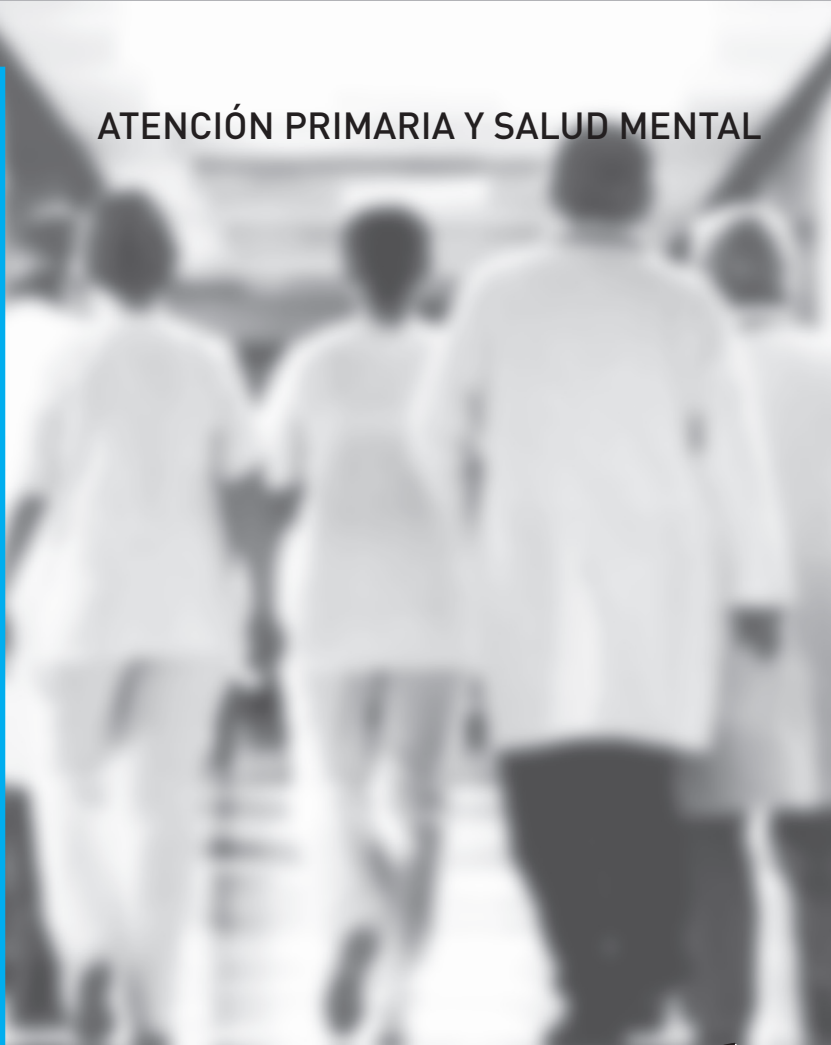


ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL



Protocolo

**de continuidad de cuidados
de enfermería en pacientes
con trastorno mental grave
y tratamiento intramuscular**





Protocolo
de continuidad de cuidados
de *enfermería* en pacientes
con trastorno mental grave
y tratamiento intramuscular



Coordinación

Julio C. Martín García-Sancho, M^a Dolores Martínez Liarte y Rafaela Martínez Guillén.

Autoría (por orden alfabético)

Espinosa López Francisco Javier, Enfermero, CS de Cartagena Casco.

Hurtado López Ana, Enfermera, CSM de Cartagena.

Illán Cano Isabel, Enfermera, CSM Infante de Murcia.

López García Esther, Enfermera, CSM de Caravaca.

López Molina M^a Carmen, Enfermera, Centro de salud de Caravaca.

Lozano Baños Fuensanta, Enfermera, CSM de Jumilla.

Martín García Sancho Julio C, jefe de servicio de programas asistenciales. Subdirección de Salud Mental.

Martínez Guillén Rafaela, Enfermera, Centro de salud Las Torres de Cotillas.

Martínez Liarte M^a Dolores, Enfermera, CSM Morales Meseguer.

Martínez López Antonia, Enfermera, Centro de salud Murcia Infante.

Ortuño Pascual M^a Isabel, Enfermera, CSM de Lorca.

Pujalte Martínez M^a Luisa, Enfermera, UDIF- SM.

Salas Lario Manuela, Enfermera y psicóloga, Centro de salud Lorca San Diego.

