

## **LA GESTIÓN DE CASOS EN LA ATENCIÓN DE LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS**

### **INTRODUCCIÓN**

En estos últimos 25 años, con la desinstitutionalización psiquiátrica, se han producido nuevas necesidades en la atención y tratamiento de los trastornos psiquiátricos más graves y crónicos. No hay espacios propios, ni personal específico especializado en salud mental que valore las necesidades de las demandas urgentes de los Trastornos mentales

Se plantea que los servicios de urgencias psiquiátricas convencionales, no se corresponden adecuadamente a las necesidades urgentes de los pacientes con un Trastorno mental. ( 1 )

La situación se hace más compleja, debido al incremento cada día más creciente de emergencias, el número de camas es más reducido ( 2 ) y el tipo de demanda se diversifica ( Patología dual, homeless, intervenciones en estrés agudo traumático).

Además las situaciones se complican pues los pacientes en muchas ocasiones son contrarios a recibir tratamiento y acudir al hospital o Centro de Salud.

Por estas razones se desarrollan acciones para mejorar el cuidado de estos pacientes y de sus familias.

Se diseñan programas específicos de urgencias con un cambio en la filosofía de atención y con los objetivos principales de:

1.- Mejorar la red sanitaria, con respecto a la salud mental se desarrollan nuevas ofertas como la atención telefónica, estancia en urgencias de 24 horas; programas de atención en crisis ( unidades de crisis, residencia en crisis), y unidades móviles ( 4).

2.- Facilitar la atención sanitaria general dado que es frecuente que los pacientes con Trastorno mental grave que es acompañado a urgencias presentan enfermedades médicas asociadas (2).

3.- Mejorar las relaciones comunitarias, por ejemplo con los servicios de orden público ( 5), aprovechando los recursos de los servicios de emergencias, definiendo los circuitos según el grupo de población que atienden.

4.- Desarrollar intervenciones en crisis y niveles de triage psicológico ( 6,7 ) para otra área de las emergencias que cada vez se reclama más en referencia al estrés traumático.

El profesional de enfermería se especializa en el manejo de los pacientes con problemas de salud mental.

Actúa directamente en la gestión de casos, participando en el triage.

Se realizan valoraciones en el entorno más adecuado que puede ser un espacio de urgencias diferenciado, o bien el propio entorno del paciente: el domicilio.

Esta primera valoración se considera una oportunidad de tratamiento, una puerta facilitadora de entrada a la red de salud mental

En definitiva esta evolución, favorece el desarrollo de los servicios de urgencias, de tal forma que no sólo son una puerta de entrada, sino que también son salidas y oportunidades de atención integral de los pacientes psiquiátricos más graves y más vulnerables, a partir de las diferentes ofertas asistenciales, que potencian la integración a la red de asistencia del sistema sanitario y comunitaria.

### **OBJETIVOS**

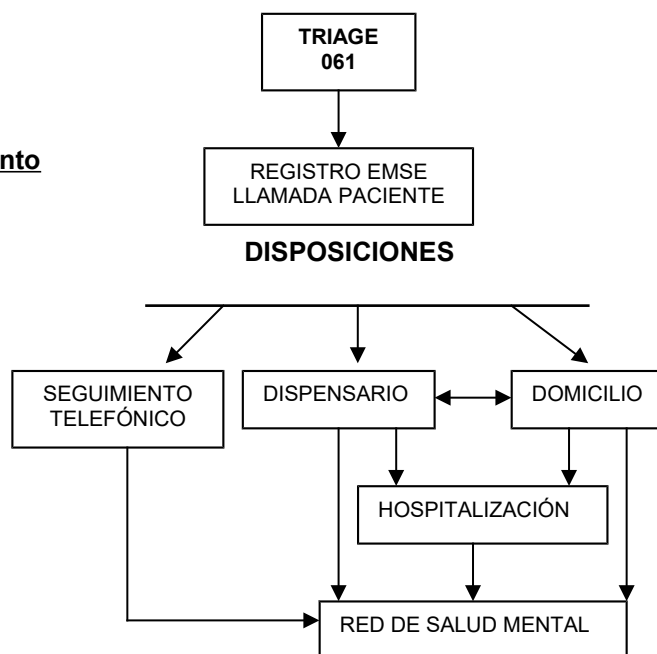
Describir el nuevo dispositivo asistencial: Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado (EMSE) al Servicio Coordinador de Urgencias de Barcelona 061 ( SCUBSA-061 ).

