



Programa de atención en Salud Mental a usuarios de residencias.

Versión 5. (02.02.2022):

* *El presente documento está sujeto a sufrir actualizaciones y/o modificaciones que serán debidamente notificadas, y a fin de adaptar la atención a las demandas asistenciales.*



Índice.

1. Contacto.	3
2. Introducción y desarrollo.	4
3. Recursos humanos.	5
4. Objetivo y cartera de servicios.	6
5. Subsidiarios del programa.	8
6. Tipos de atención y prestación.	9
7. Metodología asistencial.	11
8. Tipos de seguimiento.	14
9. Atención psiquiátrica urgente.	15
10. Hospitalización por causa psiquiátrica.	17

1. Contacto.

Programa de atención en Salud Mental a usuarios de residencias.

<i>Contacto telefónico con equipo de referencia: Lunes a Viernes de 9 a 14 horas (salvo fines de semana y festivos)</i>		<i>Correo electrónico común</i>
Psiquiatra	Antonio Iglesias Pérez Externo: 626.163.732 Interno: 464892	residencias.psq.asacec@sergas.es
Enfermera	Tamara Álvarez Gómez	
Psiquiatra	Carmen Barral Picado Externo: 669.806.011 Interno: 460405	
Enfermera	Paula Suárez López	
Guardia Psiquiatría	Externo: 638.678.325 Interno: 464519	
Ubicación	Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Marítimo de Oza, A Coruña	

2. Introducción y desarrollo.

El antiguo programa sociosanitario del servicio de Psiquiatría de la EOXI de A Coruña se desarrolló en el año 2004. Hasta el año pasado, se contaba con un único Facultativo Especialista en Área de Psiquiatría, que asistía a **16 centros residenciales** para personas mayores, discapacitados y centros de inclusión de las zonas de A Coruña, Oleiros y Betanzos, contando con una cobertura para aproximadamente **1666 usuarios**.

El objetivo de la primera fase de ampliación que se ha llevado a cabo a lo largo del 2021, ha sido extender la asistencia psiquiátrica a las residencias que cuentan con **equipo sanitario** (médico y/o enfermería) en plantilla del propio centro, con independencia de su carácter público, concertado o privado. Esto ha supuesto la inclusión de **26 centros más**, hasta conformar un total de **40 residencias** distribuidas por el área sanitaria de A Coruña y Cee, lo que supuso aumentar la cobertura a aproximadamente **3490 usuarios** potenciales.

Con el inicio del 2022, tendrá lugar la segunda fase de desarrollo del programa, en la que se continuará ampliando la cobertura psiquiátrica a las residencias del área que **no disponen de personal sanitario propio**. Consideramos que estos centros exigen un tipo de metodología diferente y mixta, centrada en la complementariedad de la atención remota provista desde el programa, con el seguimiento presencial habitual en los dispositivos ambulatorios correspondientes. El objetivo del programa será canalizar y coordinar el centro con la Unidad de Salud Mental, así como intervenir de forma remota en los casos así que proceda. De este modo, en el programa quedan incluidos los **70 centros residenciales** del área sanitaria y se proporciona asistencia psiquiátrica presencial y/o remota a un total de **4260 usuarios** potenciales.

Los usuarios ambulatorios de los centros de día no serán subsidiarios del programa, por lo que deberán ser atendidos por sus médicos de referencia.

3. Recursos humanos.

Actualmente, la unidad está conformada por **dos Facultativos Especialistas en Área de Psiquiatría y dos Enfermeras Especialistas en Salud Mental**. De esta forma, se configuran dos equipos compuestos por un psiquiatra y una enfermera en cada caso.

3.1. Facultativos Especialistas en Área de Psiquiatría:

- Antonio Iglesias Pérez.
- Carmen Barral Picado.

3.2. Enfermeras Especialistas en Salud Mental:

- Tamara Álvarez Gómez.
- Paula Suárez López.

El equipo de Salud Mental se integra dentro del grupo de trabajo organizado por la Unidad de Coordinación y Apoyo asistencial a Residencias. Se realizan reuniones interdisciplinarias quincenales con el objetivo de optimizar el desarrollo de la asistencia sanitaria en las residencias del área sanitaria de A Coruña y Cee.

