

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD MÓVIL DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN BARCELONA (EMSE-061) Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado

*Dr. A. Bulbena, Dr. LM Martín, Dr. JM Arcega
Instituto Atención Psiquiátrica, Salud Mental y Toxicomanías (IAPS-IMAS).
Hospital del Mar. Barcelona.
Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.*

SUMMARY

EMSE is a “tool” at the disposal of the health care system whose aim is to become a treatment opportunity to further compliance in the most severe patients and provide family support.

EMSE is not a transfer unit for patients with mental disorders nor does it replace any legal actions.

It is a programme capable of detecting “new situations” as if it were an observatory.

Some of the patients registered with this programme have their own intervention and resolution time sequences. Among them, mention is made of the situation of patients that are “less active” but not less severe or dysfunctional that the system cannot or does not know how to manage.

Finally, it must be noted that the police sometimes must be engaged for greater constraint and to reduce potential situations of violence.

KEY WORDS

Emergency; crisis; community.

RESUMEN

El EMSE es una “herramienta” a disposición de la red asistencial que tiene como objetivo ser una oportunidad de tratamiento, facilitar la adherencia a los pacientes más severos y dar soporte a la familia.

El EMSE no es una unidad de traslado de pacientes con trastornos mentales, ni tampoco sustituye a las acciones judiciales.

Es un programa que puede detectar “nuevas situaciones” a manera de observatorio.

Algunos de los pacientes que entran en este programa tienen su propia secuencia temporal de intervención y de resolución. Entre estos se señala la situación de pacientes “menos activos” pero no menos graves o disfuncionantes que el sistema no sabe o no puede gestionar.

Finalmente aclarar que en ocasiones se requiere la intervención de la policía ya que facilita la contención de situaciones reduciendo potenciales situaciones de violencia.

PALABRAS CLAVE

urgencias móviles; crisis psiquiátricas; intervención comunitaria

INTRODUCCIÓN.

El concepto de urgencia determina por si mismo un modelo de organización asistencial al respecto. De hecho cuando hablamos de urgencias psiquiátricas nos basamos en definiciones y procedimientos de urgencias generales.

Así, la urgencia psiquiátrica se define como aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente (Bulbena y cols. 2006). De tal manera que de forma inmediata a estas demandas se suceden actuaciones basadas en evaluar, manejar y realizar disposiciones lo más rápido posibles (Schneider.1998).

Sin embargo con el paso del tiempo las diferentes alertas en salud mental nos indican que el abordaje de las urgencias psiquiátricas es más complejo que el de las urgencias generales ya que en éstas es la dimensión temporal la que caracteriza las intervenciones por la necesidad tan rápida de atención médica. Es decir, este mimetismo entre urgencia general y urgencia psiquiátrica, sugiere intervención rápida. Pero en salud mental es esencial considerar no sólo la “urgencia de tiempo”, que requiere intervención rápida, sino también la “urgencia de espacio”, que implica intervención en el espacio físico del enfermo. Un ejemplo claro es el paciente que se halla desde hace meses encerrado en su habitación o en su casa sin salir; esto es una “urgencia de espacio”, en la que hay que diseñar eficazmente la intervención, pero más que con la rapidez, hay que contar con las técnicas de penetración en espacios privados que probablemente se hallan patológicamente defendidos en estos casos. En situaciones de aislamiento que motivan que el paciente no acceda al sistema sanitario no es el tiempo el que determina la actuación si no es la barrera en acceder al paciente, la oposición activa o pasiva al tratamiento. Esto condiciona que el paciente no sea evaluado, no reciba tratamiento y el trastorno evolucione a ser más resistente a los tratamientos, y en ocasiones, además, se complique cuando se suma a su trastorno enfermedades médicas que pueden ser las determinantes de actuaciones más agresivas. De esta manera, una vez más se pone a prueba al sistema sanitario.

Esto hace que en el abordaje de las urgencias psiquiátricas sea necesario contemplar las dos dimensiones, tiempo y espacio. De tal manera que se trabaja en buscar estrategias o desarrollo de programas que sean próximos al paciente y permitan aplicar el procedimiento general, evaluar, manejar, tratar y disponer en el propio entorno del paciente.