Que tipo de intervenciones realiza, y como se aplica la gestión de casos en el programa EMSE del Instituto de Psiquiatría Salud Mental i Toxicomanias ( IAPs ) con el 061 de Barcelona.

## **METODOLOGIA**

- 1.- 1.1 Como objetivo principal esta la coordinación con el diseño de herramientas para la valoración y evaluación en todos sus niveles. Diseño de guías y protocolos: Algoritmos de funcionamiento y por motivos de consulta: *violencia doméstica, dice cosas raras, se comporta de forma extraña, ha tomado medicación en exceso*, intoxicaciones en patrón de abuso.
- 1.2 Posibilidad de diagnóstico múltiple. Diferenciación psiquiatría mayor vs psiquiatría menor.
- 1.3 Valoración de gravedad, síntomas e informaciones clave tales como desorientación, estupor, delirio, alucinaciones, edad, historia previa, contexto....

### **Algoritmo de Funcionamiento**



2.- Dotar de un programa de formación continuada para la mejora en la evaluación de riesgos y de la eficiencia en la atribución de recursos a través de esta formación continua en el ámbito específico de las urgencias psiquiátricas por parte de SCUBSA-061.

3.- Los pacientes a los cuales va dirigido es a pacientes resistentes con trastorno mental grave, afecto de patología psiquiátrica crónica activa ( fuente de alteraciones psicosociales en su contexto de patología psiquiátrica ), que no tiene contacto habitual con su Centro de Salud Mental ( CSM ) ni con otros elementos de la red de salud mental y que rehuye por activa o por pasiva la asistencia. Puede haber tenido episodios de contacto con la red , pero que actualmente no los tiene.

Pacientes frequentadores que solicitan asistencia a SCUBSA-061 mas de dos veces en un período corto de tiempo por la misma patología o asociada con o sin asistencia continuada en su CSM o bien otros dispositivos de asistencia primaria o centros de salud.

Detección de pacientes que no han tenido contacto con la red de salud mental y están fuera del sistema sanitario, favoreciéndoles la entrada en él, previa detección de circunstancias de riesgo ( paciente joven aislado con primeros episodios psicóticos o afectivos ).

La asistencia directa, ambulatoria y/o domiciliaria de aquellos casos identificados como resistentes a la asistencia normalizada. ( pacientes de evolución subaguda o crónica, en situación residual o no, que han tenido contacto con los recursos disponibles pero sin haber efectuado el seguimiento necesario. Que es el caso del paciente psiquiátrico agudo con un grave deterioro personal y social

A partir de unos casos prácticos, se muestra como se aplica esta nueva filosofía de continuidad en la atención de las urgencias.

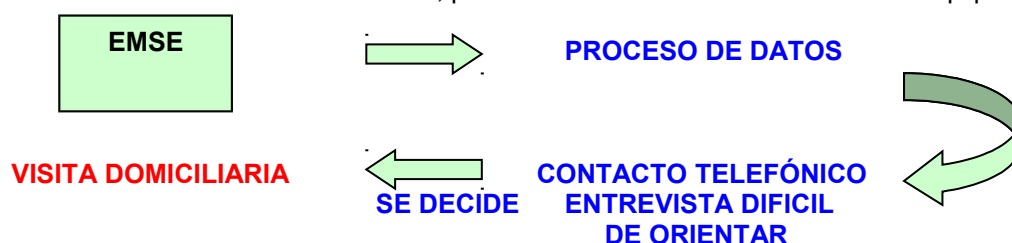
Podremos observar diferentes formas de vincular al paciente en la red de salud mental, tanto por vía hospitalaria, como ambulatoria, como domiciliaria.

La gestión de casos que realiza EMSE se caracteriza por la atención integral del paciente y familia en un período de tiempo limitado, con un número concreto de valoraciones, en los diferentes entornos del paciente y con el objetivo final de vincular al paciente a la red sanitaria.