Envío de sugerencias por e-mail a: julioc.martin@carm.es

Revisión externa

Centro de documentación de la Consejería de Sanidad, Colegio oficial de diplomados en enfermería de Murcia está, AEN Murcia, Asociación nacional de enfermería de salud mental, Sociedad de enfermería de atención primaria de la región de Murcia, FEAFES región de Murcia, SEMERGEN de Murcia.

Agradecimientos

Queremos agradecer a las enfermeras M.^a Dolores Martínez, Rafaela Martínez y a la doctora Isabel Lázaro la puesta en marcha efectiva de lo descrito en este protocolo, antes de su elaboración. Han sido su fuente de inspiración.

A Dña. Mercedes Gómez Ruiz y Don Juan Manuel Lucas Gómez, Coordinadores Regionales de Enfermería del SMS, por su implicación en la puesta en marcha del grupo de trabajo y difusión del protocolo.

A M^a Dolores Castillo, Técnico del centro regional de documentación de la Consejería de Sanidad, por sus observaciones y sugerencias.

A las Subdirecciones de Salud Mental y Atención Primaria, por facilitar las reuniones y tender puentes como la comisión mixta AP-SM.

A la comisión mixta AP-SM por su lectura y sugerencias al protocolo.

A Josefina Marín, por sus sugerencias, aclaraciones y apoyo incondicional, siempre y en todo momento.

A Asensio López y a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia, por su participación en la difusión del protocolo.

A la Consejería de Sanidad y a los laboratorios Janssen-Cilag, porque a través del proyecto "Intégrame" se financia la impresión de este documento.

Imprime: O. A. BORM

ÍNDICE

1. Justificación	5
2. Objetivos.....	6
3. Población diana.....	7
4. Criterios de inclusión.....	7
5. Criterios de exclusión	8
6. Recogida de información	8
7. Nociones básicas sobre la esquizofrenia	8
8. Sintomatología	9
8.1. Síntomas Positivos.....	9
8.2. Síntomas Negativos	10
8.3. Otros Síntomas.....	11
8.4. Signos de alerta	12
9. Tratamiento.....	13
9.1 Medicación Antipsicótica	14
9.2. Clasificación	14
9.3 Efectos secundarios.....	17
10. Plan de actuación.....	18
10.1. Cómo actuar.....	18
10.2. Inclusión de pacientes en el protocolo	18
10.3. Actividades a realizar	18
10.4. Coordinación	19
10.5. Actuación en caso de crisis.....	20
11. Beneficios del protocolo	21
11.1. Para el Paciente	21
11.2. Para la organización sanitaria	21
12. Dificultades para llevar a cabo este Plan	21
13. Recursos necesarios.....	22
14. Implementación del protocolo	22
15. Evaluación de la implementación.....	24
16. Hoja de continuidad de cuidados. Enfermería de Salud Mental - Atención Primaria	26

PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE.

(ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL)

1. Justificación

La esquizofrenia es una enfermedad grave de curso crónico y que conlleva la actuación de diferentes recursos sanitarios y sociales¹. No es raro que a lo largo de la enfermedad de una persona concreta intervengan diferentes profesionales del centro de salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...) y del centro de salud (médico de familia, enfermera, trabajadora social...).

El tratamiento farmacológico es fundamental. Sin embargo, la mayoría de los estudios sitúan el incumplimiento terapéutico alrededor del 50%.^{2,3} Las dos principales causas de incumplimiento son la falta de conciencia de enfermedad y el rechazo a los efectos secundarios del tratamiento.

Muchos pacientes tienen dificultad para desplazarse con la frecuencia requerida al centro de salud mental para seguir tratamientos inyectables de larga duración, por lo que prefieren acudir a su centro de salud. También es una forma de normalizar el tratamiento de una enfermedad crónica como tantas otras, atendéndolos en las consultas programadas de enfermería de atención primaria.

Los pacientes con trastorno mental grave (TMG) tienen una mortalidad por enfermedades cardiovasculares un 15% más elevada que el resto de la población⁴. Como consecuencia de su patología mental, los efectos de la medicación que toman y estilos de vida poco saludables, presentan con frecuencia factores de riesgo

cardiovascular (FRCV) como sedentarismo, obesidad, tabaquismo y alcoholismo. Al estar centrada la atención en sus problemas de salud mental, con frecuencia se lleva escaso control sobre los FRCV. Las tasas relativas de incidencia y prevalencia tanto de diabetes, como de síndrome metabólico, son de 2 a 4 veces superiores en los pacientes con esquizofrenia que en la población general ⁵.

Existe una experiencia previa de continuidad entre atención primaria y salud mental llevada a cabo en nuestra región entre el centro de salud mental Morales Meseguer y el centro de salud de las Torres de Cotillas en el que se siguió a 23 pacientes con TMG durante tres años y sin ningún ingreso en la unidad hospitalaria⁶.

