



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

HOSPITALIZACIÓN PARCIAL VINCULADA A LA UNIDAD DE AGUDOS

Eduardo Serrano, Bernardo Sánchez, Mónica Godrid,
María Dolores Picouto, Sergio Herrera y Luis Sanz

Psicopatol. salud ment. 2011, M3, 73-76

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA
www.fundacioorienta.com/revista.html

Hospitalización parcial vinculada a la unidad de agudos

EDUARDO SERRANO^{A1}, BERNARDO SÁNCHEZ^{B1}, MÓNICA GODRID^{B1},
MARÍA DOLORES PICOUTO^{B1}, SERGIO HERRERA^{B1} Y LUIS SAN^{B1,2}

La hospitalización parcial (HP) se introduce tras la segunda guerra mundial (1945) en paralelo al movimiento de desinstitucionalización con el cierre de manicomios, la aparición de las comunidades terapéuticas como alternativa a éstos y las psicoterapias de grupo (Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico, 2008). La Asociación Americana de Hospitalización Parcial (Casarino, Wilner and Maxey, 1982) define este dispositivo como un programa de tratamiento ambulatorio, activo y limitado en el tiempo, que ofrece servicios clínicos estructurados, coordinados e intensivos dentro de un ambiente terapéutico estable. Posteriormente, la AAHP crea un grupo de trabajo específico para población infanto-juvenil donde se establecen los estándares que definen los programas de hospitalización parcial para niños y adolescentes (Block et al., 1991).

La HP tiene como objetivo la atención clínica del paciente, la atención a las circunstancias familiares y sociales (que modulan el curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico) y la atención a las consecuencias sociales de la enfermedad. Otros objetivos de la HP son la disminución del número de ingresos en hospitalización total, reducir las estancias, disminuir la frecuentación a urgencias, descargar y complementar el tratamiento ambulatorio en consultas externas y rentabilizar recursos con la aplicación de

técnicas grupales (Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico, Ministerio de Sanidad, 2008).

La hospitalización parcial en niños y adolescentes está indicada en los trastornos psicóticos, afectivos, de ansiedad grave, de la conducta alimentaria y del comportamiento perturbador. También está indicado para realizar el diagnóstico diferencial en aquellos casos que requieren de una observación directa del paciente. A continuación presentaremos el modelo de hospitalización parcial de nuestro Servicio Psiquiatría y Psicología, que se caracteriza por una estrecha vinculación con la unidad de agudos de un hospital general pediátrico. Consta de un programa de Hospitalización parcial de crisis y un programa de Trastornos de la conducta alimentaria (HP-TCA).

Hospitalización parcial de crisis

La hospitalización parcial de crisis (HP-C) es un recurso ambulatorio de contención destinado a completar la atención desde el servicio de urgencias y la unidad de hospitalización total, y supone cualitativamente un grado superior en la intensidad del abordaje de las situaciones clínicas de alta demanda de intervención. Se trata de un espacio privilegiado de diagnóstico diferencial precoz y desarrollo de la conexión con la atención comunitaria.

*A. Psicólogo. B. Psiquiatra. 1. Servicio de Psiquiatría y Psicología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. 2. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
Correspondencia: eserrano@hsjdbcn.org*

Hospitalización parcial vinculada a la unidad de agudos

La HPC se caracteriza por la agilidad en la respuesta de la situación clínica del paciente, la intensidad del tratamiento, la capacidad de adaptación a la demanda específica, el tiempo de intervención limitado, la capacidad de contención basada en la continuidad estructural con la hospitalización total y el servicio de urgencias.

Los objetivos de la HPC son intensificar la atención diagnóstica y terapéutica al paciente y su familia, reducir la necesidad de hospitalización total, monitorizar y dar apoyo a los pacientes en lista de espera de hospitalización total, vincular a los pacientes y sus familias a los servicios de salud mental comunitarios y favorecer la conciencia de trastorno y la aceptación del tratamiento. La estancia media en HPC es de 10-20 días laborables.

Viñeta clínica 1. La HPC evita el ingreso en la Unidad de Subagudos

Mario es un varón de 12 años que ingresa en HPC desde la unidad de hospitalización total por sintomatología psicótica positiva de difícil control y alteraciones conductuales.