### Caso nº1

Mujer JCG de 54 años que alerta telefónicamente al 061, dice vivir sola, expresa un discurso incoherente, con ideas delirantes. Siendo una anamnesis dificultosa 061 decide enviar un médico de atención rápida al domicilio. En el domicilio la paciente expresa ideas de quemar la casa y que ve i percibe bichos en horas nocturnas, por lo cual se decide enviarla a urgencias psiquiatría de un hospital general, valorada como posible trastorno psicótico y con problemática social se la envía al centro psiquiátrico de referencia para valoración y posible ingreso, al final la paciente no ingresa y es derivada a su domicilio.

SCUBSA 061 decide activar a EMSE, por lo cual remite toda la información al equipo.



En el domicilio somos bien recibidos, pero con extrañeza, la entrevista discurre en un tono cordial

Como antecedentes tenemos:

Familiares: Huérfana de padre y madre

La menor de cuatro hermanos

No antecedentes psiquiátricos en la familia

Personales: Natural y residente de Barcelona

Historia psicobiográfica compleja

Separada hace mas de cuatro años y tiene una hija de 24 años

Vive sola, no trabaja y cobra una ayuda familiar

Médicos: Miringoplastia, y un melanoma intervenido

Psiquiátricos: Dos visitas en un CSM

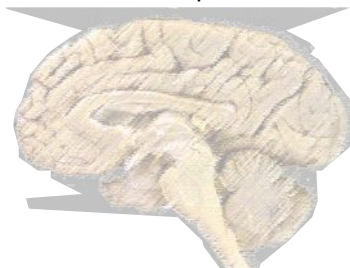
Dificultades de adaptación ?, dependencia emocional ?, meticulosidad y orden ?.

En el examen del estado mental se destacó:

Buena colaboración → Destacando dramatismo

→ Desconfianza en la entrevista

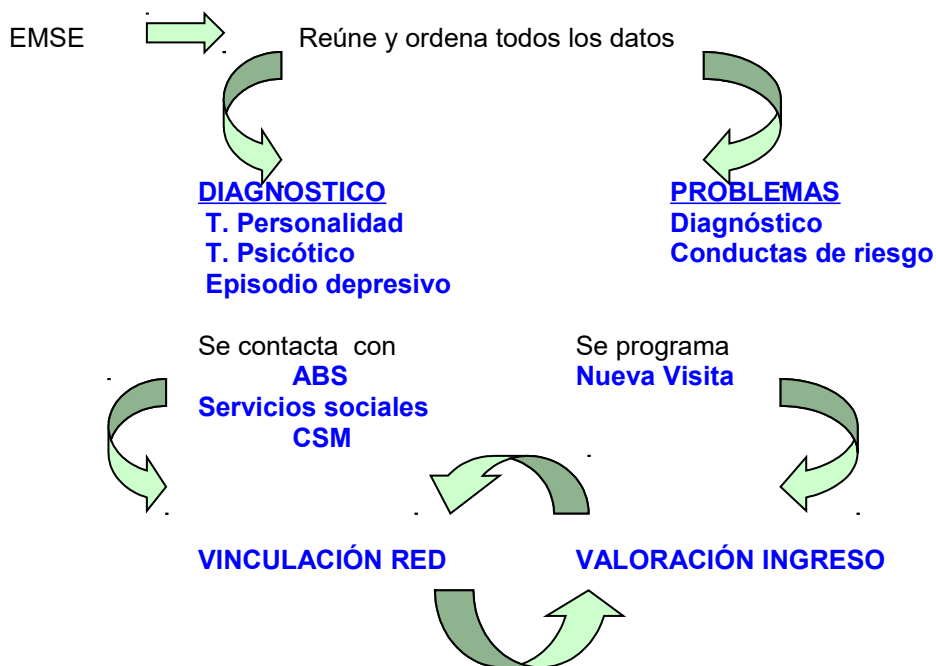
Buen aspecto, orientada y con un lenguaje coherente.



Pensamiento

No ideación delirante, si autorreferencialidad  
 Desconfianza, paronoidismo, minusvalia  
 Incapacidad, heteroagresividad, insomnio  
 Ideas autolíticas, paroxismos, ansiosos  
 Conciencia parcial del trastorno

Llevaba un cuchillo, repetía amenazas de quemar la casa y pregonaba un bajo soporte social. Se le recetó medicación y quedamos para una próxima visita.



