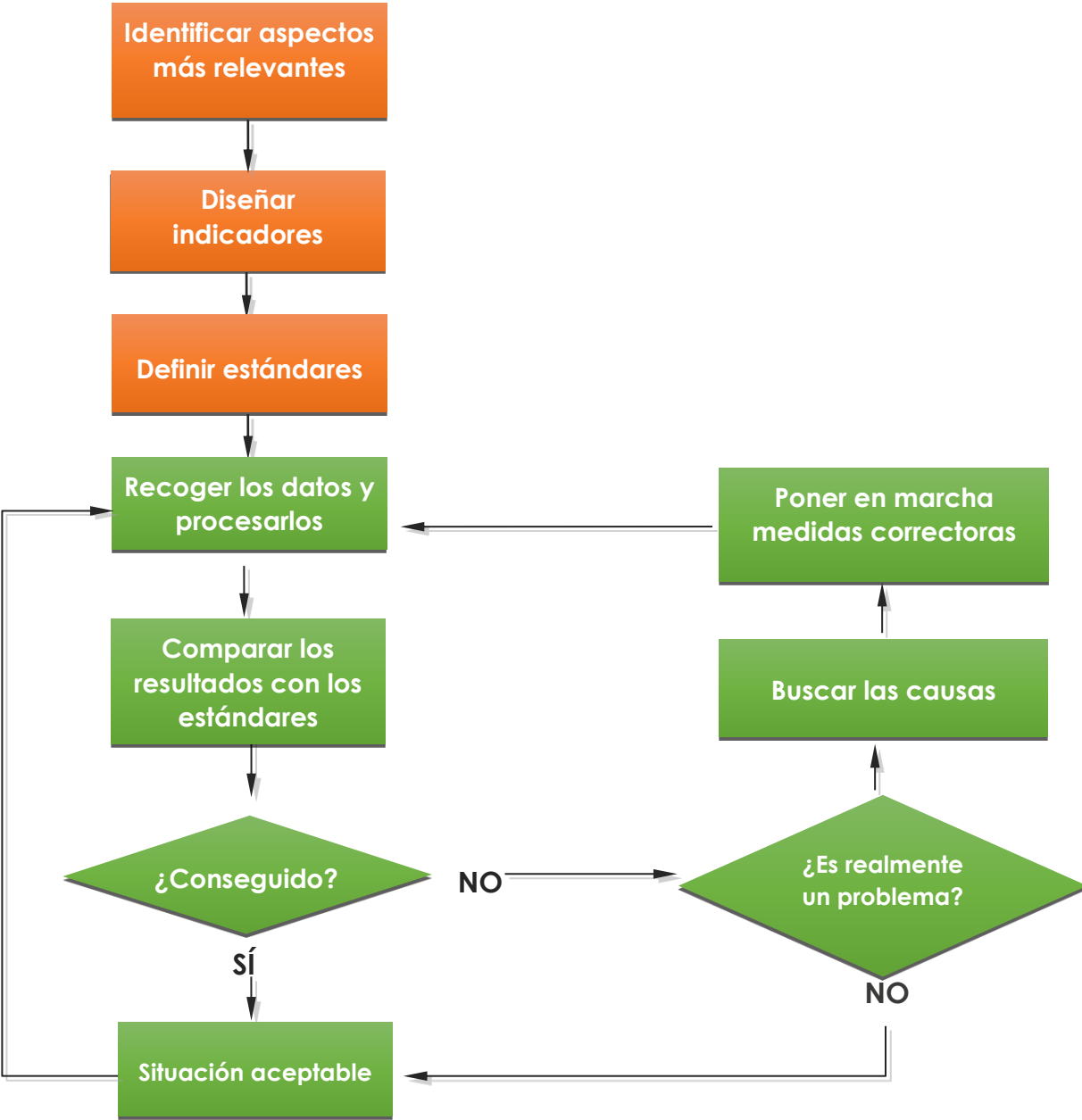
- a) Describir una situación existente.**
- b) Observar cambios o tendencias durante un período de tiempo.**

Como un indicador es un instrumento de medida, el resultado se tendrá en cuenta en la gestión de calidad y debemos asegurarnos de que sea válido, fiable y útil. Por ello, en todo momento, durante el diseño y la elaboración de estos indicadores se han tratado de minimizar los sesgos, tanto de fiabilidad como de validez.

La Figura 1 expone de forma esquemática el método y el razonamiento seguido en un sistema de evaluación de calidad a través de indicadores. Se compone de dos etapas básicas: la primera consiste en el diseño de los indicadores y la segunda en el uso de los indicadores siguiendo los pasos del ciclo de evaluación y mejora de la calidad. El objeto de este trabajo ha sido el diseño de los indicadores.



Figura 1. Sistema de evaluación de la calidad a través de indicadores



## 4. Desarrollo del proyecto de indicadores de calidad en Psiquiatría

A causa de la pandemia hubo que modificar el método de trabajo, inicialmente previsto en base a reuniones presenciales, por reuniones telemáticas. Aun así, y con las dificultades propias de disponibilidad de los miembros del grupo durante el año 2020, se continuó avanzando en el desarrollo del proyecto, aunque a un ritmo menor del previsto inicialmente.

### 4.1. Constitución del grupo de trabajo

El grupo de trabajo está integrado por:

- **Celso Arango López** (Hospital Gregorio Marañón, Universidad Complutense, CIBERSAM; Madrid)
- **Miquel Bernardo Arroyo** (Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM; Barcelona)
- **Julio Bobes García** (Universidad de Oviedo. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), ISPA, INEUROPA, CIBERSAM; Oviedo)
- **Manuel Martín Carrasco** (Hospital de Navarra)
- **Ana González-Pinto Arrillaga** (Hospital Universitario de Álava, Universidad del País Vasco, CIBERSAM; Vitoria-Gasteiz)
- **José Manuel Menchón Magriña** (Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Universidad de Barcelona, CIBERSAM, Barcelona)
- **Carmen Moreno Ruiz** (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, CIBERSAM; Madrid)
- **Víctor Pérez Sola** (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. IMIM (Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques). Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona. Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica)
- **Eduard Vieta Pascual** (Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM; Barcelona)

Se realizó una primera sesión presencial en Barcelona (28 de noviembre de 2019), en la que el Instituto Universitario Avedis Donabedian presentó el proyecto y sus objetivos, empezando la etapa de selección de criterios que podían ser objeto de medición.

### 4.2. Selección de criterios

El documento "Criterios de Calidad en Psiquiatría. Esquizofrenia, Depresión y Trastorno Bipolar" contenía 98 criterios/indicadores de calidad que se centraban en las 3 patologías más relevantes en la atención de Salud Mental. En el citado documento,

70 de ellos eran considerados **esenciales**, de los cuales un grupo de expertos había priorizado 44, que se distribuían de la siguiente manera:

- Depresión Mayor (7)
- Esquizofrenia (13)
- Trastorno Bipolar (11)
- Comunes a las tres (13)

Se realizaron sucesivas sesiones *online* a lo largo de 2020, para finalmente seleccionar 17 criterios, a partir de los que se diseñaron los indicadores.

### 4.3. Diseño de indicadores

A partir de la selección de criterios el Instituto Universitario Avedis Donabedian elaboró un documento con el diseño de los 17 indicadores que, posteriormente, se distribuyeron entre los 9 miembros del grupo de trabajo para su revisión.

### 4.4. Consenso interno

Tras esta revisión individual, y una vez introducidas las modificaciones propuestas, se sucedieron nuevas sesiones telemáticas para revisar y consensuar el contenido de los 17 indicadores, que a su vez aportaron nuevas modificaciones.

Finalmente, se acordó eliminar 1 de los indicadores "Tratamiento con antipsicóticos de segunda generación en la esquizofrenia", que suscitaba numerosas dudas en cuanto a su validez por parte de diferentes miembros del grupo.

## 5. Pilotaje

Disponiendo ya de la versión final de los indicadores, se procedió a comprobar su factibilidad, sobre todo en cuanto a la posibilidad de generación automática, de manera que se redujera la carga de trabajo que supone la medición para obtener el resultado de los indicadores.

Tal como estaba previsto, se realizó en 2 organizaciones que se ofrecieron voluntariamente a realizar este trabajo, que fueron:

- **Hospital Universitario de Bellvitge**
- **Hospital Universitario de Álava**

También esta etapa se ha visto afectada por la pandemia y la limitación de movimientos de personas, utilizando la vía telemática para realizar el pilotaje en el Hospital de Álava.

