

Las urgencias psiquiátricas: oportunidades para la adherencia terapéutica. El programa E.M.S.E Barcelona

Luis Miguel MARTÍN LÓPEZ*; José Manuel ARCEGA FELIPE*, Itziar LEAL LETURIA*;
Jordi COLETAS JUANICO**, Antonio BULBENA VILARRASA*;
Magdalena BELLSOLÀ GONZÀLEZ**; David CÓRCOLES MARTÍNEZ*

RESUMEN

Introducción: se presenta la implantación de un nuevo dispositivo asistencial, el Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado (EMSE). Este es resultado de un programa de soporte y atención a las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias en la ciudad de Barcelona (061). Se describen las características del programa, las fases de desarrollo y se realiza una evaluación. Métodos: se analiza la fase 2, se estudian los pacientes valorados en el domicilio en el periodo del 1 de enero del 2004 al 31 de diciembre de 2004. Las alertas son 196, de las cuales se generan 109 casos que serán tributarios de intervención domiciliaria. Resultados: el 55,5% son trastornos mentales graves desvinculados de la red, y el 22,6% son trastornos mentales vinculados pero que han sido atendidos hace más de cuatro semanas. La historia de trastorno psiquiátrico se caracteriza por tener un tiempo medio sin recibir tratamiento de 40 meses (DS \pm 59,2 meses). El delirio, conductas de aislamiento y la agitación-agresividad son las razones de consulta principales. Los diagnósticos se agrupan en el espectro del trastorno esquizofrénico. Las recomendaciones-disposiciones de la consulta, el 48,4% se resuelven en ingresos involuntarios y el 22,6% finalizan en el Centro de Salud Mental. En la evaluación a los cuatro meses, se obtiene un 80% de vinculación en los casos gestionados por EMSE. Conclusiones: la utilidad del programa se constata al comprobar la adherencia al tratamiento. Además este dispositivo puede ser predictor y observatorio de detección de necesidades.

PALABRAS CLAVES: Unidades de Salud Móviles. Urgencias Psiquiátricas. Cumplimiento terapéutico. Visitas a Domicilio.

* Psiquiatra. IAPS. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

** Enfermero. IAPS. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Correspondencia: Dr. Luis Miguel Martín López. Institut d'Assistència Psiquiàtrica Salut Mental i Toxicomanies, Servei Psiquiatria Hospital del Mar. Paseo Marítim nº 23-25. 08017 Barcelona. Correo electrónico: 94779@imas.imim.es

Recibido: 8-5-2007

Aceptado: 12-11-2007

MULTIDISCIPLINARY TEAM OF SPECIALIZED SUPPORT (EMSE): A MOBILE OUTREACH PROJECT FOR PSYCHIATRIC EMERGENCY HOME VISITS IN THE CITY OF BARCELONA

SUMMARY

Introduction: our group has set up a program for psychiatric emergency home interventions. It is composed of a multidisciplinary mobile outreach team (EMSE) that attends to psychiatric emergencies by means of home visits in the city of Barcelona. This program works like the medical emergency units called for on the local emergency number (061). Objective: to describe the program, the phases of development and a preliminary evaluation. Methods: a descriptive analysis of home interventions from January 2004 to December 2004. During 2004 there were 196 calls, of which 109 required home intervention. Results: 55,5% were severe mental disorders that were not being treated at the time. The most frequent motives for consultation were delusions, behaviour associated with isolation and agitation-aggression. The diagnoses were classified in the spectrum of schizophrenic disorders. The results from intervention indicate that 48,4% are admitted involuntarily and 22,6% are referred to mental health community centres. The evaluation is positive and results in a 80% follow-up and adherence to treatment by patients. Conclusions: This program is proving both satisfactory and necessary. The adherence to treatment reflects the success of the interventions. The program will also be useful in predicting and detecting further needs.