La paciente acude a urgencias de psiquiatría del hospital, estos contactan con el equipo y se decide ingreso en unidad de psiquiatría para evaluación y estabilización. Durante el ingreso se contacta con su CSM para dar conocimiento a la enfermera de referencia, para de esta forma poder hacer el relevo terapéutico y así asegurar la vinculación a la red de salud mental con visita programada a enfermería del CSM de zona.

## **Caso nº 2**

El CSM nos alerta porque la hija de una paciente ha ido a pedir ayuda, se trata de una mujer AAL de 48 años de edad con posibles problemas psiquiátricos, con ideas delirantes, no quiere visitarse y no reconoce la enfermedad según relata la hija.

Se cita a la hija para entrevista y recabar información.

### Entrevista Familiar:

La fuente de información es la hija de la paciente, como antecedentes tenemos

Familiares: No hay antecedentes psiquiátricos en la familia

Personales: Es natural y residente en Barcelona, madre de una hija, y ha trabajado hasta tener a la hija.

Médicos : Las enfermedades propias de la infancia, acude a control y prevención de cáncer de mama, no hábitos tóxicos.

Psiquiátricos: No ha habido consultas previas, ni tampoco acontecimientos vitales.

La hija de la paciente relata una situación familiar complicada, define al marido de la paciente como una persona inestable emocionalmente y que refiere la posibilidad de violencia de genero, la hija comenta encontrarse sola con el problema y que hay un deterioro importante en la vida familiar.

En cuanto a la paciente relata un discurso delirante de tres años de evolución, con episodios iniciales de agresividad.

Las ideas delirantes versan en que el teléfono y el ordenador están intervenidos, esta interpretativa con un programa de la televisión y que ha efectuado cambios respecto a las actividades domésticas y las relaciones con los vecinos se han deteriorado marcando un aislamiento progresivo.



## PREVIA ACEPTACIÓN DE MARIDO DE LA PACIENTE

### VISITA EN EL DOMICILIO

En casa encontramos a la paciente, que había sido avisada de nuestra visita, acompañada por su marido y su hija. El aspecto del domicilio es de limpieza y orden, la casa se ve cuidada. La paciente no entiende el motivo de nuestra visita y nos relata una situación personal. A medida que avanza la entrevista el discurso empieza a ser delirante girando entorno a su familia política, dice que se han dedicado a difamar y a calumniar, que han ido a la televisión con fotos suyas y que cada dos por tres la están criticando.

El motivo parece ser de envidias, dice que las críticas cada vez son más intensas y que cuando va por la calle se siente difamada, por lo que opta a salir menos de casa.

Comenta que no ha iniciado ninguna acción legal por la situación de perjuicio ya que hace tiempo llamó a la policía, pero que la policía no era de verdad sino que era de broma.

En el examen del estado mental se destacó:

Una persona consciente, orientada y con buen nivel de atención.

La paciente

- Verborreica
- Animo eutímico
- Autoestima aumentada

Pensamiento

- Autorreferencialidad, interpretatividad
- Delirio de perjuicio, centrado en la familia
- Pseudoalucinaciones auditivas
- No ansiedad, no alteración alimentaria
- No alteración del sueño
- Nula conciencia de enfermedad



Proponemos a la paciente el empezar a tomar medicación y seguir tratamiento ambulatorio hasta poder vincularla a su CSM de zona, la paciente no lo acepta aunque dice que tomará algo de medicación que la familia se compromete a supervisar. Le proponemos también nueva visita domiciliaria que acepta.

### 2ª VISITA DOMICILIO

Visitamos a la paciente en presencia de su marido e hija.

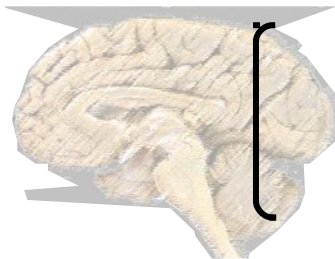
La paciente nos reconoce y colabora inicialmente, pero a diferencia de la entrevista anterior el discurso es completamente delirante.

La televisión y en concreto un programa la están nombrando continuamente, enseñan fotos de ella cuando era pequeña, nos enseñan las pruebas. Las calumnias e insultos se han extendido por todo el barrio, ha pensado en denunciarlo, pero no vale la pena porque el gobierno catalán esta detrás de todo esto.