Con la aplicación de este protocolo, creemos que el paciente será el mayor beneficiario de un cambio que implica una mejor calidad en la atención.

2. *Objetivos*

Generales

Mejorar la continuidad de cuidados

Controlar el cumplimiento de los objetivos de cuidados marcados por el equipo de salud mental.

Específicos

Controlar la administración de la medicación para mejorar el cumplimiento.

Detectar signos que alerten de recaídas o reagudizaciones

Controlar los FRCV: control de peso, dieta, tensión arterial, GB, tabaquismo, alcoholismo.

Fomentar hábitos saludables (educación para la salud).

3. Población diana

Pacientes mayores de 16 años con Trastorno Mental Grave (TMG) estabilizados, diagnosticados, derivados y controlados por el centro de salud mental de referencia, con tratamiento intramuscular pautado regularmente (inyectable de larga duración: ILD).

Entendemos por TMG cualquiera de los diagnósticos especificados en los criterios de inclusión (apartado 4) siendo el más frecuente la esquizofrenia (P72).

4. Criterios de inclusión.

Usuarios de los centros de salud mental (CSM) y de los centros de salud diagnosticados de Trastorno Mental Grave estabilizados y controlados por el CSM de referencia.

El principal diagnóstico según criterios CIE-10 será esquizofrenia (F.20) [P72- ESQUIZOFRENIA]. En menor medida pueden darse otros trastornos psicóticos (F.21- 29) [P98- otras psicosis no especificadas] trastornos bipolares (F.31) [P73- PSICOSIS AFECTIVAS que incluye: trastorno bipolar, manía, hipomanía, depresión maníaca] o maníacos (F.30) [P73] y algunos trastornos de personalidad (F.60) [P80] sobre todo asociados a consumo de sustancias (F.10 a F.19) [P18 Abuso de fármacos - P19 Abuso de drogas].

Diagnóstico CIE-10 (salud mental)	Diagnóstico OMI-AP
F.20 Esquizofrenia	P72- Esquizofrenia
F.21- 29 Otros trastornos psicóticos	P98- Otras psicosis no especificadas
F.31 y F.30 Trastornos bipolares y maníacos	P73- Psicosis afectivas
F.60 Trastornos de personalidad sobre todo asociados a consumo de sustancias (F.10 a F.19)	Trastornos de personalidad sobre todo asociados a consumo de sustancias (P18 Abuso de fármacos - P19 Abuso de drogas)

5. Criterios de exclusión.

- Negativa del paciente
- Pacientes descompensados
- Pacientes con cualquier patología que les impida participar en este protocolo

6. Recogida de información

En colaboración con el médico de familia se valora, a través de la historia clínica, las posibles enfermedades del paciente y los factores de riesgo cardiovascular aplicando los protocolos establecidos en Atención Primaria. Se recogerán datos sobre:

- Índice de masa corporal (IMC)
- Perímetro abdominal
- Tensión arterial
- Glucemia basal
- Niveles de colesterol y triglicéridos
- Consumo de alcohol, tabaco, cafeína y otras drogas
- Sedentarismo
- Hábitos alimenticios...

Recoger si la persona con enfermedad mental acude a algún dispositivo de rehabilitación o reinserción sociolaboral, asociación de familiares, etc.

7. Nociones básicas sobre la esquizofrenia:

- Es una enfermedad mental con una base neurológica, aunque tiene un origen multicausal. No se sabe cuál es realmente su causa.

- Existe una predisposición genética familiar.
- Afecta al 1% de la población.
- Se considera una enfermedad crónica.
- Afecta gravemente tanto la vida de la persona que la padece como la de sus familiares y amigos.
- No hay diferencias debidas al sexo, raza, clase social... cualquiera puede desarrollarla.
- Hay factores ambientales que aumentan la probabilidad de padecerla (por ejemplo, vivir en la ciudad, haber nacido en el hemisferio norte o nacer en invierno).
- Puede ser controlada con éxito mediante un abordaje multi e interprofesional que abarca desde la medicación, pasando por intervenciones familiares, hasta la rehabilitación y reinserción social y laboral.

Es fundamental que el paciente tenga conciencia de enfermedad

¿Cómo saber si un paciente tiene conciencia de enfermedad?: Cuando le preguntas cómo está, responde de forma coherente y es capaz de comprender que sus síntomas son consecuencia de la enfermedad. En ese caso, es más probable que acepte el tratamiento.