4. Objetivo y cartera de servicios.

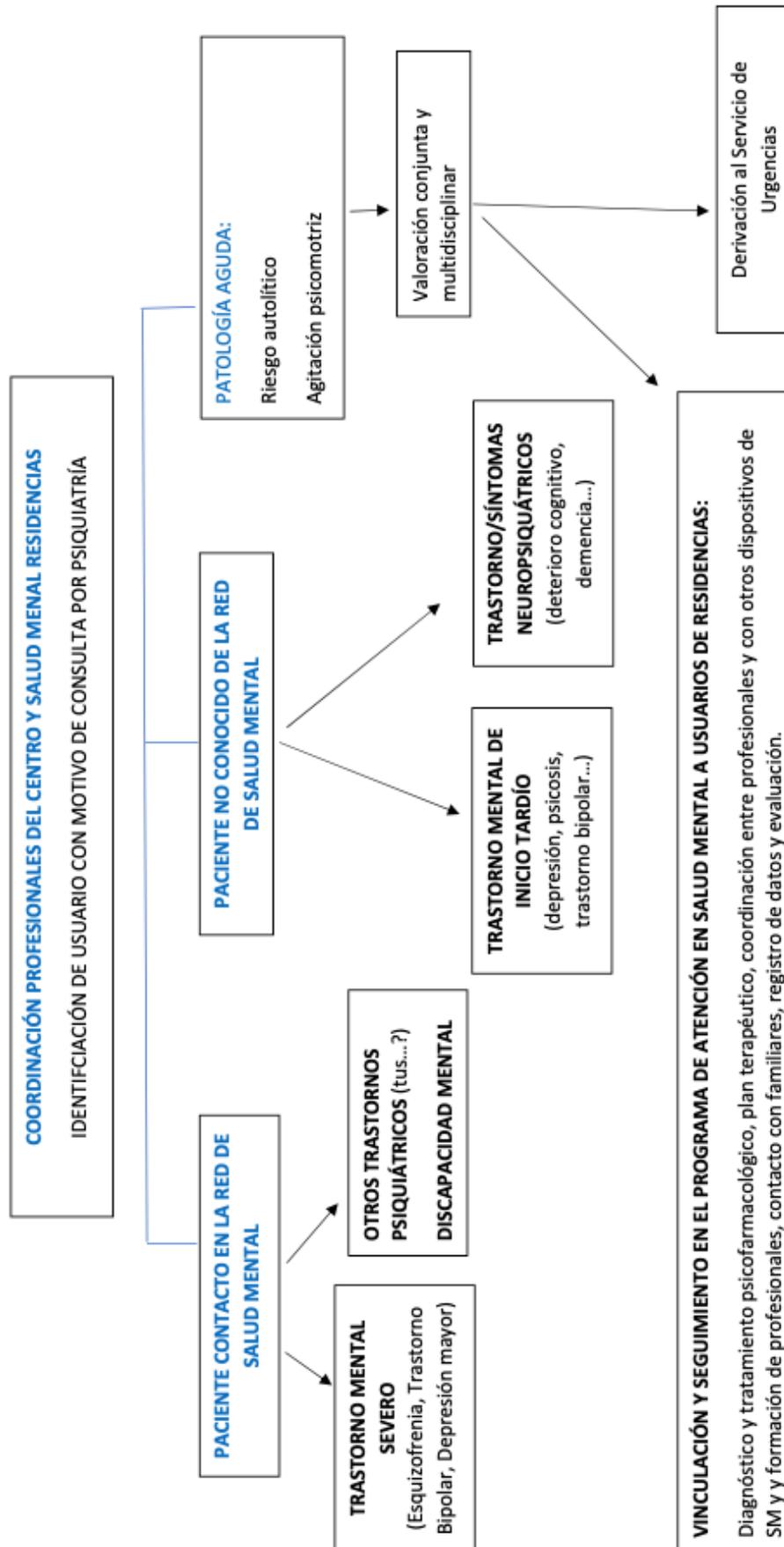
Garantizar los cuidados básicos y la asistencia médica de una población con mayor esperanza de vida, envejecida y más dependiente, supone un reto para el Sistema de Salud. En este contexto, el trabajo interdisciplinar de los recursos sanitarios en colaboración con los profesionales de las residencias se torna fundamental.

