

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA:

UPR

MEMORIA AÑO 2004

La Unidad de Psicosis Refractaria ha desarrollado en el año 2004 un nivel de actividad importante. Los niveles de actividad representados por el número de ingresos y altas es el reflejo de un año intenso en el desarrollo de la propia Unidad. No hemos superado la estancia media de otros años sino que la hemos mantenido idéntica a pesar de las circunstancias tan difíciles que han supuesto por un lado el conflicto en Alava de las ayudas sociales además de las ya anteriores dificultades en la puesta en marcha del espacio sanitario que tanta influencia supone en nuestra gestión de camas.

En este como en otros años hemos visto mantener la demanda respecto a la solicitud de cuidados en pacientes con diagnóstico dual y sobre todo ésta ha sido en relación a problemas que algunas unidades de media estancia tienen para el control del consumo de tóxicos. La demanda en ese sentido es un hecho insoslayable y refleja patrones de conducta de consumo crecientes en la población psiquiátrica hospitalizada en dichas unidades. Los datos primeros apuntan también un incremento de la demanda para pacientes esquizofrénicos con predominio de sintomatología negativa y que responden al perfil de paciente esquizofrénico refractario y un descenso en cambio del paciente llamado difícil con conductas disruptivas y en algún caso agresivas. En definitiva se ha visto acrecentada una demanda de cuidados intensivos psiquiátricos para evitar una evolución deficitaria del trastorno psicótico.

Por último y al igual que en el 2003 existe una demanda innegable de observación y confirmación diagnóstica para pacientes cuya evolución implica dudas sobre el tipo de enfermedad. Y un cierto incremento de la demanda para pacientes con psicosis en el espectro afectivo

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 número 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

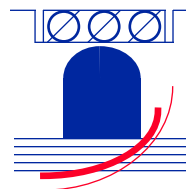
Durante el año 2004 se han producido un total de 38 ingresos. El número de pacientes distintos ha sido de 35, es decir 1 paciente realizó 4 ingresos. La estancia media de los mismos es de 127 días

VOLUMEN DE INGRESOS

INGRESOS	34
SUCESIVOS (ALTA \geq 1 MES)	3
REINGRESOS (ALTA $<$ 1 MES)	1
TOTAL INGRESOS	38

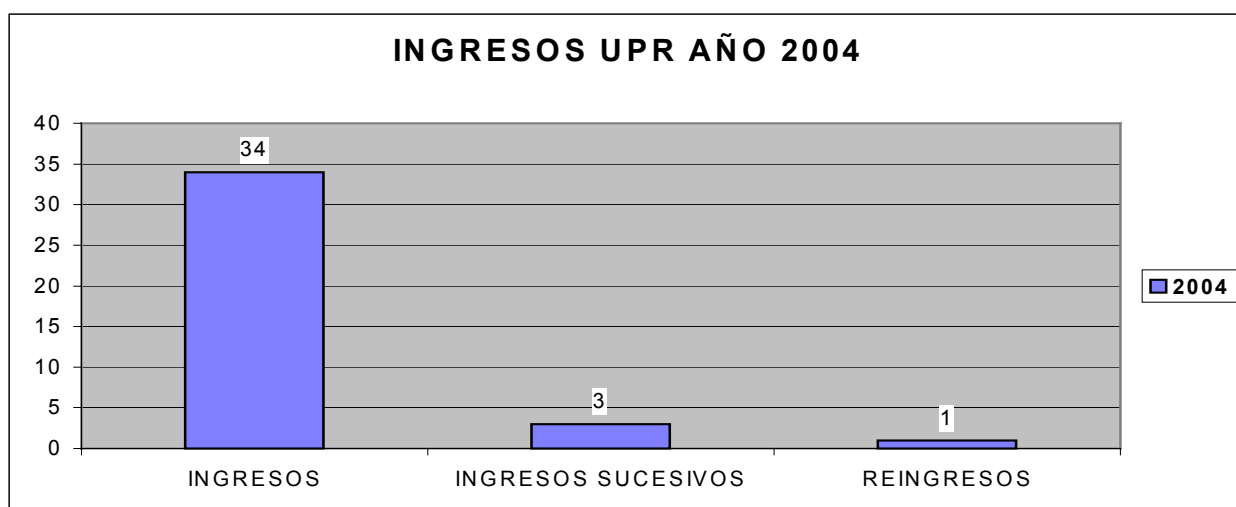
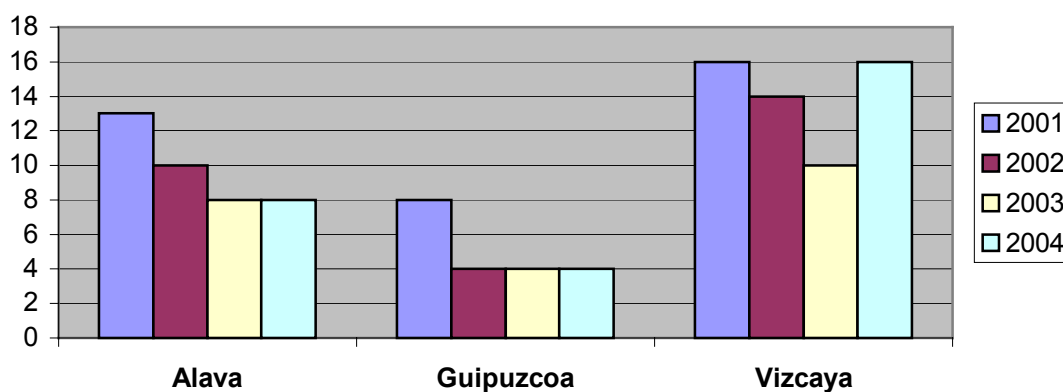
2.2.-NÚMERO DE SOLICITUDES DE INGRESO:

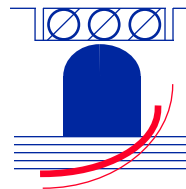
- El número total de solicitudes de ingreso ha sido de 31, de las cuales 28 han sido admitidas y 3 rechazadas. A diferencia del año anterior en que se aprobaron todas las solicitudes, en este año las demandas han sido menos ajustadas a lo que se considera como criterios de ingreso en la Unidad. Así se rechazaron 3 demandas por los siguientes motivos: Esquizofrenia Residual susceptible de larga estancia, Trastorno por déficit de atención y consumo de tóxicos como eje 1 de diagnóstico y por último, deseo del CSM de agotar recursos terapéuticos tras remisión desde el Hospital San Juan de Dios. Como 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 3 han sido ingresos sucesivos (reingreso más allá del mes tras el alta de la Unidad) y 1 reingresos (reingreso en el mes siguientes al alta). Es de constatar que en el caso de reingreso o ingreso sucesivo 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