8. Sintomatología

8.1 Síntomas Positivos:

Se caracterizan por la aparición de conductas o experiencias que normalmente no están presentes (por ejemplo, oír voces). Son los más representativos de la enfermedad. Podemos distinguir:

ALUCINACIONES: son percepciones sin objeto real (se perciben sensaciones como si fueran reales). Pueden ser:

- Auditivas: oír voces, son las más frecuentes.
- Cenesésicas: sentir cambios, sensaciones en el cuerpo.
- Táctiles: sentir que les tocan.
- Olfativas: percibir olores extraños.
- Visuales: poco frecuentes en las psicosis, suelen estar asociadas al consumo de tóxicos.

IDEAS DELIRANTES: son creencias falsas y persistentes que el paciente vive como reales. Por ejemplo:

- Sentirse perseguido o amenazado.
- Creer que es una persona famosa (p.e. el rey...) o elegida por Dios.
- Sentirse el centro de todo lo que ocurre alrededor, que todo y todos se refieren a él.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO:

- No existe lógica en sus pensamientos (incoherencia).
- Saltar de un tema a otro (discurso disgregado, desorganizado).
- Agitación o excitación.

Las alucinaciones, las ideas delirantes y los trastornos del pensamiento, alteran el patrón cognitivo perceptual M. Gordon.

8.2 Síntomas Negativos:

Reducción de funciones que habitualmente están presentes. Son los que se producen por defecto.

- Apatía, pasividad.

- Pérdida de motivación e interés.
- Pérdida de la capacidad de disfrutar (anhedonia)
- Aplanamiento afectivo.
- Indiferencia emocional.
- Aislamiento social.
- Entecimiento del habla y del pensamiento.
- Falta de espontaneidad y flujo en el habla (alogia)
- Descuido del aseo y arreglo personal.
- Desequilibrio de la alimentación por exceso o por defecto.
- Falta de ejercicio y de actividad.

8.3 Otros Síntomas

DEPRESIVOS: Tristeza, ideas de culpa, pesimismo, ideas de suicidio, falta de seguridad en si mismo.

ANSIEDAD (inquietud, desasosiego, impaciencia...)

INSOMNIO

SÍNTOMAS que afectan a la conducta:

- Adoptar posturas extrañas, al caminar, al sentarse (esterotipias).
- Comportamientos excéntricos, vestir o comportarse de forma extravagante.
- Actitudes hostiles o agresivas.
- Retraimiento social.

**¿Cómo detectar que un paciente se está descompensando, (que está empezando a empeorar)?
Prestando atención a los signos de alerta.**

8.4 Signos de alerta

Los signos de alerta son síntomas prodrómicos que nos avisan de que un paciente puede estar empezando a desestabilizarse. Lo más importante es observar los cambios. Es muy importante detectar cuanto antes si el paciente abandona el tratamiento o no acude a la cita.

En la tabla 1 se resumen los principales cambios que suelen presentarse y algunos ejemplos típicos.

Tabla 1. Signos de alerta.

CAMBIOS	EJEMPLOS
De humor	Malhumor, cara triste, risas inmotivadas o incapacidad para reír...
Sensoriales	Estoy empezando a oír voces otra vez..." "por la calle me miran y hablan de mí..."
En el sueño	"Estoy empezando a no dormir"...
En la alimentación	Deja de comer con la familia...
En la actividad	Cambio en su actividad habitual (hiper o hipoactividad) inquietud, tensión y nerviosismo, apatía...
En el comportamiento social	Habla solo, empieza a abandonar las relaciones, utilizar palabras peculiares o decir cosas sin sentido...
En las relaciones familiares	Discusiones frecuentes, no sale de la habitación...
Laborales o académicos	Problemas de concentración o del rendimiento...
En la conducta	Mirada evitativa o fija, comportamientos inusuales...
En el aspecto físico	Llevar ropa estrafalaria, mala higiene y descuido del aseo personal...
Otros	Incremento del consumo de café, cigarrillos, alcohol y otras drogas

Algunos ejemplos pueden ayudarnos a aclarar estos signos:

- Llega con la bolsita de medicación y siempre me la da. Hoy se muestra retraído, tengo que pedírsela. Evita mirarme, está como ausente, tiene un contacto raro...
- El paciente, al que solía entender, empieza a hablar de forma incoherente, está inquieto, no entiendo muy bien lo que dice, pasa de un tema a otro...
- Viene contando muchos planes
- La familia comenta:
 - “Mire, mi hijo no está bien, siempre comía con nosotros pero ahora siempre come a deshora, no se quiere sentar con nosotros. Se ríe sólo y habla sólo...”
 - “Antes dormía más o menos bien, se acostaba cuando todos y ahora se pasa la noche dando vueltas por la casa y fumando...”
 - “No se comporta como antes, está más inquieto, más callado, duerme menos...”
 - “Se aísla en su habitación y pone la música muy alta...”