Dentro de esta filosofía multidisciplinar, un objetivo del programa de atención en Salud Mental a usuarios de residencias será acercar la asistencia psiquiátrica a estos pacientes, que habitualmente disponen de una menor capacidad y medios para acceder a los dispositivos de Salud Mental ambulatorios. Para ello, entendemos que la comunicación cercana y fluida, así como la formación de los profesionales de las residencias en la identificación y manejo de usuarios con síntomas neuropsiquiátricos o trastorno mental, resultan imprescindibles para adecuar las demandas a los recursos disponibles y mejorar su asistencia global.

Las siguientes tareas forman parte de las competencias del programa:

1. Coordinación con los centros residenciales a través de la figura de gestor de casos.
2. Asistencia psiquiátrica presencial y/o remota según lo descrito a continuación:
 - A. Revisión de historial clínico en IANUS.
 - B. Resolución de interconsultas remotas.
 - C. Evaluación psicopatológica durante las interconsultas presenciales.
 - D. Solicitud de pruebas complementarias pertinentes.
 - E. Filiación diagnóstica.
 - F. Diseño de un plan terapéutico individualizado.
 - G. Clasificación del tipo de seguimiento: activo vs pasivo.
 - H. Monitorización evolutiva de usuarios en seguimiento activo.
 - I. Registro de información, seguimiento y actuaciones clínicas en IANUS.
 - J. Gestión de altas del programa y/o derivaciones a otros dispositivos asistenciales.
3. Coordinación y colaboración con el grupo interdisciplinar organizado por la Unidad de Coordinación y Apoyo asistencial a Residencias, así como con diferentes dispositivos del propio servicio de Psiquiatría y otras unidades del SERGAS.
4. Información, asesoramiento y apoyo a profesionales, cuidadores y familiares.
5. Formación de profesionales de residencias.
6. Adaptación progresiva del programa a las necesidades asistenciales.
7. Desarrollo de subprogramas específicos.
8. Registro de actividad asistencial en aplicativo CLINICA.
9. Registro de datos clínicos en aplicativo SIMON.

Las **actividades de carácter pericial no están incluidas** en la cartera de servicios de este programa.



5. Subsidiarios del programa.

El abordaje del **síndrome confusional agudo** queda inicialmente **excluido** del programa, salvo para consulta y asesoramiento del médico de referencia en casos complejos. Por tanto, serán candidatos aquellos usuarios **residentes** que presenten una o varias de las siguientes condiciones:

5.1. Usuarios con síntomas psiquiátricos de inicio tardío (> 60 - 65 años):

- Riesgo de suicidio: verbalizaciones o intento autolítico.
- Síntomas sugestivos de episodio depresivo mayor o de episodio maníaco.
- Síntomas psicóticos o alteraciones de conducta no filíadas.

5.2. Usuarios con trastorno mental grave previamente diagnosticado:

- Trastornos psicóticos primarios:
 - Esquizofrenia.
 - T. esquizoafectivo.
 - T. de ideas delirantes.
 - Ep. depresivo mayor con síntomas psicóticos...
- Trastornos afectivos mayores:
 - T. bipolar.
 - Ep. depresivo mayor sin síntomas psicóticos.
 - T. depresivo recurrente...

5.3. Usuarios con otros trastornos psiquiátricos:

- Otras patologías de espectro no psicótico:
 - T. del sueño.
 - T. adaptativo.
 - Distimia.
 - T. de ansiedad.
 - T. obsesivo-compulsivo.
 - T. de personalidad.
 - T. por uso de sustancias...