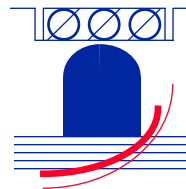




En la observación y cálculo posterior de estos porcentajes de reingreso hay que admitir que se ha operado un cambio en la consideración del tiempo transcurrido en lo que se considera ingreso sucesivo o reingreso situándose este último en el mes y no como antes en los 3 meses. Obviamente este cambio de baremo nos beneficia. El año 2003 nos movimos en porcentajes superiores al 25% en reingresos y la suma de reingresos e ingresos sucesivos alcanzó un 33%. Nos propusimos entonces que dicho porcentaje debía ser disminuido en los próximos ejercicios y aun admitiendo los baremos más favorecedores, la cifra este año 2004 rebasa apenas un 10% (esta cifra la mantendríamos incluso con los antiguos baremos). Creemos que es un logro importante y muy difícil de reducir. A pesar de todas las dificultades que tenemos no es ajeno a este éxito la presencia del Hospital de Día. Vaya por delante el reconocimiento a la labor de este equipo cuyo exclusivo voluntarismo y dedicación abnegada ha contribuido a este logro muchas veces con cierto desconocimiento de los resultados y del esfuerzo por parte de otras instancias. Sobre el total de pacientes diferentes (35), 4 son reingresos, lo que hace un porcentaje de 11,43%.

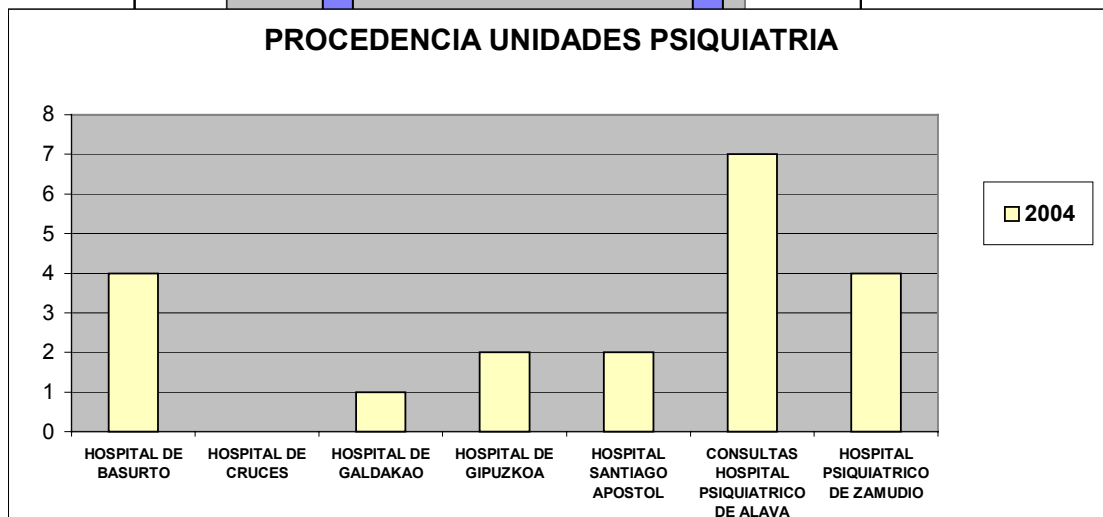
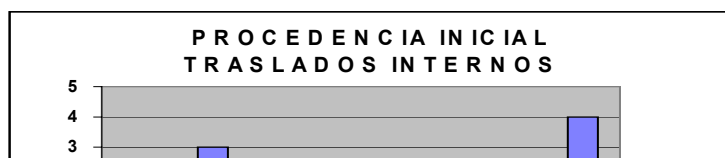
2.3.-PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS

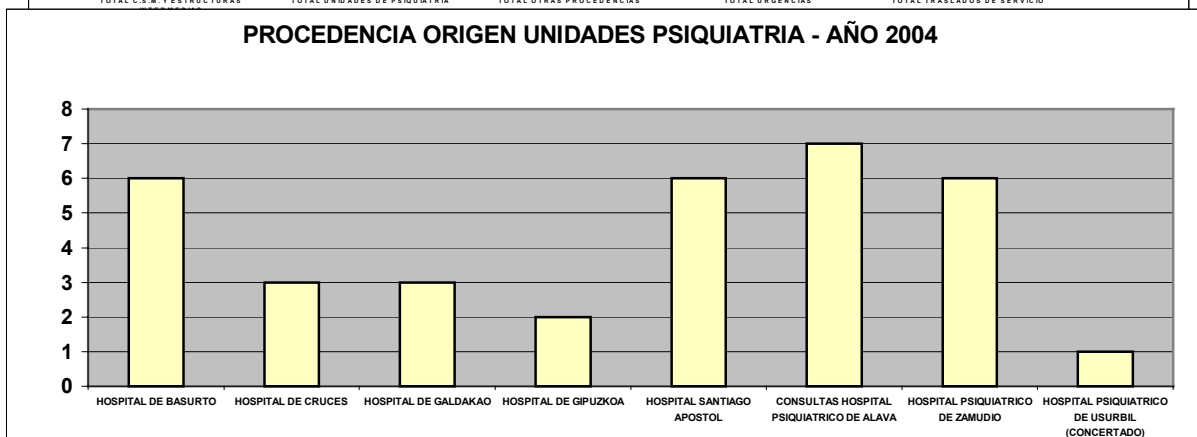
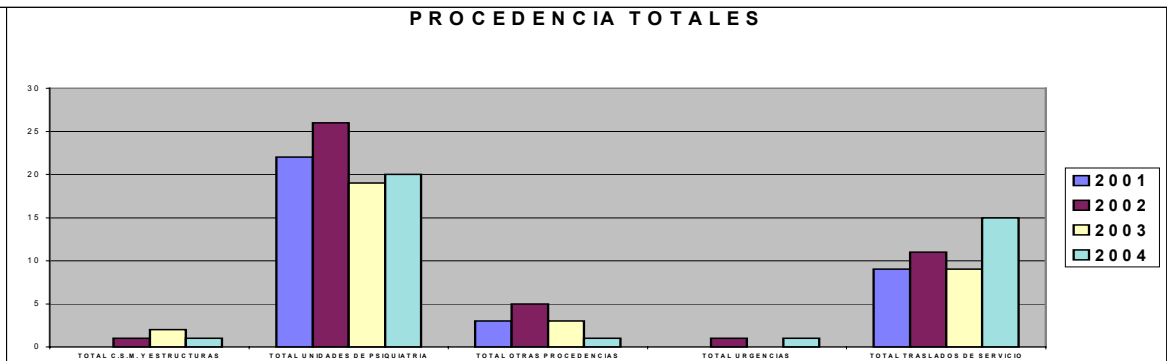
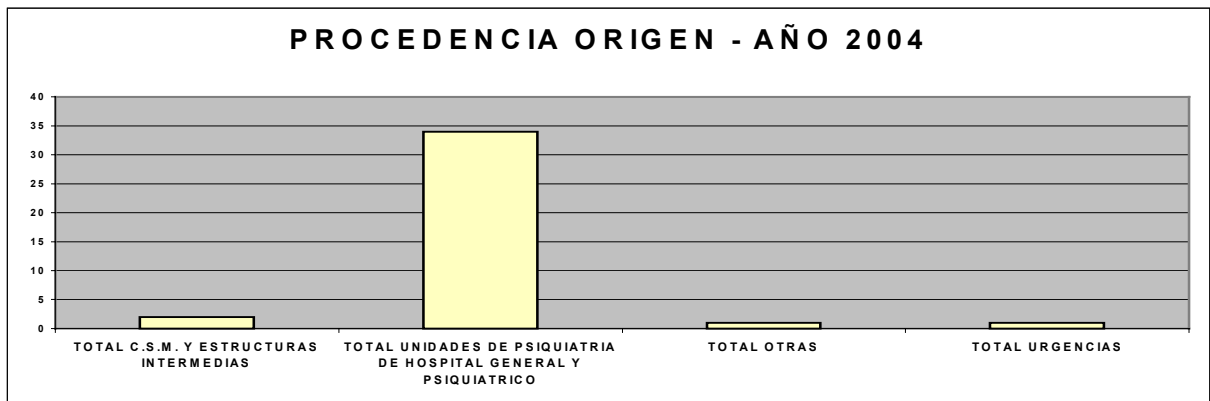
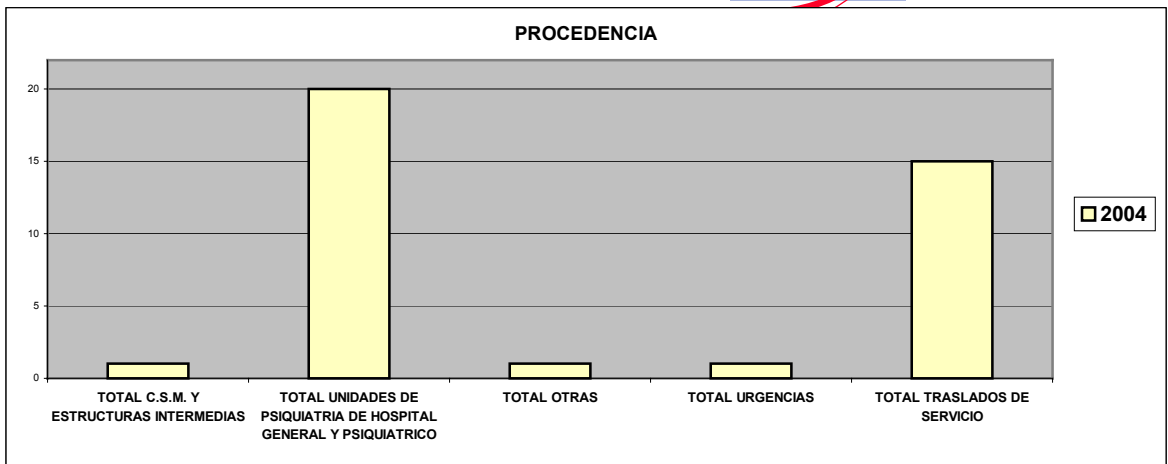
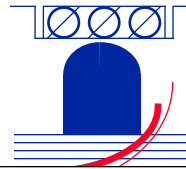
C.S.M.	1
URGENCIAS	1
UNIDADES DE PSIQUIATRIA	20
OTRAS	1
TRASLADOS DE SERVICIO	15
PACIENTES DISTINTOS	35



UPR		2004
DESGLOSE PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS		
C.S.M. Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS		
SERVICIO DE REHABILITACION COMUNITARIA		1
TOTAL C.S.M. Y ESTRUCTURAS INTERMEDIAS		1
UNIDADES DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GENERAL Y PSIQUIATRICO		
HOSPITAL DE BASURTO		4
HOSPITAL DE CRUCES		0
HOSPITAL DE GALDAKAO		1
HOSPITAL DE GIPUZKOA		2
HOSPITAL SANTIAGO APOSTOL		2
CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ALAVA		7
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO		4
TOTAL UNIDADES DE PSIQUIATRIA DE HOSPITAL GENERAL Y PSIQUIATRICO		20
URGENCIAS		
URGENCIAS HOSPITAL DE CRUCES		1
TOTAL URGENCIAS		1
OTRAS PROCEDENCIAS		
CONSULTAS EXTERNAS H. PSIQUIATRICO AITA MENNI		1
TOTAL OTRAS PROCEDENCIAS		1
TRASLADOS DE SERVICIO		
UNIDAD 3		15
TOTAL TRASLADOS DE SERVICIO		15
TOTAL INGRESOS		38

De los 15 ingresos por Traslado de Servicio cabe destacar que 11 de ellos fueron ingresados de forma provisional en la Unidad 3 por necesidades del Servicio (falta de camas), por lo que podrían considerarse como ingresos ectópicos. La media de estancia ha sido 3 días y en todo momento han dependido de nuestro equipo asistencial. La procedencia de los 4 restantes ha sido Hospital Santiago Apóstol.





Consideraciones

- El mayor número de demandas procede de instituciones hospitalarias. Se observa un incremento paulatino de las demandas provenientes de Unidades de Media Estancia de Hospitales Psiquiátricos: Zamudio y Hospital Psiquiátrico de Alava.
- Se mantiene a lo largo de los años el número de demandas provenientes de las Unidades de Agudos de Hospital General
- Sigue siendo escaso el número de demandas de los Centros de Salud Mental y de otras estructuras como Hospitales de día y ello en los tres territorios históricos.
- Es una constante en lo que se refiere a las demandas 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.

