

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y URGENCIAS EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL



Protocolo de regulación de la atención no programada

INTERVENCIÓN EN CRISIS Y URGENCIAS EN LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL



Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios

Introducción

El presente protocolo ha sido elaborado desde la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios como documento que regule la **asistencia no programada e intervención en crisis en los Equipos de Salud Mental (ESM)**, recogiendo la necesidad expresada en la reunión de Coordinadores de Salud Mental de Área celebrada en julio de 2005. El objetivo del protocolo será la organización de la demanda no programada de aquellos usuarios que acceden, desde los Equipos de Atención Primaria o directamente, a los Equipos de salud Mental. Es importante definir unos criterios asistenciales y organizativos con el propósito de mejorar la atención a los enfermos y sus familias, evitando la sobrecarga asistencial de los ESM.

La elaboración de este documento no implica la pretensión de que los ESM asuman toda la urgencia psiquiátrica, sino el intento de discriminar y ordenar la atención no programada que accede a los mismos, planificando intervenciones coordinadas entre atención primaria y especializada.

El texto ha contado con la evaluación de los Coordinadores de Área y de los responsables de los distintos ESM, y se han incorporado las sugerencias aportadas desde los equipos.

El documento debe responder a cuestiones prácticas y se subdivide en 4 apartados

1. Funciones de los Equipos de Salud Mental en la atención de la urgencia y crisis
2. Definiciones básicas
3. Criterios operativos
4. Implantación

Funciones de los Equipos de Salud Mental en la atención de la urgencia y crisis

En distintos documentos de ámbito nacional y regional se recoge y planifica la asistencia a la demanda urgente e intervenciones en crisis como una de las funciones de los ESM.

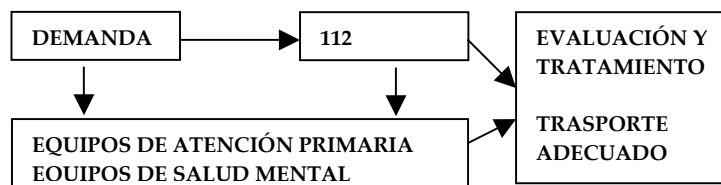
En la **normativa del INSALUD** sobre el funcionamiento de los Equipos de Salud Mental, entre las funciones asistenciales se recoge:

- “De urgencias, en colaboración con el resto de los dispositivos psiquiátricos de la zona”.

En el **Plan de Salud Mental de Extremadura** (1996) se indica entre las funciones del Equipo de Salud Mental la “asistencia a urgencias de forma progresiva”.

Y dentro del esquema general de actuación en situaciones de urgencias recogido en el **Protocolo de atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental de la Junta de Extremadura** (2005) se señala:

- Recepción de la demanda. Centro Coordinador de Urgencias 112, Equipo de Atención Primaria o Equipo de Salud Mental.
- Valoración inicial del paciente en crisis por parte de atención Primaria de Salud o ESM
- En la página 11 se recoge el siguiente esquema general:



En otros Planes de Salud Mental, como el **Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid** (2003-2008) se recogen las *urgencias en el medio ambulatorio*, y en ese contexto los ESM atenderían las siguientes urgencias:

1. Los pacientes que ya están siendo vistos en esos servicios de salud mental del distrito
2. Los pacientes nuevos que son enviados con volante urgente desde Atención Primaria
3. Demandas de atención urgente domiciliaria de forma excepcional
4. Organización de traslado de enfermo mental atendido en el dispositivo

Según el informe de la AEN **Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad** (2000), una de las funciones y procedimientos de un Equipo de Salud Mental es la *Atención a la crisis* a través de procedimientos descritos como

- Atención inmediata y accesible
- Valoración y orientación diagnósticas
- Tratamiento

- Coordinación con servicios de urgencias

Finalmente, en el objetivo 7 del **Plan de Salud de Extremadura 2005 – 2008** se recogen diversas líneas de actuación que hacen referencia a la oferta asistencial de los ESM y su coordinación con los EAP, como por ejemplo:

7.5. Adecuación y homogenización de la oferta asistencial de los equipos de salud mental como eje de la atención en salud mental.

