

EMSE: ¿Un recurso eficiente?

Martín M, García B, Piñero C, Malagón A, Córcoles D, Bulbena A
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD). Parc de Salut Mar. Barcelona. España

Introducción

El EMSE (Equipo Multidisciplinar de Soporte Especializado) es un programa que desde el año 2003 da soporte y atención especializada a las urgencias psiquiátricas de Barcelona. Su población diana son los trastornos mentales severos resistentes a la atención médica y los trastornos en fase de descompensación con alto riesgo de desvincularse de la red asistencial. 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). En España, el EMSE es un dispositivo pionero y por ello nos preguntamos, ¿es realmente necesaria una unidad de crisis móvil en nuestro medio? ¿A qué necesidades da respuesta? ¿Existe una población diana distinta a la hospitalaria?

Objetivos

El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad de este tipo de unidades en enfermos mentales de gravedad moderada/severa. Las hipótesis fueron que los pacientes atendidos en el EMSE son más graves e ingresan menos en comparación con los visitados en SEP (Servicio de Emergencias Psiquiátricas).

Metodología

Evaluamos las visitas realizadas durante un año (Enero 2006-Diciembre 2006) al servicio de urgencias de psiquiatria y al programa EMSE. Del conjunto de pacientes atendidos, recogemos las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta, diagnóstico sindrómico, tipo de derivación al alta, gravedad según Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (GEP) y funcionamiento global según Escala EAGG. Posteriormente los datos

son analizados con el paquete estadístico SPSS 13.0, realizando un análisis comparativo quasi-experimental en el que se aparean ambas muestras por diagnóstico, género y edad. De la muestra apareada, se realiza una regresión logística multivariada para determinar la contribución relativa de las variables en la hospitalización.

Resultados

Durante el periodo de estudio, se realizaron 503 visitas en EMSE y 3333 en PES. En la tabla I se muestran las características sociodemográficas y clínicas y las diferencias entre ambos grupos de pacientes. En comparación con los pacientes de PES, los del EMSE son mayores, con más frecuencia varones y con el diagnóstico del espectro de la esquizofrenia que son atendidos por alteraciones de conducta o clínica psicótica (Figura 1). Los visitados en PES son con más frecuencia mujeres con diagnóstico dentro del espectro afectivo y de ansiedad. La hospitalización es más frecuente de manera global en los pacientes atendidos por EMSE. Los indicadores de gravedad (total SPI score y GAF) muestran mayor gravedad en los pacientes de EMSE que en los de PES. La regresión logística multivariada muestra la contribución independiente de los diferentes ítems de la escala GEP en la decisión de ingresar a los paciente (Tabla II).

De los datos se extrae que el factor que más influye en la decisión de ingresar un paciente es la "severidad de los síntomas". Mediante el análisis de la muestra apareada observamos que a igual gravedad, los pacientes de EMSE ingresan menos. No hay diferencias entre ambos grupos en la puntuación de la GAF.

Tabla I. Relación univariante entre características demográficas y clínicas después de los pacientes según consulten en los SEP o EMSE

Variable	EMSE		PES		p
	N (503)	%	N (3333)	%	
Hombres	295	58,6	1533	46	<0,001
Edad	46,89	18,7	39,83	15,3	<0,001
Motivo de consulta					
Clínica depresiva	25	5	706	21,2	<0,001
Ideación delirante	170	33,8	353	10,6	
Abuso o dependencia de tóxicos	11	2,2	263	7,9	
Ansiedad	17	3,4	1007	30,2	
Alteraciones de conducta	240	47,7	479	14,4	
Otros	40	8	525	15,8	
Diagnóstico					
Esquizofrenia	303	60,2	629	18,9	<0,001
Tr. Afectivos	68	3,2	842	25,3	
Tr. de ansiedad	16	3,2	832	25	
Tr. por uso de sustancias	12	2,4	418	12,5	
Tr. De personalidad	49	9,7	402	12,1	
Otros trastornos del eje I	55	10,9	210	6,3	
Destino					
Hospitalización	170	34,1	519	15,6	<0,001
Servicios de salud mental ambulatorios	176	35,3	2135	64,1	
Atención primaria	65	13,1	266	8	
Otros	87	17,5	413	12,4	
Puntuación total en la GEP	14,6	5,2	8,57	4,9	<0,001
Puntuación total en la EEAG	46,29	13,8	62,13	16,3	<0,001