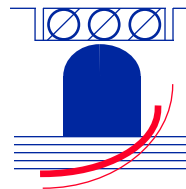
2.4 INDICES DE OCUPACION Y ESTANCIA MEDIA ACUMULADA

INDICES DE OCUPACION	96,31
-----------------------------	--------------

ESTANCIA MEDIA ACUMULADA	127
---------------------------------	------------

Consideraciones

- La estancia media aunque mantenida estos años sigue siendo 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 suponer 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 y 2003 (116 días en 2002, 127 en 2003 y 127 en 2004). Siendo realistas y de acuerdo a lo que se considera

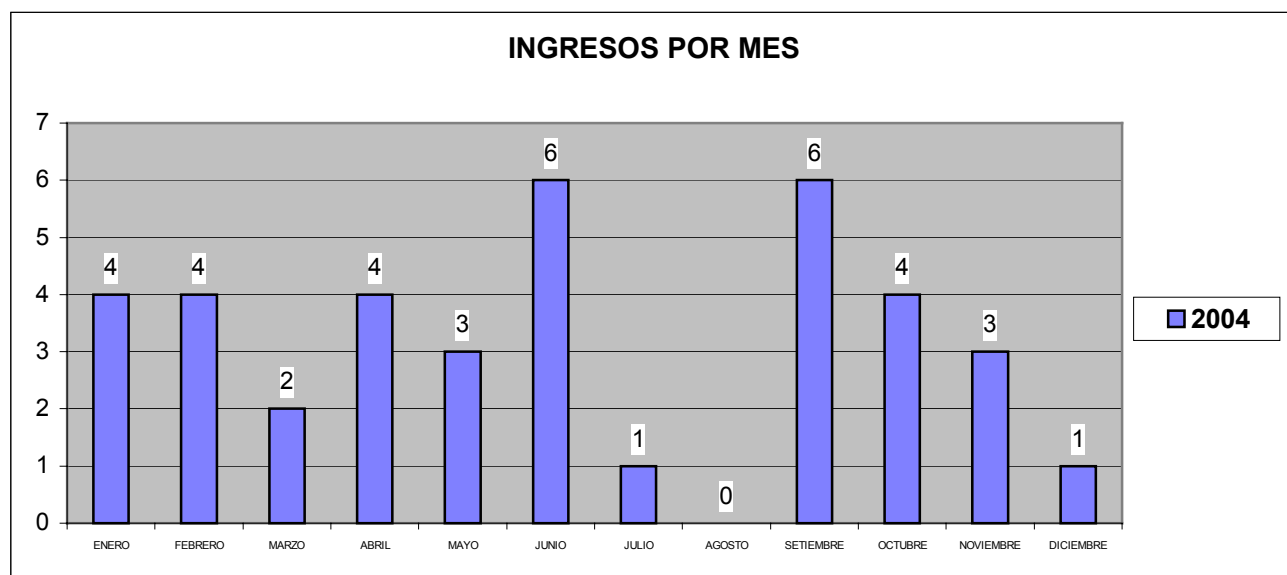
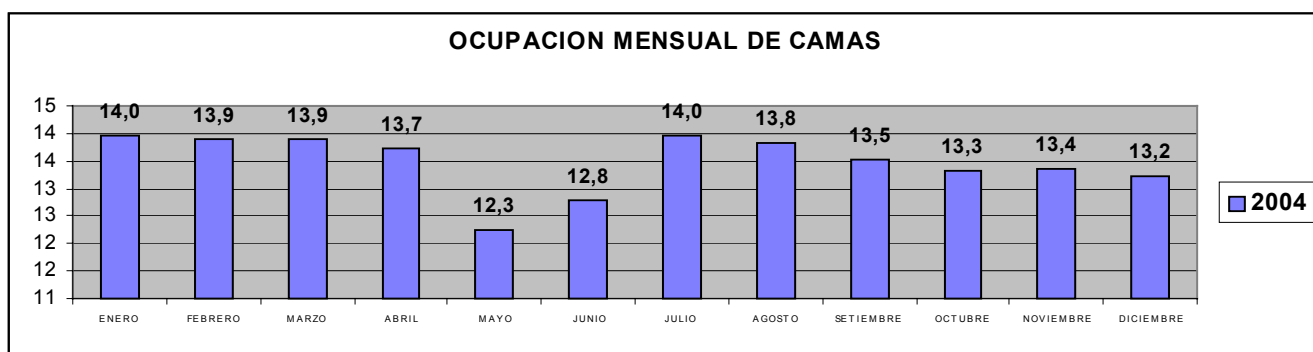


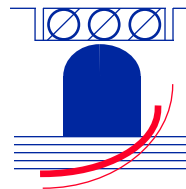
tiempos mínimos de tratamiento en esquizofrenis resistente a tratamiento creemos que dichas estancias medias se acomodan perfectamente a lo reflejado en la literatura.

- 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 ni al 2003. 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 al igual que otros años en unos límites aceptables exceptuando casos singulares.

