

# **HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA:**

## **UPR**

### **MEMORIA AÑO 2003**

La Unidad de Psicosis Refractaria ha ido perfilando su funcionamiento a lo largo de tres años de servicio desempeñando una doble función. Por un lado, una función de contención y seguridad para pacientes con un diagnóstico de psicosis que por sus problemas conductuales plantean serios problemas en el tratamiento psiquiátrico en las unidades en las que están ingresados. En segundo lugar, cumple una función de rehabilitación y reinserción social para estos mismos pacientes que por sus características no pueden beneficiarse de las actividades rehabilitadoras en unidades psiquiátricas convencionales.

Es obvio que nuestra función trata de dar respuesta a la demanda que se nos plantea y así este año se ha visto incrementada la solicitud de cuidados para pacientes con diagnóstico dual y en otros casos pacientes con franca sintomatología negativa en psicosis esquizofrénica y que precisaban cuidados intensivos psiquiátricos para evitar una evolución deficitaria de su trastorno psicótico.

Por último es preciso señalar que existe una demanda innegable de observación y confirmación diagnóstica para pacientes cuya evolución implica dudas sobre el tipo de enfermedad.

## 1. - DESCRIPCION DE RECURSOS FISICOS Y HUMANOS

Tanto los recursos físicos como los recursos humanos no han variado desde la inauguración de la Unidad disponiendo del mismo numero de camas y de personal para atenderlas que al inicio de la actividad asistencial.

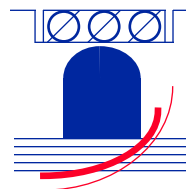
## 2. -DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

### 2.1. -DATOS DE ACTIVIDAD

Durante el año 2003 se han producido un total de 33 ingresos. El numero de pacientes distintos ha sido de 31, es decir 2 pacientes realizaron 2 ingresos en el mismo año. La estancia media de los mismos es de 127 días

### VOLUMEN DE INGRESOS

<b>PRIMEROS INGRESOS</b>	22
<b>SUCESIVOS (ALTA &gt;3 MESES)</b>	7
<b>REINGRESOS (ALTA &lt;=3 MESES)</b>	4
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>33</b>

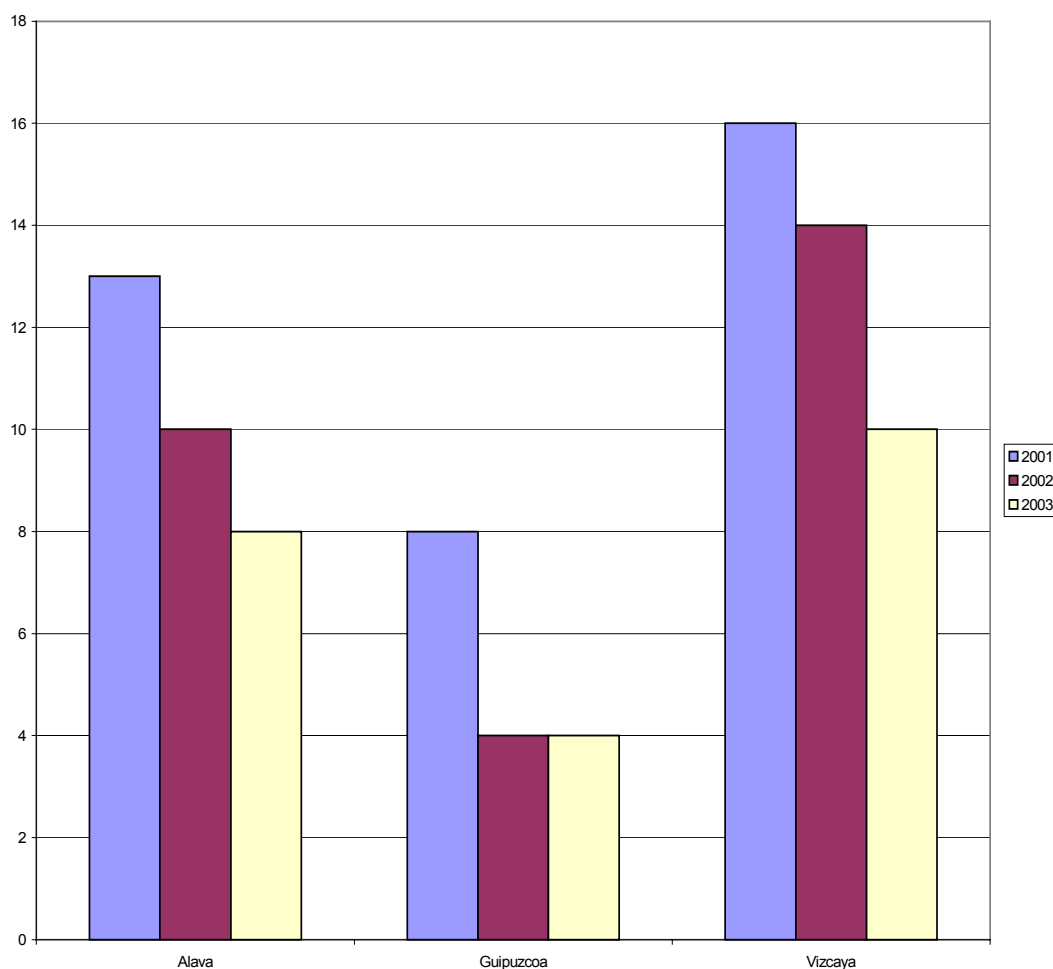


## 2.2.-NÚMERO DE SOLICITUDES DE INGRESO:

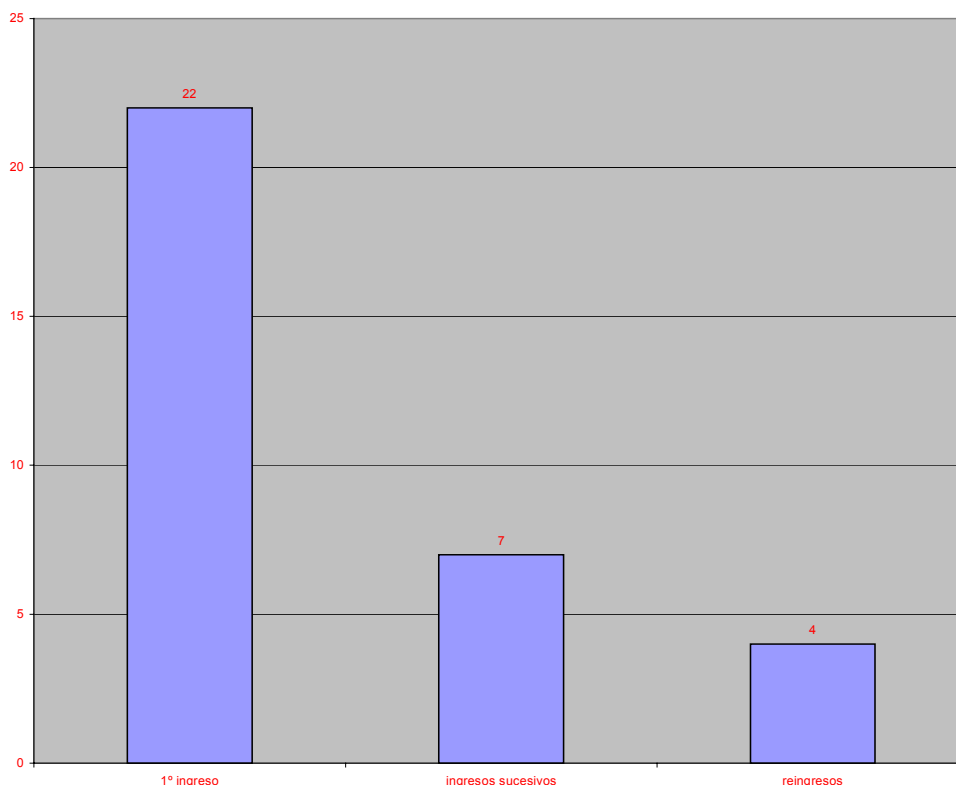
- El número total de solicitudes de ingreso ha sido de 22. Todas las solicitudes de ingreso han sido aceptadas. A diferencia del año anterior en que se rechazaron diversas solicitudes en este año las demandas han sido más ajustadas a lo que se considera como criterios de ingreso en la Unidad. Como en el año anterior, en algún caso que luego se especificará la demanda tenía que ver con una función de diagnóstico y evaluación continuada en pacientes cuya evolución inducía dudas diagnósticas. Junto a estas solicitudes 7 han sido ingresos sucesivos (reingreso más allá de 3 meses tras el alta de la Unidad) y 4 reingresos (reingreso en los 3 meses siguientes al alta). Es de constatar que en el caso de reingreso no se tramita solicitud a la Comisión de ingreso salvo que se solicite su intervención, lo cual no se ha dado hasta ahora.