7.8. Establecimiento de procedimientos y pautas de actuación, dirigidos a coordinar las actuaciones desde los equipos de atención primaria como los dispositivos de salud mental y atención a la drogodependencia.

Por lo dicho previamente, parece claro que dentro de las funciones de los ESM estaría el **apoyo a la atención de las urgencias e intervención en crisis**. Esta función debe quedar claramente regulada para poder ofrecer una asistencia adecuada de calidad sin que suponga un detrimento en la provisión del resto de funciones asistenciales del equipo. El registro de estas actuaciones quedará reflejado en los sistemas de recogida de actividad asistencial para calibrar su impacto en el funcionamiento del equipo.

Los ESM al situarse en cercanía a la comunidad y a los Equipos de Atención Primaria deben caracterizarse por la **disponibilidad y accesibilidad** de sus servicios. Esto implica la capacidad de adaptar de forma flexible los tiempos clínicos, no solamente con la finalidad de adecuarse a las demandas asistenciales, sino también para dar cabida a las tareas docentes, investigadoras y administrativo gestoras que le son propias. En este sentido es importante posibilitar la atención a pacientes que sufren descompensaciones o crisis que podrían ser resueltas de forma ambulatoria sin requerir ingreso en unidades de hospitalización, especialmente de aquellos pacientes que tienen ya historia abierta en los equipos. Por otro lado en los ESM existen condicionantes de diverso orden (sobrecarga asistencial, ausencia de medios de contención) que hacen necesario regular la demanda dentro de unos límites razonables que aseguren un funcionamiento adecuado.

Es esencial marcar claros **límites asistenciales y vías de entrada** para

- Evitar una saturación de los ESM que imposibilite el resto de sus funciones.
- Distribuir la urgencia según niveles de complejidad asistencial, de modo que las consultas e intervenciones en crisis se deriven y traten de forma diferencial a las urgencias graves que podrían requerir tratamiento farmacológico o contención física y cuyo lugar de atención son los servicios de urgencia hospitalarios
- Evitar un uso excesivo de la vía de atención urgente por parte de determinados usuarios que más que problemas clínicos presentan problemas sociales y familiares, y que tienden a vehicular su demanda a través de la urgencia. O bien aquellos que acudan a los ESM presentando una demanda urgente como forma de obviar los tiempos de espera para una primera consulta.

Existen por tanto **tres niveles teóricos de asistencia a las urgencias** en salud mental en forma de continuum asistencial, que requieren coordinación y cooperación funcional

1. *Equipos de atención primaria*: realizan la valoración básica inicial y el tratamiento del paciente en situación de crisis; cuando las características del caso lo justifique, derivarán al paciente con carácter urgente al ESM o al servicio de urgencias del hospital general de referencia. La atención primaria tendría una función de atención y derivación según complejidad de la demanda (“triage”). Es imprescindible mantener adecuadas vías de comunicación entre los EAP y ESM, como el contacto telefónico previo a cualquier derivación.
2. *Equipos de salud mental*: atención de las consultas de carácter urgente procedentes de los EAP. Podrán derivar a los servicios de urgencias de los hospitales generales a aquellos pacientes que requieran valoración de ingreso psiquiátrico en unidades de hospitalización breve.
3. *Servicios de urgencias hospitalarias*: que funcionarán de forma ininterrumpida en el contexto del servicio general de urgencias donde se hallen ubicados.

Distribución. Los EAP y ESM atenderán pacientes de su/s zona/s de referencia. Los servicios hospitalarios de urgencias pueden tener carácter suprasectorial o de referencia para distintas áreas, coincidiendo en su distribución con la de las unidades de hospitalización psiquiátrica.

El traslado de los pacientes se realizará en función de los acuerdos y protocolos existentes (Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental de la Junta de Extremadura).

La atención de la urgencia en salud mental desde los ESM puede aportar elementos de **buena práctica clínica**, por ejemplo:

- Se establecen mecanismos para resolución de crisis en personas con trastornos mentales de forma menos intrusiva y más cercana a la comunidad.
- Los programas de atención a la crisis disminuyen la necesidad de ingreso en unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Los programas de atención a la crisis pueden incorporar elementos de evaluación e investigación.