Acude desde los 5 años a los servicios de salud mental de zona por hiperactividad, conductas oposicionistas, dificultades de aprendizaje y en las relaciones sociales, siendo diagnosticado de trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Durante el ingreso en la unidad de hospitalización total se ensaya tratamiento con Risperidona y Aripiprazol a dosis adecuadas, siendo ambos poco eficaces y mal tolerados. En el momento del ingreso en HPC recibía tratamiento con Lorazepam 2.5 mg/d y Clozapina 100 mg/d desde hacía una semana habiéndose objetivado una leve mejoría en la clínica psicótica.

Tras plantearse la necesidad de ingreso en Unidad de subagudos por la persistencia de ideación delirante paranoide acompañada de pseudoalucinaciones auditivas, autorreferencialidad, soliloquios, insomnio y desorganización conductual, finalmente se decide ingreso en HPC. La valoración del *Children-Global Assessment Scale* (CGAS) es de 30. En HPC se aumenta progresivamente el tratamiento con Clozapina hasta 350 mg/d al tiempo que se retira el Lorazepam. Progresivamente remite la sintomatología psicótica positiva, persistiendo no obstante, la conducta sexual desorganizada, conductas heteroagresivas y comportamientos oposicionistas-

desafiantes. Con el objetivo de mitigar estas alteraciones se realiza un plan de terapia conductual con los padres y el paciente con buena respuesta.

La mejoría de la clínica psicótica y conductual permite coordinar con el colegio y el equipo psicopedagógico la reincorporación progresiva a la escuela (con el diseño de una adaptación curricular individual). Ésta se realiza sin incidentes y con buena integración con sus pares. Se trabaja conjuntamente con trabajo social la dinámica y la repercusión familiar del diagnóstico y el pronóstico. Se procede al alta con diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, C-GAS de 70 y seguimiento ambulatorio en la Unidad de Psicosis de nuestro servicio.

Viñeta 2. HPC evita ingreso en la Unidad de Agudos

Sergio es un niño de 8 años que es derivado desde urgencias para valoración diagnóstica por alteraciones sensorio-perceptivas auditivas. En las últimas dos semanas y en tres ocasiones ha comentado a su madre haber oído el ruido de “un pavo” y “murmullos de gente que no entiende” que no le provocan repercusión afectiva ni conductual. No obstante, su pediatra y sus padres se han alarmado puesto que cuenta con antecedentes familiares de esquizofrenia.

No presenta antecedentes personales psiquiátricos salvo conducta desafiante con su madre, por la que consultaron puntualmente con un psicólogo privado un año atrás.

Es el mayor de tres hermanos. Viven con sus padres, que han iniciado un proceso de separación que aún no han explicado a los hijos y que se enfrentan a una situación económica precaria. Realiza tercero de primaria sin dificultades académicas ni en la relación con sus pares y profesores.

En la valoración de ingreso de HPC la familia explica que en los últimos dos meses también ha presentado múltiples quejas somáticas, le han notado más cansado, menos motivado para realizar actividades habituales y lúdicas y se ha producido un claro empeoramiento conductual en el domicilio, mostrándose especialmente retador con su madre. Esta situación parece coincidir temporalmente con un cambio laboral de la madre que ha reducido el tiempo que pasa con los niños. En la exploración psicopatológica destaca el aspecto ligeramente descuidado y una leve disminución psicomotricidad, impresionando de hipotimia leve.

Desde la HPC se hace una coordinación con la escuela y que en los últimos 2 meses han observado una tendencia al aislamiento, dificultades de atención y una disminución del rendimiento académico. Además, con frecuencia llega tarde, con aspecto desaliñado y somnoliento. Esto coincide con lo observado en la HPC y en sucesivas entrevistas se pone de manifiesto la fragilidad del núcleo familiar primario que presenta destacadas carencias.

El trabajador social de la HPC interviene con el objetivo de valorar la dinámica familiar. Se obtiene una excelente colaboración de la familia que logra satisfactoriamente imponer rutinas básicas de sueño, alimentación e higiene, así como normas de conducta y disciplina. En las 4 semanas de duración del ingreso, no vuelve a presentar alteraciones auditivas, su ánimo, nivel de energía, concentración y actividad se normalizan. Las alteraciones de conducta en el domicilio desaparecen y es dado de alta para seguimiento en el CSMIJ de zona con diagnóstico de trastorno adaptativo mixto, sin precisar tratamiento farmacológico. Se realiza también una vinculación con los servicios sociales de zona.