SOLICITUD DE INGRESO POR PROVINCIAS



Ingresos UPR año 2003

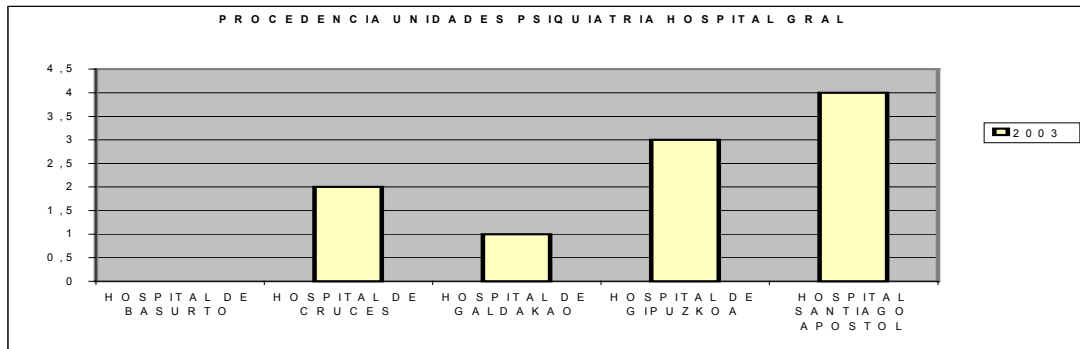
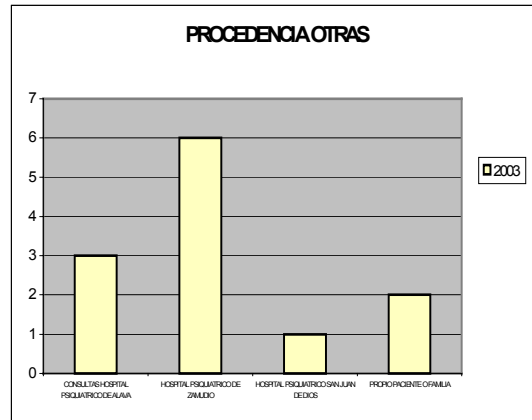
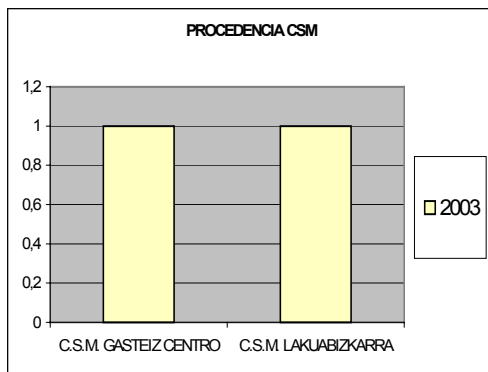
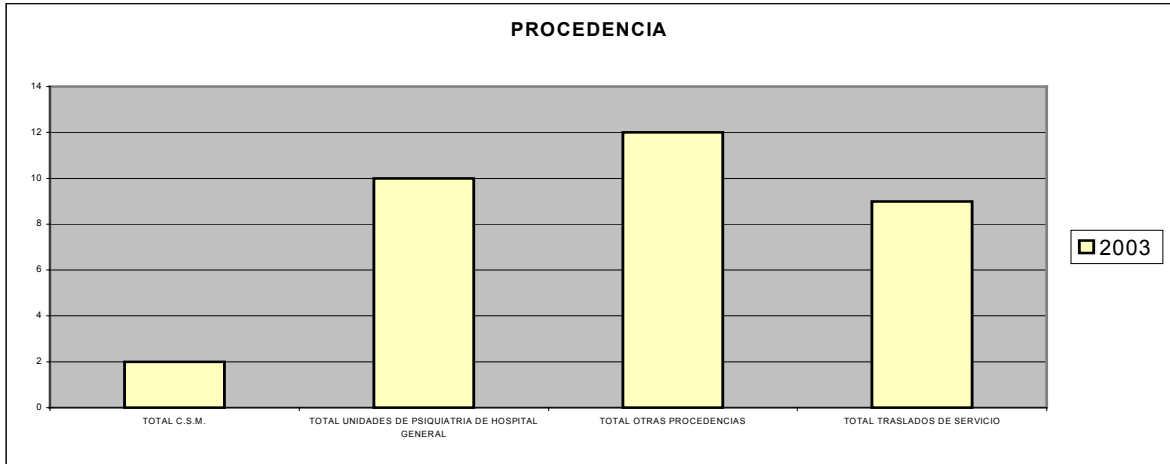


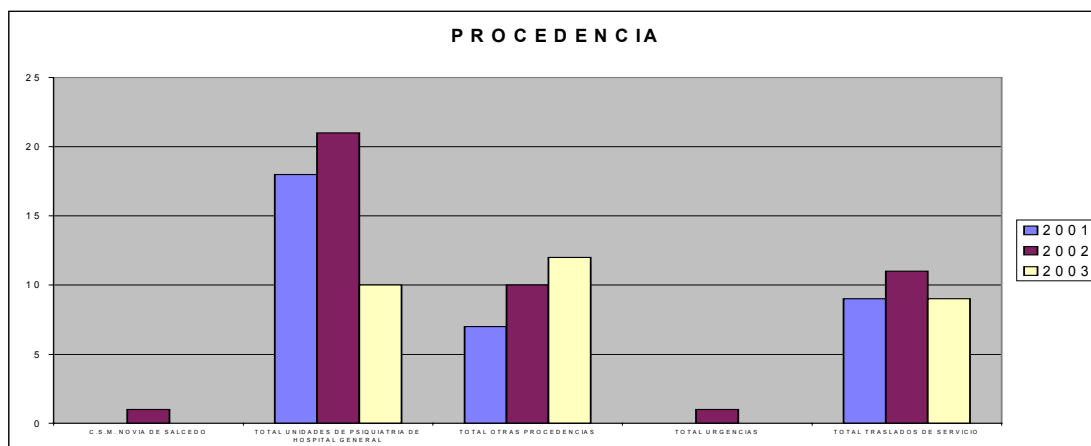
En la observación y cálculo posterior de estos porcentajes de reingreso hay que admitir que nos movemos en porcentajes superiores al 25%. La suma de reingresos e ingresos sucesivos (< 3 meses tras el alta) es de un 33%. Si bien es la tasa de reingresos el indicador de calidad y de que ésta no supera el 15% hay que señalar que dicho porcentaje debe ser disminuido en los próximos ejercicios (ver objetivos 2004-anexo 3). Esta cifra de reingresos tan elevada se debe obviamente al tipo de pacientes que debemos atender pero serán precisas en un futuro adecuar las altas al tipo de entorno y de cuidados que el paciente dispone al alta de nuestra Unidad. Una mayor agilidad y un contexto de seguimiento más sólido facilitarían que estos pacientes disminuyeran en el número de sus estancias y de sus ingresos por año.