5.4. Usuarios con síntomas psiquiátricos o alteraciones de conducta de origen orgánico:

- Deterioro cognitivo de cualquier etiología:
 - Deterioro cognitivo / comportamental leve.
 - Demencia:
 - ❖ Enfermedad de Alzheimer.
 - ❖ Vascular.
 - ❖ Frontotemporal.
 - ❖ Cuerpos Lewy.
 - ❖ Tóxica...
- Otros síndromes cerebrales orgánicos:
 - Daño cerebral adquirido.
 - Enfermedad de Parkinson...

5.5. Usuarios con discapacidad / daño cerebral y síntomas o trastornos psiquiátricos comórbidos.

6. Tipos de atención y prestación.

La atención psiquiátrica se diferenciará en dos modalidades asistenciales: **presencial y remota**. En base a ello, se definen dos tipos de prestación en función de las características de cada residencia: **completa o parcial** (Tabla 1).

6.1. Prestación completa:

El criterio que se sigue para la inclusión en esta modalidad, es que el centro disponga de personal sanitario propio y suficiente (**equipo médico y/o de enfermería**), que permita coordinarse con el programa de forma eficaz y con garantías para el abordaje integral de los usuarios.

La prestación completa supone la provisión de atención psiquiátrica tanto **presencial** como **remota** por parte del programa. La incorporación o pérdida (indefinida y sin reposición) de personal sanitario a la plantilla de una residencia de mayores o discapacidad, supondrá la modificación del tipo de prestación ofertada a dicho centro.

Por otro lado, el perfil de usuarios de los **centros de inclusión social**, se diferencia significativamente del de residencias de mayores y discapacidad. Consideramos que el complejo contexto psicosocial y la preponderancia de patología psiquiátrica en esta población, además de su juventud, mayor autonomía, pero sobre todo, la ausencia de comorbilidades médicas de importancia, permiten garantizar la calidad de la prestación completa, aún en ausencia de personal sanitario en plantilla. Sin embargo, corresponderá a los profesionales del centro disponibles asumir las funciones de supervisión y coordinación equivalentes.

6.2. Prestación parcial:

El criterio que se sigue para la inclusión en esta modalidad es que el centro **carezca de personal sanitario** propio y suficiente (equipo médico y/o de enfermería). La cantidad de centros de este perfil, su reducido número de plazas y su gran dispersión geográfica limitan la eficiencia de la atención presencial regular, pues supondría extender demasiado la cadencia de las visitas a las residencias de mayor tamaño. Además, la dependencia y comorbilidades médicas de estos usuarios suele ser mayor que en los centros de inclusión, por lo que la ausencia de personal sanitario podría comprometer la calidad de una asistencia psiquiátrica exclusivamente remota. En este contexto, consideramos que estos centros exigen un tipo de metodología diferente y mixta.

La prestación parcial supone la provisión de atención psiquiátrica **remota por parte del programa**, y en caso de estar indicado, el seguimiento **presencial** de estos usuarios deberá realizarse en la **Unidad de Salud Mental (USM)** correspondiente. Las funciones del programa serán preferentemente de canalización asistencial y coordinación entre el centro y la USM, pero se reserva la posibilidad de realizar ajustes de tratamiento puntuales en casos en los que no sea necesaria la valoración presencial del usuario.



Tabla 1. Resumen de tipos de prestación y atención.

Tipos de prestación	Criterio de inclusión	Tipos de atención
COMPLETA	Disponibilidad de personal sanitario propio y suficiente en plantilla del centro (equipo médico y/o de enfermería)	• PRESENCIAL • REMOTA
PARCIAL	Ausencia de personal sanitario propio y suficiente en plantilla del centro (equipo médico y/o de enfermería)	• REMOTA

7. Metodoloxía asistencial.

El abordaje de los pacientes institucionalizados requiere de un enfoque multidisciplinar, por lo que desde el programa se promoverá la colaboración y coordinación con el personal sanitario de referencia para los usuarios, especialmente en aquellos con perfil psicogerátrico de la **categoría 5.4**.

Para realizar cualquier tipo de intervención, será imprescindible que desde la residencia se aporte **información clínica** suficiente sobre el paciente, la pauta **tratamiento farmacológico actualizado** y las **escalas de valoración** cognitiva y funcional fechadas más recientes.