En el examen del estado mental destaca:

Paciente

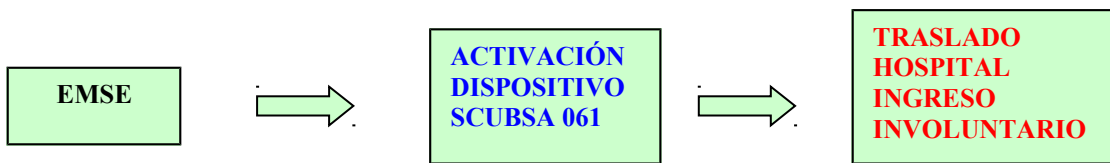
- Consciente
- Orientada
- Buen nivel de atención



Pensamiento

- Logorrea, no hipotimia
- Animo irritable, autorreferencialidad
- Paronoidismo, ideas de perjuicio
- Ideas de grandeza, narcisismo
- No ideas de muerte, insomnio
- No alteración de la conducta alimentaria
- Nula conciencia de enfermedad

Debido al aumento de la gravedad del cuadro EMSE decide de acuerdo con la familia activar el dispositivo para el traslado a urgencias para ingreso hospitalario.



Las situaciones de riesgo, para el traslado de la paciente, vividas por el equipo fueron:

- Oposición de la paciente
- Nula conciencia de enfermedad
- Agresividad verbal
- No sedación
- Contención verbal
- Impedimento de ir al WC
- En la cocina, cuchillos .....
- Escalera de difícil acceso
- Riesgo de precipitación

La paciente fue ingresada en el hospital de referencia, enfermería del CSM fue informada, se efectuó el relevo terapéutico y la paciente al alta fue visitada a los cinco días en su CSM, quedando vinculada a la red de salud mental.

### **Caso nº 3**

Recibimos alerta para la atención a un joven de 20 años con un posible trastorno psicótico, que actualmente esta desvinculado de la red, para valoración del caso y posible tratamiento involuntario.

Se decide entrevista familiar con los padres

#### Entrevista Familiar:

Se presentan en la consulta los padres del paciente, relatan que tienen dos hijos OCG de 27 años y GCG de 21 años, que están separados hace tres años y que actualmente los hijos viven con la madre.

La relación fraterna es muy conflictiva, OCG tiene problemas de adicción a tóxicos y sigue tratamiento en el centro de referencia de su zona, la madre cree que trafica con drogas, y que le suministra a su hermano.

La familia relata que, el paciente GCG, es un chico con un buen rendimiento escolar, con amigos e inquietudes, buen estudiante que ha llegado a cursar primero de económicas.

Como antecedentes psiquiátricos a destacar:

A los 18 CGC, coincidiendo con la separación de los padres, y con un consumo importante de tóxicos. Presenta tentativa autolítica, que recibe asistencia en el Hospital y se orienta como trastorno de ansiedad y le indican un antidepresivo más un ansiolítico.

A los 19 años, situación de crisis familiar, la madre llama a SCUBSA-061 y es llevado de urgencias al hospital, se orienta como síndrome psicótico asociado a consumo de cannabis. No ingresa y es derivado a su CSM, el paciente no va a las visitas y florece una clínica de ideas persecutorias y alucinaciones, con posterior trastorno paranoide con consumo de tóxicos.

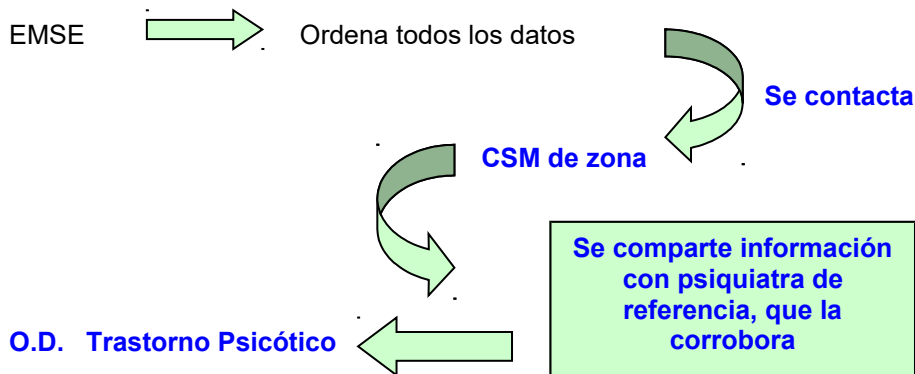
Empieza tratamiento con antidepresivo y antipsicótico, lo mantiene durante dos años con buen resultado, ya que entra en el mundo laboral y lleva vida social.

