Hospitalización a Domicilio (HAD)
Tres años de experiencia

Ana Mª González Fresnedo, Magdalena Bellsolà González, Pilar Samos Sáez, Miguel Ángel Jerónimo García, Sergio Piñar Rodríguez

Servicio de Hospitalización Domiciliaria, Psiquiatría. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental

INTRODUCCIÓN

Los equipos de Hospitalización a Domicilio (HAD) han tratado de demostrar su utilidad para reducir el número de ingresos en unidades de hospitalización convencional (Jacobs et al, 2011;.. Guo et al, 2002). Existe una buena evidencia de su eficacia en los EE.UU, Australia y Reino Unido donde forman una parte importante de la estructura asistencial. En España, sin embargo, este tipo de dispositivos está prácticamente sin desarrollar.

En marzo de 2014 se inaugura el primer Programa de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental (HAD) en la provincia de Barcelona. La población diana del dispositivo fueron aquellos pacientes que requerían ingreso hospitalario en Unidad de Agudos, pero que, dada su colaboración, el soporte familiar y la ausencia de riesgo auto y/o heterolítico, se pudieron atender en el domicilio. El equipo inicial, formado por dos enfermeras de Salud Mental y dos médicos psiquiatras, contaba con una amplia experiencia en la atención domiciliaria del paciente mental, ya que desde el año 2003 atendían en sus domicilios a los pacientes TMS desvinculados de la red de Salud Mental (Programa EMSE).

OBJETIVOS

- Describir el programa de HAD del Parc de Salut Mar de Barcelona (funcionamiento, objetivos y criterios de inclusión/exclusión).
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes atendidos durante los tres años de funcionamiento de la unidad de HAD.

METODOLOGÍA

Los pacientes son derivados a HAD desde las unidades de hospitalización de agudos, del servicio de urgencias psiquiátricas del Hospital del Mar y desde los CSMA de referencia. Tras recibir la solicitud, miembros del equipo de HAD realizan la valoración de ingreso en el programa según criterios de inclusión/exclusión.

Todos los pacientes que cumplen los criterios de ingreso (N=174) y un referente de la familia firman los consentimientos informados. Se recogen variables sociodemográficas y clínicas, así como las siguientes escalas: Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (GEP), Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) y la escala de Impresión Clínica Global (ICG).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

C. Inclusión	C. Exclusión
• Paciente TMS descompensado	• Alteraciones conductuales graves
• Pertenecer a la área de influencia del Hospital del Mar	• Ausencia de soporte familiar
• Disponer de familia o cuidador principal	• Riesgo de suicidio
• Colaborar en la toma de tratamiento	• Menores de 16 años
• Ingreso voluntario en HAD	• Diagnóstico de Deterioro Cognitivo
	• Comorbilidad orgánica múltiple o descompensada que requiera control hospitalario

DESARROLLO Y RESULTADOS

Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables cuantitativas (N=174)

	Media	SD
Edad	44,37	16,2
Días hasta primer domicilio	2,05	4,8
Días de ingreso	23,5	18,3
Número de visites	7,23	4,6
GEP Total	10,67	4,3
WHO/DAS	10,17	4,4
ICG inicial	4,73	0,98
ICG final	2,31	1,54
EEAG inicial	43,96	14,4
EEAG final	59,44	18,8

GEP (Escala Gravedad Enfermedad Psiquiátrica, WHO/DAS (Escala de Discapacidad de la OMS), ICG (Escala de Impresión Clínica Global, EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global)

Gráfico 1. Diagnósticos

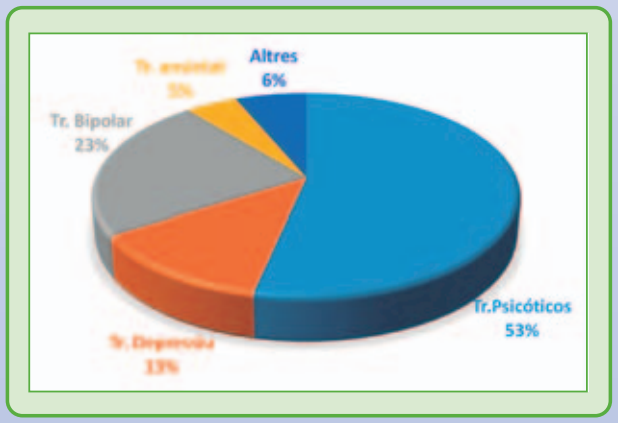

Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables categóricas (N=174)

	N	%
Sexo (varón)	88	50,6
Vinculación previa		
Vinculado Si	92	52,9
Vinculado No	82	47,1
Quien deriva el caso		
Servicios Sociales	1	0,6
Urgencias Psiquiatría	48	27,8
Unidad de Crisis	14	8,1
Agudos H Mar	78	45,3
Otros	33	18,2
Tóxicos		
No	83	48
Si	91	52
Convivencia		
Solo	18	10,3
Acompañado	156	89,7
Red Social		
Nula	19	10,9
Escasa	91	52,3
Normalizada	64	36,8
Situación laboral		
No trabaja	44	25,3
Estudiante	8	4,6
Activo	18	10,3
Baja	36	20,7
Paro	8	4,6
Jubilado	20	11,5
Incapacitado/Pensionista	40	22,9
Motivo de consulta		
Agresividad	5	2,9
Clínica psicótica	92	52,9
Depresión	47	27
Euforia	22	12,6
Otros	8	4,6
Derivación al alta		
CSMA	112	64,4
Ingreso	32	18,4
Unidad de Crisis	4	2,3
EMSE	7	4
Otros	19	10,9

CONCLUSIONES

Existe un perfil de paciente que puede beneficiarse del ingreso domiciliario, evitando así la estancia en una unidad hospitalaria cerrada. La mayor parte de los pacientes atendidos estaban afectos de tr. Psicótico o tr. Afectivo. La colaboración del propio paciente y de la familia han sido imprescindibles para la buena evolución. Casi un 20% de los pacientes acaba ingresando en la unidad de agudos, en la mayor parte de los casos por ideación autolítica, aunque el ingreso se produce en su mayoría de manera voluntaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. Br J Psychiatry. 2011 Jul;199(1):71-6.
2. Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, et al: Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. Psychiatric services (Washington, D.C.) 52:223-228, 2001.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addicions

Parc de Salut MAR Barcelona