

LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL
EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN Y DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE
CUIDADOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL.

RESUMEN:

No existen en la actualidad líneas de actuación enfermera específicas para la continuidad de cuidados en niños y adolescentes en seguimiento en Psiquiatría Infantil. Este trabajo persigue dar visibilidad a la labor que desempeña la enfermería en gestión de casos, servir como modelo para otros compañeros y promocionar la formación de los profesionales en labores de coordinación de menores con necesidades especiales. Se presenta la implantación, desarrollo y análisis descriptivo de los datos recogidos en la intervención con 104 pacientes incluidos en un programa de Continuidad de Cuidados de Psiquiatría Infantil.

JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo tiene como objetivo principal dar visibilidad a la labor que desempeña el enfermero/a como gestor/a de casos o de enlace en la atención a la salud mental infanto-juvenil.

La importancia en la promoción de este rol y la presentación de programas específicos que se están desarrollando en la actualidad, radica en que la figura del enfermero/a de enlace o gestor/a de casos no es una figura nueva en nuestro Sistema Sanitario, pero sí una gran desconocida, incluso dentro de la propia profesión enfermera. A pesar de las ventajas que ofrece su intervención, tanto en lo referido a los pacientes, familiares y optimización de recursos; su labor no se encuentra reconocida en todas las Comunidades Autónomas, ni existe un modelo regulador que valide y reconozca sus funciones. Como es el caso de la Comunidad de Madrid, que si bien en su Estrategia para la Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas apuesta por la necesidad de su figura, la enmarca solo en los Servicios de Atención Primaria, y prioritariamente en enfermedades crónicas en la edad adulta, dejándola sin delimitación en el ámbito de la Salud Mental infanto-juvenil.¹

Otros propósitos por los que realizamos esta propuesta y creemos que es importante que sea reconocida y accesible a otros profesionales, son el asentar la base y servir como modelo para aquellos que se encuentren en fases iniciales de implantación de Planes de Continuidad de Cuidados (PCC) en población infantil o realicen labores de coordinación. Para ello se presenta el sistema que hemos implantado y los resultados obtenidos tras el análisis de los datos recopilados durante el año 2015.

Por otro lado, esta propuesta puede resultar innovadora al incluir las nuevas tecnologías. Nuestro programa se sustenta en una herramienta informática desarrollada en este Servicio de Psiquiatría, que facilita la recogida de datos asistenciales y la comunicación paciente-profesional para un seguimiento eficaz en el tiempo, fomentando la figura del paciente activo y el aumento de su autocuidado.¹

Por último buscamos fomentar la formación y capacitación real en Gestión de Casos de los enfermeros/as interno residentes, dando la posibilidad durante su formación de participar activamente en el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC) de Salud Mental Infanto-Juvenil.

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

El PCC de Psiquiatría Infantil tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de los menores que presenten trastornos mentales graves o no tan graves, pero sí complejos, que se encuentren en situación de riesgo, o con posibilidad de estarlo, y que requieran de un tratamiento integral de su patología, así como dirigir la atención a los determinantes sociales y ambientales que les rodean. ²

De todos los pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría infantil de los Centros de Salud Mental (CSM) un porcentaje de casos elevado, superior al 10%, posee unas características muy específicas que requieren de un abordaje y medidas de intervención diferentes, tanto por la gravedad que presentan en su cuadro clínico, como por la situación de riesgo psicosocial.² El Plan Estratégico de Salud Mental de Comunidad de Madrid de 2010-2014, destaca: *“La atención a la salud mental tiene un carácter global e implica la coordinación con otros recursos e instancias de la comunidad”*. Por lo que es nuestra obligación responder, abordando estos casos en coordinación con todos los recursos implicados en su atención y cuidado. Que respecto de los menores, además de los servicios sociales y de justicia, serán siempre como mínimo tres: la familia, el sistema sanitario y el sistema educativo.³