Hace seis meses deja el tratamiento farmacológico, y se indica medicación Depot, siendo la última dosis hace un mes.

El paciente inicia conductas de aislamiento, reacciones de cólera hacia la madre y el hermano, e ideación de autorreferencialidad centrada en el hermano. El paciente no trabaja, pasa el día en casa jugando con el ordenador y sale a pasear esporádicamente, también sale a pasear con el perro.

De la entrevista se destaca la mala relación entre los padres con una situación familiar deteriorada en el funcionamiento general. Situación económica precaria, con buen nivel económico previo. Padre pendiente de programa de trasplante renal.

Se propone visita domiciliaria.



VISITA DOMICILIARIA

Los padres han informado al paciente de nuestra visita.

A nuestra llegada el paciente se acaba de levantar de la cama, colaborador, aspecto conservado no deteriorado, limpio con barba poco cuidada.

El paciente refiere que está bien, que los únicos problemas que tiene son la falta de trabajo y sobretodo la mala relación familiar, en concreto con su hermano mayor agravándose porque parece ser que esta mala relación que él sufre tenga que ir al psiquiatra para que le pinchen inyecciones.

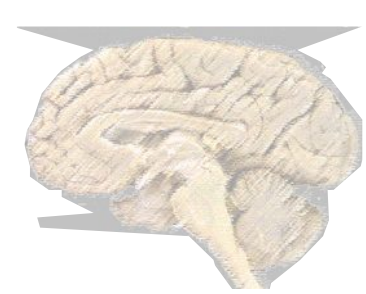
De su historia personal y psiquiátrica le quita importancia y la minimiza, en cuanto al tratamiento psiquiátrico tiene poca conciencia y lo expresa más desde la conflictividad familiar, y la obligación, que desde el malestar subjetivo, aunque en algunos momentos refiere ansiedad.

La necesidad de tratamiento, no la considera y critica a los psiquiatras, no entiende porque se ha de tratar él ya que es su hermano el que tiene y ocasiona problemas.

En el examen del estado mental destaca:

- Paciente → Consciente
- Orientado en tiempo y espacio
- Buen nivel de atención

- Pensamiento
- Lenguaje coherente
  - No alteraciones de la memoria
  - Humor irritable, labilidad emocional
  - Niega tristeza, no perdida de interés
  - Se aprecia apatía y pobre motivación
  - Autorreferencialidad, interpretatividad
  - Ideación de perjuicio
  - Síntomas de ansiedad, ahogo, palpitaciones
  - No alteración del sueño
  - No alteración alimentaria



O.D. Síndrome Psicótico con consumo de cannabis.

Se le propone mantener medicación depot, pero se niega.

Tampoco quiere antipsicóticos orales.

Acepta ansiolíticos con el argumento de limitar el consumo de cannabis.

Proponemos nueva visita domiciliaria que acepta, y se le deja la tarea de escribir las actividades diarias durante un período de cinco días.

Se contacta con su CSM, y se comenta la situación.



## 2ª VISITA DOMICILIO

El paciente dice estar mejor, más tranquilo, con cierta crítica a la situación familiar, y con el mismo.

No conciencia de enfermedad aunque entiende que puede necesitar tratamiento. Las actividades diarias, pasa unas cinco horas con la consola, ha hecho una entrevista para buscar empleo y sale algo más de casa. En cuanto al consumo de cannabis se ha puesto una fecha para dejarlo.

Toma el ansiolítico, pero ha de estar supervisado por su madre.

Psicopatológicamente, aspecto cuidado, no ideación delirante, no está interpretativo, continua pensando lo mismo de su hermano aunque prefiere no pensarlo, descansa con dificultad, se alimenta bien.

Le sugerimos variar un poco la medicación, y lo acepta. Se pauta un poco de antipsicótico y se le rebaja un poco el ansiolítico.