Un ejemplo en esta línea es el programa EMSE (equipo multidisciplinar de soporte especializado), que se desarrolla en la ciudad de Barcelona y nace en gran medida gracias a las acciones promovidas por la asociación de familiares de pacientes ya que se considera que las urgencias psiquiátricas no son bien atendidas, justamente por las dificultades en la accesibilidad de los pacientes y las familias.

El objetivo de la presentación es presentar la implantación de un dispositivo asistencial resultado de este 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.

ANTECEDENTES DE LOS PROGRAMAS DE URGENCIAS COMUNITARIOS.

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 (Mollenhauer, 1996).

De tal manera que las organizaciones familiares y otros agentes comunitarios, reivindican las intervenciones especializadas extrahospitalarias. (Gillig, 1990)

Además el escenario de las urgencias evoluciona más rápido que los tipos y “flexibilidad” de los recursos (Breslow y cols., 2000; Currier y cols., 2003).

Consecuencia de esto se promueven programas especializados de urgencias psiquiátricas que desarrollan dispositivos asistenciales móviles que facilitan el abordaje de la urgencia psiquiátrica en el propio entorno del paciente con el objetivo de atender lo más precozmente y facilitar la adherencia a recursos clínicos y sociales.

Se conocen diversas experiencias de equipos móviles de atención psiquiátrica alrededor del mundo, como por ejemplo en Francia, Bélgica, Suiza (De Clerq, 2001), USA (Alexander y cols., 1999), Australia y Nueva Zelanda (Malcom y cols., 2002) . 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.

Estos dispositivos están integrados dentro de servicios hospitalarios. Se activan a indicación del propio servicio de urgencias de psiquiatría y la intervención se limita al territorio de influencia, con número de población de 100.000 (Gillig, 1995), 230.000 (Fournier y cols., 1993) y 350.000 habitantes (Alexander y cols. 1999).

En nuestro entorno, Barcelona, se encuentran diferentes antecedentes comunitarios al desarrollo de nuestro programa:

- En 1995, en nuestra Comunidad Autónoma, se inicia la implementación de los Programas de atención al Trastorno Mental Severo (TMS) y los Programas de Servicios Individualizados (PSI).
- En 1995 dentro de nuestra Institución (Psiquiatría - IMAS) se desarrolla como experiencia piloto el Programa de atención a las personas con TMS desvinculadas de la red asistencial.

- Entre 1998-2001 se realizan las primeras experiencias de formación específica con el 061.
- En el 2003 se inicia el Programa de colaboración del Instituto de Atención Psiquiátrica (IAPs) con los servicios de urgencias de la ciudad (061-SCUBSA), originándose el dispositivo EMSE que aquí se presenta.

DISEÑO DEL PROGRAMA EMSE.

Se diseña un programa de colaboración entre el servicio de atención de emergencias y urgencias extrahospitalarias de la ciudad de Barcelona (061) y el Instituto de Asistencia de Salud Mental y Toxicomanías (IAPS) del Instituto Municipal Asistencia Sanitario de Barcelona (Hospital del Mar. IMAS).

En el año 2003, resultado de esta colaboración, el IAPS crea el Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado (EMSE) constituido por un médico 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.

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 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.

A nivel asistencial la población diana son los trastorno mentales severos resistentes a la atención médica, los trastornos en fase de descompensación con riesgo de desvincularse de la red asistencial y los pacientes frecuentadores de urgencias.

Las fases de activación del programa se implementan de forma escalonada tal y como se muestra en la tabla 1.

A nivel de herramientas se diseña un triage de pacientes coordinado con la central telefónica del 061 (ver figura 1) y un protocolo interno de actuación del equipo multidisciplinar EMSE.

El triage telefónico tiene como objetivo que el médico consultor del 061 detecte los casos tributarios de ser derivados. Para ello se facilitan unas preguntas guía que permita reunir de una manera rápida la información necesaria para realizar una primera estimación diagnóstica.

El protocolo interno organiza de forma secuenciada los pasos a realizar cuando se gestiona la situación urgente derivada por el 061:

Primer nivel intervención: Recogida información

- Entrevista familiar.
- Diagnóstico psiquiátrico: Antecedentes de tratamiento, involuntarios o no.
- Tiempo sin tratamiento y de desvinculación.
- Severidad de la psicopatología.
- Patología médica y abuso de tóxicos.
- Evaluar soporte familiar y expectativas.
- Evaluación de funcionamiento previo y los riesgos para el paciente y su entorno.