En ambos casos se requirió de la participación de profesionales de los ámbitos de gestión de las bases de datos, así como técnicos del programa informático de los hospitales.

En cada uno los colaboradores recibieron una copia de los indicadores en una versión que solo incluía los componentes específicos para realizar la medición:

fórmula, población (con los correspondientes códigos CIE-10 de diagnóstico) y los criterios de exclusión correspondientes a cada indicador.

Tras su valoración se obtuvo una selección de indicadores que podían ser tributarios de generación automática en sus hospitales. En ambos hospitales la valoración afecta sobre todo a los indicadores de nivel hospitalario, ya que se han encontrado serias dificultades al hacer la valoración a nivel de pacientes ambulatorios de los centros de salud mental, sobre todo para cruzar las bases de datos de diagnósticos con los de farmacia ambulatoria (receta de crónicos).

En ambos hospitales ha habido coincidencia total en la identificación de estos indicadores. Por supuesto, la generalización de esta posibilidad a otros centros dependerá del nivel de desarrollo de las bases de datos y programas informáticos en cada caso.

Relación de indicadores con posibilidades de generación automática de resultados:

- Seguimiento de pacientes con depresión mayor (indicador nº 3)
- Tratamiento con clozapina en la esquizofrenia (indicador nº 4)
- Utilización de litio para la prevención de episodios afectivos en pacientes con trastorno bipolar (indicador nº 9)
- Evitar el uso de valproato en mujeres con trastorno bipolar en edad fértil (indicador nº 10)
- Reingresos hospitalarios a 30 días en depresión mayor, esquizofrenia y trastorno bipolar (indicador nº 16)

A estos 5 hay que añadir el indicador nº1 Terapia electroconvulsiva que, si bien no es aplicable a nivel de centro de forma individual, sí lo es a nivel nacional a partir de los datos agregados de las unidades de TEC en cada comunidad y que sería procesado por el "Grupo de trabajo de TEC en la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica".

En la tabla 4, que presenta el listado de indicadores se destacan en color y negrita los indicadores de posible generación automática.

## 6. Metodología de evaluación

Aunque lo ideal es que los indicadores sean de generación automática, esta posibilidad todavía no es generalizable, como ya se ha visto en el apartado anterior, porque la información no puede ser captada por los sistemas de gestión de datos de los centros o, simplemente, porque se trata de información que no se registra. Otro factor es el desigual desarrollo de los sistemas de gestión informática de nuestros centros y dispositivos de atención.

Para los indicadores que requerirán evaluación manual a través de la revisión de casos (historias clínicas u otra documentación), pueden plantearse alternativas que reduzcan la carga de trabajo evaluativo, pero manteniendo la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Es muy frecuente en estos casos aplicar las técnicas de muestreo aleatorio. Por supuesto, esto exige cumplir las condiciones de potencia (tamaño muestral) y representatividad (selección aleatoria), para que el resultado sea inferible a la población de estudio.

**Potencia muestral:** se puede trabajar con muestras pequeñas (30 casos/año), con lo que se reduce el esfuerzo evaluativo. Pero en este caso los resultados deben ir siempre acompañados del correspondiente intervalo de confianza (IC), para conocer la precisión de la medida a través de la amplitud del IC. Para facilitar el cálculo del IC incorporamos en un anexo un programa para el **cálculo automático de la proporción (resultado del indicador) y su IC.**

En la tabla siguiente se expone un ejemplo de presentación de resultados y la interpretación que permite el intervalo de confianza.

Indicador	Resultado (*)	Intervalo de confianza (IC)	Interpretación	Estándar orientativo
Indicador "A"	73,2 %	56,6 ÷ 76,8	El auténtico valor de la población (todos los casos) está entre 56,6 % y 76,8 %. Es decir, <b>no se cumple</b> el estándar.	80 %
Indicador "B"	84,8 %	69,9 ÷ 95,2	El auténtico valor de la población (todos los casos) está entre 69,9 % y 95,2 %. <b>Se cumple</b> el estándar.	90 %

(\*) El resultado se ha calculado con una muestra, pero el IC muestra el rango de valores posibles para la población total.

En nuestra experiencia con 30 casos/año es suficiente en la mayoría de los casos, ya que es una estimación que no pretende determinar la prevalencia, sino saber si se cumple o no el estándar establecido para cada indicador.

No sería aplicable cuando el indicador mide un suceso muy poco frecuente.

**Representatividad:** Suponiendo que se quiera medir el indicador con una periodicidad anual, para conseguir la representatividad proponemos:

- Elegir aleatoriamente 3 casos (HC) de cada mes (de enero a junio y de septiembre a diciembre), evitando los meses de julio y agosto que podrían introducir algún sesgo, a causa de las limitaciones de personal. Por ejemplo, se puede elegir los primeros 3 casos de cada mes.

En los indicadores comunes a las 3 patologías es recomendable medir el indicador por separado en cada una de ellas, ya que se reduciría demasiado el número de casos de cada una de ellas. Por otro lado, si se diera un resultado agregado de las 3 se dificultaría la interpretación de resultados ya que no se puede saber cuál es la contribución de cada una de ellas al resultado global del indicador.

## 7. Formulación de los indicadores

Cada uno de los indicadores consta de unos **apartados** que aseguran su validez y fiabilidad, con la siguiente estructura de presentación.

**Tabla 1.** Descripción de los contenidos del indicador

Nombre del indicador	NOMBRE DEL INDICADOR
Justificación	Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez y la evidencia científica.
Fuerza de la recomendación	Nivel de evidencia.
Fórmula	Expresión matemática.
Explicación de términos	Definición de términos del indicador que pueden ser ambiguos.
Población	Descripción clara de la unidad de estudio.
Dispositivo	Recurso asistencial en el que se puede medir el indicador: hospitalización y/o atención ambulatoria (CCEE o CSM).
Tipos	<p>Enfoque de la evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Estructura:</b> indicadores que miden aspectos relacionados con los recursos tecnológicos humanos u organizativos, necesarios para la práctica asistencial, así como la disponibilidad de protocolos.</li> <li>▪ <b>Proceso:</b> indicadores que evalúan la forma en que se desarrolla la práctica asistencial, realizada con los recursos disponibles, protocolos y evidencia científica.</li> <li>▪ <b>Resultado:</b> miden las consecuencias del proceso asistencial en términos de complicaciones, mortalidad, ocasiones perdidas, fallos de circuitos, calidad de vida, etc.</li> </ul>
Fuente de datos	Ubicación de la información para cuantificar numerador y denominador.
Estándar	<p>Nivel deseable de cumplimiento del indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Refleja el nivel deseado cumplimiento del indicador. No siempre es fácil de establecer debido a la variabilidad de la evidencia científica y de las fuentes bibliográficas consultadas. En este informe, el equipo redactor ha hecho un esfuerzo de síntesis y ha consensuado un estándar para cada indicador, entendiendo que éste</li> </ul>

	no debe reflejar los resultados de la práctica habitual, sino que representa el nivel de buena práctica exigible debido a la evidencia científica y, al mismo tiempo, alcanzable con los medios disponibles.
<b>Comentarios</b>	Notas o recomendaciones del equipo redactor que pueden ser relevantes para la interpretación del resultado.
<b>Bibliografía</b>	Relación de citas que apoyan la evidencia del indicador y que justifican su utilización como medida de calidad.

Aunque es importante disponer de indicadores de resultado, no siempre es posible; unas veces por no tener acceso a la información y otras porque ésta no es fiable. Los indicadores de proceso son más habituales por su factibilidad y, al mismo tiempo, útiles, ya que asegurar un buen proceso permite, de alguna manera, esperar un buen resultado. En este proyecto solo hay 1 indicador de resultado.

Como ya se ha comentado, se ha intentado hacer indicadores aplicables a los distintos recursos y niveles asistenciales. En algún caso son aplicables tanto a nivel hospitalario como a la atención ambulatoria (CCEE o CSM). En la tabla 2 se presenta la distribución.