2.5 –INGRESOS /ALTAS POR MES: TIPO DE ALTAS

INGRESOS



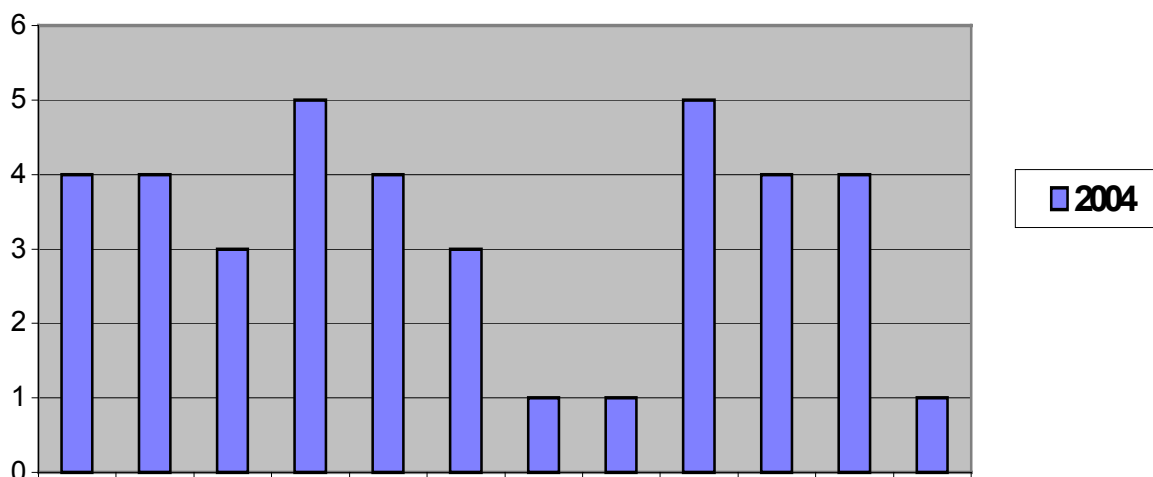


ALTAS

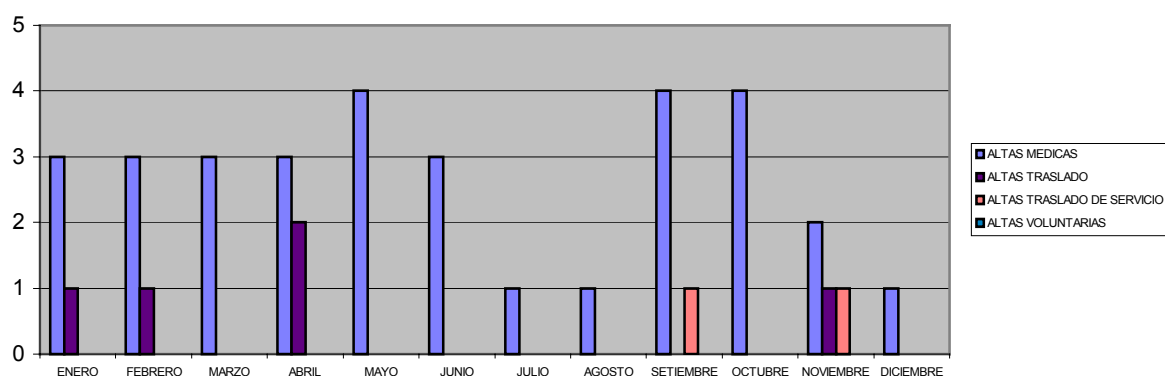
ALTAS MEDICAS	32
ALTAS FUGA	0
ALTAS TRASLADO SERVICIO	2
ALTAS TRASLADO	5
TOTAL ALTAS	39

2004	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
ALTAS													
ALTAS MEDICAS	3	3	3	3	4	3	1	1	4	4	2	1	32
ALTAS TRASLADO	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	5
TRASLADO SERVICIO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
ALTAS VOLUNTARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL ALTAS	4	4	3	5	4	3	1	1	5	4	4	1	39

TOTAL ALTAS MENSUALES



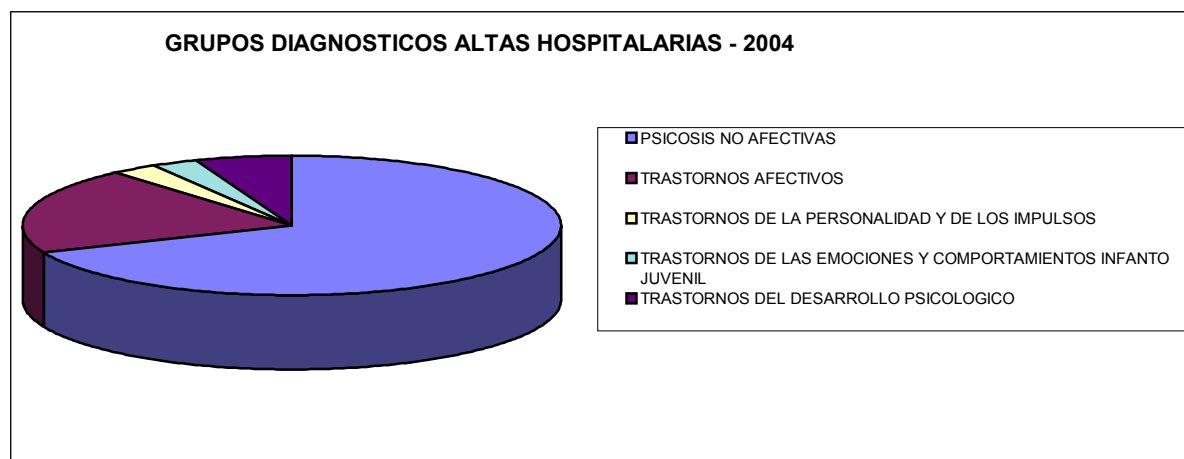
TIPO DE ALTA

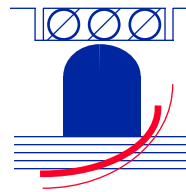


UNIDAD DE PSICOSIS REFRACTARIA	DESGLOSE DESTINO ALTAS			
2004	MEDICAS	TRASLADOS	T.UNIDAD	TOTAL
C.S.M. AIALA-LLODIO	1	0	0	1
C.S.M. AJUARIAGUERRA	1	0	0	1
C.S.M. DURANGO	1	0	0	1
C.S.M. ERANDIO	1	0	0	1
C.S.M. ORTUELLA	1	0	0	1
C.S.M. OTXARKOAGA	1	0	0	1
C.S.M. RENTERIA	1	0	0	1
C.S.M. SAN MARTIN	1	0	0	1
C.S.M. SANTURTXI	1	0	0	1
C.S.M. URIBE KOSTA	2	0	0	2
U.P.R.	16	0	0	16
HOSPITAL DE GIPUZKOA	2	0	0	2
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BERMEO	0	1	0	1
H.PSIQUIATRICO DE ZAMUDIO	0	3	0	3
H.PSIQUIATRICO SAN JUAN DE DIOS	1	1	0	2
OTROS/DESCONOCIDO	2	0	0	2
UNIDAD 3	0	0	1	1
UNIDAD 4	0	0	1	1
TOTAL ALTAS	32	5	2	39

2.6 –DIAGNOSTICOS

UPR - ALTAS HOSPITALARIAS	2004
NO ENFERMEDAD	0
PSICOSIS NO AFECTIVAS	24
RETRASO MENTAL	2
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	0
TRASTORNOS AFECTIVOS	7
TRASTORNOS ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOSOMATICAS	0
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LOS IMPULSOS	1
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS INFANTO JUVENIL	1
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	2
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD SOMÁTICA	0
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO AL CONSUMO DE TOXICOS	0
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	0
TOTAL ALTAS	37