## 2.3.-PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS

<b>C.S.M.</b>	<b>2</b>
<b>INST. FORAL BIENESTAR SOCIAL</b>	<b>0</b>
<b>URGENCIAS</b>	<b>0</b>
<b>UNIDADES DE PSIQUIATRIA</b>	<b>10</b>
<b>OTRAS:</b>	<b>12</b>
-CONSULTAS HOSPITAL PSIQUIATRICO	3
-HOSPITAL PSIQUIATRICO ZAMUDIO	6
-HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS	1
-PROPIO PACIENTE/FAMILIA	2
<b>TRASLADOS DE SERVICIO</b>	<b>9</b>
<b>PACIENTES DISTINTOS</b>	<b>31</b>

UPR	2003
<b>DESGLOSE PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS</b>	
<b>C.S.M.</b>	
C.S.M. GASTEIZ CENTRO	1
C.S.M. LAKUABIZKARRA	1
<b>TOTAL C.S.M.</b>	<b>2</b>
<b>UNIDADES DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GENERAL</b>	
HOSPITAL DE BASURTO	0
HOSPITAL DE CRUCES	2
HOSPITAL DE GALDAKAO	1
HOSPITAL DE GIPUZKOA	3
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL	4
<b>TOTAL UNIDADES DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GENERAL</b>	<b>10</b>
<b>OTRAS PROCEDENCIAS</b>	
CONSULTAS HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA	3
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO	6
HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS	1
PROPIO PACIENTE O FAMILIA	2
<b>TOTAL OTRAS PROCEDENCIAS</b>	<b>12</b>
<b>TRASLADOS DE SERVICIO</b>	
UNIDAD 3	9
<b>TOTAL TRASLADOS DE SERVICIO</b>	<b>9</b>
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>33</b>





### Consideraciones

- Las demandas por territorio histórico se acomodan al reparto demográfico de la Comunidad Autónoma. En este sentido se ha experimentado un cierto reequilibrio por provincia en cuanto al número de demandas.
- Aunque el mayor número de demandas procede de instituciones hospitalarias, se ha detectado un mayor número de solicitudes desde algún Centro de Salud Mental. No obstante este número de solicitudes sigue siendo escaso aún. Se observa un incremento paulatino de las demandas provenientes de Unidades de Media Estancia de Hospitales Psiquiátricos: Zamudio y Hospital Psiquiátrico de Alava.
- La tasa de reingresos es alta y ya se ha comentado anteriormente tanto el singular perfil de nuestros pacientes como la necesidad de adecuar altas al déficit de sostén social y de seguimiento que se plantea tras dicha alta. Como en el informe precedente se objetiva que tanto médicos responsables como familiares tienen en cuenta a la UPR en cuanto se produce una nueva descompensación y rápidamente lo remiten aquí sin esperar a ingresarlo en cualquier otra estructura.

## 2.4 INDICES DE OCUPACION Y ESTANCIA MEDIA ACUMULADA

<b>INDICES DE OCUPACION</b>	<b>96,03</b>
---------------------------------	--------------

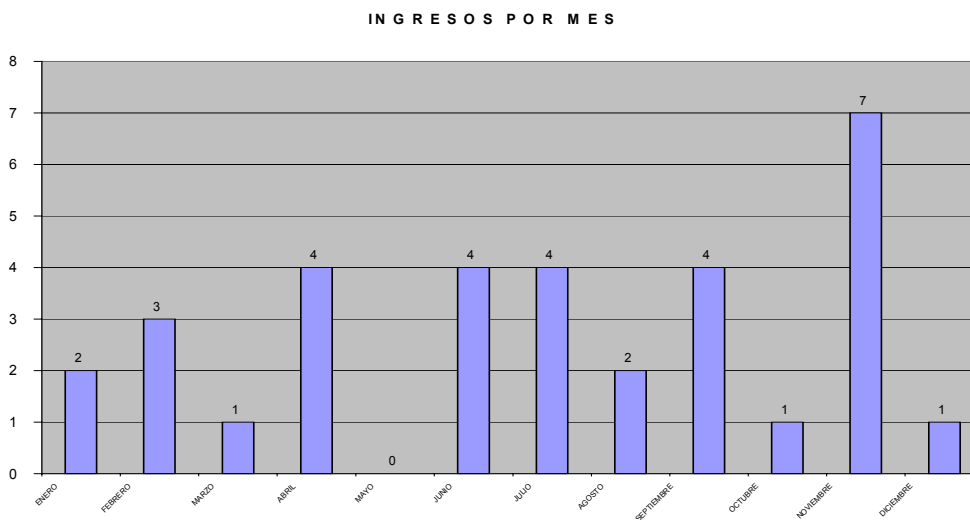
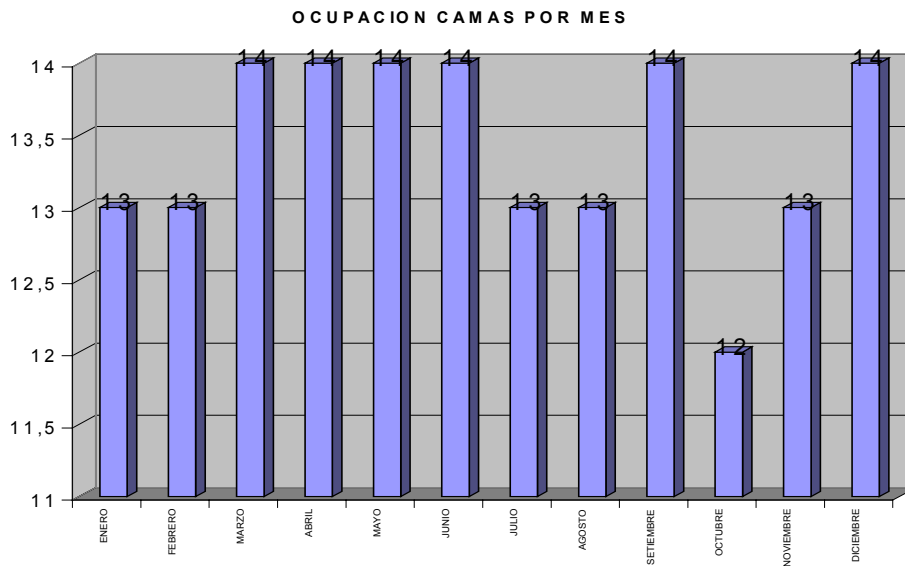
<b>ESTANCIA MEDIA ACUMULADA</b>	<b>127</b>
-------------------------------------	------------

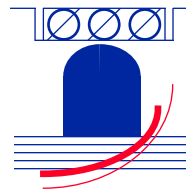
### Consideraciones

- La estancia media es relativamente alta y se explica igualmente por la complejidad de procesos que afecta a estos pacientes, y por las dificultades a la hora de buscar un destino al alta en ciertas áreas geográficas ante la ausencia de estructuras intermedias. Sin embargo, y contrariamente a lo que se podía suponerse por dificultad creciente en encontrar salidas óptimas de la Unidad, no se ha objetivado un aumento importante de dicha estancia media. En ese sentido nos mantenemos en una estancia media similar a la obtenida en 2002 (116 días en 2002 por 127 en 2003).
- La tasa de ocupación ha sido prácticamente del 100%. Ha supuesto un esfuerzo importante de gestión de camas adecuar el tiempo de espera en la Unidad a plazos razonables. Aunque no hemos contabilizado dichos tiempos, la utilización de la Unidad 3 de Media estancia ha sido determinante en el no incremento de los tiempos de espera respecto al 2002. Creemos por consiguiente que gestión de camas y hospitalización previa en las propias Unidades de ingreso de nuestro Hospital psiquiátrico han supuesto que este tiempo de espera siga estando en unos límites aceptables exceptuando casos singulares.