**Tabla 2.** Distribución de indicadores según ámbito de aplicación

<b>Nivel asistencial de aplicación de los indicadores</b>	<b>Nº de indicador</b>	<b>Total</b>
Indicador de atención de agudos en régimen de <b>hospitalización</b>	8, 11, 14 y 16	<b>4</b>
Indicadores de atención en régimen <b>ambulatorio</b>	2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13 y 15	<b>9</b>
<b>Ambos</b> niveles (hospitalización y ambulatoria)	1, 9 y 10	<b>3</b>

A continuación, la tabla siguiente muestra el número de indicadores diseñados en función de las patologías.

**Tabla 3.** Distribución de indicadores según patología

Depresión mayor	3
Esquizofrenia	5
Trastorno bipolar	3
Comunes a las 3 patologías	5

Finalmente, se presenta una tabla resumen de los indicadores, identificando para cada uno de ellos su estándar correspondiente.

**Tabla 4.** Listado de indicadores

Número	Nombre del indicador	Estándar
1	Terapia electroconvulsiva (TEC)	No disponible
2	Duración del tratamiento con antidepresivos para el tratamiento de la depresión	≤ 30 %
<b>3</b>	<b>Seguimiento de pacientes con depresión mayor (DM)</b>	<b>&gt; 60 %</b>
<b>4</b>	<b>Tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia (ESQ)</b>	<b>&gt; 10 %</b>
5	Mantenimiento de la farmacoterapia en las fases estable y de estabilización tras un primer episodio de psicosis	90 %
6	Control periódico del peso y el índice de masa corporal (IMC)	95 %
7	Control de glucemia plasmática y de perfiles lipídicos en pacientes con antipsicóticos	95 %
8	Adherencia al tratamiento de administración ambulatoria en pacientes con ESQ y tratamiento con ILDs	≤ 25 %
<b>9</b>	<b>Utilización de litio para la prevención de episodios afectivos en pacientes con TB</b>	<b>70 %</b>
<b>10</b>	<b>Uso de valproato en mujeres en edad fértil</b>	<b>2 %</b>
11	Suspensión del tratamiento con antidepresivos en fase maníaca	95 %
12	Visita en atención ambulatoria tras el alta en urgencias con diagnóstico de "conducta suicida" en DM-ESQ-TB	70 %



Número	Nombre del indicador	Estándar
13	Seguimiento precoz tras el primer episodio de esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB)	80 %
14	Sujeción en pacientes con depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) o trastorno bipolar (TB)	≤ 5 %
15	Pacientes con depresión mayor (DM) o esquizofrenia (ESQ) con más de 3 fármacos prescritos	≤ 30 %(adultos) ≤ 50 %(infantil)
16	<b>Reingresos hospitalarios a 30 días en depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB)</b>	<b>7 %</b>

En azul y negrita se destacan los indicadores con posibilidad de generación automática.

## **8. INDICADORES DE CALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

## **8.1. INDICADORES DE DEPRESIÓN MAYOR (DM)**

<b>Nombre del indicador 1</b>	<b>Terapia electroconvulsiva (TEC)</b>
<b>Justificación</b>	La TEC es un tratamiento efectivo en adultos con DM grave y algunas formas de esquizofrenia como la catatonía (1+). Esta terapia debería considerarse una alternativa especialmente en aquellos casos en los que existe la necesidad de ofrecer una rápida respuesta debido a la alta intencionalidad suicida, al deterioro físico grave o al fracaso de otros tratamientos.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b>
<b>Fórmula</b>	Nº de pacientes tratados con TEC en cada CCAA x 100.000 habitantes
<b>Explicación de términos</b>	TEC realizados: Incluye nivel público y privado
<b>Población</b>	Todos los habitantes de la comunidad autónoma
<b>Dispositivo</b> (unidad de análisis)	CCAA (dato agregado de las unidades de TEC en cada comunidad)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Grupo de trabajo de TEC en la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica Indicador anual
<b>Estándar (SD) orientativo</b>	No disponible
<b>Comentarios</b>	Es un indicador de nivel poblacional
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CONSENSO ESPAÑOL sobre la Terapia Electroconvulsiva. 2018. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.</li> <li>2. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015;8(2).</li> <li>3. Leiknes KA, Jarosh-von Schweder L, Høie B. Contemporary use and practice of electroconvulsive therapy worldwide. Brain Behav. 2012 May;2(3):283–344.</li> <li>4. Vera I, Sanz-Fuentenebro J, Urretavizcaya M, Verdura E, Soria V, Martínez-Amorós E, et al. Electroconvulsive Therapy Practice in Spain: A National Survey. J ECT [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Sep 14];32(1):55–61. Available from: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26332499">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26332499</a>.</li> <li>5. Song G-M, Tian X, Shuai T, Yi L-J, Zeng Z, Liu S, et al. Treatment of Adults With Treatment-Resistant Depression: Electroconvulsive Therapy Plus</li> </ol>

Antidepressant or Electroconvulsive Therapy Alone? Evidence From an Indirect Comparison Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015 Jul;94(26):e1052. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26131818>.

6. Hermida AP, Glass OM, Shafi H, McDonald WM. Electroconvulsive Therapy in Depression: Current Practice and Future Direction. *Psychiatr Clin North Am*. 2018 Sep;41(3):341-353. doi: 10.1016/j.psc.2018.04.001. Epub 2018 Jun 15. PMID: 30098649.
7. Haq AU, Sitzmann AF, Goldman ML, Maixner DF, Mickey BJ. Response of depression to electroconvulsive therapy: a meta-analysis of clinical predictors. *J Clin Psychiatry*. 2015 Oct;76(10):1374-84. doi: 10.4088/JCP.14r09528. PMID: 26528644.
8. UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003 Mar 8;361(9360):799-808. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12705-5. PMID: 12642045.

<b>Nombre del indicador 2</b>	<b>Duración del tratamiento con antidepresivos para el tratamiento de la depresión</b>
<b>Justificación</b>	NICE recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio. Otras guías recomiendan un tratamiento de mantenimiento de 9-12 meses tras alcanzar la remisión de un primer episodio depresivo. Diferentes ECA y metaanálisis han demostrado que el mantenimiento del tratamiento farmacológico previene eficazmente la recurrencia de los síntomas depresivos.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de depresión que inician tratamiento con antidepresivos y mantienen el tratamiento menos de 9 meses}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con diagnóstico de depresión que inician tratamiento con antidepresivos}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inicio de tratamiento: fecha de prescripción (receta de crónicos)</li> <li>▪ Periodo inferior a 9 meses: Intervalo entre la fecha de la primera prescripción y la fecha de finalización de la prescripción</li> <li>▪ Tratamiento con antidepresivos: incluye a los pacientes que durante el tratamiento ha sido necesario cambiar el tipo de antidepresivo</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes con diagnóstico de depresión que, durante el periodo evaluado, <u>han iniciado un tratamiento</u> con antidepresivos hace más de 9 meses.</p> <p><b>Código CIE-10</b> para diagnóstico de DM: F32</p>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Receta de crónicos: prescripción de antidepresivos
<b>Estándar orientativo</b>	Inferior a 30 % (se espera que menos del 30 % mantengan el tratamiento por un periodo inferior a 9 meses)
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Third Edition). American Psychiatric Press, Washington DC, 2010.</li> <li>2. Baldessarini RJ, Lau WK, Sim J, Sum MY, Sim K. Duration of initial antidepressant treatment and subsequent relapse of major depression. J Clin Psychopharmacol. 2015; 35(1):75-76.</li> </ol>

3. Cleare A, Pariente CM, Younh AH et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2015;29(15):459-525.
4. Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 2004;38(6):389-407.
5. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet*. 2003;361(9358):653-61.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
7. Kim KH, Lee SM, Paik JW, Kim NS. The effects of continuous antidepressant treatment during the first 6 months on relapse or recurrence of depression. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):121-129.
8. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society; 2009. Informe N°: 90.
9. Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry*. 2002;181:208-213.