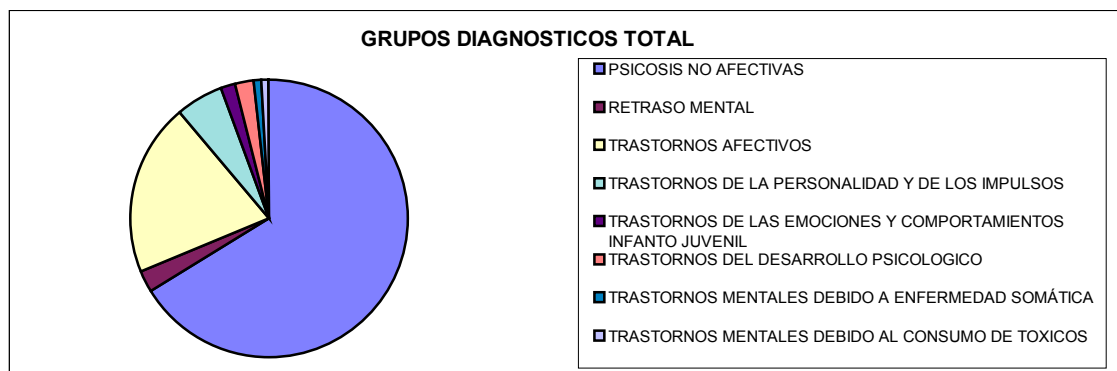


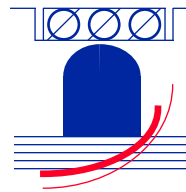
Consideraciones sobre los diagnósticos

- 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.
- En los 3 últimos años se ha mantenido una constante y es la del ingreso de pacientes para estudio o sin diagnóstico al ingreso. Obviamente no queda reflejado en esta tabla por ser diagnóstico de alta. 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.
- Es importante señalar que este año han crecido la presencia de pacientes que tenían como diagnóstico de salida un retraso mental o un trastorno del desarrollo. Tales diagnósticos no son diagnósticos para la admisión en la Unidad pero en algunos casos existían diagnósticos erróneos o no existía confirmación diagnóstica previa al ingreso. Creemos que es un dato a tener en cuenta tanto más cuanto que las demandas extendidas a las Diputaciones – encargadas por ley de la asistencia a este tipo de patologías- para que asumieran a estos pacientes se han saldado con el silencio administrativo a la espera de futuras informaciones.

2.7. NUMERO TOTAL DE DIAGNÓSTICOS DESDE 2001

UPR - ALTAS HOSPITALARIAS TOTAL	
NO ENFERMEDAD	0
PSICOSIS NO AFECTIVAS	84
RETRASO MENTAL	3
SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	0
SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	0
TRASTORNOS AFECTIVOS	26
TRASTORNOS ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOSOMATICAS	0
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DE LOS IMPULSOS	7
TRASTORNOS DE LAS EMOCIONES Y COMPORTAMIENTOS INFANTO JUVENIL	2
TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLOGICO	3
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO A ENFERMEDAD SOMÁTICA	1
TRASTORNOS MENTALES DEBIDO AL CONSUMO DE TOXICOS	1
TRASTORNOS POR ANSIEDAD	0
ALTAS TOTALES	127

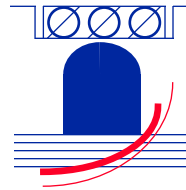




2.8.-PROGRAMAS ASISTENCIALES

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
- Taller de escritura
- Juegos de reestructuración cognitiva
- Relajación



- Taller de música
- 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 se ha continuado con el 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 2004 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 2004:

MUESTRA:

A fecha 15 de diciembre de 2004 se cuenta con una N total de pacientes de 132. 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.

La muestra control se ha actualizado a 37 evaluaciones de sujetos emparejados por edad, sexo y nivel educativo.

DIFUSIÓN DATOS:

CONGRESOS Y JORNADAS NACIONALES E INTERNACIONALES

1.- TIPO DE PARTICIPACION: CI

TITULO: Neurocognición en la esquizofrenia refractaria”.

AUTORES: Sanchez P., Elizagarate E

CONGRESO XII Curso Simposium Internacional Actualización en Psiquiatría. “Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos Graves” Vitoria, marzo 2004.

2.- TIPO DE PARTICIPACION: CI

TITULO: Terrorismo y Psicopatología

CONGRESO: IX Reunión de Psiquiatría. Debates psiquiátricos de invierno. Febrero 2004. Andorra.

TIPO DE PARTICIPACION: ACI

3.-Ojeda N, Sánchez P., Elizagárate Zabala E., Ezcurra J., Yoller A.B., Ramirez Usarbarrena I.: Premorbid Functioning prevents from cognitive decline in patients with treatment resistant schizophrenia. International Neuropsychological Society, 31st Annual Meeting. Presentation tipo Póster, Baltimore february 4-7, 2004.

4.-TIPO DE PARTICIPACION: ACI

Edorta Elizagarate, Pedro Sanchez, Natalia Ojeda, Ana B. Yoller , Esther Ibarrola Jesus Ezcurra.

TITULO: Drug Consumption in Hospitalized Patients with Schizophrenia. Poster. is not a form of self medication.

CONGRESO: 157th Anual Meeting. American Psychiatric Association. Nueva York 2004

5.-TIPO DE PARTICIPACION: PSN

MESA: Violencia y Psiquiatría"

CONGRESO: VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao Octubre 2004

6.- TIPO DE PARTICIPACION: CI

TITULO "Evolución de los síntomas cognitivos en la esquizofrenia".

CONGRESO: VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao Octubre 2004

7.-TIPO DE PARTICIPACION: ACN

TITULO: Consumo de tabaco y funcionamiento neurocognitivo durante un año de tratamiento en 90 pacientes con un primer episodio psicótico.

CONGRESO: VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao Octubre 2004

8.-TIPO DE PARTICIPACION: ACN

TITULO: Consumo de tabaco y efectividad del tratamiento precoz con risperidona: Estudio de 2 años de seguimiento con una muestra de 430 pacientes con un primer episodio psicótico.

CONGRESO: VIII Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao Octubre 2004

ARTÍCULOS:

1.-International Journal of Dual Diagnosis. Recibida invitación para publicación de artículo con los datos de consumo drogas, cognición y esquizofrenia refractaria.

2.-Ojeda N, Sánchez P, Elizagárate E, Yöller AB, Ezcurra J.

TITULO: “Evolución del deterioro cognitivo en la esquizofrenia”. Actas Española de Psiquiatría. Entregado para revisión.

TESIS DOCTORALES

El Dr. Pedro Sánchez Gómez ha realizado todos los trámites administrativos relacionados con su tesis doctoral “Perfil Neurocognitivo y diferencial de la esquizofrenia refractaria”. La Universidad del País Vasco se encuentra a la espera de la devolución de documentación por parte del Ministerio de Educación para poder convocar al tribunal.

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: 4º trimestre 2005

ARTÍCULOS EN PRENSA

1. -Enfermos no, fanáticos. Edorta Elizagarate. El Correo Español. El Pueblo Vasco.

14/03/04

2. -Adolescentes y Violencia. Edorta Elizagarate. El Correo Español. El Pueblo Vasco.