## 2.5 –INGRESOS /ALTAS POR MES: TIPO DE ALTAS

### INGRESOS

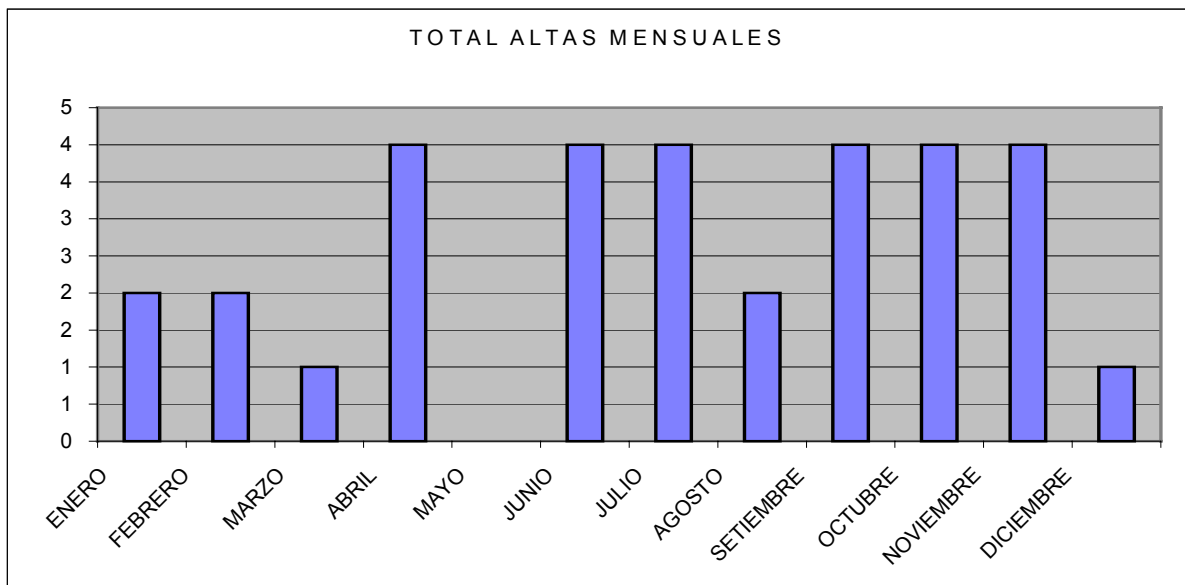
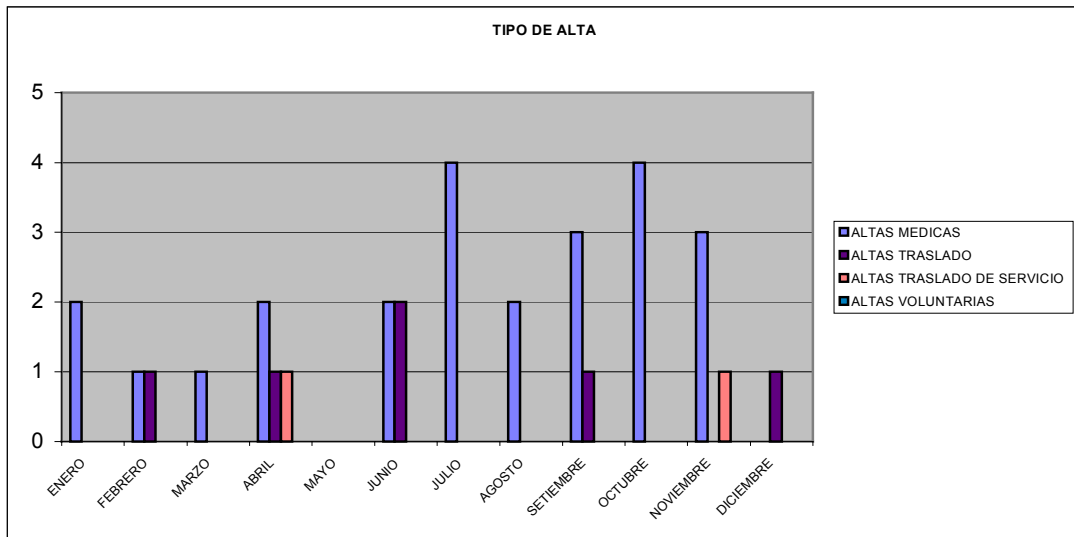
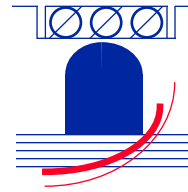




## ALTAS

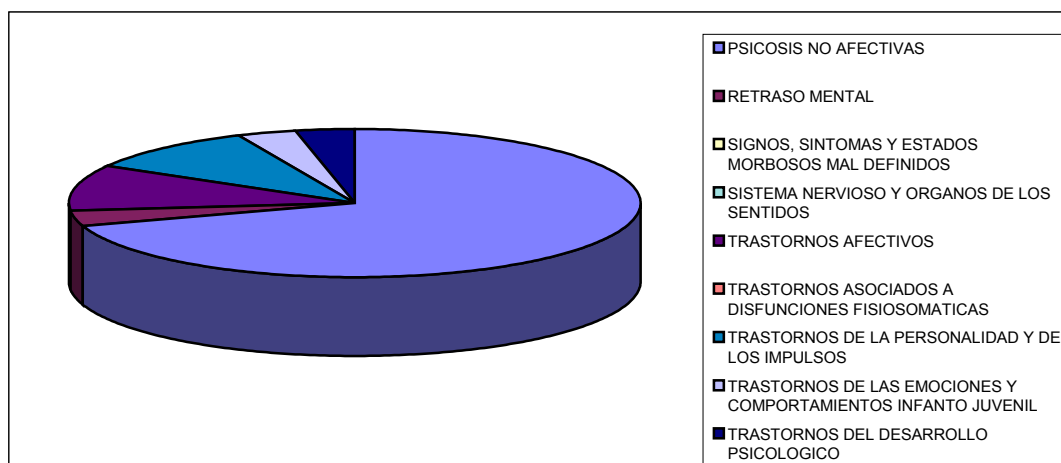
<b>ALTAS MEDICAS</b>	<b>24</b>
<b>ALTAS FUGA</b>	<b>0</b>
<b>ALTAS TRASLADO SERVICIO</b>	<b>2</b>
<b>ALTAS TRASLADO</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL ALTAS</b>	<b>32</b>

<b>2003</b>	ENERO	FEBRERO	1.1.1.1	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<b>ALTAS</b>													
ALTAS MEDICAS	2	1	1	2	0	2	4	2	3	4	3	0	24
ALTAS TRASLADO	0	1	0	1	0	2	0	0	1	0	0	1	6
ALTAS TRASLADO DE SERVICIO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2
ALTAS VOLUNTARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL ALTAS</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>32</b>



## 2.6 -DIAGNOSTICOS

UPR - ALTAS HOSPITALARIAS	2003
NO ENFERMEDAD	0
PSICOSIS NO AFECTIVAS	21
RETRASO MENTAL	1
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	0
TRASTORNOS AFECTIVOS	3
TRASTORNOS ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOSOMATICAS	0
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LOS IMPULSOS	3
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS INFANTO JUVENIL	1
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	1
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD SOMÁTICA	0
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO AL CONSUMO DE TOXICOS	0
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	0
<b>TOTAL ALTAS</b>	<b>30</b>