Nombre del indicador 3	<b>Seguimiento de pacientes con depresión mayor (DM)</b>
<b>Justificación</b>	<p>Se recomienda establecer un plan de seguimiento estructurado del paciente y monitorizar con regularidad su estado. La frecuencia de la evaluación y monitorización de síntomas debería realizarse en función de los siguientes aspectos: gravedad del cuadro, comorbilidad asociada, cooperación con el tratamiento, apoyo social y efectos secundarios del tratamiento prescrito.</p> <p>Tanto en la fase tratamiento hasta la remisión como en las fases de continuación o mantenimiento es necesario realizar un número mínimo de visitas de seguimiento.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>Opinión de los expertos</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes en seguimiento por DM con 3 o más visitas al año}}{\text{Nº de pacientes en seguimiento por DM}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las visitas no programadas (a petición del paciente) no se consideran parte del seguimiento regular</li> <li>▪ Visitas: Sólo visitas médicas</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes con DM en seguimiento, durante el periodo evaluado.</p> <p><b>Código CIE-10</b> para diagnóstico de DM: F32</p>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	BBDD del centro
<b>Estándar orientativo</b>	Superior al 60 %
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (Third Edition). American Psychiatric Press, Washington DC, 2010.</li> <li>2. Chen SY, Hansen RA, Farley JF, Gaynes BN, Morrissey JP, Maciejewski ML. Follow-up visits by provider specialty for patients with major depressive disorder initiating antidepressant treatment. Psychiatr Serv. 2010; 61(1):81-85.</li> </ol>



- |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ol style="list-style-type: none"><li>3. Chen SY, Hansen RA, Gaynes BN, Farley JF, Morrissey JP, Maciejewski ML. Guideline-concordant antidepressant use among patients with major depressive disorder. <i>Gen Hosp Psychiatry</i>. 2010; 32(4):360-367.</li><li>4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.</li><li>5. Jha MK, Grannemann BD, Trombello JM, et al. A Structured Approach to Detecting and Treating Depression in Primary Care: VitalSign6 Project. <i>Ann Fam Med</i>. 2019;17(4):326-335.</li></ol> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 8.2. INDICADORES DE ESQUIZOFRENIA (ESQ)

<b>Nombre del indicador 4</b>	<b>Tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia (ESQ)</b>
<b>Justificación</b>	<p>Ante la falta de respuesta al tratamiento con una administración cierta y adecuada de antipsicóticos de dos tipos diferentes se recomienda el uso de clozapina.</p> <p>La clozapina debe ser introducida con garantías de seguridad en la primera ocasión en caso de resistencia al tratamiento.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de ESQ y prescripción de Clozapina}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de ESQ}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes con diagnóstico de ESQ durante el periodo evaluado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criterio de exclusión: pacientes que durante <b>TODO</b> el periodo evaluado no han tomado ningún antipsicótico</li> </ul> <p><b>Código CIE-10</b> para diagnóstico de ESQ: F20</p>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE del hospital)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Farmacia: receta de crónicos
<b>Estándar orientativo</b>	Superior al 10 %
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clozapine and evidence-based psychopharmacology for schizophrenia. Stroup TS. JAMA Psychiatry. 1029 Jul 31. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1656. Online ahead of print.</li> <li>2. An initiative to improve clozapine prescribing in New York State. Carruthers J, Radigan M, Erlich MD, Gu G, Wang R, Frimpong EY, Essock SM, Olfson M, Castillo EG, Miller GA, Sederer LI, Stroup TS. Psychiatr Serv 2016;67(4):369-71.</li> <li>3. Clinical guidance on the identification and management of treatment-resistant schizophrenia. Kane JM, Agid O, Baldwin ML, Howes O, Lindenmayer JP, Marder S, Olfson M, Potkin SG, Correll CU. J Clin Psychiatry 2109;80(2):18com12123.</li> </ol>

4. How and when to use clozapine. Rubio JM, Kane JM. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(3):178-189.
5. 20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62,250 patients with schizophrenia (FIN20). Taipale H, Tanskanen A, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tiihonen J. *World Psychiatry* 2020;19(1):61-68.
6. Clozapine safety, 40 years later. Raja M, Raja S. *Curr Drug Saf*. 2014;9(3):163-95.
7. Barriers to using clozapine in treatment-resistant schizophrenia: systematic review. Farooq S, Choudry A, Cohen D, Naeem F, Ayub M. *BJPsych Bull* 2019;43(1):8-16.
8. International trends in clozapine use: a study in 17 countries. Bachmann CJ, Aagaard L, Bernardo M, Brandt L, Cartabia M, Clavenna A, Coma Fusté A, Furu K, Garuolienė K, Hoffmann F, Hollingworth S, Huybrechts KF, Kalverdijk LJ, Kawakami K, Kieler H, Kinoshita T, López SC, Machado-Alba JE, Machado-Duque MM, Mahesri M, Nishtala PS, Piovani D, Reutfors J, Saastamoinen LK, Sato I, Schuiling-Veninga CCM, Shyu Y-C, Siskind D, Skurtveit S, Verdoux H, Wang L-J, Zara Yahni C, Zoëga, Taylor D. *Acta Psychiatry Scand* 2017;136(1):37-51.
9. Treatment-resistant schizophrenia: Treatment Response and Resistance In Psychosis (TRRIP) working group consensus Guidelines on diagnosis and terminology. Howes OD, McCutcheon R, Agid O, De Bartolomeis A, Van Beveren NJM, Birnbaum ML, Bloomfield MAP, Bressan RA, Buchanan RW, Carpenter WT, Castle DJ, Citrome L, Daskalakis ZJ, Davidson M, Drake RJ, Dursun S, Ebdrup BH, Elkis H, Falkai P, Fleischacker WW, Gadelha A, Gaughran F, Glenthøj BY, Graff-Guerrero A, Hallak JEC, Honer WG, Kennedy J, Kinon BJ, Lawrie SM, Lee J, Leweke FM, MacCabe JH, MacNabb CB, Meltzer H, Möller HJ, Nakajima S, Pantelis C, Reis Marques T, Remington G, Rossell SL, Russell BR, Siu CO, Suzuki T, Sommer IE, Taylor D, Thomas N, Üçok A, Umbricht D, Walter JTR, Kane J, Correll CU. *Am J Psychiatry* 2017;174(3):216-229.
10. The neurobiology of treatment-resistant schizophrenia: paths to antipsychotic resistance and a roadmap for future research. Potkin SG, Kane JM, Correll CU, Lindernmayer JP, Agid O, Marder SR, Olfson M, Howes OD. *NPJ Schizophr* 2020;6:1; doi: 10.1038/s41537-019-0090-z

<b>Nombre del indicador 5</b>	<b>Mantenimiento de la farmacoterapia en las fases estable y de estabilización tras un primer episodio de psicosis</b>
<b>Justificación</b>	Se recomienda el mantenimiento de la farmacoterapia para la prevención de recaídas en las fases estable y de estabilización, con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado para los antipsicóticos de segunda generación. La medicación antipsicótica para el tratamiento de un primer episodio de psicosis debería mantenerse durante un mínimo de 2 años después de la primera recuperación de los síntomas.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>B</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes que mantienen la farmacoterapia durante 24 meses tras ser dados de alta con diagnóstico principal de psicosis (nuevo diagnóstico)}}{\text{Nº de pacientes que inician farmacoterapia tras ser dados de alta con diagnóstico principal de psicosis (nuevo diagnóstico)}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Farmacoterapia: Antipsicóticos</li> <li>▪ <b>Códigos CIE-10</b> para diagnóstico de psicosis = F23; F23.1; F23.2; F23.3; F23.8 y F23.9</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes con diagnóstico de psicosis que han iniciado tratamiento hace más de 24 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Criterio de exclusión: pacientes cuyo primer episodio ha sido diagnosticado en otro centro</li> </ul>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Numerador: farmacia</li> <li>▪ Denominador: gestión de datos del centro</li> </ul>
<b>Estándar orientativo</b>	90 %
<b>Comentarios</b>	Dado que no existe un código CIE-10, para el primer episodio, se tomarán como diagnósticos (denominador) los diagnósticos nuevos de psicosis.
<b>Bibliografía</b>	1. Rates and predictors of relapse in first-episode non-affective psychosis: a 3-year longitudinal study in a specialized intervention program (PAFIP). José María Pelayo-Terán , Virginia Gajardo Galán, Víctor de la Ortiz-García de la