05/10/04

CAPÍTULOS DE LIBRO

1.- FERNANDEZ GARCIA L. J., ELIZAGARATE ZABALA E., SANCHEZ GOMEZ. P. IBARROLA E., YOLLER ELBURGO A. B., ARRASATE GIL M., MARTINEZ SAN MARTIN P. Esquizofrenia refractaria. Aspectos clínicos y terapéuticos. En Investigación y práctica clínica en Psiquiatría. (Gutiérrez, Ezcurra y Pichot, eds.) Aula Médica Ediciones. 2004

2.-P.SANCHEZ GOMEZ, M. GUTIERREZ FRAILE, R. SEGARRA ECHEBARRÍA. E. ELIZAGARATE ZABALA Y J.I. EGUILUZ ERRUCHURTU. Psicopatología de los trastornos de la personalidad. Edición de la Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Editorial Ars Medica. ISBN 84-9706-061-X.2004

3. M.GUTIERREZ, P.SANCHEZ, E. ELIZAGARATE. Violence and psychiatry. En Images of Spanish Psychiatry. (Juan J. López-Ibor, Carmen Leal Cercós, Carlos Carbonell Masía, eds.). World Psychiatric Association. Editorial Glosa. 2004. ISBN: 84-7429-200-X. 2004

4.- E. ELIZAGARATE, P. SANCHEZ. Schizophrénie résistante: stratégies thérapeutiques. En Les Dangersités. Christian de Beaurepaire, Michel Bénézech, Christian Kottler (Eds). Editorial John Libbey Eurotext. ISBN 2-7420-0503-X. 2004

5.- ALONSO DURANA, I. Guía de Intervención Rápida en Enfermería Geriátrica. Capítulos Depresión, Crisis de Ansiedad, Síndrome Confusional Agudo, Aislamiento Social, Accidentes Domésticos, Malos Tratos y Abandono. Editorial DAE (Grupo Paradigma).

Formación de otros profesionales:

- MIR: rotación extraordinaria de 4º año y durante dos meses 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 y de la asignatura de Psicopatología general y del desarrollo
- Formación de Trabajadores Sociales
- Formación para auxiliares psiquiátricos
- Formación a estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Europea de Madrid

Docencia impartida:

- ALONSO DURANA, I. Curso Patología Dual e Intervención de Enfermería realizado en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio, los días 2-3 de junio de 2004.
- ALONSO DURANA, I. Conferencia Identificación de Problemas e Intervenciones de Enfermería en diferentes trastornos mentales, realizado en Valladolid – III Jornadas de Psiquiatría organizadas por la Asociación de Enfermería de Salud Mental de Castilla y Leon-noviembre de 2004.
- ALONSO DURANA, I. Coordinadora de los alumnos del curso “Auxiliares de Enfermería en Salud Mental y Toxicomanías”.
- BLANCO, C. Curso de Contención realizado en el Hospital Psiquiátrico de Alava, dentro del programa de Formación Continuada con carácter semanal.

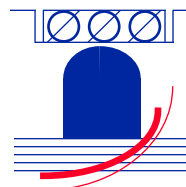
- ARNAIZ VARELA, S. Ponencia: Intervención de Terapia Ocupacional en la Unidad de Psicosis Refractaria, II Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del País Vasco, realizadas en Vitoria-Gasteiz, los días 28 y 29 de octubre de 2004.
- ARNAIZ VARELA, S. Curso de Rehabilitación Ocupacional, dentro del Programa de Formación “Atención Integral al Enfermo Mental”, desarrollado por el Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios, impartido en San Sebastian el 30 de enero de 2004.

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

1.1 ERRORES DE MEDICACION	
AÑO 2004	
Nº de errores	1
Clientes ingresados	52
%	0,60

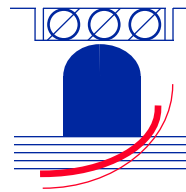


1.1.1 ACCIDENTES	
AÑO 2004	
Nº de accidentes	0
Clientes ingresados	52
%	0,00

HOJA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	2004	
	Nº	%
Traslados internos	2	
Hecha	34	87,18
No programada	3	7,70
Otros motivos	2	5,12
Total altas Hospital	39	100%

INFORME DE ALTA EN MANO
100%

TRAMO DIAS ENTRE FUGA E INGRESO	
AÑO 2004	
>=30 Días	1
Entre 31 y 90 días	6
>90 días	7
TOTAL FUGAS	14



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:

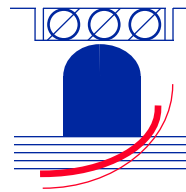
La preparación de destino del paciente atendido en la U.P.R al alta es fundamental, por ello, en algunos casos es preciso mantener un régimen de hospitalización a tiempo parcial (Hospital de Día) para dar cobertura a las diferentes necesidades del paciente.

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.



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.

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.

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.

Los pacientes atendidos en el Hospital de Día disponen de una Historia Clínica

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

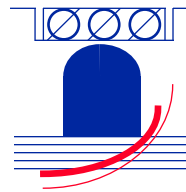
5.-OBJETIVOS UPR

LINEA ESTRATEGICA 1 DEL PLAN ESTRATÉGICO: LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y USUARIOS

- Promover Actividades de Integración y Normalización: Centros Cívicos, Actividades Culturales y deportivas
- Incrementar la Coordinación con Asociaciones de Familiares
- Participar en actividades públicas: Jornadas, Charlas, Medios de Comunicación etc.,
- Potenciación de actividades en relación a la sociedad, incrementando la colaboración con Asociaciones de familiares y Enfermos, y con la Fundación Tutelar
- Establecer y participar en programas de educación para la salud: Hábitos saludables, psicoeducación, información general (enfermería y psiquiatría)
- Celebración de efemérides y fiestas, incluido el Centenario de la inauguración de "Las Nieves"
- Facilitar el acceso telefónico a la Unidad
- Mejorar la información a los pacientes, incluyendo folletos informativos e información sobre trámites a realizar

LINEA ESTRATEGICA 2 DEL PE: LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

- Elaborar Protocolos de Coordinación, y pautas de coordinación (modelos de derivación) interunidades
- Realizar acciones de formación para que el personal ya existente o el de nueva incorporación, adquiera los conocimientos necesarios para adaptarse a las necesidades y demandas de la Unidad



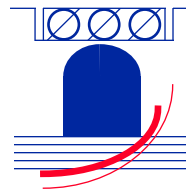
- Formación en terapias clínicas y en los cuidados de enfermería más efectivos
- Formación en el modelo de Gestión de la Calidad Total de la EFQM y en metodologías y herramientas de mejora (Norma ISO 9001:2000, 7H, 5S, Gestión de Procesos...)
- Mejorar la seguridad de los profesionales, adoptando medidas preventivas y abordando de una forma adecuada la problemática de las amenazas y de las agresiones
- Realizar seguimiento de accidentes laborales, incrementar los reconocimientos periódicos y vacunaciones
- Reducir el tabaquismo y facilitar que se cumpla la normativa contra el uso del tabaco en instituciones sanitarias

LINEA ESTRATEGICA 3 DEL PE: GESTION EFICIENTE DE LOS RECURSOS

- Participar en la Comisión del ámbito socio-sanitario, y procurar la máxima autonomía de los pacientes en su entorno social, formándolos en habilidades domésticas y convivenciales