Se pacta visita ambulatoria acompañado de la familia

## VISITA AMBULATORIA

Mejor estado general, pero sigue sin conciencia de enfermedad, respecto al tema delirante con el hermano, prefiere no darle vueltas aunque expresa que no olvidará nunca el daño que le ha hecho.

Sigue buscando trabajo.

Psicopatológicamente: ánimo eutímico, tiene interés por cosas, aparentemente no ideación de perjuicio, pero persisten conductas de aislamiento.

Se mantiene tratamiento y se programa nueva visita, el paciente lo acepta.

Nos ponemos en contacto con su CSM, explicamos la situación y la posibilidad de vincular al paciente.

## 2º VISITA AMBULATORIA

Paciente con buen aspecto y más cuidado de sí mismo, familia más tranquila, ánimo eutímico, hace crítica de relación con el hermano, pero curiosamente ha mejorado. Se preocupa por su salud.

Le quedan pocos días para dejar el consumo de cannabis

Se programa nueva visita ambulatoria



Volvemos a contactar con el CSM, nos dan fecha para visitar al paciente.

### 3ª VISITA AMBULATORIA

Buena evolución.

El paciente ha dejado el consumo de cannabis.

Psicopatológicamente, crítica de su estado anterior de abandono y cuidado personal, conciencia parcial del trastorno, ánimo eutímico, coherente, no ideas de perjuicio, no existe ansiedad, ha iniciado capacidades relacionales.

Acepta seguir el seguimiento de visitas en su CSM de zona, y se le da la fecha que nos habían facilitado.

### CONCLUSIONES

La visita en el domicilio aporta información, y ofrece un clima de confianza .

Es una oportunidad de iniciar tratamiento en su entorno.

En caso de severidad y nula conciencia de enfermedad, con oposición al tratamiento, se procura ingreso hospitalario sin intervención de la fuerza pública, o con el menos intervencionismo posible.

Experiencia para el paciente lo menos traumática posible y que permite tomar conciencia de situación como problema de salud.

Alta satisfacción de las familias, pues es un recurso accesible. Agil y que favorece la coordinación entre diferentes dispositivos permitiendo mayor rapidez en la resolución de casos. En cuanto a la comunicación con enfermería del CSM para los relevos terapéuticos y asegurar la vinculación viene dado tras la creación en el centro psiquiátrico de los equipos asistenciales de referencia sectorizados se creó el programa de continuidad asistencial por parte de los CSM y las unidades de agudos instaurando el relevo terapéutico cuyo objetivo es favorecer la vinculación. Semanalmente enfermería del CSM se desplaza a la unidad de agudos para reunirse con enfermería referente del sector en un espacio de intercambio de información y se elaboran las estrategias de actuación para mantener un proceso de seguimiento estable, evitando los reingresos. En pacientes no conocidos se realiza la acogida facilitando la información sobre el funcionamiento y servicios que ofrece el CSM y en los conocidos reforzando la vinculación. En los dos casos trabajando la adherencia al tratamiento. Creando un clima de empatía y confianza que garantice las visitas post-alta que se realizan entre los siete y quince días.

### BIBLIOGRAFIA

1. Mollenhauer M, Kaminsky M. Emergency Services in the Community Psychiatry Network. Integrated Mental Health Services: Modern Community Psychiatry .Ed- W. Breakey.Oxford University press.1996.
2. Lamberg Lynne. Psychiatric Emergencies Call for Comprehensive Assesment and treatment. JAMA, august 14,2002 vol 288, nº6, pp 686-687.
3. Schnyder U. Klaghofer R. Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. Acta Psychiatrica Scandinavica. 99(3):179-87, 1999 Mar.
4. Johnsen JA. Dyches H. Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization. Psychiatric Services. 52(2):223-8, 2001 Feb.
5. Steadman HJ. Stainbrook KA. A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs. Psychiatric Services. 52(2):219-22, 2001 Feb.
6. Costa A, M. De Gracia Blanco, Debriefing y tria psicológica en intervención en crisis:una revisión. Psiquis. Vol 23(5) (pp 30-40), 2002.
7. Osterman JE. Chemtob CM. Emergency intervention for acute traumatic stress. Psychiatric Services. 50(6):739-40, 1999 Jun.

