

Factores predictores de ingreso no voluntario desde una unidad de intervención en domicilio

David Córcoles^{1,2}, Victor Chavarría⁴, Angeles Malagón^{1,3}, Jordi León^{1,3}, Agnes Sabaté¹, Luis Gonzalez¹, Maite Nascimento¹, Leila Alba⁵, Ezequiel Pérez¹, Antoni Bulbena^{1,3}, Victor Pérez^{1,2}, Luis M. Martín^{1,3}

¹Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona.

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España.

³Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallés, Barcelona, España.

⁴Parc Sanitari San Joan de Déu, Barcelona, Spain.

⁵Unidad de hospitalización domiciliaria de CASM Benito Menni, Germanes Hospitalaries, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Introducción y objetivos

Los programas de atención domiciliaria para pacientes afectos de trastorno mental se inician aproximadamente en los años 70. La eficacia de éstas unidades ha sido controvertida pero en los últimos años han aparecido diversos estudios que apoyan la utilidad de éstos dispositivos como herramienta para disminuir el número de internamientos no voluntarios (1,2). En el año 2003 en Barcelona se crea un dispositivo de atención a domicilio para pacientes con trastorno mental grave descompensados y que se han desvinculado, con el objetivo de revincularlos a la red de salud mental, evitando el internamiento no voluntario si es posible. El **objetivo** es describir qué factores de riesgo determinan la necesidad de ingreso no voluntario en pacientes atendidos desde una unidad de atención en domicilio.

Material y métodos

Se han registrado todos los pacientes que han podido ser visitados desde el 01 de Enero de 2007 hasta el 31 de Diciembre de 2018. Se han recogido variables clínicas y sociodemográficas entre las que se incluyen la edad, el género, el nivel de escolarización, la situación de vivienda, la actividad laboral, los antecedentes psiquiátricos personales y el consumo de tóxicos. Todos los casos recibieron un diagnóstico según criterios DSM-IV-TR. Se ha medido la severidad de los síntomas mediante diversas escalas: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHO/DAS), Escala de Impresión Clínica global (ICG) y la Escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica (GEP).

Se ha realizado inicialmente un análisis bivariado comparando el grupo de pacientes que requirieron ingreso en unidad de agudos con aquellos que no requirieron ingreso en agudos, mediante Chi-cuadrado para las variables cualitativas y T de Student para las variables cuantitativas.

Posteriormente se ha realizado una regresión logística incluyendo en el modelo inicial todas las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado y aquellas que en la bibliografía resultaron importantes.

Resultados

La muestra final fue de 2193 pacientes, 1188 varones (54,2%) y 1005 mujeres (45,8%). La edad media fue de 48,52 años (DE: 19,31). La puntuación media de la EEAG fue de 42,85 (DE: 16,56), la de la ICG de 4,48 (DE: 1,24) y de la GEP de 13,32 (DE: 5,03).

Tabla 1. Características de la muestra en función de si se requiere ingreso o no.

	No ingreso (n=1537)	Ingreso (n=656)	p
Variables sociodemográficas			
Sexo femenino n (%)	704 (45,8)	301 (45,9)	0,972
Estudios			
Primarios	717 (49,8)	259 (43,0)	0,005
Secundarios	724 (50,2)	344 (57,0)	
Situación Laboral (Trabaja)	87 (5,7)	26 (4,0)	0,100
Antecedentes Psiquiátricos Personales	1159 (75,4)	502 (76,5)	0,576
Desvinculado	1257 (81,8)	602 (91,8)	0,000
Primer Episodio	222 (14,4)	97 (14,8)	0,835
Abandono tratamiento	589 (53,8)	407 (84,6)	0,000
Ingresos previos en agudos	606 (39,4)	324 (49,4)	0,000
Consumo de tóxicos	389 (25,2)	156 (23,8)	0,467
Quien nos deriva el caso			
Salud Mental y ABS	1071 (69,7)	387 (59,9)	0,000
Servicios sociales y servicios no médicos	466 (30,3)	269 (41,0)	
Diagnóstico			
Tr. Cognitivo	140 (9,1)	19 (2,9)	0,000
Tóxicos	89 (5,8)	9 (1,4)	
Tr.Psicóticos	502 (32,7)	526 (80,2)	
Tr. Depresivo	103 (6,7)	30 (4,6)	
Tr. Bipolar	124 (8,1)	35 (5,3)	
Tr. Ansiedad	119 (7,7)	12 (1,8)	
Tr. Personalidad	187 (12,2)	2 (0,3)	
Otros	273 (17,8)	23 (3,5)	
Edad	49,2 (19,8)	46,9 (18,0)	0,010
EEAG	47,9 (16,)	31,0 (10,9)	0,000
GEP	11,9 (4,6)	16,6 (4,5)	0,000
ICG	4,1 (1,2)	5,4 (0,8)	0,000
WHODAS	11,4 (4,5)	13,7 (4,0)	0,000