Segundo nivel de intervención: intervención domiciliaria

- Evaluar caso y diagnóstico.
- Identificar problemas y riesgos in situ.
- valorar motivación para adherirse a un tratamiento.

Tercer nivel intervención: determinar acciones

- Gestión del caso se requiera o no ingreso.
- Plantear la vinculación a la red.

Cuarto nivel intervención: vinculación.

- Adherir a recurso comunitario (CSM, Hospital de Día, etc).
- Finalización.

LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DEL PROGRAMA.

Para mostrar las características clínicas del programa se expone un análisis descriptivo de los pacientes que son valorados por EMSE en el periodo del 2004-2006.

De 675 alertas recibidas se activan 435 casos, que son pacientes que requieren intervención domiciliaria 51.7% son hombres y 45.4 % son mujeres. La edad media es de 45.4 años (± 15.05) con una edad mínima de 17 años y una máxima de 93 años.

La alerta que genera este tipo de intervenciones llega en su mayoría directamente desde la red de Salud Mental, en 164 casos (35.4%), seguida del 061 con 138 casos derivados (28.6 %), asistencia primaria 78 casos (16.5 %),

servicios de urgencia hospitalarios 21 casos (4.5%), servicios sociales 20 (4.4%), la asociación de familiares de pacientes con trastorno mental 14 pacientes (2.8%), y los 35 pacientes restantes (8.4%) son de otras procedencias.

En general quien solicita la ayuda es la familia en un 58% y no el propio paciente, solo el 8 % de los casos.

Respecto el tipo de vinculación que mantienen los pacientes con la red asistencial: 55.5% son trastornos mentales severos desvinculados de la red, 22.6 % son trastornos mentales vinculados pero que han sido atendidos hace más de cuatro semanas 10.1 % son pacientes en tratamiento activo que han sido visitados hace menos de 4 semanas, 10.1 % son casos que a través del programa hacen su primer contacto en la red y 2.8% casos están vinculados a la asistencia privada.

Los pacientes tienen una historia de trastorno psiquiátrico de una media de 13 años (± 12.5), y con un tiempo medio sin recibir tratamiento de 40 meses (± 59.2).

La razones de consulta principales por motivos sindrómicos son (ver figura 2) : delirio en un 35.3%, agitación/agresividad en 26.7 %, conductas de aislamiento en un 12.5 %.

Los diagnósticos estimativos (ver figura 3) se agrupan mayoritariamente en: 66. % Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (F20.22-25, F29), el 13.4. % en Tr. Afectivos (F30-34 F39) y el 6 % en trastornos de personalidad (F21, F60).

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, la GEP, validada por Bulbena y cols. Los pacientes tienen una puntuación media de 13.1 (± 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 Clínica 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 visitan sólo en el Área Básica de Salud, y un 19.6% están pendientes de resolución completa, estando vinculados a nuestro programa.

EVOLUCIÓN DEL PROGRAMA.

El programa EMSE desarrolla un sistema de gestión de casos en el que es indispensable el trabajo en red con diferentes agentes (061, red de salud mental, asistencia primaria y servicios sociales), esto hace que el dispositivo asistencial se adapte a diferentes necesidades y realidades de su entorno hospitalario y comunitario. Así, el programa en su evolución durante estos tres años ha experimentado cambios y ha detectado problemas que nos permiten comportarnos como un pequeño observatorio sobre las situaciones de nuestro entorno. Se destacan aspectos de metodología, de organización y de asistencia en los cuales estamos en constante revisión para mejorar nuestros procedimientos.

Desde el punto de vista de metodología el dispositivo que se presenta tiene similitudes con el modelo de Bengelsdorf y cols. (1984,1987,1993). 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 la organización, 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 la fase inicial el alertante principal era el 061, sin embargo en el periodo más reciente ha pasado a ser un alertante secundario, siendo la red de salud mental los que alertan más frecuentemente.