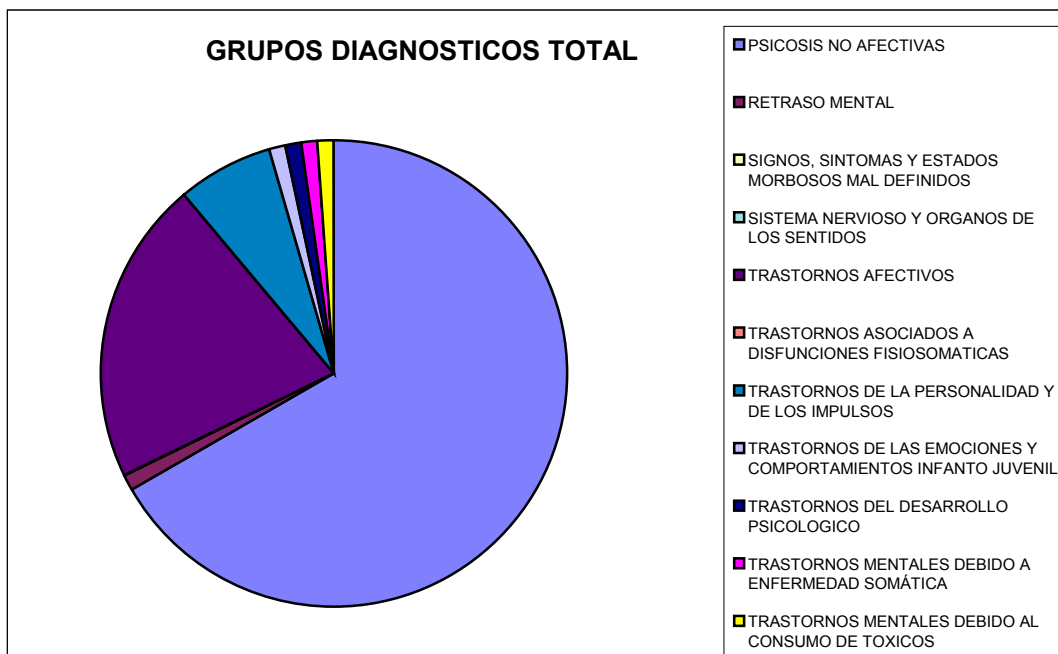


### Consideraciones sobre los diagnósticos

- El diagnóstico principal de los pacientes ingresados sigue siendo el de Esquizofrenia Paranoide.
- Aunque no se especifica en los datos, la mayor parte de los casos presentan doble y triple diagnóstico: al de Psicosis se añade el del Consumo perjudicial o Dependencia de tóxicos y el de un Trastorno de Personalidad asociado. Es obvio que no se ha considerado como diagnóstico principal el consumo de tóxicos y que por ello no queda reflejado en esta gráfica.
- Existe un pequeño porcentaje de casos con el diagnóstico principal de Trastorno de Personalidad. Esto se justifica por algunos pacientes que ingresaron para estudio con un diagnóstico provisional de psicosis o para estudio y que a lo largo del ingreso demostraron una psicopatología que se ajustaba mejor al diagnóstico de un trastorno del eje II más que del I.
- De lo dicho en el párrafo anterior se deduce que así como en el año 2002 hubo ingresos para estudio o sin diagnóstico al ingreso, dicha circunstancia de ingresos para estudio se ha mantenido en 2003. En esta tabla referida a los diagnósticos al alta no se refleja tal circunstancia. La función de diagnóstico y evaluación de la Unidad no está contemplada en sus funciones pero la Unidad se adecua a las demandas de sus clientes, es decir, de otras unidades asistenciales hospitalarias o de dispensario.

## 2.7. NUMERO TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DESDE 2001

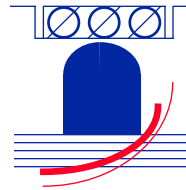
UPR - ALTAS HOSPITALARIAS TOTAL	
NO ENFERMEDAD	0
PSICOSIS NO AFECTIVAS	60
RETRASO MENTAL	1
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	0
TRASTORNOS AFECTIVOS	19
TRASTORNOS ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOSOMATICAS	0
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LOS IMPULSOS	6
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS INFANTO JUVENIL	1
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	1
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD SOMÁTICA	1
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO AL CONSUMO DE TOXICOS	1
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	0
<b>ALTAS TOTALES</b>	<b>90</b>



## 2.8.-PROGRAMAS ASISTENCIALES

La Unidad de Psicosis Refractaria ofrece una atención integral a pacientes con enfermedad psiquiátrica grave proporcionando a nuestros clientes la posibilidad de un retorno a la comunidad o, cuando menos, a unidades psiquiátricas convencionales con un grado máximo de adaptación y autonomía, para lo cual se desarrollan los siguientes programas:

- Programas de atención individual realizados por cualquiera de los profesionales de la Unidad según las necesidades del paciente
- Programas de actuación derivados de los planes individuales de cuidados realizados en base a cuidados estandarizados
- Programas de autocuidado e higiene
- Programa de acogida e información a pacientes y familias
- Psicoeducación para pacientes y familias
  - esquizofrenia
  - trastorno bipolar
  - patología dual



- Habilidades sociales
  - medicación
  - síntomas
  - patología dual
- Programas individuales de modificación de conducta
- Programas para el desarrollo de actividades de la vida diaria:
  - act. de la vida diaria I: Administración de ingresos  
Verificación de intereses para la ocupación del tiempo libre
  - act. de la vida diaria II: Orientación Prevocacional  
Técnicas de búsqueda de empleo
- Comunicación verbal
- Movilización física
- Control de impulsos
- Consultas individuales
- Actividades lúdicas

Para la mejora de la atención individual de los pacientes ingresados se elaboran los niveles de dependencia que tras 2 revisiones son aprobados. Estos se pasan a cada paciente en el momento del ingreso, a los 15 días de estancia y mensualmente hasta el alta.

Así mismo se desarrollan los niveles de vigilancia estableciendo protocolo de actuación para cada uno de ellos.

## **2.9.-ACTUACIONES MEDICINA INTERNA**

(Ver anexo 2)

### **3–ACTIVIDAD HOSPITAL DE DIA:**

Este año y gracias a la colaboración de Amparo Sánchez se ha desarrollado un programa para el control de la actividad del hospital de Día de la U.P.R. cuyos datos se adjuntan en documento específico (anexo 1)

### **4- ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA:**

Durante al año 2003 el equipo de la U.P.R. ha acudido a diferentes cursos y Congresos, así como participado en diferentes trabajos e investigaciones entre los que podemos destacar:

- **Proyecto: “Esquizofrenia refractaria: descripción del perfil neuropsiquiátrico y neuropsicológico”**

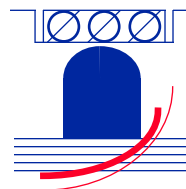
#### **Informe de Progreso Año 2003:**

Novedades en procedimientos llevados a cabo:

Definir e incorporar protocolo de evaluación de muestra control. La muestra necesaria se ha establecido en una N = 100, de los cuales se evaluaron un total de 11.

#### **MUESTRA:**

A fecha 1 de enero de 2004 se cuenta con una N total de pacientes de 109 (respecto a las 58 del año anterior). Todas estas evaluaciones suponen protocolos completos, es decir, se cuenta con la evaluación de todas las pruebas



neuropsicológicas, y de la totalidad de las escalas médicas. La base de datos en SPSS se encuentra actualizada con dicha muestra.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Se han completado un total de 34 análisis estadísticos que se han validado y replicado por un estadístico profesional externo al equipo original.

Finalmente, se ha iniciado una colaboración con el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Cruces (Vizcaya) para que su equipo emplee los mismos protocolos en una muestra de primeros episodios psicóticos. La colaboración pretende comparar resultados y publicaciones conjuntas, una vez su equipo cuente con una muestra mínima suficiente.