Desde el año 2014 en este Servicio de Psiquiatría infantil se ha implantado un programa protocolizado con la finalidad de atender a estas necesidades y favorecer la atención integral, continuada y multisectorial de los menores. Un programa en el que el profesional de referencia (que se establece) es la enfermero/a especialista en salud mental, que desarrolla su labor como gestor/a de casos. Utilizamos un modelo “extramuros”, donde la gestión de los casos se extiende a lo largo de un continuo de entornos, de forma longitudinal y prospectiva, entre el enfermero/a, el resto de profesionales que intervienen, el menor y la familia, con la finalidad última de la evaluación, coordinación e intermediación entre entornos y profesionales intervinientes. ⁴

Para la inclusión de menores en el programa, se revisan tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y nivel de discapacidad social, familiar y educativo/laboral de la persona. Todos aquellos casos identificados se comunican al Coordinador del Programa, en este caso la enfermera gestora de casos, para la elaboración de un plan de atención individualizado en que se recogen sus necesidades. Para ello, se utiliza una herramienta informática, elaborada en este Servicio de Psiquiatría y basada en la Evaluación Momentánea Ecológica (EMA), que permite introducir los datos recogidos en la consulta, con el valor añadido de posibilitar de acceso de la familia y menores desde el domicilio. ^{Anexo 2}

En cualquiera de las consultas a las que acuda el menor incluido en el programa, se le ofrecerá dicha herramienta informática, y se le proporcionarán unas claves. La finalidad es conocer en tiempo real la información que no es posible recoger durante las consultas o visitas en CSM.

Las oportunidades que ofrece esta innovadora herramienta, son muchas, permite, por un lado, crear una base de datos con información relevante de todos los menores incluidos, que se puede utilizar para análisis y mejora de los servicios ofrecidos. Así como, la posibilidad de participación activa del paciente y familia en el proceso de atención, que además favorece la continuidad asistencial al ofrecer vías de comunicación entre el profesional y el paciente en el tiempo entre visitas.

Las actividades del programa se establecen en dos niveles, centrados en el caso y centrados en el entorno. En el primer supuesto se enfatiza el seguimiento individualizado por parte, tanto del profesional de referencia como del coordinador de cuidados, control de la adherencia al tratamiento y actividades de asesoramiento, del paciente, padres o tutores. En el segundo, se subraya la labor de coordinación y contacto con los diferentes actores o recursos, tanto familiares como comunitarios que interaccionan y trabajan con el menor.⁵

La evaluación de los objetivos del programa, se realiza anualmente a través de la elaboración de un censo con todos los menores incluidos, seguimiento del cumplimiento de objetivos establecidos y medición de la mejoría del nivel Psicosocial a través de la *Escala de Evaluación Global en Niños (C-GAS)*. Todos estos resultados se presentarán en el próximo apartado de este trabajo.

Las funciones específicas del Coordinador/a Enfermero/a gestor/a de casos.

1. Es el responsable del buen funcionamiento del programa, y en colaboración con los demás miembros del equipo, garantiza el correcto diseño, ejecución y evaluación de los programas tendentes a la consecución de los objetivos establecidos.
2. Garantiza la coordinación con los equipos de los restantes dispositivos que conforman la red de salud mental en el área de salud correspondiente, así como en otros dispositivos, sanitarios o no, que estén implicados en su estructura y funcionamiento.
3. Participa en la coordinación y planificación del área de salud mental a la que pertenece a través de las comisiones que a tal efecto se establezcan.
4. Coordina las tareas administrativas y la elaboración de las estadísticas.
5. Vela por el cumplimiento de las normas que se adopten para la correcta organización y funcionamiento.
6. Atiende, en el tiempo disponible para tales funciones, y sin menoscabo de las anteriormente expuestas, las tareas establecidas para su categoría profesional.
7. Forma a enfermeras, médicos y psicólogos residentes en el conocimiento del programa y buen uso de los recursos, con el fin de mejorar y optimizar la continuidad asistencial y de cuidados.