	<p>Foz, Obedulia Martínez-García, Rafael Tabarés-Seisdedos, Benedicto Crespo-Facorro, Rosa Ayesa-Arriola. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2017 Jun;267(4):315-323.<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27796500/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27796500/</a></p> <p>2. Clinical outcome after antipsychotic treatment discontinuation in functionally recovered first-episode nonaffective psychosis individuals: a 3-year naturalistic follow-up study. Jacqueline Mayoral-van Son 1 2 3, Victor Ortiz-Garcia de la Foz, Obedulia Martinez-Garcia, Teresa Moreno, Maria Parrilla-Escobar, Elsa M Valdizan, Benedicto Crespo-Facorro. J Clin Psychiatry. 2016 Apr;77(4):492-500. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26759992/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26759992/</a></p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Nombre del indicador 6</b>	<b>Control periódico del peso y el índice de masa corporal (IMC)</b>
<b>Justificación</b>	<p>El sobrepeso es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diabetes y enfermedades cardiovasculares en los pacientes con esquizofrenia<sup>1</sup>, responsables en gran medida del exceso de mortalidad de estos pacientes<sup>2</sup>.</p> <p>El incremento de las tasas de obesidad en los pacientes con trastorno mental grave es más rápido que en la población general y aparece ya en el primer episodio psicótico, así como en pacientes bajo tratamiento farmacológico como sin él<sup>2</sup>. Existen múltiples factores responsables que van desde estilos de vida poco saludable hasta factores genéticos, pasando por el tratamiento farmacológico y las barreras del sistema para la atención a su salud física<sup>1,3</sup>.</p> <p>El índice de masa corporal debe utilizarse para confirmar un exceso de adiposidad y para clasificar a los sujetos en normopeso, sobrepeso y los diferentes grados de obesidad (<b>grado A</b>)<sup>4</sup>. Otras medidas de adiposidad podrán utilizarse de forma complementaria según el juicio clínico y su disponibilidad (<b>grado B</b>)<sup>4</sup>.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con medicación antipsicótica y control del IMC en los 12 meses anteriores a la revisión}}{\text{Nº de pacientes con medicación antipsicótica}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control periódico<sup>1,3,5-7</sup>: Constancia en la HC de la cifra de IMC en los 12 meses anteriores a la revisión</li> </ul> <p>Criterio de exclusión: pacientes con medicación antipsicótica por un periodo inferior a 12 meses.</p>
<b>Población</b>	Todos los pacientes con medicación antipsicótica que han iniciado el tratamiento hace más de 12 meses.
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes datos</b>	Documentación clínica (fundamentalmente documentación de enfermería)
<b>Estándar orientativo</b>	95 %

<b>Comentarios</b>	<p>Actualmente se cuestiona la utilidad del IMC para identificar el fenotipo de obesidad que confiere mayor riesgo para la salud física, la obesidad abdominal. Por ello, algunos grupos recomiendan medir el IMC y el perímetro abdominal de forma rutinaria<sup>13</sup>.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p><b>Guías de práctica clínica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline. Published: 12 February 2014. <a href="http://www.nice.org.uk/guidance/cg178">www.nice.org.uk/guidance/cg178</a></li> <li>2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH /AEN Núm. 2012 (pág. 72)</li> <li>3. Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D, Correll CU, De Hert M. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. <i>Psychol Med.</i> 2012 Jan; 42(1):125-47.</li> <li>4. De Hert M, Vancampfort D, Correll CU, Mercken V, Peuskens J, Sweers K, van Winkel R, Mitchell AJ. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. <i>Br J Psychiatry.</i> 2011 Aug;199(2):99-105.</li> </ol> <p><b>Artículos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. <i>World Psychiatry</i> 2011; 10: 52-77.</li> <li>6. De Hert M, Cohen D, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. <i>World Psychiatry</i> 2011; 10: 52-77.</li> <li>7. Liu Z, Zheng W, Gao S, Qin Z, Li G, Ning Y. Metformin for treatment of clozapine-induced weight gain in adult patients with schizophrenia: a meta-analysis. <i>Shanghai Arch Psychiatry.</i> 2015 Dec 25;27(6):331-40.</li> <li>8. Pillay J, Boylan K, Carrey N, Newton A, Vandermeer B, Nuspl M, MacGregor T, Jafri SHA, Featherstone R, Hartling L. First- and Second-Generation Antipsychotics in Children and Young Adults: Systematic Review Update [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2017 Mar. Report No.: 17-EHC001-EF. PMID: 28749632.</li> <li>9. Li C, Lumey LH. Exposure to the Chinese famine of 1959-61 in early life and long-term health conditions: a systematic review and meta-analysis. <i>Int J Epidemiol.</i> 2017 Aug 1;46(4):1157-1170.</li> <li>10. Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2017 Jul; 47:83-102.</li> </ol>



- |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>11. Goh KK, Chen CH, Lu ML. Topiramate mitigates weight gain in antipsychotic-treated patients with schizophrenia: meta-analysis of randomised controlled trials. <i>Int J Psychiatry Clin Pract.</i> 2019 Mar;23(1):14-32.</p> <p>12. Saucedo Uribe E, Carranza Navarro F, Guerrero Medrano AF, García Cervantes KI, Álvarez Villalobos NA, Acuña Rocha VD, Méndez Hernández M, Millán Alanís JM, Hinojosa Cavada CM, Zúñiga Hernández JA, Fernández Zambrano SM. Preliminary efficacy and tolerability profiles of first versus second-generation Long-Acting Injectable Antipsychotics in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. <i>J Psychiatr Res.</i> 2020 Oct; 129:222-233.</p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<b>Nombre del indicador 7</b>	<b>Control de glucemia plasmática y de perfiles lipídicos en pacientes con antipsicóticos</b>
<b>Justificación</b>	<p>Las personas con esquizofrenia reciben más porcentaje de antipsicótico, con mucha frecuencia presentan síndrome metabólico y tienen mayor pérdida de esperanza de vida.</p> <p>La esquizofrenia y el tratamiento antipsicótico son factores de riesgo de diabetes e hiperlipidemia. Controlar la glucemia y los perfiles lipídicos permite tratar estas alteraciones asociadas al riesgo cardiovascular.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>D</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con medicación antipsicótica con control basal y anual de perfil lipídico y glucemia}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con medicación antipsicótica}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicación antipsicótica: incluye cualquier tipo de fármaco antipsicótico</li> <li>▪ Parámetros de control: Glucemia plasmática y perfiles lipídicos (colesterol total y HDL colesterol)</li> <li>▪ Control basal: antes de iniciar el tratamiento</li> <li>▪ Control anual: cada 12 meses después de iniciado el tratamiento</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes con medicación antipsicótica.</p> <p>a) si hace más de 1 año que toman antipsicóticos: control en los 12 meses anteriores a la medición del indicador.</p> <p>b) si hace menos de 1 año toman antipsicóticos: control antes de iniciar el tratamiento.</p>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes datos</b>	Documentación clínica y BBDD de farmacia extrahospitalaria
<b>Estándar orientativo</b>	95 %
<b>Bibliografía</b>	<p>1. Cooper SJ, Reynolds GP; With expert co-authors (in alphabetical order): Barnes T, England E, Haddad PM, Heald A, Holt R, Lingford-Hughes A, Osborn D, McGowan O, Patel MX, Paton C, Reid P, Shiers D, Smith J. BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular</p>

	<p>risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. <i>J Psychopharmacol.</i> 2016 Aug;30(8):717-48.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Recomendaciones para la monitorización y promoción de la salud física en el paciente con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves. Departament de Salut; 2014.</li> <li>3. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 1: Acute treatment of schizophrenia. <i>World J Biol Psychiatry.</i> 2005;6(3):132-91.</li> <li>4. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, Part 2: Long-term treatment of schizophrenia. <i>World J Biol Psychiatry.</i> 2006;7(1):5-40.</li> <li>5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.</li> <li>6. Saiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J, Giner Ubago J, García-Portilla González MP, Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consensus on physical health of patients with schizophrenia from the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry. <i>Actas Esp Psiquiatr.</i> 2008;36(5):251-64.</li> <li>7. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. <i>Aust N Z J Psychiatry.</i> 2005;39(1-2):1-30.</li> </ol>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Nombre del indicador 8</b>	<b>Adherencia al tratamiento de administración ambulatoria en pacientes con ESQ y tratamiento con ILDs</b>
<b>Justificación</b>	La no adherencia al tratamiento constituye la primera causa de recaída en pacientes con ESQ. En régimen ambulatorio, los pacientes con psicosis cumplen adecuadamente con el tratamiento un 40-60 % de los días y las tasas de mala adherencia al tratamiento alcanzan el 58 %. Las tasas de recaída por abandono de la medicación antipsicótica son del 77 % en el primer año. La administración de antipsicóticos por vía IM es una estrategia para asegurar el cumplimiento de la medicación.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b> (derivada de metaanálisis de tasa de recaídas u hospitalización)
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con ESQ con administración de antipsicóticos de larga duración (ILDs) y pérdida de adherencia al tratamiento}}{\text{Nº de pacientes con ESQ y por antipsicóticos de larga duración (ILDs)}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pérdida de adherencia al tratamiento: paciente al que no se administran un 25 % o más de las dosis pautadas en un periodo de 6 meses.</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todas las visitas programadas para administración de medicación intramuscular en pacientes con ESQ, durante el periodo evaluado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para ESQ: F20</li> </ul>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	BBDD del CSMA o de CCEE hospitalaria
<b>Estándar orientativo</b>	<25 %
<b>Comentarios</b>	La definición de no adherencia es variable en los estudios; sin embargo, en una revisión sistemática (García et al, 2016) el criterio objetivo utilizado por un número significativo de estudios era el de pérdida de dosis en un 25 % de los días.
<b>Bibliografía</b>	1. Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, McGorry PD, Gleeson JF. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophr Res 2012; 139:116-128

2. Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry* 2018; 17:149-160.
3. Gaebel W, Schreiner A, Bergmans P, de Arce R, Rouillon F, Cordes J, Eriksson L, Smeraldi E. Relapse prevention in schizophrenia and schizoaffective disorder with risperidone long-acting injectable vs quetiapine: results of a long-term, open-label, randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35:2367-2377.
4. García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, González-Pinto A. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36:355-371.
5. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry* 2013; 12:216-226.
6. Kishimoto T, Hagi K, Nitta M, Leucht S, Olfson M, Kane JM, Correll CU. Effectiveness of Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis of Prospective and Retrospective Cohort Studies. *Schizophr Bull* 2018; 44:603-619.
7. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *J Clin Psychiatry* 2013; 74:957-965.
8. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline CG178. Published: 12 February 2014.
9. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2014; 152:408-414.

### **8.3. INDICADORES DE TRASTORNO BIPOLAR (TB)**

Nombre del indicador 9	<b>Utilización de litio para la prevención de episodios afectivos en pacientes con TB</b>
<b>Justificación</b>	<p>El litio es eficaz en la prevención de fases de trastorno bipolar.</p> <p>La combinación de litio con valproato no es superior al litio en monoterapia.</p> <p>Este tratamiento combinado es superior a valproato en monoterapia en cuanto a la prevención de un nuevo episodio afectivo y de un nuevo episodio maníaco, pero no de un nuevo episodio depresivo.</p> <p>Estudios naturalísticos de seguimiento muy prolongados apoyan la eficacia de las sales de litio para la prevención de fases a muy largo plazo.</p> <p>En adolescentes la recomendación para la prevención es similar a la de los pacientes adultos.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>A</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de TB tipo I y tratamiento con Li (solo o en combinación)}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de TB tipo I y tratamiento farmacológico}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento con litio: ingesta de litio solo o en combinación con otro fármaco</li> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para <u>trastorno bipolar tipo I</u>: F31; F31.1; F31.2; F31.3; F31.4; F31.5; F31.6 y F31.8</li> </ul>
<b>Población</b>	Todos los pacientes con diagnóstico de TB durante el periodo evaluado
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Lista de diagnosticados en CSMA o de pacientes en régimen de CCEE y Farmacia (receta de crónicos)
<b>Estándar orientativo</b>	70 %
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Geddes JR, Goodwin GM, Rendell J, et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. Lancet. 2010;375(9712):385-95.</li> <li>2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía</li> </ol>

	<p>de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012.UAH/AEN Núm.2012/1.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Chia MF, Cotton S, Filia K, Phelan M, Conus P, Jauhar S, Marwaha S, McGorry PD, Davey C, Berk M, Ratheesh A. Early intervention for bipolar disorder - Do current treatment guidelines provide recommendations for the early stages of the disorder? <i>J Affect Disord.</i> 2019 Oct 1;257:669-677.</li> <li>4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. <i>Bipolar Disord.</i> 2018 Mar;20(2):97-170.</li> <li>5. González-Pinto A, López-Peña P, Bermúdez-Ampudia C, Vieta E, Martínez-Cengotitabengoa M. Can lithium salts prevent depressive episodes in the real world? <i>Eur Neuropsychopharmacol.</i> 2018 Dec;28(12):1351-1359</li> </ol>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<b>Nombre del indicador 10</b>	<b>Uso de valproato en mujeres en edad fértil</b>
<b>Justificación</b>	Se ha demostrado que el ácido valproico en todas sus formulaciones tiene un alto poder teratógeno. Tanto las agencias reguladoras (como la EMA o la FDA) como las guías más recientes han optado por recomendar que se evite la prescripción de este fármaco en mujeres en edad fértil, dado que una gran proporción de embarazos no son planificados.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>Opinión de los expertos (FDA, EMA)</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de mujeres de 13 a 50 años con diagnóstico de TB y prescripción de valproato}}{\text{Nº de mujeres de 13 a 50 años con diagnóstico de TB}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	<p><u>A. Ambulatoria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Adultos.</b> Todas las mujeres de 18 a 50 años con TB durante el periodo evaluado.</li> <li>○ <b>Infantojuvenil.</b> Todas las mujeres de 13 a 18 años con TB durante el periodo evaluado</li> </ul> <p><u>A. Hospitalaria:</u> Todas las mujeres de 13 a 50 años con TB dadas de alta durante el periodo evaluado.</p> <p><b>Código CIE-10</b> para TB: F31 (incluye tipo I y tipo II)</p>
<b>Dispositivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atención ambulatoria (adultos e infanto-juvenil) o CCEE hospitalaria)</li> <li>▪ Atención hospitalaria (agudos)</li> </ul>
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>A. Ambulatoria:</u> CSMA y CSMIJ o CCEE hospitalaria y Farmacia (receta de crónicos)</p> <p><u>A. Hospitalaria:</u> Servicio de farmacia</p>
<b>Estándar orientativo</b>	2 %
<b>Comentarios</b>	Algunas guías y consensos admiten excepciones en casos en que el beneficio-riesgo sea muy alto y no existan alternativas terapéuticas.

**Bibliografía**

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012/1.
2. Anmella G, Pacchiarotti I, Cubata WJ, et al. Expert advice on the management of valproate in women with bipolar disorder at childbearing age. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019 Nov; 29(11): 1199-1212.
3. MPS, 2018a. Valproato: Programa de Prevención de Embarazos. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). AEMPS, 2018b

<b>Nombre del indicador 11</b>	<b>Suspensión del tratamiento con antidepresivos en fase maníaca</b>
<b>Justificación</b>	Si un paciente está tomando un antidepresivo al inicio de un episodio maníaco, este debe ser suspendido ya que puede empeorar los síntomas. Puede suspenderse de forma abrupta o gradual, dependiendo de las necesidades clínicas actuales del paciente, del fármaco en cuestión y de la experiencia previa de supresión.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>Opinión de los expertos</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº pacientes dados de alta con diagnóstico de "episodio maníaco" en cuyo informe de alta no hay antidepresivos}}{\text{Nº pacientes dados de alta con diagnóstico de "episodio maníaco"}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico de <b>episodio maníaco</b> durante el periodo evaluado <b>Código CIE-10</b> episodio maníaco
<b>Dispositivo</b>	Unidad de agudos (hospitalización)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Hospital (lista de diagnosticados al alta) y servicio de Farmacia del centro
<b>Estándar orientativo</b>	95 %
<b>Comentarios</b>	<p>1. Puede haber pacientes con una comorbilidad que precise tratamiento con antidepresivos y no puedan ni siquiera prescindir temporalmente de ellos, como por ejemplo un TOC. El equipo redactor ha decidido no incorporarlos como criterio de exclusión ya que son situaciones excepcionales, por lo que tendrían un impacto muy bajo en el resultado del indicador, mientras que aumentarían la complejidad en la selección de casos.</p> <p>2. Sólo se aplica a pacientes cuyo episodio haya requerido ingreso hospitalario.</p>
<b>Bibliografía</b>	1. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios

	<p>Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012/1.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Pacchiarotti I, Bond DJ, Baldessarini RJ, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) task force report on antidepressant use in bipolar disorders. <i>Am J Psychiatry</i>. 2013;170(11):1249-62.</li><li>3. Rosa AR, Cruz N, Franco C, et al. Why do clinicians maintain antidepressants in some patients with acute mania? Hints from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM), a large naturalistic study. <i>J Clin Psychiatry</i>. 2010; 71(8):1000-6.</li></ol>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 8.4 INDICADORES COMUNES

Depresión Mayor (DM), Esquizofrenia (ESQ) y Trastorno Bipolar (TB)

<b>Nombre del indicador 12</b>	<b>Visita en atención ambulatoria tras el alta en urgencias con diagnóstico de "conducta suicida" en DM-ESQ-TB</b>
<b>Justificación</b>	<p>La DM es uno de los factores más relacionados con la conducta suicida y cuando se detecta riesgo de suicidio se debe prestar la atención más inmediata.</p> <p>En los pacientes con ESQ la tasa de suicidio es de un 10 %, y en el TB la tasa puede llegar a ser 20 veces superior al de la población general.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>Opinión de los expertos</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de "conducta suicida" y visitados en atención especializada en un periodo no superior a 10 días desde la fecha de atención en urgencias}}{\text{Nº de pacientes atendidos en especializada con diagnóstico de "conducta suicida"}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conducta suicida: Informe de alta de urgencias en el que consta "conducta suicida" como diagnóstico al alta o motivo de consulta.</li> <li>▪ Atención en urgencias: referido a pacientes que han sido atendidos en cualquier servicio de urgencias (hospital, centro psiquiátrico u hospital general) del que el centro es referente para la atención psiquiátrica ambulatoria.</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes atendidos en la especializada con motivo de derivación, "conducta suicida".</p> <p>Son pacientes procedentes de los servicios de urgencias que tienen este centro como referente para la atención psiquiátrica.</p>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	BBDD de atención especializada (CSMA o CCEE hospital)
<b>Estándar orientativo</b>	70 %
<b>Comentarios</b>	<p>Nota del equipo redactor:</p> <p>a) El estándar se sitúa en el 70 %, ya que se tiene en cuenta que un cierto número de pacientes no acuden a la visita programada.</p>

	<p>b) Este indicador aplica a cualquiera de las 3 patologías, pero debe cuantificarse por separado para cada una de ellas. Los datos agregados dificultarían la interpretación de los resultados.</p> <p>c) En este indicador no se ha incorporado la codificación CIE-10 para intento de suicidio, ya que no hay un código específico para esta situación.</p>
<p><b>Bibliografía</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. Guías de Práctica Clínica en el SNS.</li> <li>2. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica y Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental. Madrid: FEPSM. 2020.</li> <li>3. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental – SESPA-. Protocolo de detección y manejo de caso en persona con riesgo de suicidio. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2018.</li> <li>4. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida. Generalidad Valenciana. 2016-2020</li> <li>5. Programa de Prevención del Suicidio. SERMAS. Comunidad de Madrid. 2010-14 Internacional (posicionamiento de European Psychiatric Association y del European College of Neuropsychopharmacology):</li> <li>6. Charlier P, Malaurie J, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Dagenais-Everell C, Herve C. The EPA guidance on suicide treatment and prevention needs to be adjusted to fight the epidemics of suicide at the North Pole area and other autochthonous communities. Eur Psychiatry. 2017;41:129-131. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.11.007.</li> <li>7. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.</li> <li>8. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Winkler P, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Rancāns E, Hadlaczky G, Van Audenhove C, Hermesh H, Sisask M, Peschayan AM, Kapusta N, Adomaitiene V, Steibliene V, Kosiewska I, Rozanov V, Courtet P, Zohar J; European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. Eur Neuropsychopharmacol. 2017;27(4):418-421. doi: 10.1016/j.euroneuro.2017.01.012</li> </ol>

<b>Nombre del Indicador 13</b>	<b>Seguimiento precoz tras el primer episodio de esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB)</b>
<b>Justificación</b>	<p>La relevancia de la ESQ y el TB como importante problema de salud pública, debido a su grave impacto en el desarrollo psicológico y social tanto de las personas afectadas como de su entorno familiar y social, subrayan la importancia de mejorar la intervención temprana en los pacientes con un primer episodio de psicosis o trastorno bipolar.</p> <p>Es fundamental desarrollar estrategias terapéuticas que impulsen una reducción del tiempo que transcurre entre el primer episodio y el establecimiento de primer contacto terapéutico con los servicios de tratamiento comunitario con el objetivo de mejorar el pronóstico, reducir el deterioro funcional y cognitivo y favorecer una rápida recuperación, un mejor desarrollo psicológico y social y una menor interrupción de los estudios y/o de la vida laboral de los pacientes</p> <p>La derivación temprana después de la hospitalización tras un primer episodio de ESQ o TB permitirá apoyar la adherencia al tratamiento, conseguir la recuperación funcional y la inserción y tratar precozmente problemas asociados.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	Opinión de los expertos
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico nuevo de ESQ o TB con indicación de visita preferente, visitados en un periodo } \leq \text{ a 15 días}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico nuevo de ESQ. o TB con indicación de visita preferente}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnóstico nuevo: paciente que es diagnosticado de ESQ o TB por primera vez.</li> <li>▪ Periodo ≤ a 15 días: días transcurridos desde la fecha del alta hospitalaria que consta en el informe de derivación y la fecha de realización de la visita en atención especializada (CSMA o CCEE hospitalaria).</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico nuevos de ESQ y TB.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para diagnóstico de ESQ: F20</li> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para diagnóstico de TB: F31 (incluye tipo I y tipo II)</li> </ul>
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (CSMA o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso



<b>Fuentes de datos</b>	Atención especializada (fecha que consta en el informe de derivación hospitalaria y agendas de programación de visita para la fecha de realización de la visita)
<b>Estándar orientativo</b>	80 %
<b>Bibliografía</b>	No disponible. Pero las derivaciones que se incluyen en la categoría de "preferentes" deben hacerse con el límite de 15 días habitualmente.

<b>Nombre del indicador 14</b>	<b>Sujeción en pacientes con depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) o trastorno bipolar (TB)</b>
<b>Justificación</b>	Se ha estimado que el 25 % de los pacientes con ESQ y el 15 % de los pacientes con TB experimentan un episodio de agitación al año. Asimismo, la prevalencia de la sujeción es de entre el 8 % y el 24 % en pacientes atendidos en servicios de Urgencia y cerca del 22 % en pacientes atendidos en servicios de Psiquiatría. La sujeción supone, además, un potencial impacto sobre la salud mental y el rechazo por parte de usuarios y familiares a estas medidas que pueden generar trauma/retraumatización, angustia, temor y sensación de sentirse ignorado o de ser tratado en condiciones deshumanizantes.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>D</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes dados de alta, con 1 o más episodios de sujeción durante su ingreso en el servicio de psiquiatría}}{\text{Nº de pacientes dados de alta del servicio de psiquiatría}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sujeción: inmovilización mecánica de todo o parte del cuerpo, para restringir el movimiento del paciente ya sea por agitación o riesgo grave de auto o heteroagresividad cuando han fallado las medidas alternativas. Se incluyen todos los casos, independientemente de la duración</li> <li>▪ Episodio: cada una de las veces que se produce una sujeción (en el mismo paciente y en pacientes distintos)</li> </ul>
<b>Población</b>	<p>Todos los ingresos en el servicio de psiquiatría durante el periodo evaluado.</p> <p>Criterio de exclusión: Sujeciones realizadas en urgencias.</p> <p><b>Código CIE-10</b> para DM: F32</p> <p><b>Código CIE-10</b> para ESQ: F20</p> <p><b>Código CIE-10</b> para TB: F31 (incluye tipo I y tipo II)</p>
<b>Dispositivo</b>	Unidad de agudos (hospitalización)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	BBDD del hospital (cuadro de mandos)
<b>Estándar orientativo</b>	Inferior al 5 %