Crear una relación de confianza es un requisito previo para que el paciente pueda hablar de sus síntomas

9. Tratamiento

Normalmente el tratamiento de la esquizofrenia es integral e incluye tanto el tratamiento farmacológico, como las intervenciones psicosociales. Los básicos según la guía para el tratamiento de la esquizofrenia⁷ son:

- Medicación
- Intervenciones familiares
- Terapia cognitiva de síntomas positivos

- Psicoeducación
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Rehabilitación socio-laboral
- Tratamiento asertivo comunitario

9.1 Medicación Antipsicótica

Información básica

Los neurolépticos son los fármacos de elección en la esquizofrenia. También se denominan antipsicóticos o tranquilizantes mayores. Actúan bloqueando los receptores cerebrales de la dopamina. Producen sedación, disminución de la ansiedad y disminución de la agitación psicomotriz. Ayudan a controlar los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) y mejoran la esfera cognitiva⁸.

9.2. Clasificación

9.2.1. Antipsicóticos Clásicos o típicos

Aparecieron en los años 50. En la tabla 2 se listan los principios activos junto con sus nombres comerciales. Sus principales beneficios e inconvenientes son:

- Beneficios: efectivos para controlar los síntomas positivos.
- Inconvenientes: poco efectivos sobre síntomas negativos.

Pueden producir bastantes efectos secundarios incómodos (movimientos incontrolados como temblores y sacudidas, sequedad de boca y cansancio extremo).

Tabla 2. Antipsicóticos clásicos:

Principio activo	Nombre comercial
Clorpromacina	Largactil®
Haloperidol	Haloperidol®
Levomepromazina	Sinogan®
Sulpirida	Dogmatil®
Clotiapina	Etumina®
Flufenazina	Modecate®
Pipotiazina	Lonseren®
Zuclopentixol	Clopixol®

9.2.2. Antipsicóticos Atípicos

Aparecieron sobre los años 90. Se piensa que actúan en el cerebro de forma diferente a los típicos. Se listan en la tabla 3.

Sus principales beneficios e inconvenientes son:

- Beneficios: Son eficaces para controlar síntomas positivos, negativos y cognitivos. Presentan baja incidencia de efectos secundarios relacionados con el movimiento en comparación con los antipsicóticos típicos
- Inconvenientes: algunos antipsicóticos atípicos producen aumento de peso, otros pueden provocar sedación y otros pueden hacer que la persona se sienta más enérgica.

Tabla 3. Antipsicóticos atípicos:

Principio activo	Nombre comercial
Clozapina	Leponex®
Risperidona	Risperdal®
Olanzapina	Zyprexa®
Quetiapina	Seroquel®
Ziprasidona	Zeldox®
Amisulpirida	Solian®
Aripiprazol	Abilify®
Paliperidona	Invega®

9.2.3. Según vía de administración

Según la vía de administración los neurolépticos pueden ser:

- Orales.
- Inyectables (tabla4).

Tabla 4. Duración del efecto de los neurolépticos

De acción corta (Se utiliza para el tratamiento agudo)		De acción prolongada (depot)	
Clopixol Acufase®	El efecto dura de 12-24 h.	Lonseren®	El efecto dura de 2-4 semanas
Zyprexa® IM	Efecto menor de 12 h.	Modecate®	
Haloperidol®		Clopixol depot®	
Sinogan®		Risperdal Consta®	

9.3 Efectos secundarios

Los efectos secundarios pueden ser extrapiramidales, endocrinos, anticolinérgicos y otros:

9.3.1. Extrapiramidales

- Rigidez, temblor
- Discinesia tardía (movimientos involuntarios de la boca)
- Acatisia (inquietud, cambio constante de postura y paseos)
- Disonía muscular
- Falta de expresividad
- Oculogiro (movimiento involuntario de los ojos hacia arriba)

9.3.2. Endocrinos

- Aumento de apetito y peso
- Galactorrea
- Disfunciones sexuales
- Alteraciones menstruales

9.3.3. Anticolinérgicos

- Sequedad de boca
- Visión borrosa
- Retención urinaria
- Estreñimiento

9.3.4. Otros

- Alteraciones de la piel
- Somnolencia
- Hipotensión
- Hipertensión

10. Plan de actuación

10.1 *Cómo actuar*

El paciente acude a su centro de salud como un usuario más, por lo que hay que actuar con naturalidad, igual que con cualquier otro usuario.