RESULTADOS OBTENIDOS:

El enfermero/a coordinador/a del PCC, en colaboración con las EIR de salud mental rotantes en el dispositivo construyeron, durante el año 2015, una base de datos constituida por 104 pacientes incorporados en el programa, con edades comprendidas entre 6 y 19 años.

Esta base de datos incluye ítems relacionados con datos sociodemográficos (edad, sexo, nacionalidad, convivencia), diagnóstico clínico, datos asistenciales (inicio de seguimiento en el CSM, consultas en CSM durante el año 2015, adherencia terapéutica, profesionales y dispositivos intervinientes) y datos psicosociales (mediante puntuación en Escala de Evaluación Global Infantil C-GAS).

En la totalidad de la muestra se encontraron 10 nacionalidades, siendo la predominante: española (83,7%), y el sexo más numeroso los varones (64,4%). En cuanto a la convivencia, la familia representa el 87,5% y solo el 3,8% vive en recursos residenciales de la Comunidad. El número de dispositivos intervinientes con cada menor incluido en el programa oscila entre dos (36.5 %) y tres (29.8%), y en la mayoría de los casos son los Servicios Sociales (48,1%) quienes actúan, seguido del Hospital de Día de Salud Mental (22,1%) .

Los diagnósticos se dividieron en 5 categorías: Trastornos externalizantes, internalizantes, neuropsiquiátricos, trastornos de conducta alimentaria (TCA) y otros. Se observó que el 43,3% de los casos incluidos presentan trastornos externalizantes, seguidos de los trastornos internalizantes (26,9%), neuropsiquiátricos (14,4%) y TCA (5,3%), siendo otros diagnósticos poco representativos (1,9 %).

En cuanto a la relación Diagnóstico-Sexo de la totalidad de la muestra, se obtuvieron los datos que la evidencia constata: mayor porcentaje de varones en los diagnósticos externalizantes (34,7%) y neuropsiquiátricos (11,6%). En el caso del sexo femenino, predominio de diagnósticos internalizantes (15,8%) y TCA (5,3%).

Las puntuaciones obtenidas en la valoración psicosocial, a través de la escala C-GAS, para evaluar el grado de deterioro que ocasiona la psicopatología en niños y adolescentes, fluctuaron entre un máximo de 95 (buen funcionamiento en todas las áreas) y 31 (incapaz de funcionar en todas las áreas), siendo la fracción más común la comprendida entre 60 y 51 (síntomas moderados en la actividad social, familiar y escolar). El sexo femenino obtuvo puntuaciones más altas.

CONCLUSIONES:

El desarrollo y visibilidad de protocolos y programas que fomentan la mejora de la calidad asistencial y el seguimiento de pacientes con necesidades particulares es fundamental, y en el caso del cuidado de los menores imprescindible. No existen en la actualidad líneas de actuación específicas para la coordinación y continuidad de cuidados en niños y adolescentes en seguimiento en unidades de Psiquiatría Infantil.

Tampoco estudios, consenso en las actuaciones, ni visibilidad de la enfermería en gestión de casos en este ámbito.

Asimismo y en base a nuestra experiencia, la formación de nuevos profesionales no presta la suficiente atención a labores relacionadas con la gestión y coordinación de casos, siendo en Salud Mental Infantil deficitaria, a pesar de estar contemplado como competencia asistencial en el programa formativo de la especialidad de enfermería de salud mental.⁶

El análisis de los resultados del programa presentado, podrá servir de precedente para otros enfermeros/as que se encuentren en fases iniciales o deseen implantar Planes de Continuidad de Cuidados en población infantil. Además deja un camino abierto para potenciar la creación científica de nuevas líneas de investigación.

El seguimiento de los casos incluidos es importante ya que nos permitirá realizar análisis comparativos futuros que puedan reafirmar la eficacia de este programa y así favorecer la puesta en marcha de líneas estratégicas e iniciativas conjuntas entre profesionales del mismo sector.

En definitiva, lo que este equipo persigue es continuar trabajando para mejorar la atención prestada a nuestros menores y la formación de nuestros profesionales de enfermería.