KEY WORDS: Mobile Health Units. Emergency Services, Psychiatric. Patient Compliance. Home Visit

INTRODUCCIÓN

La década de los años 70 se considera un punto de inflexión en la historia reciente de los servicios de urgencias psiquiátricas. En este periodo, se plantea que los servicios hospitalarios y ambulatorios convencionales no responden adecuadamente a las necesidades urgentes de los pacientes con trastornos mentales.¹ Además, la situación de las urgencias psiquiátricas se hace más compleja ya que la incidencia de emergencias es creciente, el número de camas es más reducido² y el tipo de demanda se diversifica (patología dual, «sin techo», intervenciones en estrés agudo traumático).

Por este motivo, se diseñan programas de atención en crisis y unidades móviles que tienen como objetivo principal realizar intervenciones y valoraciones en el propio entorno del paciente. Estos servicios tienen unos 25 años de historia y se desarrollan dentro de los programas asistenciales de los servicios de urgencias hospitalarios y comunitarios.³

En la ciudad de Barcelona se reproducen situaciones similares de tal forma que, como resultado de la denuncia desde la Asociación de Familiares de pacientes con trastorno mental, se promueven acciones con el objetivo de mejorar la atención de las

TABLA 1. FASES DE ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA

Fase	Objetivo	Procedimientos
0	Diseñar las herramientas de trabajo	Describir algoritmo de atención, triage telefónico y circuito de comunicación 061 y EMSE
1	Verificar la adecuación del triage a los criterios consensuados	EMSE realiza seguimiento telefónico de los casos derivados por el 061
2	Vincular a los pacientes a la red sanitaria	Activar completamente el dispositivo pudiendo alertar desde el 061 y desde la red de salud mental

urgencias psiquiátricas, sobre todo en el caso de los pacientes más graves que rechazan atención médica y no acceden a los servicios sanitarios.

El objetivo de este trabajo es presentar la implantación de un dispositivo asistencial, resultado de un programa de soporte y atención a las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias en la ciudad de Barcelona. Se describen las características del programa, las fases de desarrollo y se realiza una evaluación a partir de indicadores clínicos.

Diseño del programa

Se diseña un programa de colaboración entre el Servicio de Atención de Emergencias y Urgencias Extrahospitalarias de Barcelona (061) y el Instituto de Asistencia de Salud Mental y Toxicomanías (IAPS) del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona (Hospital del Mar. IMAS). Como resultado de esta colaboración el IAPS crea el *Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado* (EMSE) constituido por un psiquiatra y un enfermero especializado en Salud Mental. El objetivo de este dispositivo es dar soporte al 061 en tres áreas: formación, coordinación y asistencia.

En cuanto a la asistencia, la población diana son los trastornos mentales graves resistentes a la atención médica, los trastornos en fase de descompensación con riesgo de desvincularse de la red asistencial y los pacientes frequentadores de urgencias. Las fases de activación del programa se implementan de forma escalonada tal y como se muestra en la tabla 1.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este trabajo se analiza la fase 2, se estudian los pacientes valorados en el domicilio en el periodo del 1 de enero del 2004 al 31 de diciembre de 2004. En este periodo se

reciben 196 alertas, de las cuales se generan 109 casos que serán tributarios de intervención domiciliaria.

Se analizan de forma descriptiva:

1. Variables sociodemográficas.
2. Variables clínicas: perfil del alertante y de la consulta, vinculación o no a la red asistencial, años de enfermedad, periodo de no tratamiento, disposición recomendada, estimación diagnóstica DSM IV-TR, la gravedad (Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica, GEP, e Impresión Clínica General, ICG), y la funcionalidad (Escala de Evaluación de la actividad global, EEAG).
3. Se evalúa a los cuatro meses la adherencia al tratamiento: número de pacientes vinculados a recursos de salud mental/número total de casos gestionados.

RESULTADOS

La población diana que requiere intervención domiciliaria es de 109 pacientes, 60 (55 %) son hombres y 49 mujeres (45 %). La edad media es de 43,3 años (DS \pm 15,05 años) con una edad mínima de 17 años y una máxima de 77 años.