7.1. Metodoloxía de la atención presencial:

Cada centro residencial designará una persona de referencia para optimizar la coordinación con el programa (**gestor de casos**). El gestor de casos será el encargado de confeccionar las **listas de trabajo** y de servir de enlace entre el programa y el centro. Se recomienda que la elección del gestor de casos tenga en cuenta el conocimiento clínico sobre los usuarios, y a ser posible, que sea el propio **médico de la residencia**. En caso de no disponer de facultativo propio, otras opciones podrían ser enfermería o la persona con mayor formación clínica disponible.

Es necesario que cada residencia facilite un **número de teléfono** y una **dirección de correo electrónico** para mantener una comunicación fluida. Desde el programa se ha habilitado un correo electrónico corporativo para optimizar la gestión de los casos según la siguiente metodología:

1. El gestor de casos elaborará una lista de trabajo con aquellos usuarios que requieran valoración psiquiátrica **presencial** durante las visitas al centro. Para garantizar una atención adecuada, se recomienda que la lista de trabajo no supere los **6 - 8 pacientes por visita**.
2. En el asunto del correo deberá figurar:
 - Lista de trabajo: nombre de la residencia y fecha de la visita programada.
3. Para facilitar la identificación en IANUS de cada usuario, se recomienda que en la lista de trabajo se especifiquen los siguientes elementos:
 - Nombre y ambos apellidos.
 - Fecha de nacimiento.
 - Número de Historia Clínica (NHC): *residencias con acceso a IANUS*.
 - Breve descripción del motivo de interconsulta.
 - Tipo de consulta:
 - ❖ Primera consulta.
 - ❖ Seguimiento activo.
 - ❖ Seguimiento pasivo.

4. La lista se remitirá al correo electrónico del programa antes de cada visita al centro (**residencias.psq.asacec@sergas.es**). Se ruega una antelación de al menos unas **48 horas**, para permitir la revisión previa del historial clínico de los usuarios (Tabla 2).
5. Los usuarios que figuren en la lista de trabajo serán atendidos por el correspondiente equipo del programa, que se desplazará a cada residencia según la cadencia estipulada de las visitas, y que podrá ser flexible y reprogramable en función de las necesidades de usuarios, residencias u otras contingencias que puedan afectar a la continuidad asistencial.

Tabla 2. Ejemplo de correo electrónico con lista de trabajo

Para	residencias.psq.asacec@sergas.es		
Asunto	Lista de trabajo Residencia XXXXX 01/01/2021		
1	Nombre y apellidos Fecha nacimiento NHC	Sospecha síntomas psicóticos: dice que hay una mafia que le quiere matar	Primera consulta
2	Nombre y apellidos Fecha nacimiento NHC	Sospecha de depresión: se encuentra triste, no tiene interés por nada y tiene ideas autolíticas	Seguimiento pasivo
3	Nombre y apellidos Fecha nacimiento NHC	Revisión de paciente con T. Bipolar e insomnio desde hace unos días	Seguimiento activo
4	Nombre y apellidos Fecha nacimiento NHC	Revisión de paciente con Esquizofrenia estable	Seguimiento activo

7.2. Metodología de la atención remota:

Debido a la situación sanitaria global de los últimos meses, se potenciará de forma progresiva la **coordinación remota** con el gestor de casos de cada residencia, para la resolución de situaciones clínicas que no requieran de valoración presencial. La atención a distancia se podrá llevar a cabo por dos vías de comunicación según la situación lo requiera. Esta forma de asistencia se reserva para tareas de coordinación, interconsultas remotas a demanda de la residencia y seguimiento activo de pacientes.

- **Teléfono corporativo:** cada uno de los dos equipos dispone de un busca operativo de Lunes a Viernes, en horario de 9 a 14 horas. Se utilizará esta vía de contacto para situaciones clínicas que requieran de una coordinación inmediata.
- **Correo electrónico corporativo:** activo de forma permanente y común para todos los miembros del programa. Se utilizará este medio para la gestión de las listas de

trabajo de las visitas presenciales y para aquellas consultas que no precisen de una coordinación inmediata.