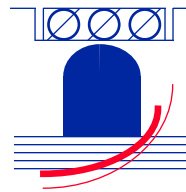
### **DIFUSIÓN DATOS:**

#### CONGRESOS Y JORNADAS NACIONALES

Dres. Sánchez P, Elizagárate E.: “El paciente refractario: Aspectos clínicos y terapéuticos”. En XI Curso Simposium Internacional Actualización en Psiquiatría. Comunicación Oral. Vitoria, marzo 2003.

Sánchez Gómez PM, Ojeda del Pozo N, Yoller Elburgo AB, Ezcurra Sánchez J, Elizagárate Zabala E, Ibarrola Molinuevo E, Arrasate Gil M: Deterioro Neurocognitivo severo en esquizofrenia de larga evolución. Presentación tipo Póster. Reunión Anual de la Sociedad Nacional de Psiquiatría, Mallorca, noviembre 2003.

Sánchez Gómez PM, Yoller Elburgo AB, Elizagárate Zabala E, Ojeda Del Pozo N, Ezcurra Sánchez J, Arrasate Gil M, Ibarrola Molinuevo E: Consumo de drogas de en pacientes esquizofrénicos hospitalizados. Presentación tipo Póster. Reunión Anual de la Sociedad Nacional de Psiquiatría, Mallorca noviembre 2003.



Elizagárate E.: Esquizofrenia resistente y consumo de sustancias: ¿una forma de automedicación?. II Jornadas sobre Psicosis. Comunicación Oral, Olite, noviembre 2003.

Sánchez S.: Neurocognición en la esquizofrenia: ¿Existe un perfil específico en la esquizofrenia refractaria?. II Jornadas sobre Psicosis. Comunicación Oral, Olite, noviembre 2003.

Ezcurra T., Ojeda N.: “Perfil Neuropsicológico y Neuropsiquiátrico del paciente con esquizofrenia refractaria”, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona. Sesión clínica y presentación de la investigación. Barcelona, mayo de 2003.

Dres. Sánchez y Elizagárate: "Neurocognición en la esquizofrenia refractaria". Dra. Ojeda: Evolución del deterioro cognitivo en la esquizofrenia". Curso Simposium Internacional Actualización en Psiquiatría. Vitoria, marzo 2004. Aceptada Mesa redonda coordinada por el Dr. Salvador Cervera, en la que varios miembros del equipo presentarán comunicaciones orales en relación con el estudio.

## **CONGRESOS Y JORNADAS INTERNACIONALES**

Ojeda N., Sánchez P., Elizagárate E., Ezcurra T., Gutierrez M.A., Bermejo M.A., Argemí M. : Neuropsychological and neuropsychiatric profile of treatment resistant patients with schizophrenia. International Neuropsychological Society, 31st Annual Meeting. Poster Presentation, Hawaii february 5-8, 2003.

Ezcurra J., Elizagárate E., Sánchez PM., Yoller AB., Ibarrola E., Legorburu M. Ojeda N.: Neuropsychiatric & neuropsychological profile of treatment resistant schizophrenia. American Psychiatric Association, Annual Meeting. Poster Presentation, San Francisco, 2003.

Elizagárate Zabala E, Sánchez Gómez PM, Yoller Elburgo AB, Ojeda Del Pozo N, Ibarrola Molinuevo E, Arrasate Gil M, Ramirez Usarbarrena I., Ezcurra Sánchez J.: Drug consum in hospitalized patients with Schizophrenia is not a form of self medication. American Psychiatric Association, Annual Meeting. Presentation tipo Póster, 2004.

## TESIS DOCTORALES

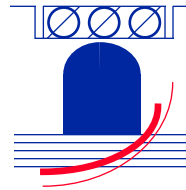
Dr. Pedro Sánchez Gómez. “Perfil Neurocognitivo y diferencial de la esquizofrenia refractaria”. Fecha prevista de defensa: marzo 2004.

Dra. Ana Blanca Yöller. “Consumo de drogas en pacientes con esquizofrenia en población hospitalizada: su relación al perfil clínico y cognitivo”. Fecha prevista de defensa: septiembre de 2004.

- IX Curso Actualización en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico de Alava, Marzo 2003.
- Curso Terapia Integrada de la Esquizofrenia, Volker Roder, Hospital Psiquiátrico de Alava, Mayo.
- Conference: Mental Health in Europe New Challenges. New Opportunities  
Universidad de Deusto, Bilbao 9-11 October 2003

Esta conferencia estuvo auspiciada por la Comisión Europea, por el Centro Finlandés de Desarrollo e Investigación para el Bienestar y la Salud (STAKES), el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y la Universidad de Deusto. Entre otras organizaciones patrocinadoras se incluyen la Oficina Regional de la OMS para Europa y Salud Mental en Europa.

- XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental con la presentación de 3 comunicaciones, 2 en formato póster y 1 oral
- Formación en gestión, curso recibido por una enfermera y trabajador social



- Realización de una sesión clínica general de enfermería:  
“Gestión de una nueva alternativa: EL HOSPITAL DE DIA de la Unidad de Psicosis Refractaria”
- Participación en la Formación continuada del Hospital.
- Docencia: participación como docentes en cursos de actualización en Hospital de Bermeo. Curso para auxiliares impartido en Benidorm. Curso de cuadro confusional agudo. Formación teórica y práctica de Residentes de Enfermería. Curso de contención física para trabajadores del Hospital Psiquiátrico.

#### Formación de otros profesionales:

- MIR: rotación extraordinaria de 4º año y durante un mes rotación ordinaria de 2º año
- Oferta de formación de PIR en coordinación con el centro docente de referencia
- Formación de 2 EIR en Salud Mental en periodo de rotación de 3 meses
- Oferta de formación en el Practicum de Psicología de la UPV
- Oferta de formación para estudiantes de medicina de la UPV dentro de las practicas de la asignatura de Psiquiatría
- Formación de Trabajadores Sociales
- Formación para auxiliares psiquiátricos

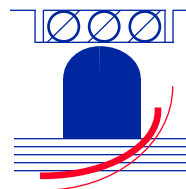
## 5.-ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA GESTION Y LA CALIDAD

- Puesta en marcha y evaluación del protocolo de aislamiento sin sujeción mecánica.
- Realización de Autoevaluación según “Guía de autoevaluación EFQM para Unidades de Gestión
- Evaluación de protocolo de contención y cumplimentación de indicadores de calidad

### INDICADORES DE CALIDAD

1.2 ERRORES DE MEDICACION	
<b>AÑO 2003</b>	
Nº de errores	1
Clientes ingresados	46
%	2,17

1.2.1 ACCIDENTES	
<b>AÑO 2003</b>	
Nº de accidentes	0
Clientes ingresados	46
%	0,00



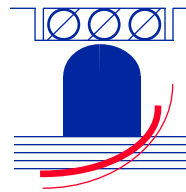
HOJA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS		2003	
	Nº	%	
<b>Traslados internos</b>	<b>2</b>		
Hecha	30	93,75	
No programada	1	3,13	
Otros motivos	1	3,13	
<b>Total altas Hospital</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>	

<b>INFORME DE ALTA EN MANO</b>
<hr/> <b>81,25%</b>

TRAMO DIAS ENTRE FUGA E INGRESO	
AÑO 2003	
>=30 Días	1
Entre 31 y 90 días	1
>90 días	14
<b>TOTAL FUGAS</b>	<b>16</b>

## CONCLUSIONES

- Prácticamente desde el inicio de la actividad asistencial en la UPR se ha detectado que muchos casos precisan un seguimiento al alta más intensivo del que puede proporcionar un CSM. Se trata de pacientes que podrían vivir en la comunidad siempre que pudieran beneficiarse de estas medidas de seguimiento especiales. La ausencia de una red de Centros de Día en ciertas áreas geográficas obligan a la solicitud de camas en centros de larga estancia para alguno de estos pacientes.