La alerta que genera este tipo de intervenciones llega en su mayoría directamente desde la red de Salud Mental, en 46 casos (42,2 %), seguida del 061 con 40 casos derivados (36,5 %), asistencia primaria ocho casos (7,3 %), servicios de urgencia hospitalarios ocho casos (7,4 %), y la asociación de familiares de pacientes con trastorno mental siete pacientes (6,4 %). En general, quien solicita la ayuda en 83 casos es la familia (76,1 %) y no el propio paciente, sólo 12 pacientes (11 %).

Respecto al tipo de vinculación que mantienen los pacientes con la red asistencial: 60 casos (55,5 %) son trastornos mentales graves desvinculados de la red, 24 casos (22,6 %) son trastornos mentales vinculados pero que han sido atendidos hace más de cuatro semanas, 11 casos (10,1 %) son pacientes en tratamiento activo que han sido visitados hace menos de cuatro semanas, 11 de los casos (10,1 %) contactan a través del programa por primera vez con la red y tres casos (2,8 %) están vinculados a la asistencia privada.

Los pacientes tienen una historia de trastorno psiquiátrico de una media de 13 años (DS \pm 12,5 años), y con un tiempo medio sin recibir tratamiento de 40 meses (DS \pm 59,2 meses). La razones de consulta principales por motivos sindrómicos son (tabla 2): delirio en un 33,9 %, conductas de aislamiento 18,3 % y agitación/agresividad en 17,4 %. Los diagnósticos estimativos (tabla 3) se agrupan mayoritariamente en: 51,4% esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (F20; F22-25 y F29, según los códigos de la CIE-10), el 20,2 % en trastornos de personalidad (F21, F60) y el 14,7 % en trastornos afectivos (F30-34; F39).

TABLA 2. MOTIVOS DE CONSULTA

Motivo de consulta	N.º	%
Agitación / Agresividad	19	17,4
Ansiedad	12	11
Delirios /Alucinaciones	37	33,9
Depresión	7	6,4
Comportamiento autolítico	5	4,6
Drogas	1	0,9
Alcoholismo	1	0,9
Conductas de aislamiento	20	18,3
Valoración	4	2,8
Otros	3	2,8
Total	109	100

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEMANDA POR DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico	N.º	%
Transtornos cognoscitivos	2	1,8
Esquizofrenia y otras psicosis	56	51,4
Trastornos del estado de ánimo	16	14,7
Transtornos de ansiedad	3	2,8
Transtornos de personalidad	2	1,8
Transtornos relacionados con sustancias	3	2,8
Otros	5	4,6
Total	109	100

En cuanto a la recomendación-disposición de la consulta, el 48,4% de las intervenciones domiciliarias se resuelven en ingresos involuntarios y el 6,5% en ingresos programados, el 22,6% finalizan en el Centro de Salud Mental, el 9,7% se derivan al Área Básica de Salud, el 3,2% se derivan al hospital de día, y el otro 3,2% a la unidad de crisis.

La gravedad viene definida por la escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (GEP), validada por Bulbena y cols.⁴ Los pacientes tienen una puntuación media de 13,1 (DS \pm 5,3), mínimo de 4 y máxima de 24, lo cual es indicativo de población grave. Esta consideración se confirma con el análisis de los parámetros Impresión Clíni-

ca General y la Escala de Evaluación de Actividad Global. Destacando como estos pacientes se agrupan en puntuaciones de EEAG de 38 y de 5-7 de ICG.

En cuanto a la vinculación de los pacientes a los cuatro meses: 38,7 % están vinculados al CSM, 32,3 % están en tratamiento en recurso comunitario rehabilitador, el 9,7 % se atienden sólo en el Área Básica de Salud, y un 19,6 % están pendientes de resolución completa, estando vinculados a nuestro programa. Así, pues, la razón entre el número de pacientes vinculados a recursos de salud mental y el número total de casos gestionados es de 85/109, esto es, un 80 % de pacientes vinculados.

DISCUSIÓN

El dispositivo asistencial que se presenta forma parte del servicio de psiquiatría de un hospital y da cobertura, además de a su área de influencia, al resto de la ciudad de Barcelona.