EEAG (Escala de Evaluación de actividad global), GEP (Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica), ICG (Impresión Clínica Global), WHODAS (World Heald Organisation Disability Assessment Schedule)

Figura 1. Necesidad de ingreso en función del diagnóstico

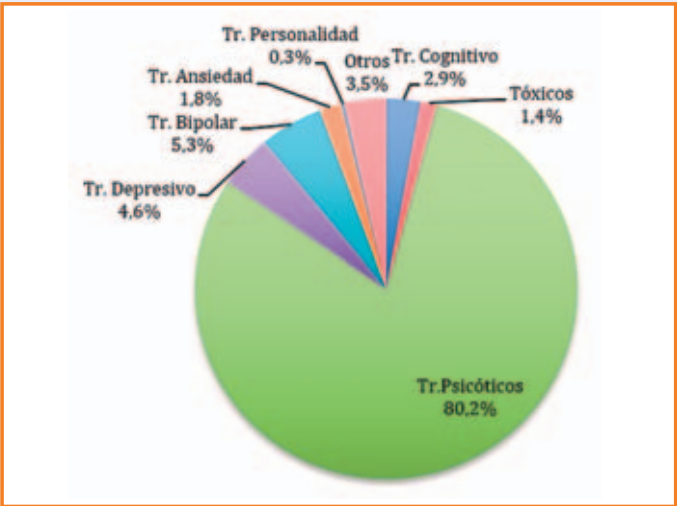


Tabla 2. Factores predictores de ingreso no voluntario mediante regresión logística (N=1985)

Variables en la ecuación	B	OR	I.C. 95% para OR Inferior	Superior	Sig.
Desvinculado	0,534	1,71	1,13	2,57	0,011
Derivan servicios No Médicos	-0,375	0,69	0,52	0,91	0,008
Diagnostico					0,000
Tr. Cognitivo	-0,287	0,75	0,36	1,58	0,448
Tóxicos	-0,124	0,88	0,35	2,23	0,793
Tr. Psicóticos	1,620	5,05	2,94	8,70	0,000
Tr. Depresivo	0,868	2,38	1,13	5,04	0,023
Tr. Bipolar	1,000	2,72	1,35	5,49	0,005
Tr. Ansiedad	-0,198	0,82	0,36	1,89	0,642
Tr. Personalidad	-1,609	0,20	0,04	0,92	0,039
GEP	0,132	1,14	1,10	1,18	0,000
WHO/DAS	-0,053	0,95	0,91	0,99	0,007
EEAG	-0,050	0,95	0,94	0,96	0,000
ICG	0,759	2,14	1,77	2,58	0,000

Poder predictivo del modelo estadísticamente significativo (X²=1015,42, p<0,001)

Bondad de Ajuste de Hosmer and Lemeshow: X²=2,865, p=0,943

Área debajo de la curva ROC= 0.900 (p<0.001, 95% CI 0.886–0,914).

Conclusiones

Los factores de riesgo para que un paciente requiera de un ingreso no voluntario desde una unidad de intervención en domicilio están relacionados sobre todo con la gravedad de la enfermedad, la severidad de los síntomas y la autonomía del individuo. La mayoría de factores sociodemográficos y de los antecedentes previos no son predictores de ingreso salvo la desvinculación de la red asistencial. Aquellos individuos diagnosticados de Tr. Psicótico son lo que más riesgo tienen de necesitar un ingreso.

Bibliografía

- Córcoles D, Malagón Á, Martín LM, Bulbena A, Pérez V. Home treatment in preventing hospital admission for moderate and severe mentally ill people. Psychiatry Res. 2015 Dec 15;230(2):709-11.
- Murphy SM(1), Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Dec 3;(12):CD001087.