Recuerde que el objetivo es “el enganche” (adherirle al centro y al tratamiento).

10.2 *Inclusión de pacientes en el protocolo*

El centro de salud mental de referencia valorará aquellos usuarios que pueden beneficiarse de este programa.

La enfermera de salud mental se pondrá en contacto telefónico con el centro de salud para solicitar la cita con su enfermera de AP en la Consulta Programada. La hoja de continuidad de cuidados se enviará por correo postal o electrónico (si estuviese disponible) informando del tratamiento y de los cuidados prescritos (anexo 1). Se le dará una copia al paciente y otra quedará en la historia.

El psiquiatra informará al Médico de familia, según el procedimiento habitual del centro de salud mental.

10.3 *Actividades a realizar*

La enfermera de AP en la consulta programada realizará:

- Administración de medicación dejándolo registrado en el carnet de cumplimiento de tratamiento, citándolo para la próxima consulta programada.
- Seguimiento de los objetivos de cuidados pactados con el equipo de salud mental.
- Control de FRCV, derivándolo a su médico de familia si las alteraciones son significativas, como se hace habitualmente con el resto de pacientes crónicos.

- Educación para la salud (fomento de hábitos saludables).
- Ponerse en contacto con el paciente y/o familia si no acude a la cita. Si no fuera posible contactar con ellos, informar a la enfermera de salud mental.
- Contactar telefónicamente con la enfermera de salud mental en los siguientes casos:
 - Si observamos síntomas de alerta.
 - Si la familia nos comunica síntomas de alerta.
 - Si el paciente se niega al tratamiento prescrito.
- Registrarlo en OMI

10.4 Coordinación

La coordinación se hará telefónicamente y/o mediante correo electrónico entre enfermeras/os de ambos niveles

En los Centros de Salud Mental se está habilitando un número de teléfono para la coordinación con Atención Primaria.

Sería aconsejable llevar a cabo una reunión semestral o anual según necesidades, dependiendo de la disponibilidad de los equipos AP y CSM con el fin de coordinar actuaciones del plan de actuación coordinada del paciente.

En función del plan individualizado de cuidados se valora la evolución de cada paciente incluido en el programa, aportando información desde las distintas disciplinas y niveles. Con la información analizada se reevalúan los objetivos, para continuar trabajando con cada paciente hasta la próxima reunión.

Se reflejará en la historia clínica cualquier cambio o modificación que se lleve a cabo con el fin de que el médico de familia pueda acceder a la información.

10.5. Actuación en caso de crisis.

En el caso muy improbable de una crisis o brote:

- Es importante saber que puede estar alterado por sentirse asustado y que se sienta amenazado.
- Mantenga la calma, déjele espacio (no bloquee la puerta de salida).
- Adopte una actitud segura, tranquila y firme. No demuestre temor ni sensación de debilidad. Tampoco conviene hacer demostración de fuerza, amenaza o engaño (por ejemplo, amenazar con llamar a la policía, con el ingreso...).
- Adopte la misma postura que él/ella. Si está sentado, siéntese.
- No intente razonar con alguien que está teniendo un episodio psicótico.
- Manifieste apoyo, comprensión.
- Nunca hable como si la persona con esquizofrenia no estuviera presente.
- La mayoría de las agresiones en centros de salud no son causadas por pacientes de salud mental.
- Recuerde que siempre puede marcharse.

La violencia no es característica de la esquizofrenia. las personas con esquizofrenia son menos violentas que la población general. Con mayor frecuencia son víctimas de abuso y violencia.

11. Beneficios del Protocolo

11.1. Para el Paciente

- Mayor control de su tratamiento y de su salud integral
- Mejoran la atención recibida, ya que las citas se realizan en consulta programada de enfermería. Esto permite tener el lugar, el tiempo y la intimidad necesaria para ser mejor atendido
- Mejora la continuidad de cuidados al disponer de profesionales de referencia en ambos niveles
- Las familias, al sentirse atendidas, pueden actuar mejor y más adecuadamente
- Se normaliza su atención y contribuye a disminuir el estigma
- Mejora la accesibilidad: evita desplazamientos, ahorra tiempo....