Se conocen diversas experiencias de equipos móviles de atención psiquiátrica alrededor del mundo, como por ejemplo en Francia, Bélgica, Suiza,⁵ Estados Unidos,⁶ Australia y Nueva Zelanda.⁷ Tienen características comunes y algunas diferencias, las cuales son debidas a la escuela psiquiátrica, a los recursos humanos, a la disponibilidad, a la población y a las situaciones diana.

Así, los trabajos analizados coinciden en que todos los equipos móviles son el resultado de programas de atención de urgencias, los cuales se caracterizan por realizar intervenciones rápidas, intensivas y con el objetivo principal de estabilización clínica. Estos dispositivos móviles están integrados dentro de servicios hospitalarios pero su intervención se limita al territorio de influencia, con número de población de 100.000,⁸ 230.000⁹ y 350.000 habitantes.⁶ Además la activación se produce por indicación del propio servicio de urgencias de psiquiatría.

En nuestro caso, el EMSE está integrado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital y el área de influencia corresponde a toda la ciudad de Barcelona (1.430.116 de habitantes mayores 18 años). El dispositivo móvil se activa por indicación del sistema de emergencias médicas de la ciudad (061) y por otros recursos de la red de asistencia sanitaria como centros de salud mental comunitarios, centros de asistencia primaria y servicios de urgencias hospitalarias entre otros.

En cuanto a las características de los pacientes atendidos, el tipo de trastorno, está condicionado por el modelo asistencial del servicio de psiquiatría de referencia. Así en hospitales con equipos profesionales de orientación dinámica el tipo de trastorno se corresponde con el espectro neurótico. Un ejemplo se muestra en el estudio de Fournier y Gagnon (1993),⁹ que analiza los pacientes atendidos por un *equipo de crisis*. Los diagnósticos más frecuentes son los de trastornos adaptativos y los de ansiedad y, en menor proporción, los trastornos esquizofrénicos y los delirantes. Por otro lado, los hos-

pitales con equipos basados en la orientación diagnóstica, los diagnósticos se corresponden a trastornos psicóticos, afectivos y trastornos orgánicos.^{7,8}

En nuestro caso las intervenciones se corresponden con el segundo modelo, basado en la orientación diagnóstica. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos esquizofrénicos y los trastornos de personalidad. Además, algunos de éstos, desde un punto de vista dimensional, se podrían considerar trastornos psicóticos. Desde el punto de vista de método de trabajo el dispositivo que se presenta tiene similitudes con el modelo de Bengelsdorf y cols.¹⁰⁻¹² Estos autores describen una unidad asistencial integrada al servicio de urgencias del hospital. Realizan una gestión del caso y utilizan instrumentos para valorar el plan disposicional del paciente con el objetivo de ofrecer vinculación a la red asistencial y si fuera necesario indican el tratamiento involuntario.

En cuanto a los recursos que maneja EMSE y a la gestión de los casos. Este dispositivo cuenta con los recursos propios y los del servicio de emergencias de la ciudad, de tal manera que las intervenciones propias son a indicación del 061, y las emergencias las realiza el propio sistema de urgencias general, el cual recibe formación por los profesionales de este dispositivo (la formación es otro aspecto de este programa de colaboración). En el caso de los trabajos revisados el equipo es activado desde las urgencias del hospital, al revisar los casos atendidos en un día. El número de interven-

TABLA 4. PLANES DISPOSICIONALES Y GESTIONES FINALES

Alertante	Gestión informativa	CSM	ABS	CAS	Ingreso involuntario	Ingreso voluntario	Hospital de día	UC	Pendientes	Total
061	36	33	9	3	5		3	1	4	94
Centro Salud Mental	10	13			22	4	2	1	12	64
S. Urgencias Psiquiatría	2	6			2			2	5	16
Asistencia Primaria	1	4			3		11		1	10
S. Sociales	1			1						2
Judicial					1					1
CAS	1									1
Otros	3				3				2	8
Total	55	56	9	4	36	4	6	4	24	196

UC: unidad de crisis; ABS: área básica de salud; CAS: centro de asistencia social; CSM: centro de salud.

ciones para conseguir la resolución de los casos es similar entre una y cuatro visitas,⁹ una y ocho visitas,¹⁰ y en nuestro medio entre una y cinco visitas. Sin embargo, a los cuatro meses todavía un 20% están por resolver, siguiendo vinculados a nuestro programa. Esta situación está condicionada por las características del trastorno, la presencia de síntomas negativos (conductas de aislamiento social), los años de enfermedad y el periodo de no tratamiento. Son casos en los que algún paciente ha estado más de 10 años sin recibir atención médica.