Con la intención de garantizar la calidad de las intervenciones a distancia y optimizar la fluidez de la información clínica, se ruega que para la solicitud de interconsultas remotas se utilice la plantilla modificable diseñada para tal fin (**Anexo I. Solicitud de interconsultas**). Una vez cubiertos los apartados correspondientes en la plantilla, se adjuntará la **pauta de tratamiento farmacológico actualizada**, y ambos archivos se remitirán al correo electrónico corporativo. La contestación por parte del programa será a través del mismo medio.

Anexo I. Solicitud de interconsultas.

PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A USUARIOS DE RESIDENCIAS		 SERVIZO GALEGO de SAÚDE Área Sanitaria da Coruña e Cee	
RESIDENCIA:			
DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRE:			
APELLIDOS:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
TIPO DE CONSULTA			
PRIMERA CONSULTA		SEGUIMIENTO	
MOTIVO DE CONSULTA:		ACTIVO <input type="checkbox"/> PASIVO <input type="checkbox"/>	
		EVOLUCIÓN:	
ESCALAS (MÁS RECIENTES)			
BARTHEL	FECHA:	PUNTUACIÓN:	
MEC	FECHA:	PUNTUACIÓN:	

8. Tipos de seguimiento.

Se definen **dos tipos de seguimiento** clínico por parte del programa. La diferencia entre ambos radica en quién recae la demanda de consulta (Tabla 3). Queda a criterio del equipo de Salud Mental catalogar la forma de seguimiento de cada usuario que sea valorado por primera vez, y es posible la **transición** de una modalidad a otra en función de la evolución de cada paciente:

- **Seguimiento activo:** la demanda de revisión o intervención puede surgir a **iniciativa del propio programa y/o de la residencia**. Está preferentemente dirigido a pacientes de las **categorías 5.1 y 5.2**, sin perjuicio de que también se puedan incluir otros usuarios en los que así se considere por su complejidad o situación clínica. Para que un paciente sea clasificado como activo, es necesario que haya sido valorado por el programa en al menos una ocasión. También se codificarán como activos los usuarios que sean notificados e incorporados a los programas de seguimiento post alta y/o de monitorización de psicofármacos especiales.

Se ruega que los usuarios en seguimiento **activo** que cambien de centro residencial o retornen a domicilio, sean **comunicados** al programa con antelación para poder planificar la continuidad asistencial en el dispositivo que corresponda.

- **Seguimiento pasivo:** se considera en esta situación a cualquier residente del centro, excepto aquellos que ya figuren como seguimiento activo. El seguimiento y manejo habitual de estos pacientes corresponde al personal sanitario de referencia del usuario, tanto de la propia residencia como de atención primaria, y desde el programa **se intervendrá exclusivamente a demanda de la residencia**. No se establece límite del número de consultas para un usuario en seguimiento pasivo.

Tabla 3. Resumen modalidades de seguimiento clínico.

Tipos de seguimiento	Demanda de consulta o intervención
Seguimiento ACTIVO	<ul style="list-style-type: none">• Programa de atención en Salud Mental de residencias• Centro residencial
Seguimiento PASIVO	<ul style="list-style-type: none">• Centro residencial

9. Atención psiquiátrica urgente.

En usuarios de centros residenciales se pueden presentar básicamente dos tipos de urgencias psiquiátricas:

- **Riesgo autolítico.**
- **Agitación psicomotriz no manejable en centro residencial.**

Como norma general, la atención psiquiátrica urgente se establecerá de forma **telefónica** como se resume en el Algoritmo 1. El objetivo principal será resolver la urgencia mediante una intervención **remota** coordinada con los profesionales del centro, minimizando así la derivación innecesaria de usuarios a los dispositivos hospitalarios. En caso de que la modalidad remota resulte insuficiente o ineficaz, se estudiará la posibilidad de reprogramar la visita presencial en función de la demanda asistencial en ese momento. Solo se valorará el traslado del usuario al servicio de urgencias por motivo psiquiátrico en situaciones en las que el tipo de urgencia y/o su gravedad no permitan un manejo suficiente en el centro residencial.