Definiciones

- **Urgencia:** situación en la que existen determinados síntomas psicopatológicos con alteración de emociones, pensamientos o conductas, percibidos como severamente perturbadores o amenazantes para sí mismo o para los demás, y que generan una demanda de atención inmediata por parte del paciente o de terceros. Esta demanda requiere intervención en menos de 24 horas y es de tal gravedad que con frecuencia será necesaria la valoración de ingreso.
- **Intervención en crisis:** abordaje terapéutico de una situación de desorganización temporal caracterizada por una incapacidad del individuo para manejar determinados problemas, eventos vitales o conflictos utilizando sus mecanismos defensivos o adaptativos habituales y que requiere una intervención externa para producir un cambio o estabilización. La crisis suele requerir una atención puntual, que en muchas ocasiones podría realizarse de forma programada a corto plazo (atención preferente).
- **Consulta urgente:** El campo podría ampliarse a aquellas situaciones en las que el usuario requiere realizar una consulta de forma más o menos inmediata para resolver algún problema relacionado con los síntomas o la medicación y que podría resolverse en persona o por vía telefónica. Puede considerarse una “variante menor” de la intervención en crisis, que ofrecen la posibilidad de resolución a través de apoyo telefónico a los EAP o directamente al usuario.

Aunque los límites entre las tres definiciones puede no siempre estar claramente delimitado, creemos que las nociones de

- Urgencias
- Intervención en crisis
- Consulta urgente

con sus respectivos niveles de complejidad y respuesta, resulta útil para marcar conceptualmente el campo de actuación de la atención no programada.

Criterios operativos

Los Equipos de Salud Mental podrán realizar una labor de apoyo a la urgencia e intervención en crisis en el marco de ciertos criterios operativos o características de la demanda.

Las intervenciones en urgencias y crisis que pueden ser atendidas desde los ESM se definen por los siguientes *criterios*:

- Consultas no programadas.
- De pacientes con historia abierta previamente en ESM.
- Que requieran intervención urgente por descompensación psicopatológica, crisis, efectos adversos de la medicación u otras causas.
- Que no precisen de forma inmediata medicación sedante o contención física debido al grave riesgo que presentan para sí mismos o para los demás.
- Derivados desde EAP, previo contacto telefónico (aunque en algunos casos, y por falta de información sobre el circuito asistencial, el paciente acuda por iniciativa propia, circunstancia que debería darse cada vez en menor medida).
- Consultas urgentes realizadas por vía telefónica (que en lo posible podrían canalizarse a través de Atención Primaria), para las que se puede definir un tramo horario preestablecido.

La urgencia, en función de sus características, podrá atenderla el psiquiatra o el psicólogo del equipo. En el contexto de la definición funcional de enfermería en los ESM, podría valorarse su papel en la atención a este tipo de demanda.

Para lograr la regulación de la atención no programada es necesario que el funcionamiento se sustente en ciertos **elementos básicos** (información a usuarios y dispositivos, coordinación, potenciación del contacto telefónico, citación preferente) y **procedimientos asistenciales**:

1. En la primera consulta *se informará claramente al paciente y su familia* de las vías de atención a las situaciones urgentes que puedan surgir antes de la cita programada. Se ofrecerá información escrita con teléfonos de contacto.
2. Los ESM establecerán *horarios de contacto telefónico para los usuarios*, de modo que la mayoría de las demandas no programadas puedan vehiculares por este medio.
3. Los EAP *contactarán por teléfono con el ESM* cuando en las consultas de primaria surjan situaciones que requieran una atención urgente. Pueden establecerse horarios de contacto. Un gran porcentaje de estas demandas pueden resolverse mediante apoyo telefónico y citación preferente del enfermo en los ESM.

-
4. Tanto a los usuarios como a los EAP se les informará de aquellas situaciones en las que es preferible *acudir directamente a los servicios de urgencias de los hospitales generales* (en algunos casos con el apoyo de atención domiciliaria o 112):
 - a. Estados de agitación psicomotriz grave
 - b. Comportamientos que pongan en peligro al paciente o a terceros
 - c. Crisis psicóticas agudas severas.