Figura 1. Motivo de consulta pacientes atendidos por EMSE

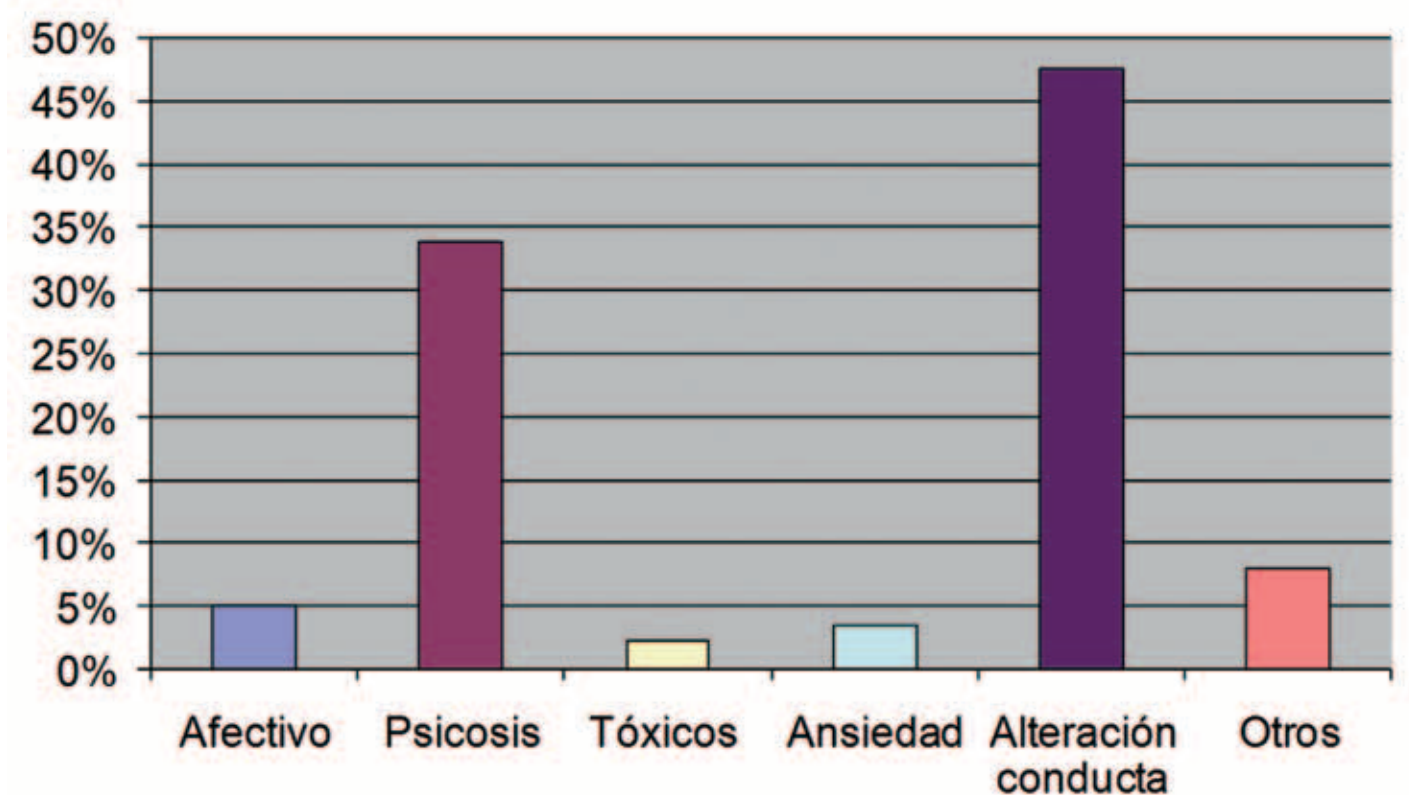


Tabla II. Regresión Logística mostrando las contribuciones relativas de los diferentes ítems de la escala GEP en la frecuencia de ingreso, teniendo cuenta el servicio donde consultaron (SEP vs EMSE)

	B	OR	95% IC	p
Grupo				
PES				
EMSE	-1,525	0,22	0,14-0,35	<.001
EEAG	-0,062	0,94	0,93-0,96	<.001
Ítem escala GEP *				
Severidad de los síntomas	2,493	12,1	4,83-30,28	<.001
Complicaciones médicas	-1,37	0,25	0,15-0,43	<.001
Rechazo al tratamiento	0,969	2,64	1,65-4,20	<.001
Implicación familiar	-0,628	0,53	0,32-0,89	0,015

*Ítems con puntuación de moderado a severo.

Discusión

EMSE y SEP son servicios complementarios que atienden a poblaciones diana con características clínicas diferentes. La posibilidad de realizar visitas repetidas en el domicilio les confiere a estos equipos móviles mayor capacidad de contención en el domicilio y por tanto, mayor capacidad de evitar ingresos en los pacientes con enfermedad mental moderada o severa, hecho que los convierte en un recurso necesario y eficiente.

Bibliografía

1. Fleury MJ. Quebec mental health services networks: Models and implementation. Int J Integr Care. 2005;5:e07.
2. Hugo M, 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 Aug;36(4):504-8.
3. De Clercq M, Dubois V. Crisis intervention models in the french-speaking countries. Crisis. 2001;22(1):32-8.
4. Bengelsdorf H, Alden DC. A mobile crisis unit in the psychiatric emergency room. Hosp Community Psychiatry. 1987 Jun;38(6):662-5.