<p><b>Comentarios</b></p>	<p>Nota del equipo redactor:</p> <p>a) para la cuantificación de este indicador es imprescindible la codificación sistemática de la sujeción como procedimiento en las altas hospitalarias. Si la codificación es inconstante o variable se generan resultados sesgados que confunden la interpretación de los mismos.</p> <p>b) Si los episodios de sujeción no se codifican, la medición del indicador no puede ser de generación automática y tendrá que hacerse por revisión de una muestra aleatoria de historias clínicas.</p> <p>c) Si un paciente tiene más de 1 ingreso durante el periodo de estudio se evaluará solo el último ingreso.</p>
<p><b>Bibliografía</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akther SF, Molyneaux E, Stuart R, Johnson S, Simpson A, Oram S. Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. <i>BJPsych Open</i>. 2019 Apr 24;5(3):e37. doi: 10.1192/bjo.2019.19. PMID: 31530313; PMCID: PMC6520528.</li> <li>2. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. <i>Int J Ment Health Nurs</i>. 2018 Jun;27(3):1162-1176. doi: 10.1111/inm.12432. Epub 2018 Jan 19. PMID: 29352514.</li> <li>3. Friedman C, Crabb C. Restraint, Restrictive Intervention, and Seclusion of People With Intellectual and Developmental Disabilities. <i>Intellect Dev Disabil</i>. 2018 Jun;56(3):171-187. doi: 10.1352/1934-9556-56.3.171. PMID: 29782229.</li> <li>4. Garrido Viñado E, Lizano-Díez I, Roset Arissó PN, Villagrán Moreno JM, Murde Viu B. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. <i>Psiquiatr Biol</i>. 2015;22:12-6.</li> <li>5. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. <i>World J Biol Psychiatry</i>. 2016;17(2):86-128.</li> <li>6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. <i>Foro de Salud Mental</i>, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.</li> <li>7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012/1.</li> <li>8. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. <i>Ene</i>. 2014;8 [versión online]. Disponible en: doi: 10.4321/S1988-348X2014000100007.</li> </ol>

<b>Nombre del indicador 15</b>	<b>Pacientes con depresión mayor (DM) o esquizofrenia (ESQ) con más de 3 fármacos prescritos</b>
<b>Justificación</b>	Los adultos ≥ 65 años tienen más enfermedades crónicas y cambios metabólicos debidos al envejecimiento que explican parte de la alta tasa de medicación prescrita. La polifarmacia a estas edades se asocia con aumento de los costes de atención médica, mayor número de eventos adversos, interacciones farmacológicas perjudiciales, mayores ingresos hospitalarios, deterioro cognitivo y más caídas [Maher et al., 2014, Oscanoa et al, 2017]. En los mayores de 70 años, que toman más de 3 fármacos aumentan las probabilidades de reacciones adversas a los medicamentos en comparación con los pacientes que tomaban tres o menos (Laroche et al., 2007). Las prescripciones inapropiadas de psicofármacos en pacientes mayores son frecuentes en nuestro medio (Leal et al, 2017) y su disminución podría disminuir los eventos adversos relacionados, la utilización de la atención médica y los costes asociados.
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>D</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de DM y ESQ y más de 3 psicofármacos prescritos}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de DM y ESQ}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	
<b>Población</b>	Todos los pacientes con diagnóstico de DM y ESQ, durante el periodo evaluado. <b>Código CIE-10</b> para DM: F32 <b>Código CIE-10</b> para ESQ: F20
<b>Dispositivo</b>	Atención ambulatoria (Adultos, Infantojuvenil o CCEE hospitalaria)
<b>Tipo</b>	Proceso
<b>Fuentes de datos</b>	Farmacia: receta de crónicos
<b>Estándar orientativo</b>	Inferior al 30 % en adultos Inferior al 50 % en infantojuvenil

<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. <i>Expert Opin Drug Saf.</i> 2014;13(1):57–65. doi: 10.1517/14740338.2013.827660.</li> <li>2. Oscanoa TJ, Lizaraso F, Carvajal A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly. A meta-analysis. <i>Eur J Clin Pharmacol.</i> 2017;73(6):759–770. doi: 10.1007/s00228-017-2225-3.</li> <li>3. Laroche ML, Charnes JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? <i>Br J Clin Pharmacol.</i> 2007;63(2):177–186. doi: 10.1111/j.1365-2125.2006.02831.x.</li> <li>4. I. Leal, P. Ordás, R. Vicente, C. Avila. Polypharmacy among elderly populations, <i>European Psychiatry</i>, Volume 41, Supplement, 2017, Page S315, ISSN 0924-9338 <a href="https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.226">https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.226</a>.</li> <li>5. Polypharmacy with antidepressants in children and adolescents. Covadonga M Díaz-Caneja, Ana Espliego, Mara Parellada, Celso Arango, Carmen Moreno. <i>Int J Neuropsychopharmacol.</i> 2014 Jul;17(7):1063-82</li> </ol>
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Nombre del indicador 16</b>	<b>Reingresos hospitalarios a 30 días en depresión mayor (DM), esquizofrenia (ESQ) y trastorno bipolar (TB)</b>
<b>Justificación</b>	<p>Las tasas de reingresos no planificados (en los 30 días siguientes al alta) en pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y bipolar se recogían en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Sanitario Nacional de 2009-2013 como indicadores de calidad.</p> <p>Se considera reingreso el que ocasiona una misma persona de manera no programada en un periodo de tiempo inferior a 30 días tras su alta y por la misma causa.</p> <p>El tratamiento en Hospital de Día tras ingreso en la Unidad de Agudos disminuye la duración de la estancia y el número de reingresos en pacientes con trastorno mental grave.</p>
<b>Fuerza recomendación</b>	<b>B</b>
<b>Fórmula</b>	$\frac{\text{Nº de pacientes dados de alta en el servicio de psiquiatría con diagnóstico de DM-ESQ-TB que tienen un reingreso no programado en un periodo inferior a 30 días desde el alta}}{\text{Nº de pacientes dados de alta en el servicio de psiquiatría con diagnóstico de DM-ESQ-TB}} \times 100$
<b>Explicación de términos</b>	30 días: intervalo entre la fecha de alta del servicio de psiquiatría y el siguiente ingreso en psiquiatría por el mismo diagnóstico
<b>Población</b>	<p>Todos los pacientes dados de alta del servicio de psiquiatría durante el periodo evaluado con diagnóstico de alta DM-ESQ-TB</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para DM: F32</li> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para ESQ: F20</li> <li>▪ <b>Código CIE-10</b> para TB: F31 (incluye tipo I y tipo II)</li> </ul>
<b>Dispositivo</b>	Unidad de agudos (hospitalización)
<b>Tipo</b>	Resultado
<b>Fuentes de datos</b>	CMBD hospitalario.
<b>Estándar orientativo</b>	7 % (Datos CMBD 2013 = 10,03 % para enfermedades y trastornos mentales)

<b>Comentarios</b>	Nota del equipo redactor: el resultado de este indicador se puede relacionar con la adecuación del alta hospitalaria y con la adecuación de la red de asistencia comunitaria.
<b>Bibliografía</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomsenson B. Randomised controlled trial of day patient versus inpatient psychiatric treatment. <i>BMJ</i>. 1990; 300:1033-7.</li> <li>2. Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. Cost effectiveness of day and in-patient psychiatric treatment. <i>BMJ</i>. 1997; 314:1381-5.</li> <li>3. Dick P, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. Day and full-time psychiatric treatment: a controlled comparison. <i>Br J Psychiatry</i>. 1985; 147:246-9.</li> <li>4. Glick ID, Fleming L, DeChillo N, et al. A controlled study of transitional day care for non-chronically ill patients. <i>Am J Psychiatry</i>. 1986; 143:1551-6.</li> <li>5. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH/AEN Núm. 2012/1.</li> <li>6. Linn MW, Caffey EM, Klett C, J, Hogarty GE, Lamb HR. Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. <i>Arch Gen Psychiatry</i>. 1979; 36:1055-66.</li> <li>7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.</li> <li>8. Sledge WH, Tebes J, Wolff N, Helminiak TW. Day hospital/crisis respite care versus in patient care, Part 2: Service utilization and costs. <i>Am J Psychiatry</i>. 1996; 153:1074-83.</li> </ol>

© Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

C/ Arturo Soria, nº 311, 1º B

28033 Madrid (España)

[fepsm@fepsm.org](mailto:fepsm@fepsm.org)

[www.fepsm.org](http://www.fepsm.org)

ISBN: 978-84-09-33071-3

Madrid, 2021

Con la colaboración de:



Instituto Universitario Avedis Donabedian

Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Fundación Avedis Donabedian

Provença, 293, pral. 08037 Barcelona

Tel. 932 076 608

[www.fadq.org](http://www.fadq.org)

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito de la SEP-SEPB-FEPSM.