- Para paliar en parte este problema, desde la Unidad se ha ido desarrollando un programa de asistencia comunitaria en régimen de Hospital de Día para atender a estos pacientes que han pasado por la Unidad.
- En la medida en que los pacientes de nuestra Unidad no son ya vistos con ese marchamo de peligrosidad con el que se les catalogaba en sus inicios, hemos podido disfrutar de los recursos terapéuticos de nuestra red Asistencial en igualdad de condiciones. Esto supone un avance en la integración de nuestra Unidad dentro del dispositivo asistencial.
- En relación con las derivaciones al alta nos encontramos con la escasez de recursos intermedios. En ese sentido uno de los problemas detectados es la escasez de pisos protegidos y pensiones para pacientes en ciertas áreas y que se hace más patente a lo largo de los años.
- El tiempo de espera cuando se solicita una cama de larga estancia es excesivamente alto (>6 meses). Esto obliga a la extensión de los ingresos más allá de lo razonable en una Unidad de “cuidados intensivos” evitando que otros pacientes puedan beneficiarse de un recurso muy especializado en el mismo momento en que surge la necesidad.
- En los dos últimos años está aumentando la demanda de solicitudes de ingreso para el diagnóstico de pacientes que se hallan en la frontera entre la psicosis y el trastorno de personalidad. En estos casos las alteraciones conductuales y el consumo de drogas confunden el proceso diagnóstico en las unidades de procedencia impidiendo que puedan tomarse las medidas oportunas una vez realizado el diagnóstico.

# UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIAS

## HOSPITAL DE DÍA:

La preparación de destino del paciente atendido en la U.P.R al alta es fundamental, por ello, en algunos casos es preciso mantener un régimen de hospitalización a tiempo parcial (Hospital de Día) para dar cobertura a las diferentes necesidades del paciente.

Las actividades que se realizan en el Hospital de Día van encaminadas, principalmente, a incidir en aquellos factores que favorecen la descompensación y la cronificación de la enfermedad psiquiátrica en este tipo de pacientes. Estos factores son:

- Abandono del seguimiento médico especializado.
- Abandono del tratamiento farmacológico.
- Disminución de los recursos psicológicos de dichos pacientes (situación en crisis, manejo de ansiedad, emoción expresada, sucesos vitales...)
- Disminución de la red social y previsible pérdida de apoyo social.
- Deterioro de las relaciones familiares.
- Reiterado abandono de los proyectos rehabilitadores.

El enfoque que se da al trabajo en el Hospital de Día se basa en las tres líneas estratégicas esenciales:

- **Satisfacción del cliente externo:** Menor desconexión del paciente de su medio habitual y mejora en su calidad de vida.
- **Satisfacción del cliente interno:** Disminuir la presión asistencial y evitar las hospitalizaciones excesivamente prolongadas.
- **Gestión eficiente de recursos:** Disminuye costes de hospitalización ganando en cuotas de eficiencia.

# 1.PROCESO

## **DEFINICIÓN:**

Atención al paciente en hospitalización a tiempo parcial en la Unidad de Psicosis Refractarias.

## **DESIGNACION DEL PROCESO:**

Proceso de atención al paciente dado de alta de la U.P.R. que precisa de hospitalización a tiempo parcial para su seguimiento.

## **DEFINICION FUNCIONAL DEL PROCESO:**

Proceso por el cual tras ser dado de alta de la hospitalización completa, el paciente continua un seguimiento estrecho que no se puede llevar a cabo en el C.S.M de referencia, por lo que se decide realizar ese seguimiento en la propia Unidad en la modalidad de hospitalización a tiempo parcial.

## **LIMITE INICIAL DEL PROCESO:**

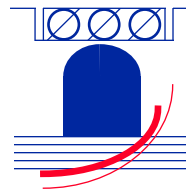
Indicación médica de seguimiento en hospitalización a tiempo parcial.

## **LIMITE FINAL DEL PROCESO:**

Alta definitiva del paciente con derivación a su C.S.M de referencia.

## **PROPIETARIO DEL PROCESO:**

Jefe de la Unidad de Psicosis Refractarias.



## 2.MODALIDADES

**Hospital de Día a tiempo completo:** Los pacientes acuden desde las 10 horas hasta las 18 horas, pudiendo comer o no dentro de la Unidad dependiendo de la indicación médica, control de toma de medicación o control de sus actividades fuera de la unidad.

Dentro de esta modalidad de atención la asistencia puede ser diaria o con una frecuencia determinada según el plan de cuidados de cada paciente.

**Hospital de Día a tiempo parcial:** Los pacientes acuden a determinadas actividades y en días pactados. Habitualmente no se quedan a comer y el control de la toma de medicación corresponde al propio paciente o familia.

**Consulta:** Los pacientes son citados a consulta con los diferentes profesionales de la Unidad: Psiquiatra, Psicólogo, Enfermera o Trabajador Social. Se realizan controles analíticos de medicación y de consumo de tóxicos si procede.

## 3.ACTIVIDADES

Las actividades realizadas por los pacientes que acuden al Hospital de Día son las mismas que realizan durante el periodo de ingreso, adecuando y valorando su progreso en actividades grupales programadas para el tratamiento específico de su proceso, como en las actividades generales programadas para todos los pacientes.

El paciente va siendo dado de alta de los grupos terapéuticos según va cumplimentando los objetivos establecidos.

Las consultas con su psiquiatra son con la misma periodicidad que durante el ingreso, salvo los pacientes que acuden exclusivamente a consulta que son citados cada 15 días.

## 4. CONSIDERACIONES

**Registros.** Los pacientes que acuden a Hospital de Día no pueden ser incluidos en el programa informático de enfermería, con lo cual el registro de actividades y evolutivos se realiza en papel, produciéndose omisiones debido al cambio de formato al realizar la cumplimentación.

El control de actividades se realiza en un programa diseñado por Amparo Sánchez que no está conectado a la Red, con lo cual las altas y bajas de grupos, consultas y de la asistencia no se realiza de forma inmediata. Agradecemos a Amparo su empeño en que este retraso sea el mínimo.

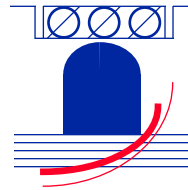
Los pacientes atendidos en el Hospital de Día disponen de una Historia Clínica que en el momento del alta no sabemos muy bien a quién corresponde enviar, por no ser ésta una atención regulada en el Hospital, pero que cuando entre en vigor, el Reglamento de Uso de la Historia Clínica lo regularizaremos.

En un futuro próximo adaptaremos la actividad del Hospital de Día a la Circular 1/96 de 15 de febrero, sobre Alternativas a la Hospitalización Tradicional.

La actividad del Hospital de Día se realiza en el mismo espacio físico y con el mismo equipo terapéutico con la consiguiente exigüidad de espacio y la sobrecarga asistencial para el mismo equipo.

La atención médica que precisan estos pacientes durante su estancia vespertina no existe y, obviamente, sólo en situaciones de máxima urgencia se dispone del Psiquiatra de Guardia y cuya intervención no ha sido precisa hasta la fecha.

Lo que antes se ha considerado una sobrecarga asistencial por parte del equipo hace que, sin embargo, se procure una mejor calidad asistencial por mejor conocimiento del paciente y mejor seguimiento de su evolución.



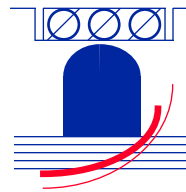
La versatilidad en la oferta de seguimientos y la flexibilidad de las mismas adaptándose a las necesidades y circunstancias del paciente, constituye un activo más de la propia Unidad.

Con esta oferta de Hospital de Día en la U.P.R se intenta también dar una cobertura de atención maximizada a las familias que tienen a su cargo a estos pacientes.