11.2 Para la organización sanitaria

- Disminución del número de ingresos hospitalarios.
- Disminución del número de consultas psiquiátricas, ambas como consecuencia del mejor seguimiento (detección precoz de los síntomas de crisis y correcta administración del tratamiento...).
- La aplicación del protocolo mejoraría el posible déficit de conocimiento sobre esta materia en enfermería de atención primaria
- Menor estrés y mayor seguridad para los profesionales sanitarios a la hora de actuar con personas con TMG.

12. Dificultades para llevar a cabo este Plan

- Déficit de conocimientos sobre esta materia en enfermería de AP.
- Carga de trabajo de las enfermeras en los centros de salud (falta de tiempo en consulta programada para llevar a cabo el seguimiento de estos pacientes de manera adecuada).

- Problemas para salir del centro de salud para llevar a cabo reuniones de coordinación.
- Dificultad para comunicar con el CSM o con la enfermera de referencia en el CS.

13. Recursos necesarios

- Sesiones formativas / informativas para todo el personal de los Centros de Salud.
- Línea de teléfono para AP en el centro de salud mental.
- Material de apoyo (protocolo en papel).
- Censo en cada CS (sistema de registro).
- Diferenciar los que son seguidos por psiquiatra privado.
- Censo del CSM.

14. Implementación del protocolo

Se propone presentar el protocolo en tres fases, tal como se hizo con la guía de depresión (AP-SM). En una primera fase se presentaría a todos los directores de enfermería de área. Se recogerían sugerencias, al tiempo que se pilota la aplicabilidad en algunos centros de salud voluntarios. Se elegirán preferentemente entre los que participaron en la elaboración del protocolo. Su finalidad es observar las dificultades de su aplicación en la práctica.

En una segunda fase, se haría la presentación por áreas contando con los subdirectores de enfermería y los coordinadores / responsables de enfermería de los centros de salud, con la asistencia del coordinador del CSM de referencia y de personal de enfermería de salud mental.

En la tercera fase, estos enfermeros de primaria, en contacto con un enfermero del CSM, organizarían la presentación en el centro de salud, a la que asistirían tanto los enfermeros como los médicos, y el coordinador del CSM de referencia, estableciendo los mecanismo de comunicación y coordinación en función de la disponibilidad y recursos de los centros.

Esquema de implantación



Cronograma

Diciembre 2010:	Presentación a directores de enfermería de área.
Enero 2011:	Inicio del pilotaje en los centros voluntarios.
Junio 2011:	Conclusiones del pilotaje.
4º trimestre 2011:	Presentación en el área IV de salud.
2012:	Presentación al resto de las áreas sanitarias.

Evaluación del pilotaje

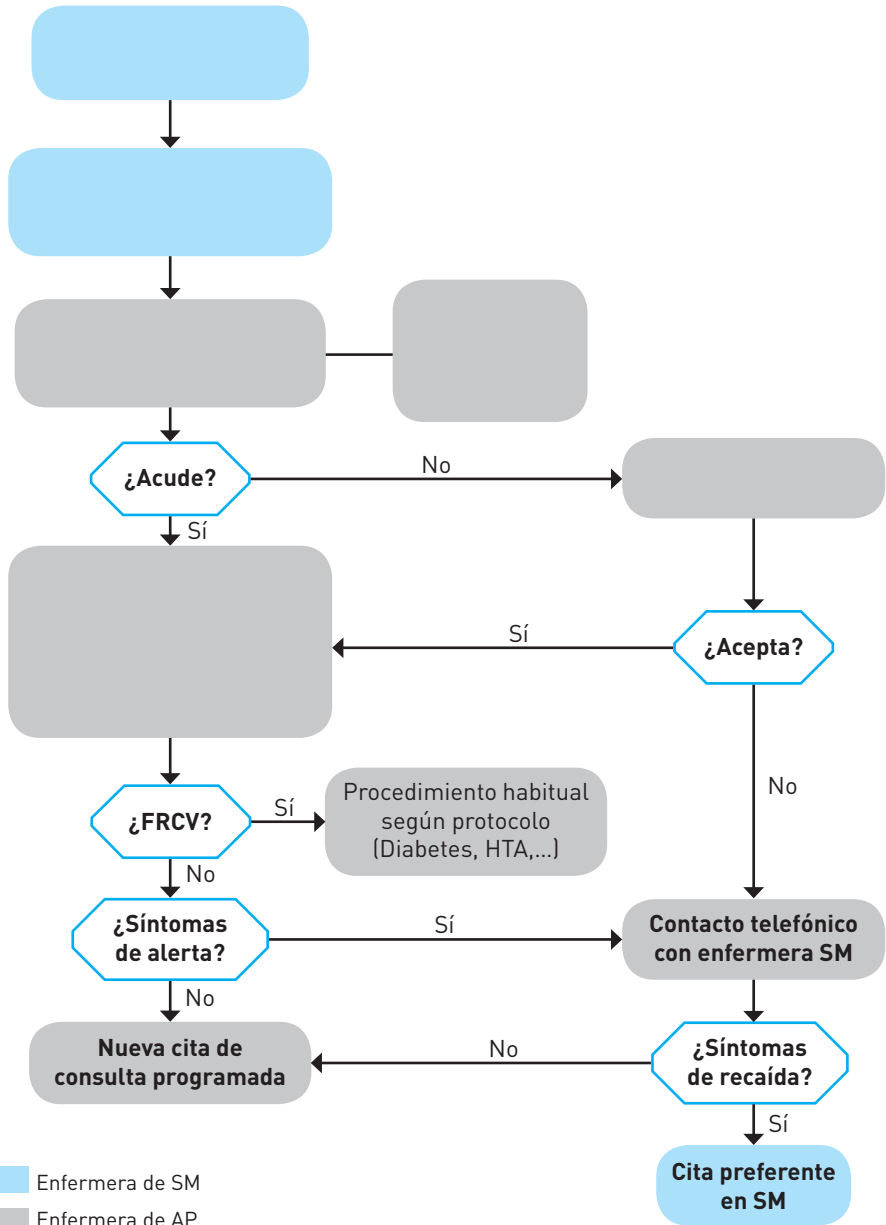
- N° enfermeros por centro de salud
- N° de pacientes (objeto del protocolo) por enfermero del C.S.
- Dificultades encontradas para llevar a cabo el programa en el C.S.
- Dificultades en la coordinación C.S. - CSM (informe de las dificultades de comunicación, contacto telefónico en ambos sentidos, localización de pacientes, no asistencia a S.M., etc.)
- N° de casos de no respuesta por parte del CSM.
- Mejoras percibidas por las enfermeras de AP