La mitad de las intervenciones domiciliarias finalizan en ingreso hospitalario y la otra mitad consigue la estabilidad desde el propio entorno del paciente, con la utilización de otros recursos comunitarios. El objetivo de este dispositivo es mejorar la vinculación del paciente y facilitar la adherencia. El indicador de seguimiento, a los cuatro meses, de obtener un 80% de vinculación a la red asistencial comunitaria es satisfactorio, dadas las características del tipo de trastorno tal y como se ha referido anteriormente.

Así, pues, EMSE es un dispositivo de soporte y no es una alternativa a la hospitalización como otros recursos descritos, donde incluso se comparan las tasas de hospitalización.^{7,13}

CONCLUSIONES

Las características clínicas del paciente, años de enfermedad, tiempo sin tratamiento, motivo de consulta, y diagnóstico, junto con los indicadores obtenidos de Gravedad, Impresión Clínica y Funcionamiento General son indicadores de adecuación de la asistencia domiciliaria a los objetivos del programa. La evolución de los pacientes es positiva a pesar de conseguir puntuaciones que son indicadoras de disfunción, sobre todo si se tiene en cuenta que son pacientes con una historia de ausencia de tratamiento muy larga, lo cual los hace refractarios a las diferentes medidas.

Al evaluar las intervenciones realizadas destaca la dificultad en la gestión de los casos en determinadas situaciones como son las conductas de aislamiento y antecedentes de muchos años sin tratamiento. Otros factores que inciden en la complejidad son la comorbilidad médica y la edad avanzada.

Así, pues, es un programa útil que facilita la adherencia gracias a la colaboración de todos los agentes implicados, y además, sirve para predecir y como observatorio en la detección de necesidades y/o de nuevas demandas en la atención de los pacientes con trastornos psiquiátricos.

BIBLIOGRAFIA

1. Mollenhauer MN, Kaminsky MJ. Emergency Services in the Community Psychiatry network. En: William R. Breakey, editor. *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1996.
2. Lamberg L. Psychiatric emergencies call for comprehensive assessment and treatment. *JAMA*. 2002;288(6):686-7.
3. Gillig P, Dumaine M, Hillard J. Whom do mobile crisis service serve?. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):804-5.
4. Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Arch Neurobiol*. 1997;7(supl. 2):69-72
5. De Clerq M, Dubois V. Crisis intervention models in the French-speaking countries. *Crisis*. 2001;22:32-8.
6. Alexander C, Zealberg JJ. Mobile crisis: moving emergency psychiatry out of the hospital setting. *New Dir Ment Health Serv*. 1999;82:93-9.
7. Malcom H, Smout M, Bannister J. A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(4):504-8.
8. Gillig PM. The spectrum of mobile outreach and its role in the emergency service. *New Dir Ment Health Serv*. 1995;67:13-21.
9. Fournier JP, Gagnon F. Un service d'intervention de crise en clinique externe psychiatrique de centre hospitalier général: fonctionnement et clientèle. *Can J Psychiatry*. 1993;38(2):96-100.
10. Bengelsdorf H, Alden DC. A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38:662-5.
11. Bengelsdorf H, Levy LE, Emerson RL, Barile FA. A crisis triage rating scale. Brief dispositional assessment of patients at risk for hospitalization. *J Nerv Ment Dis*. 1984;172(7):424-30.
12. Bengelsdorf H, Church JO, Kaye RA, Orłowski B, Alden DC. The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of service. *J Nerv Ment Dis*. 1993;181:757-62.
13. Guo S, Biegel DE, Johnsen JA, Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatr Serv*. 2001;52(2):223-8.