 5. Establecer en las agendas la posibilidad de reservar espacios asistenciales para recanalizar la demanda no programada a través de *citas preferentes* cuando se crea indicado. Se incorporarán a las agendas según la circular informativa sobre agendas y lista de espera elaborada por la Subdirección de Salud Mental. El registro de la actividad no programada en las agendas del sistema de información JARA puede realizarse generando una consulta en el momento en el que el paciente es atendido.

Transporte. El servicio de urgencias y emergencias, en colaboración con los EAP y en su caso con el apoyo de los ESM son los encargados de organizar el **transporte** del enfermo (Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental de la Junta de Extremadura) con el apoyo de las fuerzas de orden público cuando sea necesario. En ocasiones puede ser una alternativa solicitar transporte asistido al hospital comarcal.

Implantación

Para la implantación de un protocolo de intervención en crisis y urgencias en los ESM es imprescindible un esfuerzo de información y formación a varios niveles:

1. *Para los usuarios:* Tras la primera consulta, al paciente y familiares se les indicará, a ser posible por escrito, cuales son las vías y mecanismos de atención en caso de que se produzca una demanda de atención urgente.
2. *Para los EAP:* Formación para intervenciones en crisis y urgencias psiquiátricas. Información y criterios de derivación.
3. *Para el ESM:* Conocimiento del protocolo por parte de todos los miembros del ESM. Entrenamiento en intervención en crisis.
4. *Para la UHB:* Criterios de derivación e ingreso en el hospital.

Esquema del Protocolo de intervención para la atención no programada.

En el **Anexo 1** se recoge el esquema del protocolo de atención a la demanda no programada en los ESM. Se tiene en cuenta la posibilidad de que acuda el paciente o que la consulta la vehicule su familia.

La demanda no programada puede acceder directamente al ESM o al EAP. En este último caso, el EAP contacta telefónicamente con el ESM para valorar las intervenciones terapéuticas necesarias (generalmente ajustes de medicación y recomendaciones específicas) y la necesidad o no de ingreso; si el ingreso se considera necesario, el ESM enviará por fax un informe con los antecedentes del paciente, tratamiento, recomendaciones de actuación, etc., y se coordinará el traslado (según protocolo) al servicio de urgencias del hospital general con UHB de referencia.

Si el ingreso no es necesario, se realizan recomendaciones terapéuticas y se ofrece una cita preferente en el plazo de 7-10 días.

En caso de que no acuda el enfermo y la familia consulte en su lugar, se establecerá la necesidad de que el personal sanitario correspondiente acuda o no al domicilio para prestar asistencia y coordinar un traslado a urgencias del hospital si fuese necesario. En otros casos, se ofrecerá a la familia una cita preferente y las recomendaciones oportunas.