En cuanto a los aspectos asistenciales se detectan las siguientes dificultades y problemas en el día a día del programa:

- 1- La accesibilidad al domicilio es un factor de dificultad y de peor pronóstico, sobretodo cuando no es posible y no se pueden hacer la valoración *in situ* ya que algunos pacientes viven solos y esta situación cada vez es más frecuente.
- 2- El paciente nos rechaza y presenta oposición al tratamiento.
- 3- La necesidad de actuar en contra de la voluntad del paciente.
- 4- La hostilidad, la agresividad y la violencia son factores de riesgo a considerar.
- 5- El consumo de tóxicos como factor que empeora nuestras intervenciones.

- 6- La inactividad o la actividad extrema secundaria a la conducta de los pacientes.
- 7- La carga familiar debe tenerse en cuenta dado la contención que ejercen.
- 8- Se detectan situaciones cada vez más complejas de abordar.
- 9- Las dificultades que, en ocasiones, tenemos para acceder a la red asistencial y nos facilite la información del paciente y la tarea de vincular al centro de salud mental

BIBLIOGRAFIA

Alexander C, Zealberg JJ. (1999). Mobile. Mobile Crisis: Moving Emergency Psychiatry Out of the Hospital Setting. *New directions for mental health services*; 82, 93-99.

Bengelsdorf H, Levy LL, Emerson RL, Barile FA. (1984). A crisis triage rating scale. Brief dispositional assesment of patients at risk for hospitalization. *Journal of Nervous and Mental Disease*;172,7: 424-430.

Bengelsdorf H, Levy LL, Emerson RL, Barile FA. (1987). A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry*;38; 662-665.

Bengelsdorf H, Church J, Kaye R, Orlowski B, Alden D. (1993) The Cost Effectiveness of Crisis Intervention. *Journal Nervous and Mental Disease*; 181:757-762.

Breslow R. (2000). The Psychiatric Emergency Service: where we 've been and where we're going. *Psychiatric Quarterely*.71,2,101-121.

Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. (1997) Medida de la gravedad de la enfermedad psiquiátrica. *Arch Neurobiol*;7, supl2 : 69-72

Bulbena, LM Martín. (2006). "Urgencias psiquiátricas. 6ªEd Julio Vallejo, "Introducción a la psicopatología y a la psiquiatria".Masson. Barcelona

Currier G, Allen M. (2003). Organization and Function of academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry*, 25-124-129.

De Clerq M i Dubois V. (2001). Crisis intervention Models in the French-Speaking Countries. *Crisis*; 22:32-38.

Fournier JP, Gagnon F. (1993). Un service d'intervention de crise en clinique externe psychiatrique de centre hospitalier général: fonctionnement et clientèle. *Revue Can. De psychiatrie*; vol 38, 2: 96-100.

Gillig P., Dumaine M, Hillard J. (1990). Whom do mobile crisis service serve?. *Hospital and Community Psychiatry*, 41,7:804-805.

Gillig PM. (1995). The spectrum of Mobile Outreach and its role in the emergency service. *New Directions for Mental Health Services*, 67: 13-21.

Malcom H., Smout M., Bannister J. (2002). A comparison in hospitalization rates between a community-based mobile emergency service and a hospital-based emergency service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 36: 504-508.

Mollenhauer ,Kaminsky. (1996) Emergency Services in the Community Psychiatry Network. William Breakkey Ed. *Integrated Mental Health Services: Modern Community Psychiatry*.Oxford.

Schneider. (1998):definition of emergency medicine. *Acad Emerg Med* 5:348-351.

Tabla 1

FASES DE ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA

FASE	OBJETIVO	PROCEDIMIENTOS
0	Diseñar las herramientas 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