15. Evaluación de la implementación

Indicadores

- % de áreas con el protocolo implantado
- % de CSM implicados
- % de CS con el protocolo implantado
- Número de pacientes incluidos en el protocolo por CS y año
- Número de ingresos hospitalarios por centro de salud y año entre los pacientes incluidos en el protocolo
- Número de reuniones de coordinación SM-AP por CSM y año
- Número de citas adelantadas en SM como consecuencia de la detección de síntomas de alerta (por año)

Diagrama de flujo



Hoja de continuidad de cuidados.
Enfermería de Salud Mental - Atención Primaria

CSM:

TELF: _____

Datos del paciente:	Cita en su CS: _____
---------------------	----------------------

Enfermera de referencia del CSM: _____

Psiquiatra de referencia del CSM: _____

Derivación a centro de salud: _____

ROGAMOS INCLUSIÓN EN EL PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN PACIENTES CON TMG.

Diagnóstico y tratamiento: _____

Cuidados a reforzar: _____

Fdo,

Murcia, a ____, de ____, de 20__

16. Bibliografía

- 1- Martín JC, Aznar JA, Balanza P Castillo MD, Del Toro M Martínez I, Martínez-Artero MC, Moreno J, Pujalte ML, Salmerón JM, San Llorente C, Sánchez R, Serrano F, Viñas R. (2009) Guía de práctica clínica del tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental. Servicio Murciano de Salud. Murcia
- 2- García Cabeza, Factores predictores del cumplimiento del tratamiento en la esquizofrenia. 1998. 4º curso anual de la esquizofrenia. Madrid.
- 3- Primer consenso clínico español de adherencia al tratamiento en la esquizofrenia (8-4-2007)
- 4- Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease, American Heart Journal, 150, 6, 1115-1121.
- 5- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Bouza Álvarez C, López Cuadrado T, Saz Parkinson Z, Sarría Santamera A, Alcázar Alcázar R, Amate Blanco JM. "Patología física en la Esquizofrenia. Revisión sistemática y Análisis de Registros Hospitalarios". IPE 58/09. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Julio de 2009.
- 6- Martínez Liarte D, Lázaro I, Ballester M J, Martínez Guillem R, Jiménez Vicente, JR. (2009). Hablamos con primaria nuestros pacientes con TMG mejoran: una experiencia del CSM Morales Meseguer y centro de salud Torres de Cotillas. Póster presentado en el I Congreso de Salud Mental Area III. (Águilas 1-2 octubre de 2009)
- 7- Martín et al. Op. Cit.
- 8- Granada López, JM. (2009) Manual de enfermería psiquiátrica. Ed. Glosa SL.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Política Social