Programa de hospitalización parcial-TCA

El programa del trastorno del comportamiento alimentario (TCA) incluye un protocolo de recuperación ponderal (400g/semana) con un sistema gráfico de peso y manejo de contingencias, que impide la cronificación del paciente dentro de un peso no saludable. El sistema prevé una estancia no superior a 8 semanas en régimen de hospitalización parcial si no se lleva a cabo la recuperación ponderal establecida. Si la recuperación de peso no es la esperada, primero se refuerza la alimentación con un suplemento (batido); si la evolución no mejora, se programa un ingreso en la unidad de hospitalización completa. Toda esta información (peso y contingencias) se le expone de forma gráfica y de forma periódica al paciente. Además del abordaje individual, se realizan grupos específicos para los pacientes con TCA y para sus familias, con módulos psicoeducativos y de intervención.

Equipo clínico

Debido a la complejidad y a la situación crítica de los pacientes tratados, resulta fundamental realizar un abordaje multidisciplinar en todas las fases del ingreso

(evaluación inicial, diseño del programa terapéutico, intervención y evaluación de objetivos alcanzados). Por ello, el equipo consta de distintos profesionales: un coordinador de hospitalización (total y parcial), dos psiquiatras (coordinadoras clínicas de los 2 programas terapéuticos), un psicólogo (responsable clínico del dispositivo), dos enfermeras, un educador social, una docente, una monitora y un trabajador social. Los facultativos tienen dedicación a tiempo parcial en el dispositivo.

Memoria de la actividad

A lo largo de 2009 se realizaron un total de 76 ingresos en hospitalización parcial. El rango de edad fue de 12 a 17 años (edad media de 14,6). El 57% fueron chicas. La estancia media fue de 37 días. Por patología, el 57,3% fueron TCA (cosa que explica el mayor porcentaje femenino en nuestra población), el 13,2% padecían un trastorno psicótico, otro 13,2% tenían trastornos de ansiedad, el 8,8% trastornos de conducta y un 7,3% presentaba trastornos afectivos.

Perspectivas de futuro. ¿Hacia dónde vamos?

El Plan Director de Salud Mental y Adicciones de la Generalitat de Catalunya con el objetivo de homogeneizar los principales aspectos de la asistencia en salud mental ha creado un grupo de trabajo de hospitales de día, en el que nuestro servicio ha participado activamente, y ha elaborado un documento sobre *Indicadores de calidad para hospitales de día de salud mental*.

El documento incluye 33 indicadores de calidad cuya implementación se llevará a cabo durante los próximos tres años. Los indicadores están divididos en cinco dimensiones:

1. Atención al paciente y su familia (que valora aspectos como la accesibilidad, proceso de valoración y alta, plan terapéutico, programas de atención).
2. Aspectos relacionales y éticos de la atención.
3. Coordinación y continuidad de la atención.
4. Gestión de la calidad y aspectos organizativos.
5. Recursos humanos.

En el documento final predominan los indicadores de estructura (elementos necesarios para la atención) y proceso (manera como se desarrolla la atención), con una relativa escasez de indicadores de resultado (consecuencias o impacto de la atención). Esto es un

Hospitalización parcial vinculada a la unidad de agudos

fenómeno habitual cuando comienzan a implantarse indicadores de calidad en un sector; en cuánto se consolidan los indicadores de estructura y proceso, se dan las condiciones para diseñar indicadores de resultado.

Conclusiones

La hospitalización parcial en niños y adolescentes permite la valoración integral del paciente, reduce el riesgo de hospitalización total y facilita la vuelta a la comunidad. La agilidad en el ingreso en hospitalización parcial permite el diagnóstico precoz y tratamiento patología aguda en niños y adolescentes. Los indicadores calidad permitirán evaluar y mejorar los procesos y eficacia de los tratamientos clínicos.

Bibliografía

Ministerio de Sanidad (2008). *Guía de gestión del hospital de día psiquiátrico*, Madrid, Insalud.

CASARINO J P, WILNER M, MAXEY J T (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. *International Journal of Partial Hospitalization*, 1(1), 5-21.

BLOCK B M, ARNEY K, CAMPBELL D J, KISER L J, LEFKOVITZ P M, SPEER S K. (1991). American Association for Partial Hospitalization Child and Adolescent Special Interest Group: standards for child and adolescent partial hospitalization programs. *International Journal of Partial Hospitalization*, 7 (1), 13-21.