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,1 DEL PLAN DE CALIDAD: MEJORA DE LA EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

- El porcentaje de altas cumpliendo criterios será <90% (mínimo 30 altas) al año, con estancia media acumulada < 130 días
- Mantener el % de Reingresos antes de 6 meses tras el alta definitiva < 20%.
- Mantener el índice de ocupación en las U. de Hospitalización en niveles óptimos de funcionamiento
- Reducir el % de Reingresos tras el alta en las Unidades de ME, UPR y Rehabilitación Hospitalaria
- Mantener los traslados a la U. de LE en niveles estándar
- Continuar con el Programa de Intervención Familiar a nivel individual o grupal



- Conseguir que los procedimientos terapéuticos y la atención que se le presta a los pacientes mejoren tanto, su nivel de salud como su calidad de vida
- El porcentaje de pacientes en hospital de día que reingresan en unidades hospitalarias será <30% de los pacientes tratados en un año.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,2 DEL PC: MEJORA DE LA CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN

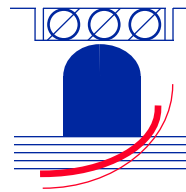
- El porcentaje de pacientes dados de alta en la unidad y derivados al hospital de día será < 60% de las altas anuales
- Garantizar la continuidad de cuidados al alta
- Revisar y actualizar los planes de cuidados estandarizados e informatizados

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,3 DEL PC: MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

- Reducir el % de dispensación de fármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del HP
- Evaluar la adecuación de la derivación de los pacientes para los que se solicita ingreso
- Protocolizar al ingreso de los pacientes las distintas escalas existentes y pruebas diagnósticas

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,4 DEL PC: MEJORA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LA ASISTENCIA HOSPITALARIA Y EXTRAHOSPITALARIA

- Garantizar que las especialidades farmacéuticas cumplen las condiciones mínimas de Trazabilidad y de no caducidad
- Garantizar la valoración de los niveles de dependencia física y psíquica trimestralmente a los pacientes



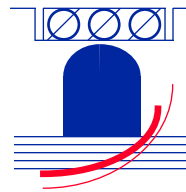
- Aplicar y evaluar los protocolos de sujeción, aislamiento y contención mecánica, manteniendo las indicaciones éticas en relación con la contención elaboradas por el CEA del HP y SME de Alava
- Garantizar que las órdenes de tratamiento farmacológico y los cambios de medicación a todo tipo de pacientes se haga por escrito en las hojas de registro diseñadas a tal efecto
- Garantizar que cada médico se responsabilice de su prescripción farmacológica, del seguimiento, y del control de su eficacia y efectos adversos
- Garantizar que la prescripción farmacológica se ajusta a las indicaciones aprobadas para su uso clínico, que cumple el criterio de uso compasivo, y se sigue la guía de equivalencia terapéutica vigente
- El índice de errores en la medicación será $< 0,005$
- Las úlceras por decúbito y/o aplicación de medidas de contención será $< 0,005 \%$
- La tasa de agresiones (auto y heteroagresiones) por paciente será menor de 2 al año
- La tasa de accidentes (incluidas caídas) será $< 0,03$

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,5 DEL PC: MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A LAS PRESTACIONES SANITARIAS

- Mejorar la accesibilidad telefónica a la Unidad
- Coordinarse con el Hospital de Santiago Apóstol para que la demora media para recibir un TEC los pacientes hospitalizados no sea superior a 7 días
- Garantizar que en los pacientes derivados al alta al CSM o EI, su informe de alta es enviado al CSM o EI en un tiempo inferior a 24 horas

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,6 DEL PC: MEJORA DEL TRATO Y DE LAS CONDICIONES HOSTELERAS

- Personalizar la estancia de los pacientes en hospitalización
- Continuar con la oferta de servicios religiosos
- Garantizar a los pacientes el mantenimiento de la confidencialidad



- Garantizar la identificación de los profesionales para favorecer que los pacientes conozcan el nombre y profesión de su terapeuta
- Promover un plan de pequeños detalles

OBJETIVO ESPECÍFICO 1,7 DEL PC: MEJORA DE LA INFORMACIÓN

- Garantizar que los pacientes reciban información adecuada sobre los tratamientos farmacológicos que reciben
- Garantizar que los pacientes reciban instrucciones por escrito sobre cómo tomar los medicamentos
- Garantizar que la información al paciente tiene lugar con privacidad y comodidad
- Garantizar que los pacientes reciben información continua sobre su diagnóstico, pronóstico, y tratamiento
- Garantizar la entrega del Informe Social en el momento del alta a aquellos enfermos que lo precisen
- Continuar con el programa de acogida a acompañantes, para facilitarles información sobre las actividades a realizar en relación a los pacientes, tanto dentro como fuera del Hospital
- Invitar a las familias o tutores de los pacientes que van a ingresar en la Unidad, a que conozcan las instalaciones y el funcionamiento diario de la unidad antes del ingreso, lo que sin duda alguna añade valor a la asistencia que se presta a diario
- Garantizar que los pacientes hospitalizados reciban un Informe de Alta en el momento del alta

OBJETIVO ESPECÍFICO 2,1 DEL PC: LIDERAZGO

- Realizar autoevaluación según el modelo de la EFQM

OBJETIVO ESPECÍFICO 2,2 DEL PC: POLÍTICA Y ESTRATEGIA

- Luchar contra el estigma del trastorno mental, promoviendo actividades de integración y normalización
- Garantizar la cumplimentación periódica de los evolutivos médicos
- Garantizar la cumplimentación periódica de los evolutivos de enfermería
- Garantizar la revisión periódica de los tratamientos
- Garantizar la revisión periódica de los planes de cuidados

OBJETIVO ESPECÍFICO 2,4 DEL PC: ALIANZAS Y RECURSOS

- Mantener, y mejorar donde sea posible, la limpieza en las instalaciones
- Mejorar la comodidad en las instalaciones
- Realizar las peticiones de trabajo al Servicio de Mantenimiento a través de las órdenes de trabajo
- Conseguir que las peticiones de trabajo al Servicio de Informática se hagan a través del correo electrónico
- Gestionar los asuntos medioambientales de manera responsable y cuidadosa, orientándonos hacia una actuación preventiva de la contaminación, y que pretende la mejora continua del comportamiento y cumpliendo con la reglamentación medioambiental aplicable

OBJETIVO ESPECÍFICO 2,5 DEL PC: PROCESOS

- Conocer a través de encuestas de satisfacción de pacientes y familias, la satisfacción global con la atención recibida en la Unidad, manteniendo los niveles actuales y mejorar aquellas áreas susceptibles de mejora
- Mejorar la respuesta a las Quejas y Reclamaciones