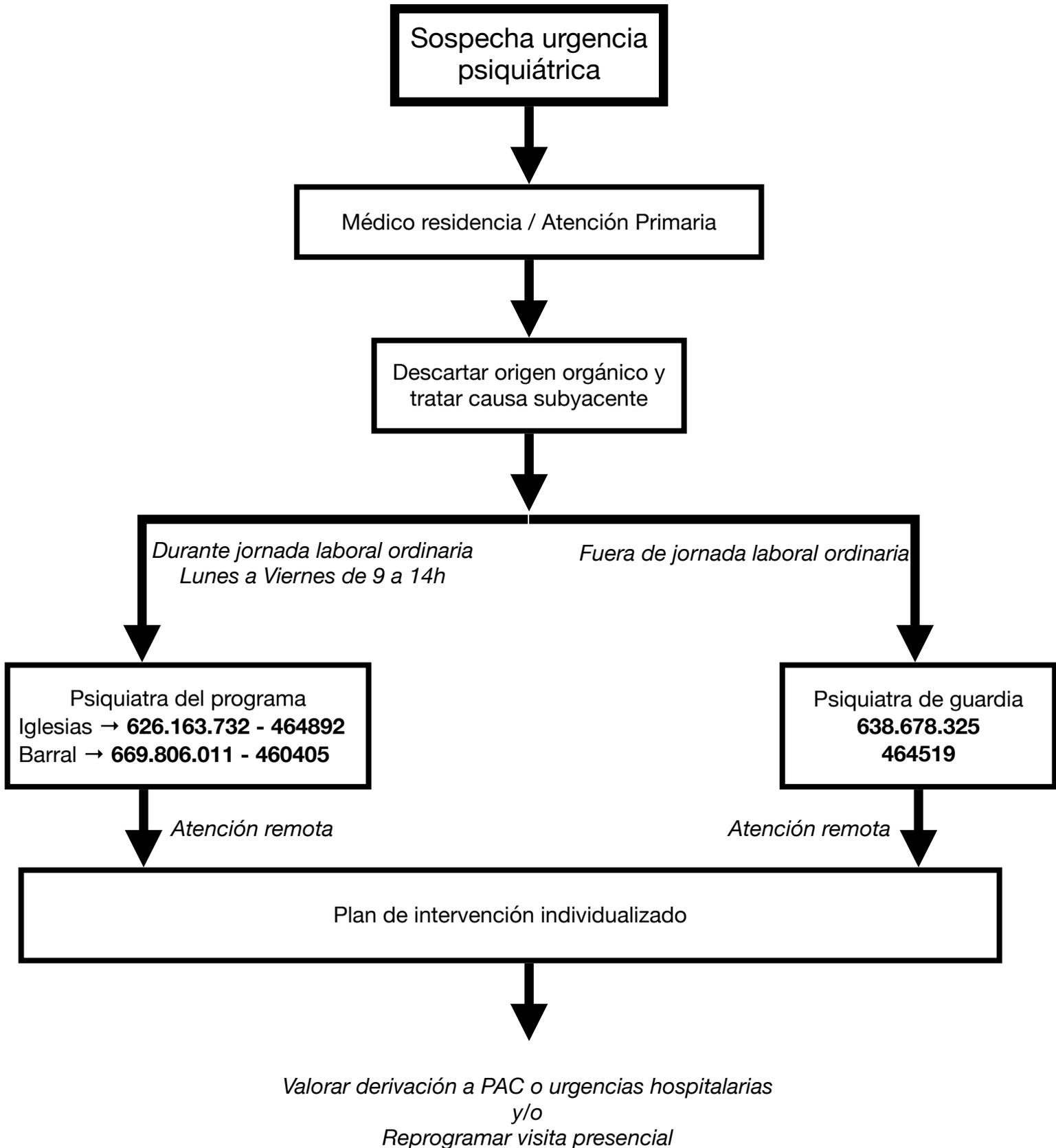
9.1. Urgencias durante la jornada laboral ordinaria:

Operativa de Lunes a Viernes, de 9 a 14 horas, salvo festivos. Se realizará mediante el contacto con el **equipo de referencia del programa**.