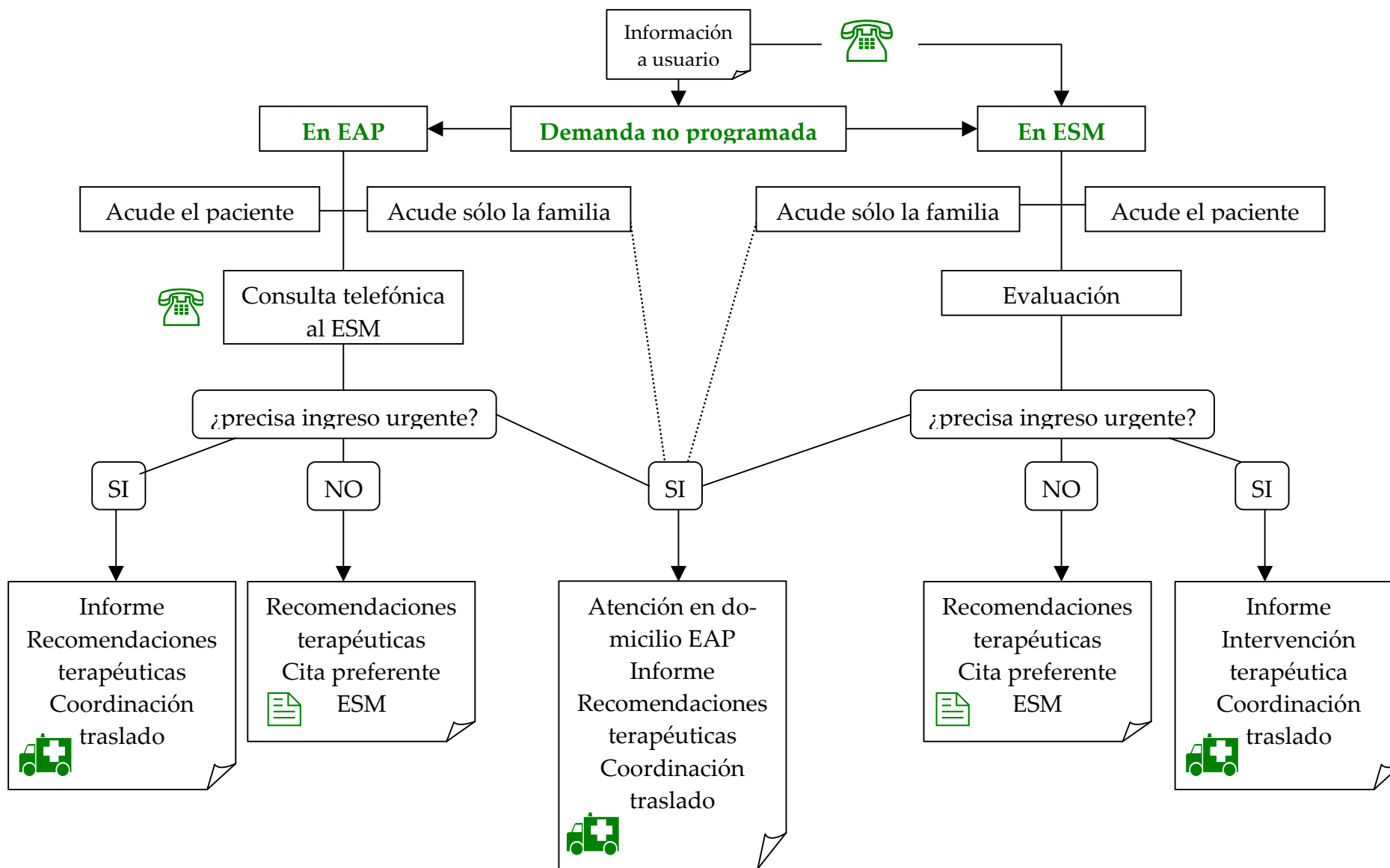
Si la demanda se genera en el propio ESM, se evaluará la necesidad de ingreso; si no es necesario se realizan los ajustes terapéuticos puntuales oportunos (intervención breve) y se ofrece una cita preferente en 7-10 días si se considera oportuno; si el ingreso es necesario se realiza el informe de derivación y se coordina el traslado.

Puede plantearse la necesidad de realizar una intervención urgente en un paciente que requiera contención farmacológica o física: en este punto habría que valorar la conveniencia de contar con los medios necesarios para llevar a cabo este tipo de intervenciones. Es muy importante que la familia reciba información desde la primera visita para que vehicule correctamente este tipo de demanda urgente con riesgo para el paciente o para terceros al servicio de urgencias del hospital general.

En algunos casos la familia solicitará asistencia para un paciente que no ha acudido a la consulta: en este caso se tramita y coordina como una urgencia domiciliaria con la colaboración del EAP que realice la asistencia en domicilio.

En ciertos casos los ingresos no urgentes se tramitan a través de la solicitud de un internamiento judicial involuntario.

Un esquema general pretende ofrecer orientación funcional a los ESM y EAP para una mejor atención a la demanda no programada, si bien es necesario recordar que no todas las situaciones clínicas se adaptan a esquemas rígidos, por lo que es necesario plantear estructuras funcionales flexibles y adaptativas.



Anexo 1.- Protocolo de intervención para la demanda no programada