Figura 1: triage telefónico

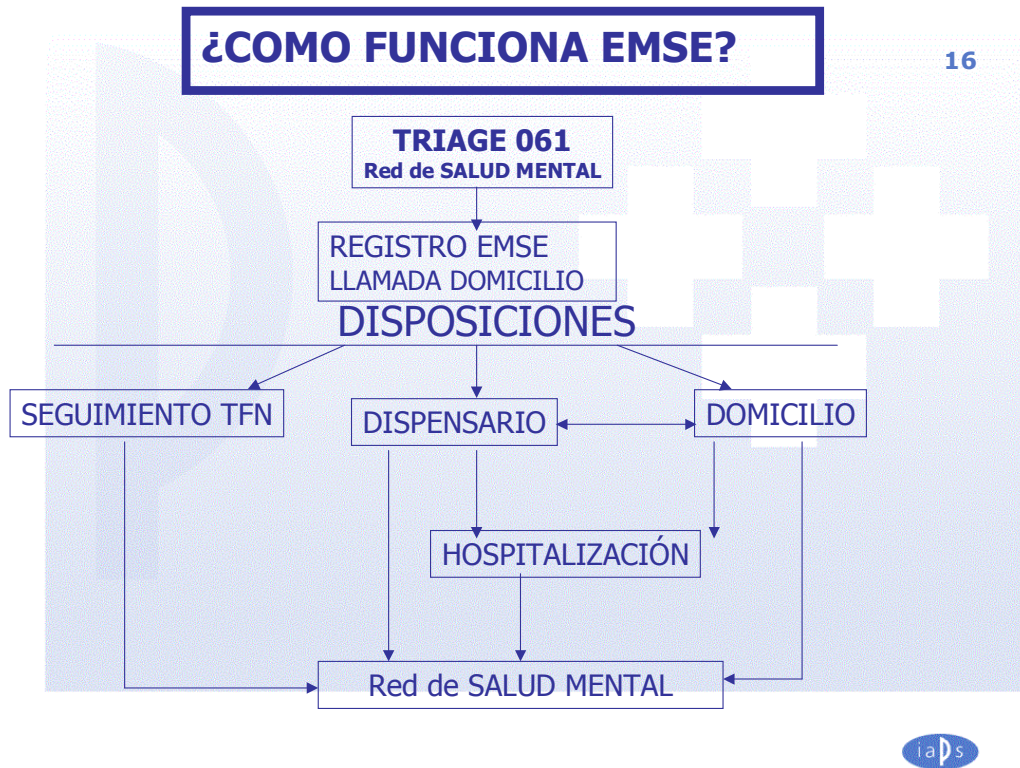


Figura 2: Motivos de consulta

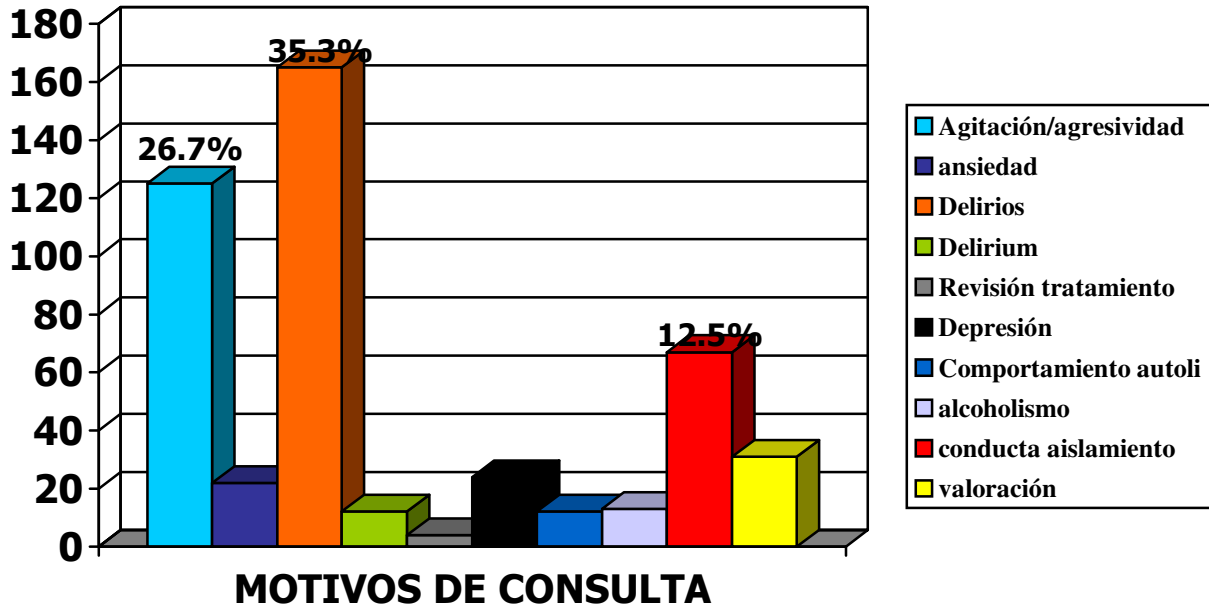


Figura 3: Estimación diagnóstica de los pacientes gestionados por EMSE