9.2. Urgencias fuera de la jornada laboral ordinaria:

Disponible en horario continuado. Se realizará mediante el contacto con la **guardia de Psiquiatría**. Se reserva para aquellas situaciones en las que el manejo por los profesionales de referencia del usuario resulte insuficiente, o que el motivo de consulta no pueda ser aplazado hasta que el psiquiatra del programa se encuentre disponible. Para garantizar un adecuado filtrado de las urgencias y evitar la sobrecarga del recurso, **se ruega un uso responsable del dispositivo**.

Algoritmo 1. Atención remota a urgencias psiquiátricas en residencias.



10. Hospitalización por causa psiquiátrica.

En casos de usuarios descompensados de elevada complejidad, se podrá realizar un seguimiento remoto activo e intensivo, con el objetivo de minimizar la necesidad de hospitalización psiquiátrica. Además, se evaluará la viabilidad de adaptar la frecuencia de las revisiones presenciales según la disponibilidad asistencial.

Cuando el manejo clínico de un cuadro de descompensación psicopatológica aguda supere la capacidad de la residencia para realizar adecuadamente los cuidados del usuario, se valorará la posibilidad de ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Marítimo de Oza (UHP), para filiación diagnóstica y/o estabilización clínica. **No se considerarán subsidiarios de ingreso hospitalario psiquiátrico:**

- Pacientes en los que la sintomatología psiquiátrica sea de **origen orgánico** (diagnóstico de deterioro cognitivo / demencia, síndrome confusional, patología neurológica primaria...).
- Pacientes con trastorno psiquiátrico primario cuyos **síntomas** estén **cronificados**, con escasas posibilidades de mejoría y/o que no se beneficien de un internamiento hospitalario transitorio.

10.1. Ingresos programados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):

Se fomentarán los ingresos en UHP de forma **programada y directa** desde la residencia a la unidad, procurando en la medida de lo posible evitar el habitual e innecesario paso previo por el servicio de urgencias hospitalarias. De esta manera, se optimiza la eficiencia sanitaria y la comodidad de pacientes y familias.

El protocolo de ingreso se individualizará teniendo en cuenta factores como la disponibilidad de cama en UHP, la situación clínica del paciente y el contexto sanitario en ese momento. Para garantizar la agilidad y seguridad de este procedimiento, se deberán seguir correctamente los pasos reflejados en la Tabla 4, entre los que se incluye al menos una prueba de despistaje para SARS-CoV-2 (COVID-19).

10.2. Ingresos urgentes en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP):

En el supuesto de que la evolución clínica del paciente no permita la programación anticipada del ingreso, no exista previsión de cama en un plazo razonable o se sospeche patología orgánica intercurrente, se considerará la derivación al servicio de urgencias del Hospital de A Coruña, como paso intermedio para la valoración urgente y/o ingreso en UHP en caso de estar indicado.



Tabla 4. Protocolo ingreso programado en UHP.

Procedimiento	Pruebas complementarias
1) Coordinación con psiquiatra del programa y valoración del caso	
2) Indicación de ingreso en UHP por psiquiatra del programa	
3) Coordinación con psiquiatra de urgencias para evaluar la previsión de disponibilidad de camas y planificar el ingreso	
4) Despistaje SARS-CoV-2 preingreso	<ul style="list-style-type: none">• PCR 24-72h antes del ingreso y/o• T. Antígeno el día del ingreso
5) Ingreso directo desde residencia a UHP	



Más información en:

***[https://xxicoruna.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?
tipo=paxtab&idLista=3&idContido=747&migtap=458%3b468%3b747&idTax=12500](https://xxicoruna.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtab&idLista=3&idContido=747&migtap=458%3b468%3b747&idTax=12500)***

Para cualquier otra cuestión no duden en contactar con el programa:
residencias.psq.asacec@sergas.es

Autores:

Equipo de atención en Salud Mental a usuarios de residencias.