## **U.P.R., OBJETIVOS 2004**

### **1. PACIENTES / FAMILIAS:**

- Continuar con el programa de Intervención Familiar
  - 1.1. Realizar entrevistas periódicas con las familias de los pacientes incluidas en el programa de intervención familiar con una cadencia mensual
  - 1.2. Realizar entrevistas de acogida de pacientes en un plazo máximo de 48 horas
  - 1.3. Continuar con los grupos multifamiliares con frecuencia quincenal. Realizar registro u acta de sesión
  - 1.4. Desarrollo y puesta en marcha de encuesta de satisfacción de familias.
  
- Continuación del Programa de atención a los pacientes en régimen de Hospital de Día con control médico, de enfermería y social. Registro de actividades, horario, personal.
- Continuación del Programa de atención y seguimiento a pacientes dados de alta y con seguimiento en consulta externa. Control analítico, control y administración de medicación, control de consumo de tóxicos.
- Continuidad de cuidados incluyendo valoración de la actividad grupal realizada en la unidad durante el ingreso 100% de las altas
- Modificación de la actividad grupal ofertada en la unidad, ajustando la oferta a la demanda.
- Participar activamente tanto dentro como fuera de la Unidad en programas de Educación para la Salud.
- Luchar contra la estigmatización atendiendo a cuantos colectivos quieran conocer nuestro trabajo, así como a personas relacionadas con nuestros clientes y que no estén directamente



emparentados con ellos ( amigos, patronas, responsables de actividades extrahospitalarias).  
Es decir, establecer una política de comunicación y colaboración con nuestros aliados clave.

- ❑ Complimentación de encuesta de satisfacción al alta de todos los pacientes de la Unidad.

#### ❑ **TRABAJADORES**

- ❑ Identificación de situaciones que precisen de un 100% de sustitución
- ❑ Garantizar sustituciones con experiencia y conocimientos en situaciones de mínimos
- ❑ Facilitar la participación en la formación continuada ofrecida por el centro
- ❑ Desarrollo de encuestas de satisfacción para trabajadores
- ❑ Participar en la formación de otros profesionales tanto practica como en la teórica que nos sea solicitada.

#### ❑ **GESTIÓN**

- ❑ Identificación y definición de procesos clave documentándolos y realizando mapa de procesos.
- ❑ Realizar autoevaluación.

### INDICADORES DE ACTIVIDAD GENERAL DE LA UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA

Ocupación: > 91 % camas/año ocupadas

Estancia media acumulada: <150 días

Altas médicas a domicilio, pisos o residencias: >30 altas al año

Reingresos en Unidad de Psicosis Refractarias <20% de las altas médicas.

### 1.2.1.1.1.1

## CALIDAD CIENTÍFICO-SANITARIA

Historia Clínica Unificada	100% de las historias
Hoja única de aplicación terapéutica	100% de las historias
Historia Social	100% de los pacientes
Valoración de nivel dependencia física y psíquica	al ingreso, a los 15 días y mensualmente hasta el alta 100% de los casos
Entrega documento informativo sobre normas y rutinas de la unidad	100% de los pacientes que ingresan y a sus familias
Abordaje en el programa de intervención familiar	100% de los pacientes incluidos en el programa

## CALIDAD CIENTÍFICO-SANITARIA

<b>2 Entrega Informe de Alta médica en el momento del alta</b>	100% de las altas
Pacientes ingresados con plan individual de cuidados “Programa Zaineri”	100% de los pacientes
Entrega Informe de cuidados de enfermería en el momento del alta	100% de los pacientes
Entrega Informe social en el momento del alta	100% de las

	intervenciones
Entrega de informe Psicológico	100% de las intervenciones
Revisión tratamientos semanal	100% de los pacientes
Errores de Medicación	< 0,05%
Ulceras por decúbito	0
Accidentes	< 0,05
Evaluación de la utilización del Protocolo Sujeción Mecánica	100%
Evaluación protocolo fugas (en contención y en rehabilitación)	100% de las fugas
Evaluación protocolo incidentes pacientes	100% de los incidentes
Entrevistas familiares informativas	100% en las 48 h. posterior al ingreso
Cumplimentación evolutivos médicos	100% semanal
Cumplimentación evolutivos enfermería ()	Evolutivo diario por turno 100%

## OBJETIVOS CALIDAD 2004

### 1. Continuar con la Evaluación de los Indicadores de Calidad de la Unidad:

- ◆ Indicador centinela: Tasa de suicidios u homicidios consumados dentro del servicio:  
0
- ◆ Alta contra indicación médica por fuga: 2
- ◆ Reingreso no planificado en 6 meses en la propia Unidad <15%
- ◆ Reingreso no planificado en otra Unidad: <25%
- ◆ Reingreso total en los 6 meses previos al alta: <40%

## 2.-Establecer los siguientes indicadores para la actividad de Hospital de Día

- ◆ N° total de pacientes en Hospital de Día
- ◆ N° de pacientes que reingresan estando en Hospital de Día
- ◆ N° de pacientes que reingresan en un periodo < 3 meses tras el alta en Hospital de Día
- ◆ N° total de consultas telefónicas atendidas fuera del horario de Hospital de Día
- ◆ N° de Estancias totales en Hospital de Día
- ◆ N° total de abandonos de Hospital de Día

## 3.-Otros indicadores de calidad

- ◆ Informe de alta médica en menos de 24h. en 100% de altas
- ◆ Informe psicológico siempre que se produzca intervención
- ◆ Informe social en 100% de Hª Clínica

## **OBJETIVOS DOCENCIA 2004:**

1. Estimular la asistencia a cursos o congresos (publicación, presentación, póster, ponencias...)  
Priorizar por estamentos cursos en los que es más interesante, -para mejorar la actividad de la Unidad-, la asistencia.
2. Sesión clínica anual para los profesionales de la red de Salud Mental sobre psicosis refractaria y sesiones clínicas de enfermería ( presentación de al menos 1 sesión al año)
3. Actualización del fondo de documentación para la Unidad.
4. Oferta de formación a MIR en la rotación extraordinaria de 4ª año y durante 1 mes en la rotación ordinaria de 2ª año.
5. Oferta de formación a PIR en coordinación con el centro docente de referencia.
6. Oferta de formación a EIR en Salud Mental

7. Oferta de formación en el Practicum de Psicología de la UPV
8. Oferta de formación para estudiantes de medicina de la UPV dentro de las prácticas de la asignatura de Psiquiatría
9. Continuar con el curso en técnicas de contención física.
10. Priorizar la formación en habilidades sociales y psicoeducación.
11. Proponer a mandos intermedios de la Unidad formación específica en gestión y calidad.
12. Participar en la formación continuada propuesta por el Hospital
13. Participación específica de los miembros de la Unidad en el anual Curso de Actualización en Psiquiatría

### **OBJETIVOS INVESTIGACION 2003**

1. Continuar el estudio en Neuropsicología y Esquizofrenia Refractaria junto con las Unidades 3 y 4 del Hospital Psiquiátrico con ampliación de becarios destinados al proyecto.
2. Presentación de la Tesis Doctoral de Pedro Sánchez Gómez, médico adjunto de la Unidad de Psicosis Refractaria
3. Desarrollo de Proyecto de Investigación: “Uso de anticonvulsivantes para el control de la Impulsividad en Esquizofrenia Refractaria”. Estudio Prospecto a iniciar en mes de Abril de 2004 tras aprobación del Comité de Etica Asistencial del Hospital Psiquiátrico de Alava.
4. En el capítulo de enfermería se establecen un mínimo de presentación de 2 trabajos al menos para su publicación y que pueda incluir las áreas de Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Se potenciará la presentación de póster y comunicaciones en dichas áreas: Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional.