

MANUAL
DE ORGANIZACIÓN Y
FUNCIONAMIENTO DE LA

**UNIDAD DE REHABILITACIÓN
HOSPITALARIA**

[URH]



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Revisión, redacción y coordinación general

Leopoldo Elvira peña

Psiquiatra. Responsable de Salud mental de la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

Asunción Cabrera Herrera

Psicólogo Clínico. Coordinadora del Programa de Pisos Supervisados para personas con trastornos mentales graves de Mérida. Responsable Técnica del Área de Rehabilitación de la Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios del Servicio Extremeño de Salud.

Dep. Legal: BA-407-2008

Imprime: Imprenta Moreno - Montijo

Maria Victoria Clemente
Angélica Domínguez
María Jesús García
Alfredo García
Maria Victoria Gómez
Nieves Iglesias
Juan Pedro Manzano
Soraya Masa
José Antonio Muñoz
Asunción Cabrera
Leopoldo Elvira

**Subdirección de
Salud Mental
[SES]**

Manual
de Organización y
Funcionamiento de la
**Unidad de Rehabilitación
Hospitalaria**

[URH]

**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ATENCION SOCIO SANITARIA Y SALUD
SUBDIRECCION DE SALUD MENTAL Y RECURSOS SOCIO SANITARIOS**

2008

Índice

1. DEFINICIÓN	9
1.1 Definición del dispositivo, características generales y marco normativo	9
1.2 Población objeto de atención e indicaciones de ingreso.....	11
1.3 Derivación, vías de acceso.....	13
2. FUNCIONES Y OBJETIVOS.....	17
2.1. Funciones asistenciales.....	18
2.2. Funciones rehabilitadoras.....	19
2.3. Funciones docentes y de investigación.....	20
2.4. Funciones de coordinación y gestión clínica.....	20
3. RECURSOS	25
3.1. Recursos materiales y arquitectónicos.....	25
3.2. Recursos humanos.....	33
3.3. Recursos organizativos y de coordinación.....	34
4. PROCEDIMIENTOS Y PLAN INTEGRADO DE ATENCIÓN.....	39
4.1. Procedimientos Básicos e Historia clínica	39
4.2. Admisión y acogida	41
4.3. Hospitalización.....	43
4.4. Alta.....	50
5. GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DE PACIENTES	55
5.1 Introducción a la seguridad de pacientes	55
5.2 Seguridad estructural	58
5.3 Seguridad de procedimientos	58
5.4 Protocolos y procedimientos relacionados con la seguridad de pacientes.....	60

6. ORGANIZACIÓN FUNCIONAL	69
6.1 Funciones de psiquiatría	69
6.2 Funciones de psicología clínica.....	72
6.3. Funciones de enfermería	75
6.4. Funciones de auxiliar de enfermería	77
6.5 Funciones de trabajo social.....	79
6.6. Funciones de terapia ocupacional.....	81
6.7. Funciones del monitor ocupacional.....	83
6.8. Funciones de responsables de la URH	84
6.9. Funciones de Supervisor de Enfermería	85
7. EVALUACIÓN.....	89
7.1. Elementos de la evaluación y la calidad.....	90
7.2. Indicadores asistenciales	91
8. ANEXOS.....	97
8.1. Protocolo de contención mecánica	99
8.2. Protocolo de prevención de la conducta suicida	112
8.3. Informe de alta	118
8.4. Informe de derivación	119
8.5. Plan Individualizado de Rehabilitación	122

1. Definición

1. Definición

1. Definición

1.1. Definición del dispositivo, características generales y marco normativo

- ▶ En consonancia con el DECRETO 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura, las **Unidades de Rehabilitación Hospitalaria** [URH] son definidos como dispositivos hospitalarios destinados a pacientes con trastornos mentales graves en los que se hace necesaria una hospitalización más prolongada, *que permita un abordaje terapéutico más a largo plazo, para tratar alteraciones psicopatológicas refractarias y proporcionar terapéuticas rehabilitadoras de las funciones que se hayan visto afectadas.*
- ▶ Son dispositivos sanitarios diseñados para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención en un medio hospitalario¹, que comparten características de las Unidades de Media Estancia (UME) y de los recursos rehabilitadores extrahospitalarios.
- ▶ Se trata de unidades estructuralmente abiertas y funcionalmente semiabiertas.
- ▶ Las actuaciones de la URH van dirigidas a
 - Pacientes institucionalizados en los que la persistencia de un trastorno mental grave y sus problemas asociados dificultan el abordaje e integración en el medio comunitario
 - Pacientes que, habiendo tenido acceso a programas de tratamiento y/o rehabilitación comunitaria, no han conseguido los objetivos previstos o presentan problemas que no pueden ser atendidas en recursos comunitarios, entendiéndose que podrán beneficiarse de

¹ *La rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid, 2002.

procesos de rehabilitación prolongados en unidades de tipo hospitalario.

- Nunca los déficits o las circunstancias exclusivamente de tipo social pueden justificar el ingreso en esta unidad cuando las condiciones clínicas y funcionales puedan hacer al paciente con TMG tributario de otros dispositivos.
- ▶ La finalidad de la URH es:
 - Tratar resistencias psicopatológicas; reevaluar, iniciar o continuar acciones rehabilitadoras ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
 - Fomentar la recuperación o adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente, reforzando sus competencias, a través del diseño de programas individualizados de rehabilitación, con el fin de conseguir la inserción en el medio social y comunitario.
 - Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización asegurando la continuidad de cuidados.
- ▶ Es, por tanto, el dispositivo de elección cuando se precise un abordaje intensivo de carácter fundamentalmente rehabilitador en un entorno hospitalario estructurado y controlado.
- ▶ Los dispositivos de estas características reciben en otras comunidades autónomas distintos nombres compartiendo elementos funcionales, población diana y objetivos terapéuticos: Unidad Rehabilitadora de Larga Estancia, Comunidad Terapéutica, Unidades de Rehabilitación Activa, Clínica de Rehabilitación, Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación...²
- ▶ En resumen, como señala el Decreto 92/2006, las Unidades de Rehabilitación Hospitalaria persiguen la recuperación e integración del paciente, mediante el incremento de las habilidades necesarias para su vida en comunidad y el abordaje dentro de un entorno integrador y terapéutico de la psicopatología productiva.

² El observatorio de la salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España. AEN, 2005

1. Definición	1.2. Población objeto de atención e indicaciones de ingreso
---------------	--

Perfil de pacientes con Trastornos Mentales Graves atendidos en URH

1. Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Media Estancia, existiendo expectativas razonables de que puedan beneficiarse de los tratamientos específicos de las URH y siempre que la situación clínica permita el inicio de intervenciones básicas de carácter rehabilitador.
2. Pacientes con largos años de hospitalización, residentes en las unidades de crónicos de los hospitales psiquiátricos que presentan déficits psicosociales susceptibles de rehabilitación.
3. Pacientes con TMG que, por su evolución crónica, refractariedad, disfunción y/o conducta disruptiva, no se adapten a las intervenciones en otros recursos y cuyo abordaje se ve dificultado en recursos comunitarios, necesitando continuar tratamiento rehabilitador en un entorno hospitalario.

La indicación de ingreso en las Unidades de Rehabilitación Hospitalarias se plantearía, por tanto, en pacientes entre 18 y 65 años, que sufren un TMG que, por su clínica y/o relación con el entorno, no pueden mantenerse en la comunidad ni seguir programas de rehabilitación ambulatorios, sino que requieren un régimen de internamiento, durante períodos de tiempo prolongados, para responder a sus necesidades de tratamiento, rehabilitación y contención.

Criterios de exclusión:

- ▶ Pacientes que presentan :
 - Graves alteraciones psicopatológicas activas que interfieren de forma determinante en los procesos de rehabilitación básicos
 - Graves alteraciones de conducta que implican riesgo vital para sí mismo o terceros
 - Deterioro muy severo y potencialmente no reversible
- ▶ Paciente con TMG cuyo problema exclusivamente sea la falta de soporte social y familiar y cuyas condiciones clínicas y funcionales le hicieran tributario de otros recursos comunitarios.

- ▶ Paciente cuyo diagnóstico **principal** sea:
 - Trastorno de la conducta alimentaria.
 - Trastorno por consumo de sustancias
 - Demencia u otras enfermedades neurológicas
 - Retraso Mental Moderado o Grave
- ▶ Paciente menor de 18 años o mayor de 65 años.
- ▶ Pacientes que presenten conductas antisociales como problema principal
- ▶ Pacientes que pueden seguir el proceso rehabilitador en la comunidad (en dispositivos ambulatorios o residenciales)

La aplicación de estos criterios estará supeditada a la **valoración individual** de cada caso, que realizará la Comisión designada a tal efecto.

Las URH pueden acoger a **dos grandes grupos de pacientes**, que tienen en común

1. Presentar un TMG de larga duración,
2. Con una severa disfunción, déficit psicosocial y alto grado de dependencia
3. Que requieren del medio hospitalario durante largos periodos de tiempo para su abordaje terapéutico y rehabilitador

Estos dos grandes grupos de pacientes difieren en

1. La gravedad de la psicopatología activa y la necesidad de contención conductual.
2. La capacidad de participar activamente en los programas de rehabilitación y de adaptación al entorno del dispositivo.
3. La necesidad de mayor contención por parte del medio.

Esta circunstancia genera particularidades funcionales que podrían solucionarse estableciendo espacios diferenciados, pero permeables, dentro del mismo dispositivo.

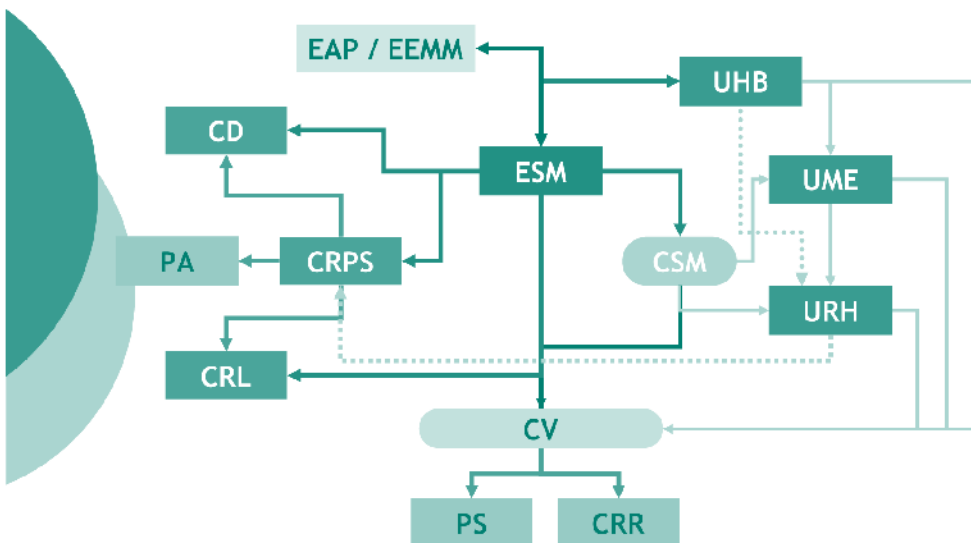
Perfiles pacientes URH	TIPO I	TIPO II
Gravedad psicopatológica	+++	++++
Alteraciones conductuales	++	++++
Respuesta a rehabilitación	+++	++
Estancia definida	+++	++++

- ▶ A la URH se accederá a través de:
 - **Unidad de Media estancia.**
Propuesta de derivación de aquellos pacientes que, una vez tratados y/o evaluados en UME, se estima que podrían beneficiarse de una hospitalización más prolongada y de la aplicación de intervenciones de carácter rehabilitador.
 - **Comisión de Salud Mental del Área.**
Aquellos casos detectados por otros dispositivos de la red de Salud Mental, en los que se valore la necesidad de derivación a URH, se plantearán a través de las Comisión de Salud Mental del Área de origen (o Subcomisión de Gestión de Casos que dependa de ésta) y se remitirán a la URH para su evaluación por la Comisión de valoración dependiente del hospital.
Los casos detectados en **Unidades de Hospitalización Breve** que se consideren claro perfil de URH y en los que no esté indicado su paso por UME, podrían ser derivados directamente desde la UHB en la que el paciente se encuentre ingresado.
- ▶ La derivación a URH se realizará a través de **informe estandarizado** (ver Anexo) debidamente cumplimentado por el profesional responsable del caso.
 - El informe de derivación, debidamente cumplimentado, será valorado y discutido por la **Comisión de Valoración**³ competente, que decidirá la idoneidad del caso y el beneficio que puede obtener el paciente del ingreso en la URH.
 - Si se acepta el ingreso del paciente, la Comisión de Valoración comunicará a la entidad derivadora dicha decisión.
 - La indicación de ingreso será siempre programada. Desde la Comisión de Valoración se informará a la entidad derivadora de la fecha de ingreso, en función de la disponibilidad de camas y la prioridad del mismo.

³ La *Comisión de Valoración* estará integrada por miembros del equipo de la URH, Director Médico y/o Director Gerente del Centro, Coordinador del Área de Salud Mental o persona en la que delegue y –cuando se considere oportuno– un miembro de la Subdirección de Salud Mental del SES. Es fundamental que la Comisión de Valoración esté adecuadamente constituida, como lo es que tenga un funcionamiento ágil y adaptado a la demanda.

- En caso de no aceptarse el ingreso, la Comisión de Valoración comunicará de forma razonada los motivos de esa decisión a la entidad derivadora.
- ▶ La URH ofrece una **cobertura de ámbito provincial**, esto implica que, para facilitar la accesibilidad de los pacientes:
 - La URH de Plasencia será la de referencia para las Áreas de Plasencia, Cáceres, Coria y Navalmoral de la Mata. La URH de Mérida será la de referencia para las Áreas de Mérida, Badajoz, Zafra-Llerena y Don Benito-Villanueva.
 - Los pacientes que, durante su estancia en URH, requieran de tratamiento en Unidad de Hospitalización Breve, ingresarán en la UHB del área de salud donde se ubique la URH.
 - Los pacientes de recursos residenciales comunitarios (CRR y PS) que requieran ingreso en URH, serán considerados alta en el dispositivo residencial y su ingreso se realizará en la URH del área de origen del paciente.

La siguiente figura esquematiza el circuito de la Red de Salud Mental y vías de derivación



Circuito de acceso y derivación de dispositivos del Programa de TMG

2. Funciones y Objetivos

2. Funciones y Objetivos

- ▶ La hospitalización en la URH permitirá un abordaje más prolongado de tipo fundamentalmente rehabilitador en un entorno hospitalario estructurado.
- ▶ Las URH tendrán que definir programas específicos de rehabilitación centrándose en las disfunciones del paciente, previa evaluación y diseño de un programa individualizado de rehabilitación, en coordinación con otros servicios rehabilitadores de los que sea usuario el paciente.
- ▶ Las funciones y objetivos asistenciales – rehabilitadores tienen sentido como parte de un continuo de atención multidisciplinar, coordinada y participativa.

- **Objetivo general de las URH:**

Mejoría psicopatológica a través de abordajes en contexto hospitalario, proporcionando terapéuticas rehabilitadoras que disminuyan el riesgo de institucionalización y faciliten la inserción social y la continuación del tratamiento en los dispositivos de tipo comunitario.

- **Objetivos específicos de las URH:**

- Estabilización psicopatológica: control y disminución de síntomas
- Adquisición de conductas adaptativas al medio
- Rehabilitación del déficit y recuperación de competencias
- Inserción en el entorno socio-comunitario de origen
- Apoyo y asesoramiento de las familias de los pacientes para aumentar sus competencias en el manejo de los problemas derivados de la enfermedad mental grave.
- Minimización de las interferencias y potenciación de la capacidad de apoyo del entorno socio-comunitario de origen de cara al alta.⁴

⁴ *La rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.* Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid, 2002.

- **Metodología:**

- Los tratamientos se realizarán en un tiempo flexible, en principio **no superior a los dos años de estancia**⁵, ajustado a las necesidades de cada paciente.
- Ofrecerá tratamiento psicofarmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador, así como asistencia sanitaria general.
- Desarrollo de planes individualizados de tratamiento y rehabilitación encaminados a adquirir, potenciar o evitar que se deterioren habilidades específicas que ayuden al manejo de la enfermedad y el funcionamiento en el medio social.
- Intensificar y completar acciones terapéuticas, ya iniciadas en otras unidades.
- Desarrollo de subprogramas terapéuticos específicos para trastornos mentales graves que no respondan a las terapias habituales proporcionadas en otras estructuras y en los que sea indispensable su hospitalización.
- La metodología general de trabajo está basada en la existencia de unos procedimientos de atención básicos (acogida, evaluación, elaboración-redacción y seguimiento de un Plan Individualizado de Rehabilitación) en un contexto multidisciplinar donde están identificados ciertos profesionales de referencia (auxiliar de referencia, gestor del caso, psiquiatra y psicólogo asignados al caso). [Ver 4.3.]

2. Funciones y objetivos

2.1. Funciones Asistenciales

Las funciones y objetivos asistenciales de las URH son:

- ▶ Atención integral a los pacientes con trastornos mentales graves ingresados en el dispositivo. Atención a los problemas de salud general concurrentes.
- ▶ Reevaluación y diagnóstico pluridimensional.
- ▶ Tratamiento de la sintomatología psiquiátrica y resistencias psicopatológicas mediante planes terapéuticos individualizados y el diseño de protocolos específicos destinados a TMG refractarios.

⁵ La Comisión de Salud Mental de Área donde está representada la URH podrá estudiar en casos concretos la conveniencia de prolongar el periodo de estancia anualmente.

- ▶ Intervenciones individuales y familiares psicoeducativas que mejoren la implicación en la enfermedad y la cumplimentación de las medidas terapéuticas.
- ▶ Intervenciones psicoterapéuticas en el ámbito familiar.

2. Funciones y objetivos

2.2. Funciones Rehabilitadoras

- ▶ Las intervenciones rehabilitadoras son el eje central del tratamiento que recibirá el usuario en las URH. Estas intervenciones se implementarán tras una evaluación exhaustiva de las capacidades y déficits del sujeto y tras el diseño de un plan de rehabilitación individualizado.
- ▶ Las funciones y objetivos rehabilitadores de las URH son:
 - Evaluación de la funcionalidad global y discapacidad asociada al trastorno mental.
 - Motivación al paciente hacia la participación y cumplimiento de los programas de rehabilitación.
 - Planificación individualizada del proceso de rehabilitación
 - Diseño y ejecución de programas de rehabilitación estructurados y ajustados a objetivos:
 - a) **Programas individuales o grupales** para la adquisición o mejora de:
 - Habilidades para el autocuidado personal y AVD.
 - Rehabilitación de capacidades cognitivas.
 - Habilidades sociales relacionales e instrumentales.
 - Habilidades de autocontrol y manejo del estrés.
 - Habilidades de conocimiento y manejo de la enfermedad, orientación al insight y adherencia al tratamiento
 - Habilidades para la participación y desenvolvimiento en la comunidad.
 - Habilidades pre-laborales y ocupacionales
 - Habilidades para la planificación del tiempo libre
 - b) **Programas para intervención con la familia:**
 - Orientación, asesoramiento, formación, información para el adecuado afrontamiento de la enfermedad

- Soporte y apoyo a la familia.
- Intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas
- Establecimiento del **medio** como elemento terapéutico. La URH debe contar con un ambiente estructurado y terapéutico, por el beneficio que este hecho aporta en el abordaje rehabilitador y en la consecución de objetivos por los usuarios. El medio debe proporcionar estructura y oportunidades de desarrollo a los sujetos.

2. Funciones y objetivos

2.3. Funciones Docentes y de Investigación

- ▶ La URH es un elemento esencial en la formación de los médicos internos residentes de psiquiatría, psicólogos internos residentes, enfermeros internos residentes y terapeutas ocupacionales. Puede colaborar en la formación de otros especialistas y en tareas de aprendizaje de pregrado.
- ▶ Desarrollo de formación continuada: la organización de la unidad debe tener en cuenta la necesidad de formación continuada, en coordinación con la dirección del hospital y los servicios centrales del SES.
- ▶ La URH debe colaborar en el desarrollo de estudios epidemiológicos psiquiátricos, además de dirigir o cooperar en líneas de investigación clínica.

2. Funciones y objetivos

2.4. Funciones de Coordinación y Gestión Clínica

Actividades de gestión administrativa.

- Funciones administrativas generales.
- Labores clínico administrativas propias de cada uno de los miembros del equipo asistencial y en función de la legislación vigente.
- Cooperar en la confección y actualización de consentimientos informados, protocolización de actividades y programas específicos.
- Tareas organizativas, gestión del equipo y del medio terapéutico.
- Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial.
- Asistencia a las reuniones programadas.
- Participación institucional.

Coordinación con dispositivos de salud mental y servicios de atención a la dependencia para la gestión de casos.

Para asegurar la continuidad asistencial y la atención individualizada de los casos, la URH, al ingreso, en el curso del tratamiento y al alta del paciente, deberá coordinarse con los diferentes niveles de atención y dispositivos de salud mental implicados en el tratamiento del paciente:

- ▶ Coordinación con el profesional de contacto y profesional de referencia en el ESM, para una adecuada gestión del caso –información de derivación, ingreso, tratamiento y alta en URH-.
- ▶ Coordinación con la entidad derivadora, para, si se estima necesario:
 - solicitar Informes complementarios
 - recabar información sobre los tratamientos administrados, evolución y respuestas a los mismos
- ▶ Coordinación con los dispositivos de tipo residencial y/o rehabilitador (CRR, PS, CRPS, CRL) en los que mantenga o haya seguido tratamiento el paciente, para desarrollar actuaciones coordinadas con el Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) diseñado por estos dispositivos.
- ▶ Coordinación con los servicios de trabajo social extrahospitalarios, servicios de atención a la dependencia y servicios sociales de base para promover la inserción comunitaria y evitar la institucionalización de los pacientes con TMG.
- ▶ Participación en la Comisión de Salud Mental de Área y Subcomisiones de Gestión de casos del área.
- ▶ Coordinación con los recursos comunitarios normalizados para facilitar el acceso de las personas con TMG.
- ▶ Colaboración y coordinación con el sistema judicial, en el caso de pacientes ingresados por orden judicial.
- ▶ Coordinación interna de todos los miembros del equipo de URH para asegurar un tratamiento integral y multidisciplinar.

Coordinación al Alta en URH:

- ▶ Se establecerá contacto y/ o derivación a:
 - ESM de referencia.
 - Otros dispositivos de la Red de Salud Mental en los que el paciente vaya a realizar tratamiento.

- Dispositivos residenciales comunitarios de la red de Salud Mental.
- Servicios sociales generales y específicos.
- ▶ Se informará a la entidad receptora de los objetivos clínicos y rehabilitadores alcanzados y aquellos que podrían desarrollarse en otros dispositivos.
- ▶ Cualquiera de las decisiones adoptadas siempre deberá ser comunicada al profesional de referencia del ESM, para asegurar una adecuada gestión del caso.

3. Recursos

3. Recursos

3. Recursos

3.1. Recursos materiales y arquitectónicos

- ▶ Las especificaciones materiales y arquitectónicas de la URH deben orientarse al servicio de los objetivos y metodología de la rehabilitación psicosocial.
- ▶ Según lo señalado previamente en el apartado 1.2. (*Población objeto de atención e indicaciones de ingreso*), podrán establecerse **subunidades funcionales** diferenciadas que requerirán una distribución específica del espacio, adaptándose a las necesidades de la población atendida.

Elementos estructurales y de seguridad

- ▶ La URH será un centro sanitario sin barreras arquitectónicas, preferentemente de estructura horizontal y en una sola planta.
- ▶ Se trata de una unidad *estructuralmente abierta y funcionalmente semiabierta*, que permita funciones de contención y que cuente con elementos de seguridad activa y pasiva. Los pacientes, habitualmente, podrán salir de la URH, salvo prescripción en contra. Se potenciarán las actividades de rehabilitación en recursos externos a la unidad (normalizados y específicos) considerando la importancia de la validez ecológica de las intervenciones (aprendizaje en contextos lo más normalizados posibles en la comunidad).
- ▶ Son unidades donde ingresan hombres y mujeres mayores de 18 años. La disposición de la URH respetará en todo momento la intimidad de los pacientes. Las habitaciones no serán mixtas, aunque se compartirán los espacios comunes.
- ▶ La URH debe estar diseñada de forma que garantice una estructura con características suficientes de seguridad, privacidad, contención, descanso, oportunidad y proacción. Proveerá un entorno normalizado y seguro para pacientes y profesionales. Seguridad y normalización han de ser conceptos compatibles y mutuamente necesarios. Potenciar la seguridad no debe dar como resultado un ambiente menos comfortable.

- ▶ Sin descartar condiciones básicas de seguridad, ha de prevalecer la organización terapéutica del entorno: articulación de la capacidad de contención y seguridad con los objetivos rehabilitadores.
- ▶ Todas sus dependencias estarán organizadas y ambientadas para el desarrollo de competencias (adquisición o reactualización). Deben considerar aspectos tales como la privacidad, intimidad, la interacción y comunicación, proacción, autonomía, autodirección y el estímulo frente a la mera distracción. Las habitaciones no son sólo lugares para el descanso, y se considerará la posibilidad de personalizar estos espacios privados sin merma para las condiciones de seguridad.
- ▶ Las condiciones arquitectónicas de la URH deberían reducir el aspecto institucional de sus dependencias.
- ▶ El diseño de la URH facilitará que el enfermo psiquiátrico disponga de un espacio abierto y amplio, con zonas de esparcimiento y paseo, con lugares para el desarrollo de terapias rehabilitadoras.
- ▶ Se atenderá especialmente a las condiciones relativas a la prevención y extinción de incendios (mangueras, alarmas, extintores, salidas de emergencia). Existirán rótulos que indiquen claramente la prohibición de fumar en todos los espacios excepto en aquellos habilitados específicamente para tal fin. Los colchones deben ser ignífugos y antihumo.
- ▶ Se supervisarán todos aquellos objetos potencialmente peligrosos (cubiertos de mesa, mecheros, artículos de aseo personal...), y se instalarán medidas de seguridad como detectores de humos, mangueras, extintores, salidas de emergencia, alarmas, etc. Es importante aunar medidas destinadas a la contención y prevención de fugas con aquellas que permitan la evacuación inmediata de la unidad en caso necesario.
- ▶ Las URH dispondrán de medidas de contención específicas, utilizadas según protocolo asistencial, que serán revisadas periódicamente. El material de contención más adecuado será el que proporcione fiabilidad, seguridad y comodidad para el enfermo.
- ▶ En la disposición de la URH se debe evitar un exceso de pasillos que dificulten la observación, así como los puntos ciegos o de difícil vigilancia. El diseño tendrá en cuenta la evaluación de riesgos potenciales (iluminación, cañerías, cables...).
- ▶ Se procurará diseñar la URH de modo en que exista el máximo posible de vías de observación directa. Todas las puertas, excepto la de los cuartos de baño, deben proveerse de un panel de observación u ojo de pez

- ▶ Los cuartos de baño tendrán en cuenta potenciales riesgos para la seguridad de los pacientes. Contarán con lavabo, WC y ducha. Los apliques y salidas de ducha no deben suponer elementos de riesgo para el paciente o terceros. Se dispondrá de espejos de seguridad, irrompibles y fijos a la pared. El material de los sanitarios debe ser irrompible, con ausencia de superficies cortantes, encastrados en la pared, que minimice la existencia de lugares donde puedan esconderse objetos. La unidad dispondrá de un aseo colectivo asistido para pacientes.
- ▶ Los pasillos serán de suficiente amplitud como para permitir el cruce simultáneo de tres personas. Las puertas de paso a los espacios comunes han de ser amplias.
- ▶ Se potenciará la entrada de luz natural a las habitaciones y los pasillos. Los puntos de luz artificial no deben ser accesibles, o de serlo se maximizará su seguridad (evitar tubos fluorescentes o focos que puedan romperse).
- ▶ Los materiales de la unidad deben ser seguros, lavables, no inflamables (pintura y estucados, colchones, etc). Evitar estímulos o imágenes ambiguos que puedan producir ilusiones sensoriales capaces de crear disforia y confusión. El estucado de la pared debe ser liso para evitar daños y erosiones.
- ▶ El diseño de la URH debe contar con la máxima luz natural que sea posible, disponiendo las habitaciones de ventanas amplias. Se recomiendan cristales de seguridad, vidrios laminados o similares. Los marcos deben ser seguros y no desmontables. No se recomiendan soportes de cortinas y las persianas o contraventanas deben ser seguras. Las ventanas tendrán una apertura restringida u otros mecanismos de seguridad equivalentes (puede optarse por montar barrotos verticales discretos). Evitarán cualquier zona de fijación que pudiese utilizarse con fines suicidas por ahorcamiento.
- ▶ Todas las puertas deben ser de construcción sólida. Se recomiendan puertas correderas en las entradas a las habitaciones (o de apertura hacia el exterior, pero evitando que dificulten el paso por los pasillos), con cerradura controlada por el personal y ojo de pez. Se instalarán dobles puertas en habitaciones donde puedan concentrarse varios pacientes como la sala de estar, comedor, zonas de actividades, etc. Los cuartos de baño, en caso de disponer de cerradura, podrán cerrarse únicamente por fuera, con sistemas controlados por el personal de la unidad. La mayor parte del resto de las puertas contarán con cierres controlados por el personal de la unidad.
- ▶ Los extintores sólo serán accesibles a los pacientes de forma supervisada. Los patinillos deben contar con cierres seguros.

► **Elementos arquitectónicos generales:**

- Ubicación: Sería adecuada su localización próxima a un núcleo urbano o poblacional para facilitar la utilización de los recursos comunitarios. La URH puede constar de dos subunidades funcionales con espacios diferenciados para el adecuado cumplimiento de los objetivos marcados en cada uno de los dos niveles rehabilitadores.
- Nº camas: El número total de camas se estima en torno a **40-50**, que se ajustarán en función de la población asistida y las dimensiones de la URH. Existe un estándar que establece la necesidad de disponer de 8-10 camas por 100.000 habitantes ⁶.
- Habitaciones: Son aconsejables las habitaciones de 1-2 camas. Aunque las individuales implican más aislamiento y menos supervisión, permiten mayor privacidad. Es frecuente que en las habitaciones más cercanas al control de enfermería, sean o no individuales, se ubiquen a aquellos pacientes que requieran una supervisión más estrecha. Cada habitación debe contar con un cuarto de baño con WC, lavabo y ducha donde se extremarán las medidas de seguridad. Convendría disponer de una habitación de cuidados especiales (ver descripción en Manual de Organización y Funcionamiento de la Unidad de Media Estancia) y en todo caso de material homologado de contención.
- Control de enfermería: su ubicación deberá permitir un máximo de visibilidad y la observación directa del paciente cuando se encuentre en espacios comunes, además de ser un lugar accesible para los pacientes.
- Sala de estar y visitas.
- Aseo común: además de los baños de las habitaciones, la URH puede disponer de un aseo asistido para aquellos pacientes que requieran supervisión o ayuda individual.
- Espacios comunes multifuncionales: Comedor, sala de lectura / TV / juegos, actividades ocupacionales. Deben ubicarse en espacios diferenciados y con elementos decorativos que mejoren la confortabilidad del medio.
- Espacio para actividades rehabilitadoras y terapéuticas familiares o grupales.

⁶ Cuaderno Técnico nº 6. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. AEN Madrid 2002.

- Salas de reuniones: Pueden ser utilizadas para sesiones docentes, reuniones del equipo, biblioteca, etc.
- Despachos y consultas: los suficientes para ubicar a los distintos miembros del equipo terapéutico, en los que se desarrollarán las tareas asistenciales.
- Área administrativa: espacio reservado para el archivo de documentación e historias clínicas y donde podrá ubicarse el personal administrativo de apoyo a la URH.
- Otros espacios: botiquín, aseos y vestuario del personal, lencería, office, almacén de limpieza, zonas habilitadas para fumar en función de la normativa vigente. Cocina y cuarto de lavado y plancha equipados para poder realizar programas de vida doméstica.

Equipamiento e instrumentos:

- ▶ Sistemas generales de seguridad: detección de humo y llamas, extintores, salidas de agua, sistemas de alarma en despachos y otros puntos estratégicos; sistemas de control de salidas y entradas a la unidad cuando sea requerido; puertas con apertura hacia el exterior de 180°; sistemas de control y custodia de sustancias u objetos potencialmente peligrosas.
- ▶ Mobiliario: elementos básicos para poder llevar a cabo las funciones propias del dispositivo (camas, mesas, sillas, estanterías, armarios, frigorífico, elementos de decoración, aparatos de telefonía, lavadora, plancha, etc.), funcionales y seguros.
- ▶ Los despachos estarán provistos de ordenadores personales que faciliten la realización de informes, altas, registros epidemiológicos, cumplimentación de sistemas de información y otras actividades asistenciales, docentes e investigadoras. Se contará con cableado completo.
- ▶ Administrativo: libro de ingresos, hoja estadística de ingresos y altas, hojas de historia clínica completa (incluida hojas de registro de control de constantes e incidencias de enfermería), hojas de peticiones de pruebas complementarias, documentos de consentimiento informado, impresos de ingreso involuntario, impresos de protocolos, manual con normas de seguridad integrado en el diseñado para todo el hospital, etc. Algunos de estos materiales pueden estar informatizados (ver más adelante información detallada de material administrativo).
- ▶ General no sanitario: elementos de limpieza, elementos para aseo, vajilla (en algún caso será de un solo uso). Aparato de TV / música, Juegos de mesa, libros, material recreativo según posibilidades, material para terapia ocupacional, etc.

- ▶ Básico Sanitario: elementos comunes a cualquier planta de un hospital general (esfingomanómetros, fonendoscopios, termómetros, material de curativo y enfermería, báscula, nevera para conservar determinados fármacos y extracciones, etc.).
- ▶ Fármacos: generales y específicos (psicofármacos); soluciones para sueroterapia.
- ▶ Sanitario específico: Tests diagnósticos. Escalas e instrumentos de evaluación psicopatológica. Material para sujeción mecánica.
- ▶ Materiales específicos de programas de rehabilitación

Material organizativo y administrativo:

Manuales de organización

- Manual de organización y funcionamiento de la URH
- Organigrama funcional
- Reglamento del Centro donde se ubique la URH
- Documentación que describa normas específicas de funcionamiento

Material administrativo

- Carpetas individualizadas de las historias clínicas de los pacientes ingresados en la unidad; las carpetas de las historias clínicas contendrán información relativa al ingreso del paciente en un orden y disposición protocolizados. Integrará la historia psiquiátrica, psicológica, rehabilitadora, social y de enfermería. La historia clínica estará adecuadamente custodiada en la URH. La historia debe definir claramente un Plan Terapéutico Individualizado y un Plan Individualizado de Rehabilitación.
- Hoja de tratamiento. Valorar la implementación de hojas de monodosis y sistema que mejoren la legibilidad de las prescripciones (informatización). Además de la hoja de prescripción de medicación, figurará en la historia clínica un registro del plan terapéutico donde quedarán recogidas todas las intervenciones: régimen de visitas y llamadas, permisos de salida, terapias a las que asiste, medidas de contención, medidas especiales de aseo, alimentación, vigilancia.
- Informe de alta. Congruente con el CMBD hospitalario del SES (ver Anexo).
- Informe de derivación a la URH (ver Anexo).
- Informes de solicitud de derivación a otros dispositivos (en consonancia con protocolos de derivación y gestión compartida de casos).

- Registro de ingresos y altas, donde figure el nombre y apellidos del paciente, fecha de ingreso y alta, número de historia clínica y médico asignado.
- Hoja estadística de ingresos y altas.
- Documentos de enfermería (historia clínica, hoja de tratamiento, registro y plan de cuidados) en los que se encuentren las órdenes terapéuticas, protocolos puestos en marcha, solicitud de pruebas complementarias, registro de constantes y de actividades terapéuticas, incidencias, registro de hábitos del paciente, visitas y salidas de la URH y cualquier otra información relativa a los cuidados de los pacientes. Basándose en la evaluación de enfermería y plan rehabilitador, la enfermera o supervisora diseñará una hoja por paciente donde de forma clara y organizada se transmita información sobre:
 - Plan de cuidados enfermeros
 - Horarios las actividades que debe realizar el paciente
 - Régimen de visitas y llamadas
 - Permisos de salida
 - Programas a los que debe asistir y horarios
 - Recomendaciones de manejo y medidas de contención
 - Nivel de vigilancia
 - Medidas especiales de aseo, alimentación, movilización
 - Cuidados básicos de enfermería
 - Registros a cumplimentar
- Paneles informativos:
 - Carta de pacientes (incluida en protocolo de acogida): donde se recogerán derechos y deberes, normas básicas de la URH, horario general de actividades, directorio, etc.
 - Registro de Actividades: situados en las zonas comunes de la unidad, se realizará un panel por actividad y se incluirán aquellos pacientes asignados a esa actividad.
- Libros o carpetas de incidencias de auxiliares de clínica.
- Archivo de informes de alta (a ser posible informatizado).
- Hojas informativas para pacientes y familiares
- Archivo de protocolos y consentimientos informados.

- Registro de seguimiento de contención mecánica.
- Archivo de escalas e instrumentos de evaluación más utilizadas en la práctica clínica.
- Impresos de ingreso voluntario e involuntario, impreso de comunicación-solicitud judicial de ingreso involuntario y de alta, impresos de comunicación de evolución clínica al juzgado que autorizó el ingreso involuntario del enfermo.
- Impresos de alta voluntaria.
- Impresos de pase domiciliario así como de las disposiciones relativas a las visitas, salidas y llamadas telefónicas que puede realizar el paciente.
- Manual de normas de seguridad y evacuación en caso de catástrofe.
- Impresos de petición de pruebas complementarias, hojas de interconsulta, etc.
- Hojas de sugerencias y reclamaciones (pueden estar disponibles en el servicio de atención al usuario).
- Encuesta de satisfacción de usuarios.

Protocolos, Controles de calidad y Evaluación técnica administrativo asistencial.

- *Protocolo de acogida del paciente.* Se facilitará información por escrito del funcionamiento de la URH, derechos y deberes, horarios, directorio, psiquiatra responsable o profesional de contacto, etc.
- *Protocolo de contención.* Ver Anexo.
- *Protocolo de prevención del riesgo suicida.* Ver Anexo.
- *Protocolos de consentimiento informado.*
- *Protocolo de alta:* cumplimentación del Informe de Alta siguiendo los criterios de calidad y CMBD establecidos, así como otras disposiciones al alta (informe en mano, instrucciones de enfermería, recetas, cita en dispositivo de destino...).
- *Protocolos de evaluación de la actividad asistencial.*
- *Otros protocolos clínicos:* Podrían ser protocolizadas las intervenciones generales recogidas en el apartado de procedimientos asistenciales (evaluación, plan terapéutico individualizado, salidas y pases, etc.).
- *Protocolo de coordinación con la Administración de Justicia para pacientes inimputables*
- *Protocolo de evaluación y diseño de Plan Individual de Rehabilitación.*

Dotación del equipo multidisciplinar

- ▶ La URH está conformada por un equipo multidisciplinar integrado por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, celadores, auxiliar administrativo, terapeutas y monitores ocupacionales. El número de profesionales que configuran la plantilla se determina según estándares que tendrán en cuenta población atendida, indicadores de necesidades y demandas.
- ▶ El **Plan de Salud Mental para la Comunidad Autónoma de Extremadura de 1996** contempla las *Unidades de Larga Estancia*, de carácter similar a las URH, con la siguiente dotación estándar para unidades de **65 camas**:

Nº C	Psq	Psc	Enf	Aux Enf	Cel	T Ocup	M Ocup	Adm	T Soc
65	2	2	3-1-1	4-4-2	2-1-1	1-1-0	1-1-0	½	1/2

- ▶ El documento de la **AEN "Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo"** haciendo referencia a las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, refiere la siguiente dotación para unidades de **25 – 35 camas**:

Nº C	Psq	Psc	Enf	Aux Enf	Cel	T Ocup	M Ocup	Adm	T Soc
30	2	1	2	2		1			1/2

- ▶ La **propuesta de dotación** básica realizada en este documento para una unidad de **40 camas** sería la siguiente:

40 camas	Psq	Psicol.	Enf	T ocp	Mont	Ax Enf	Cel	Admin	T Soc
Mañana	2 #	2	2	1	2	2	1	1*	1
Tarde	AC	0	1	1	2	2	1	0	0
Noche	AC	0	1	0	0	2	1	0	0

Uno de los psiquiatras compartiría funciones al 50% en otro dispositivo

*Cobertura funcional. Funciones compartidas con otro dispositivo

- ▶ Uno de los psiquiatras o psicólogos clínicos será el Responsable o Coordinador de la URH dentro del organigrama organizativo. Uno de los enfermeros o enfermeras será Supervisor de enfermería en el organigrama (turno fijo matinal).
- ▶ Será necesario calcular el número de enfermeras, auxiliares de clínica y celadores para la cobertura de los turnos asignados.
- ▶ El psiquiatra de guardia realizará las tareas de atención continuada.

Capacitación y formación

- ▶ Los médicos que forman la plantilla de la unidad de hospitalización deben ser médicos especialistas en psiquiatría con suficiente formación específica en atención al paciente con TMG hospitalizado. El psicólogo debe contar con la especialidad de psicología clínica y tener experiencia con patología mental grave y rehabilitación. Se dará prioridad a aquellos profesionales de enfermería que cuenten con el título de especialista en salud mental. Sería así mismo deseable que el resto del personal cuente con preparación específica a través de cursos formativos en salud mental, trastornos mentales graves y rehabilitación.
- ▶ La organización y el dispositivo unificarán sus esfuerzos para participar en programas de formación continuada, especialmente en aquellos dirigidos a incrementar sus conocimientos sobre TMG, programas de rehabilitación, seguridad de pacientes y calidad asistencial.

3.3. Recursos organizativos y de coordinación

- ▶ **Organigrama funcional** de la URH.
 - Existirá un organigrama que permita determinar el contenido funcional (responsabilidad y atribuciones específicas) de cada uno de los miembros del equipo de la URH. El análisis funcional optimiza el funcionamiento de la unidad y la distribución de tareas y objetivos en función de la cartera de servicios del dispositivo.
 - Definirá la figura de un Responsable o Coordinador de la Unidad con funciones específicas de coordinación y representatividad. Debe encargarse de que todos los elementos de coordinación interna y externa definidos funcionen de forma adecuada y que el paciente reciba una atención multidisciplinar integral.

- El profesional que sea designado como Supervisor o Supervisora de Enfermería tendrá definidas responsabilidades de coordinación relativas a enfermería y auxiliares de clínica de la URH.
- El terapeuta ocupacional coordinará la actividad de los monitores ocupacionales.
- La descripción funcional se establecerá con arreglo al modelo asistencial y a la legislación vigente. La definición del organigrama asegura que las obligaciones, funciones y actividades del personal estén claramente delimitadas, reflejen estándares profesionales, minimicen la variabilidad de las prácticas y no estén idiosincrásicamente determinadas por los intereses e inclinaciones de cada uno de los componentes de la plantilla.
- Definirá los roles profesionales en relación con las tareas a realizar, capacitación propia de cada profesional y la necesaria complementariedad y polivalencia del equipo.

► **Normas específicas de funcionamiento y protocolos**

- Ordenación de la actividad, distribución de tiempos clínicos, y programación de tareas (agenda de trabajo).
- Sistema de asignación de pacientes.
- Programación de reuniones del Equipo terapéutico.
- Interrelación con otros Servicios del Centro.
- Sistemas de coordinación con el resto de dispositivos de la red.
- Ejecución y cumplimentación de protocolos.
- Normas de Seguridad y Gestión de Riesgos.
- Procedimientos de valoración de las solicitudes de ingreso a URH.
- Protocolización de procesos y procedimientos asistenciales.
- Protocolización de procedimientos de derivación e interconsulta.
- Articulación de la asistencia y coordinación según el modelo del Programa de Trastornos Mentales Graves.
- Indicadores de Calidad y Evaluación técnica asistencial.
- Definición de prestaciones de la URH en el marco de la Cartera de Servicios.
- Participación en las tareas de la Comisión de Salud Mental de Área y subcomisión de gestión de casos.

- Sistema de información integrado e integral que permita una recogida informatizada de los datos de actividad básica cuantitativos y cualitativos.
- Procedimiento de recogida y análisis de reclamaciones y encuestas de satisfacción.
- Participación en los contratos de gestión del área.

▶ **Coordinación interna**

- Junto a las herramientas de coordinación descritas, un elemento fundamental de coordinación interna es la comunicación fluida entre profesionales. Para facilitar la comunicación se establecerá un calendario y metodología de Reuniones de Equipo con los siguientes objetivos:
 - Establecer un plan de tratamiento multidisciplinar de los pacientes ingresados.
 - Planificación de alta terapéutica
 - Análisis de incidencias, criterios de actuación, pautas de manejo frente a conductas disfuncionales, revisión de registros y evolución.
 - Coordinación de todos los miembros del equipo para el adecuado cumplimiento y evaluación del Plan Individualizado de Rehabilitación.
- Muchos de los incidentes adversos que afectan a la seguridad de los pacientes y a la efectividad de las intervenciones recaen en problemas de transmisión de la información. Por este motivo es de singular importancia la cumplimentación adecuada y legible de los distintos registros de información.

▶ **Coordinación externa.**

- Reuniones con ESM. La URH informará al gestor del caso de las intervenciones que se están realizando, así como de las propuestas de alta o de derivación a otros recursos.
- Reunión con los recursos rehabilitadores: los pacientes de URH, próximos al alta pueden continuar en proceso de rehabilitación en los CRPS a pesar de continuar ingresados en URH.
- Reuniones de la Subcomisión de Gestión de Casos.
- Contactos con el entorno social, educativo, laboral o judicial; con los servicios de trabajo social extrahospitalarios; con otros centros sanitarios y de atención a la dependencia.

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

4. Procedimientos y Plan Integrado de Atención

4.1 Procedimientos básicos e historia clínica

Procedimientos básicos en URH

- ▶ Evaluación global clínica y funcional (entrevista clínica individual y familiar; exploración diagnóstica; pruebas complementarias e instrumentos de valoración)
- ▶ Plan terapéutico y plan individualizado de rehabilitación
- ▶ Tratamientos biológicos
- ▶ Tratamiento psicológico
- ▶ Plan de cuidados de enfermería
- ▶ Programas de psicoeducación y rehabilitación
- ▶ Programas e intervenciones de atención a las familias
- ▶ Programas ocupacionales y de ocio
- ▶ Medidas protocolizadas de contención y supervisión
- ▶ Intervenciones protocolizadas
- ▶ Criterios consensuados de derivación y plan de seguimiento entre dispositivos
- ▶ Coordinación previa al alta con la Red de Salud Mental y servicios sociales generales
- ▶ Sistemas protocolizados de coordinación interna (reuniones de equipo, registro de información básica compartida)

Historia Clínica

- ▶ La organización de la información en la historia clínica ha de ser coherente con el modelo de funcionamiento multidisciplinar y tendrá como objetivo la elaboración y desarrollo de un plan de atención individualizado.
- ▶ El equipo multidisciplinar recogerá la información esencial del proceso terapéutico rehabilitador en la **historia clínica** del paciente. La Ley 3/2005 de información sanitaria y autonomía del paciente recoge en su Título V Capítulo I lo relativo a la Historia Clínica (definición, tratamiento, utilización, conservación, derechos del paciente y custodia).
- ▶ De acuerdo a dicha Ley, *"la cumplimentación de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella". "En las historias clínicas hospitalarias en que participen más de un médico o un equipo asistencial, deben constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional y la identificación de los mismos"*.
- ▶ Cada centro sanitario debe establecer el mecanismo que haga posible que, mientras se presta atención sanitaria a un paciente concreto, los profesionales que le atiendan puedan, en todo momento, tener acceso a la historia clínica correspondiente, a efectos del desempeño de sus funciones.
- ▶ La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Cualquier actuación relativa a la atención sanitaria del paciente deberá ser anotada en la historia, indicando la fecha y hora de su realización, y será firmada de manera que se identifique claramente la persona que la realice.
- ▶ Según dicha Ley, existen una serie de datos que deben ser incluidos (Art. 32 Contenidos) en la historia clínica. A la luz de la citada norma, los datos básicos que debe contener la historia clínica en URH serían:
 - Datos de identificación del enfermo
 - Datos de identificación de la asistencia: Fecha de asistencia e ingreso. Autorización de ingreso. Indicación de procedencia. Servicio o unidad en que se presta la asistencia. Número de habitación y cama. Médico responsable del enfermo. Todos aquellos documentos básicos que contemple la normativa vigente.
 - Datos clínico asistenciales y sociales: informe de derivación; antecedentes personales y familiares; situación jurídico legal del paciente; descripción de

enfermedad actual y motivo de consulta (informe biopsicosocial asistencial y rehabilitador); anamnesis y exploración (evaluación clínica, psicopatológica, psicológica, rehabilitadora y social); procedimientos y plan asistencial/rehabilitador individualizado; pruebas complementarias, interconsultas; hoja de evolución; hojas de tratamiento; hojas de cuidados de enfermería; hojas de procedimientos de rehabilitación; gráfico de constantes; hoja de consentimiento informado si procede; informe de autorización judicial de ingreso si procede; hojas de información facilitada al paciente en relación con el diagnóstico y el plan terapéutico prescrito; informe de alta (ver anexo); documento de alta voluntaria, o forzosa, en su caso; informe de notificación de alta en ingresos judiciales; registros de activación de protocolos.

- Anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios. A los efectos de lo dispuesto en la Ley, se entenderán por anotaciones subjetivas las impresiones de los profesionales sanitarios, basadas en la exclusiva percepción de aquellos, y que, en todo caso, carecen de trascendencia para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente, sin que pueden tener la consideración de un diagnóstico.

ADMISIÓN

- ▶ Las entidades derivadoras en todos los casos formalizarán sus propuestas cumplimentando un **Informe de Derivación** estandarizado (ver Anexo).
- ▶ Al realizar una propuesta de derivación, la entidad derivadora informará al paciente y al tutor –en caso de incapacidad– o al familiar/es más directos, en caso de ingresos involuntarios, de la indicación de ingreso en URH, así como de las características y funcionamiento de esta unidad, su estancia media y otros aspectos relevantes.
- ▶ La valoración del caso, previa al ingreso, se realizará habitualmente a través de los datos reflejados en el Informe de Derivación y, si se estima necesario, con entrevista clínica realizada por el equipo de URH para valoración de la idoneidad del ingreso.
- ▶ El informe de derivación será valorado y discutido por la **Comisión de Valoración** del hospital, que evaluará el caso y comunicará la resolución de la solicitud a la entidad derivadora.

- Rechazo de la solicitud: el equipo de URH informará de los motivos de esa decisión a la entidad derivadora.
- Aceptación de la solicitud: el equipo de URH lo comunicará a la entidad derivadora, así como el procedimiento y la fecha de ingreso, que se concretará en función de la disponibilidad de camas y la prioridad del mismo.

Acogida

- ▶ Los ingresos se llevarán a cabo en turno de mañana para garantizar la presencia en la acogida de los profesionales que lo formalizan.
- ▶ La URH dispondrá de un **Protocolo de Acogida** en el que se describa el proceso y las funciones a realizar por cada uno de los miembros del equipo. Existirá documentación escrita destinada al paciente y familiares. Las funciones del equipo de URH en el proceso de acogida se describen a continuación.

El Psiquiatra y Psicólogo Clínico asignados al caso realizan la valoración inicial del paciente:

- ▶ Recogen información básica sobre el paciente y las circunstancias de la derivación.
- ▶ Realizan una exploración psicopatológica y valoración de patologías médicas asociadas.
- ▶ Establecen pautas terapéuticas iniciales.
- ▶ Informan al paciente y familia de los procedimientos y las responsabilidades que les corresponden en los procedimientos asistenciales y rehabilitadores
- ▶ Tramitan el consentimiento y/o aceptación del ingreso por parte del paciente o por el contrario los trámites pertinentes derivados de un ingreso involuntario.
- ▶ El usuario y su familia manifestarán, mediante firma, su consentimiento informado de estancia en la URH.

Las funciones del **Supervisor/a de enfermería y/o Enfermería** serán:

- ▶ Apertura de Historia Clínica.
- ▶ Información a pacientes de las recomendaciones terapéuticas iniciales, plan de cuidados enfermeros inicial, normas y funciones específicas de la URH, enseres necesarios para la vida cotidiana, facilitándoles hoja informativa y carta de derechos y deberes.
- ▶ Realización de registros: registro de entrada, hoja de tratamiento farmacológico médico y psiquiátrico, hoja de recomendaciones terapéuticas, registro de objetos personales.

Las funciones del **Trabajador/a social** serán:

- ▶ Información a los familiares de la naturaleza de las intervenciones sociales que se llevan a cabo en la URH, posibilidades de derivación tras el alta, servicios sociales generales y específicos, importancia de la implicación y colaboración familiar en el proceso y en los resultados terapéuticos.
- ▶ Valoración socio familiar inicial, identificando uno o dos familiares de referencia.

Las funciones del **Auxiliar de enfermería** serán:

- ▶ Acompañamiento y toma de contacto con la Unidad.
- ▶ Supervisión de elementos de seguridad del paciente (pertenencias, custodia de enseres...)
- ▶ Informar sobre normas relacionadas con la organización y uso del espacio y las actividades cotidianas en la unidad.

Las funciones del **Servicio de admisión** serán:

- ▶ Tramitación administrativa del ingreso.

El resto del **Equipo Multidisciplinar** se incorporará al proceso de acogida en el momento en el que comience a desarrollar sus funciones.

1. Evaluación

- ▶ En el contexto de un concepto holístico de la enfermedad mental (biológico, psicoterapéutico, rehabilitador, comunitario) y de un tratamiento multidisciplinar, la evaluación (integral) debe ir dirigida a las siguientes áreas:
 1. **Evaluación somática:** Enfermedades médicas intercurrentes, antecedentes médicos y quirúrgicos, alergias medicamentosas, minusvalías físicas o sensoriales. Considerar la repercusión del estado físico en la funcionalidad del paciente.
 2. **Evaluación psicopatológica:** síntomas actuales y aquellos aspectos que pueden tener relevancia para el tratamiento y la rehabilitación del paciente (inicio de la enfermedad, recaídas, análisis de la respuestas a los tratamientos previos, remisión parcial o total de síntomas, síntomas inter-episódicos,

factores precipitantes o agravantes, consumo de tóxicos, síntomas prodrómicos, diagnóstico DSM/CIE).

3. **Evaluación psicológica:** análisis de las intervenciones psicológicas realizadas previamente en otros recursos; evaluación psicométrica y psicoproyectiva, aplicación de test, escalas, cuestionarios o entrevistas estructuradas.
4. **Evaluación social:** red social, contexto socio-familiar, dinámica familiar, recursos del paciente para la integración comunitaria.
5. **Evaluación funcional:** déficits en habilidades y competencias del paciente. Revisión de programas rehabilitadores en los que ha intervenido el paciente y su respuesta. En la URH se concederá especial importancia a los factores de índole psicosocial, por lo que se realizará una evaluación funcional exhaustiva de áreas específicas para la rehabilitación y reinserción:
 - Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
 - Autocuidados y autonomía
 - Habilidades sociales
 - Habilidades cognitivas
 - Autoconcepto y autoestima
 - Motivación e intereses
 - Red social
 - Organización de horarios, planificación de ocio y tiempo libre
 - Hábitos del paciente
 - Formación académica y experiencia laboral
 - Intervención con familias

2. Elaboración de un plan terapéutico y rehabilitador individualizado

- ▶ Se desarrollarán tratamientos individualizados de carácter clínico y programas individualizados de rehabilitación, planteados en función de los resultados de las evaluaciones psicopatológica, psicológica, social y familiar.
- ▶ El plan terapéutico y rehabilitador debe ser individualizado, sistemático, estructurado secuencialmente y flexible, y establecerá objetivos:
 - Realistas y adaptados al paciente.
 - No serán definitivos, sino sujetos a cambios y modificaciones, según evolución.
 - Se establecerán prioridades.
- ▶ En Anexo se refleja la estructura del **Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)**

3. Elaboración, desarrollo y ejecución de programas

3.1. Tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos

- ▶ Definir y ejecutar programas para el tratamiento de resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos. Actuaciones protocolizadas relativas a riesgo suicida, conducta heteroagresiva, efectos secundarios graves de psicofármacos, contención mecánica. Intervenciones psicológicas específicas individuales y grupales.

3.2. Programas de rehabilitación y reinserción

- ▶ Las intervenciones rehabilitadoras desarrolladas en URH se centrarán en:
 - el síntoma y en conductas disfuncionales o disruptivas
 - la funcionalidad global y reintegración social
- ▶ Se realizarán distintos programas donde se entrenarán las habilidades que cada paciente precise para poder integrarse en la comunidad. También se actuará sobre los distintos contextos en que se desenvuelve, ofreciendo asesoramiento a las familias y desarrollando soportes comunitarios para optimizar el funcionamiento social.
- ▶ Los programas de rehabilitación se clasifican por áreas y cada paciente participará en función de sus déficits, capacidades y necesidades, previamente evaluados.
- ▶ Las intervenciones pueden estructurarse de forma individual o grupal.
- ▶ **Programas de rehabilitación** en URH:
 - Programa de Autocuidados y Actividades de la Vida Diaria.
 - Programa de Habilidades Cognitivas: orientación, atención, concentración, memoria, integración perceptiva, pensamiento abstracto, categorización y análisis de contenidos, estructuración del lenguaje, planificación, funciones ejecutivas.
 - Programa de Psicoeducación y Educación para la salud.
 - Intervenciones individuales: conocimiento y manejo de la enfermedad y adquisición de hábitos de vida saludables.
 - Intervenciones con familias: conocimiento de la enfermedad, comunicación y estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

- Programa de Habilidades Sociales: habilidades relacionales e instrumentales.
- Programa de actividades ocupacionales.
- Programa de ocio y tiempo libre: conocimiento y uso de los diferentes recursos de ocio disponibles en el entorno.
- Programa de intervención con familias (descrito en apartado 4)

3.3. Actuaciones relacionadas con el Alta hospitalaria y la continuidad de cuidados

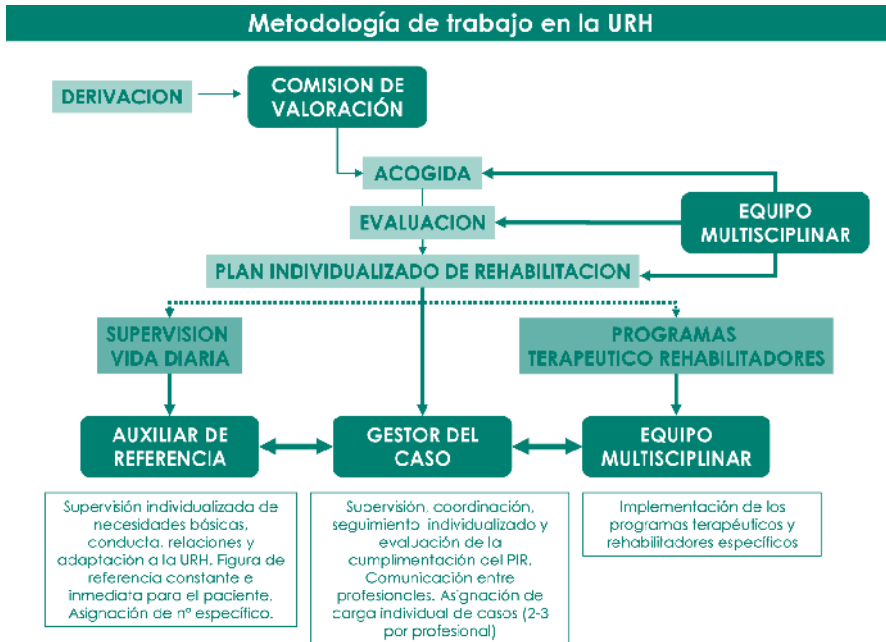
- ▶ Tienen como objetivo facilitar el proceso de reinserción con vistas a su ubicación en el medio familiar o en alternativas residenciales de la red de Salud Mental.

4. Intervención con familias

- ▶ El programa de intervención con familias debe contemplar los siguientes objetivos:
 - a. Favorecer el contacto paciente-familia-equipo terapéutico.
 - b. Promover en los familiares la conciencia de una filosofía rehabilitadora y de reinserción:
 - c. Desarrollar intervenciones de tipo psicoeducativo con familias:
 - Mejorar conocimiento y comprensión de la enfermedad y dotarles de estrategias para su adecuado manejo.
 - Detectar factores de riesgo: sobrecarga, alta emoción expresada.
 - Apoyo, asesoramiento y orientación.
 - d. Intervenciones de terapia familiar
 - e. Informar de los recursos disponibles
 - f. Informar de los derechos y deberes del paciente y familia

5. Metodología de intervención

- ▶ Los programas terapéuticos y rehabilitadores se trabajarán en grupos y/o de manera individual siguiendo el PIR de cada paciente.
- ▶ Las intervenciones de los profesionales se realizarán de acuerdo a la siguiente estructura funcional:

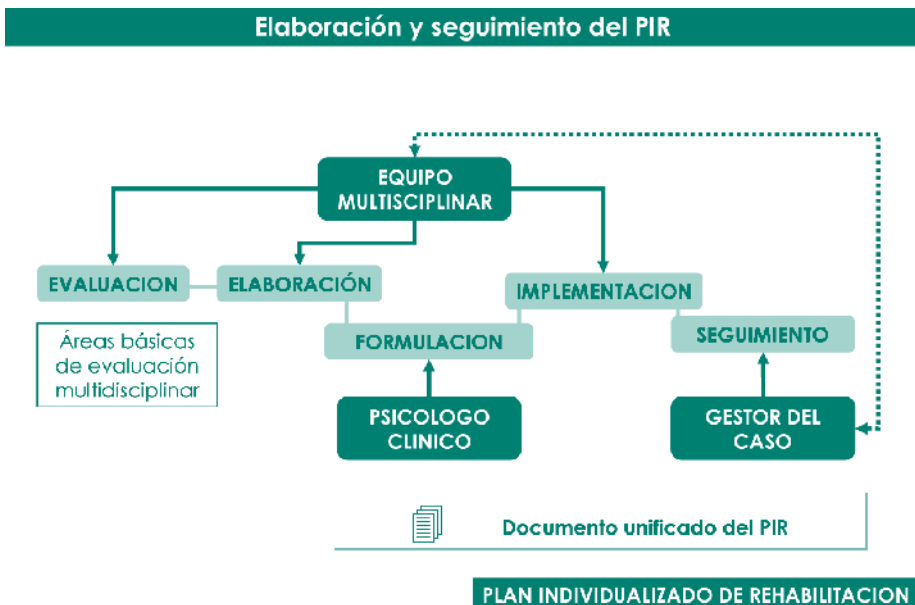


- ▶ **Supervisión de la vida diaria en la URH.** Una vez que el paciente llega a la Unidad, se le asignará en el proceso de acogida un **auxiliar de referencia** que se encargará de supervisar y atender las necesidades de la persona que ingresa. La atención diaria de los pacientes no debe basarse en la resolución de sus necesidades, sino en facilitar la resolución autónoma de las mismas. Los auxiliares de referencia son coordinados por el DUE. Tendrán entre otras funciones las de mostrar al paciente su habitación, informarle sobre normas de la unidad y sobre derechos y deberes, supervisar su funcionamiento en las actividades de la vida diaria, etc. El día a día debe entenderse como un continuo en el proceso rehabilitador. El conjunto del equipo está implicado en las actividades diarias a través del diseño de programas para organizar el tiempo, facilitando el desarrollo de actividades, ofreciendo oportunidades y recursos, etc. Se velará porque en el entorno terapéutico se respeten las normas de la unidad, se cuiden los aspectos relacionales y se facilite la convivencia. Por tanto el día a día será una actividad paralela y en relación directa con las intervenciones técnicas realizadas en la URH.
- ▶ **El proceso de intervención.** Se inicia en la acogida, continua en la evaluación multidisciplinar del caso, el consenso de un PIR, su redacción, implementación y seguimiento de los programas terapéuticos y rehabilitadores. El paciente participará en los diferentes programas en congruencia con los objetivos planteados en el PIR.

- ▶ **El gestor del caso.** Tras la elaboración del PIR (ver más adelante) se designará un profesional que realizará las funciones de gestor del caso. En principio se consideran posibles gestores a los psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales del equipo. Su objetivo es la supervisión, coordinación, seguimiento individualizado y evaluación de la cumplimentación del PIR. Facilitarán la comunicación entre profesionales y con los recursos externos. Se realizará una asignación equitativa de la carga individual de casos (3-4 por profesional). Las funciones de gestor de casos se superponen a las que sean propias de cada profesional.
- ▶ **Reuniones del equipo.** En las reuniones del equipo se ponen en común los elementos derivados de la evaluación multidisciplinar del caso y se consensúan los objetivos y procedimientos del PIR. Así mismo, las reuniones permiten la evaluación y seguimiento de los PIR, las incidencias de la vida diaria y las condiciones de las salidas, pases y alta.

6. Plan Individualizado de Rehabilitación

- ▶ El proceso de elaboración y seguimiento del Plan Individualizado de Rehabilitación es multidisciplinar y consensuado, aunque existen dos figuras identificables: la del Psicólogo Clínico, que será el responsable de la formulación final del PIR en un documento unificado (Ver Anexo), y el Gestor del Caso, encargado del seguimiento y actualización documental del PIR.



- ▶ El PIR es un plan revisable, evaluable y por tanto flexible, adaptado a las necesidades terapéuticas y rehabilitadoras del sujeto.
- ▶ Se intentará que todos los pacientes se involucren en el diseño de su PIR y firmen un **Contrato Terapéutico**. No obstante, en la URH pueden realizarse ingresos involuntarios mediante autorización judicial, que requerirán de una supervisión específica.
- ▶ Existen elementos esenciales en la evaluación que permitirán el desarrollo correcto del PIR. Algunos de estos elementos se muestran en la tabla:

ELEMENTOS BÁSICOS DE EVALUACIÓN

Evaluación Psicológica	Evaluación Social
Historia clínica	Datos personales socio biográficos
Historia biográfica	Genograma y mapa de relaciones
Exploración psicopatológica	Antecedentes personales y familiares
Conciencia de enfermedad	Situación económica / jurídica
Estructura y función familiar	Nivel formativo familiar
Habilidades sociales	Evaluación ocupacional
Competencias y autocontrol	Ocupación diaria
Capacidades cognitivas	AVD básicas e instrumentales
Hábitos saludables	Ocio y tiempo libre
Actividades cotidianas	Integración socio comunitaria
Expectativas ante la rehabilitación	Valoración laboral / vocacional
Evaluación enfermera (patrones funcionales)	
Percepción / control de la salud	Actividad / ejercicio
Eliminación	Cognitivo / perceptivo
Sueño / descanso	Rol / relaciones
Autopercepción / autoconcepto	Adaptación / tolerancia al estrés
Sexual reproductor	Valores / Creencias
Nutricional / metabólico	

Procedimiento de alta en URH

1. Preparación del alta

- ▶ El psiquiatra y el psicólogo clínico encargados del caso, junto al enfermero, terapeuta ocupacional y trabajador social planificarán el alta, informando al resto del equipo. Las condiciones del alta del paciente vendrán determinadas en el plan de tratamiento integral con el consenso –si es posible– del usuario. Se prepara al paciente para el paso a recursos específicos rehabilitadores de tipo ambulatorio o a recursos residenciales comunitarios. El alta debe ser comunicada y organizada con al menos una semana de antelación, para que paciente y familia puedan prepararse, plantear dudas y expresar sus expectativas.

2. Permisos durante estancia y pre-alta en URH

2.1. Al ser la URH una unidad abierta, los pacientes podrán acceder habitualmente al entorno donde esté ubicada, facilitando así el acceso a los recursos comunitarios. Son permisos diarios (individuales y explicitados por escrito) que realizan los pacientes respetando los horarios de actividades en la unidad, comida y sueño. Se decidirá la idoneidad o no de estos permisos en función de la valoración continuada que se haga de cada paciente.

2.2. Además se realizarán permisos previos al alta, de estancia del paciente en su medio habitual previo al ingreso, que tienen como objetivo valorar el funcionamiento del paciente y su adaptación a su entorno familiar y social. Tienen una duración variable pactada con el paciente y con la familia o con el dispositivo al que va a ser derivado –recursos residenciales en el caso de no disponer de soporte familiar-. Los cuidadores principales del paciente, en estos casos, adquieren funciones de co-terapeutas. Durante los permisos pre-alta se observará la generalización y aplicación de habilidades adquiridas durante el internamiento y la presencia o ausencia de conductas disfuncionales. Las dificultades observadas se analizarán posteriormente con los terapeutas de referencia en URH.

3. Informe de alta⁷:

- ▶ Se le entregará siempre al paciente en el momento del alta. Debe hacer mención tanto a aspectos clínicos como rehabilitadores, así como intervenciones y recomendaciones

⁷ Ver Anexo: modelo de informe de alta

de tipo socio familiar. Será congruente con el CMBD hospitalario vigente. Como criterio de calidad, considerando las intervenciones específicas de URH, el informe de alta debe reflejar:

- Datos esenciales de la valoración funcional.
 - Datos sobre los objetivos del plan de tratamiento y rehabilitador y sobre la evolución en los mismos.
 - Recomendaciones al alta relativas a la continuación del proceso de tratamiento y rehabilitación individual.
- ▶ Se anexarán al Informe de Alta, aquellos informes de evolución emitidos por psicólogo clínico, enfermero y/o trabajador social que se consideren pertinentes.

4. Comunicación al juzgado:

- ▶ Comunicar el alta de aquellos pacientes ingresados de forma involuntaria.

5. Coordinación de URH con los dispositivos de la red de Salud Mental para garantizar la continuidad de cuidados:

- ▶ El equipo de URH es responsable de la derivación y coordinación de actuaciones para asegurar en todo momento la continuidad asistencial. Es importante, por tanto, la gestión pre-alta para informar e implicar a los recursos que estarán en contacto con el paciente una vez finalice su ingreso en URH.
- ▶ Gestión del caso previo al Alta en URH:
- Información y coordinación con el profesional de referencia en ESM para derivación del paciente y con aquellos dispositivos de red con los que sea pertinente.
 - Coordinación con los servicios sociales comunitarios y de atención a la dependencia.
 - Valoración de alternativas al medio familiar cuando sea necesario y efectuar las derivaciones pertinentes a recursos residenciales comunitarios de la red de Salud Mental de la CAE.

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

5. Gestión de riesgos y seguridad de pacientes

5.1 El concepto de *seguridad de pacientes*.

- ▶ Desde finales de la década de los 90 las organizaciones sanitarias centran su atención en la **seguridad** de sus procedimientos y estructuras, así como en la identificación de incidentes, efectos adversos, sus consecuencias y posibilidades de mejora. Los usuarios de los sistemas sanitarios son cada vez más conscientes de la necesidad de un entorno seguro y solicitan ser agentes activos de su salud. Los procedimientos son cada vez más efectivos pero a la vez más complejos y fragmentarios. A pesar de los esfuerzos por implantar una medicina basada en la evidencia científica, sigue existiendo una gran variabilidad en las prácticas asistenciales.
- ▶ La seguridad es un elemento clave y prioritario de la **calidad**.
- ▶ Los **errores** y la falta de calidad asistencial redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios. La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora.
- ▶ La **atención hospitalaria** a los problemas relacionados con la enfermedad mental grave requiere especial atención en cuanto a la seguridad de sus procedimientos y estructuras. Podemos considerarlos **entornos de riesgo**, ya que atienden a **pacientes vulnerables** que en muchos casos sufren alteraciones cognitivas, del juicio de realidad y de la conducta, y que podrán ser sometidos a ingresos e intervenciones terapéuticas involuntarias (con el consiguiente riesgo de quiebra de derechos). Algunos de estos pacientes no cumplimentan adecuadamente los

tratamientos prescritos, intentarán abandonar la unidad hospitalaria, o presentarán comportamientos suicidas o heteroagresivos. La contención mecánica, frecuente en este entorno, es una práctica de riesgo con numerosas complicaciones.

- ▶ Según el informe de la JCAHO de 2004⁸ sobre **incidentes adversos en hospitales**, el *evento centinela* registrado con más frecuencia fue el suicidio (14%). Los errores de medicación supusieron el 11%; las lesiones o muerte por inmovilización el 4%. El 13% de los eventos centinelas registrados provenían de Hospitales Psiquiátricos y el 5,7% de las UHB de los Hospitales Generales.
- ▶ Para el Estudio ENEAS (2005)⁹, la **incidencia de Efectos Adversos** (EAs) en los hospitales españoles, relacionados directamente con la asistencia hospitalaria, fue de 8,4%. Más del 40% de los Efectos Adversos podrían ser evitables. Los pacientes que presentaban factores de riesgo intrínsecos, tenían 1,6 veces más probabilidades de presentar EAs. El estudio señala el destacado papel de la vulnerabilidad del paciente en la génesis de los EAs.
- ▶ La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo¹⁰ define como **estrategias de intervención prioritarias** a corto plazo:
 - Puesta en marcha de programas de gestión de riesgos sanitarios
 - Incentivar actividades de mejora de seguridad de pacientes con participación de profesionales
 - Incorporar indicadores sobre seguridad
 - Fomentar sesiones críticas de los servicios asistenciales sobre resultados adversos
 - Información sobre áreas y factores de riesgo a profesionales y pacientes
 - Formación de grupos de análisis de problemas de seguridad en cada centro
 - Financiar e incentivar la formación en seguridad del personal sanitario.
- ▶ El **II Plan Integral de Salud Mental 2007 – 2012** recoge en una de sus actuaciones la creación de una Comisión de Calidad, Formación e Investigación en Salud Mental. Y uno de los objetivos es la existencia de un Plan de Seguridad para las Unidades de Hospitalización psiquiátricas.

8 Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations; Sentinel Event Alert.

9 Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe. Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

10 Estrategia en seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

- ▶ Para conseguir estos objetivos debemos incidir sobre algunos aspectos fundamentales:
 - **Construir una cultura de seguridad:**
 - Ser capaz de reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar.
 - Compartir información sobre eventos adversos.
 - Entender que los errores están relacionados principalmente con el sistema en el que se trabaja (situaciones, estructura y funcionalidad de la organización).
 - Promover la comunicación de efectos adversos.
 - Detectar precozmente el efecto adverso, analizar causas y diseñar planes de actuación para prevenir su recurrencia.
 - Entender que la seguridad de pacientes debe formar parte de las estrategias, objetivos y proyectos de trabajo.
 - Asumir un enfoque no punitivo, constructivo, dirigido especialmente a propiciar cambios en el sistema de trabajo.
 - **Conocer los factores y situaciones de riesgo en URH (Mapas de Riesgos):**
 - Todo el equipo debe estar informado y concienciado sobre áreas y factores de riesgos potenciales que entraña el ingreso en la unidad y participar en la elaboración de mapas de riesgo: fugas de pacientes ingresados de forma involuntaria, riesgo de auto agresiones o suicidio, riesgo de violencia a terceros, efectos adversos durante la aplicación de la contención mecánica, fallos en la administración de medicación, consumo de tóxicos dentro de la unidad, relaciones sexuales dentro de la unidad, accidentes, caídas, quemaduras, atragantamientos, efectos adversos no monitorizados adecuadamente, etc.
 - **Establecer estrategias de intervención en seguridad:** estructurales y de procedimientos.
- ▶ El **equipo** de una unidad de hospitalización es la pieza clave en la prevención de riesgos y en la reducción de las secuelas de los potenciales incidentes. Es imprescindible el cumplimiento íntegro de los protocolos clínicos y de gestión de riesgos existentes.

5.2 Seguridad estructural

a. Recursos estructurales

- ▶ **Adecuación** a las recomendaciones sobre seguridad estructural en las URH tal como se recoge en el punto 3.1 de este manual.
- ▶ **Evaluación periódica** de la seguridad de materiales y mobiliario de las URH: emitir anualmente un Informe de situación sobre seguridad de materiales y mobiliario.

b. Recursos humanos

- ▶ **Dotación:** adecuación de las plantillas de profesionales de las URH a los estándares reconocidos y la evidencia científica tal como se recoge en el punto 3.2 de este manual.
- ▶ **Capacitación:** integrar en los equipos multidisciplinares a profesionales con capacitación específica en SM (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería especialista en salud mental).
- ▶ **Formación Continuada:** los módulos de formación continuada de los profesionales incluirán un Plan de formación específica en Seguridad de Pacientes.
- ▶ **Grupos nominales.** La creación de estos grupos (uno por cada URH) supone la implicación de los profesionales en la detección de áreas de riesgo y aportarán información para la elaboración de mapas de riesgo y áreas de mejora, incorporando la cultura de la seguridad en sus tareas asistenciales habituales.

c. Recursos organizativos

- ▶ Implantación y revisión periódica del **Manual de Organización y Funcionamiento** de URH con especial énfasis en lo relativo a gestión de riesgos y seguridad de pacientes
- ▶ Diseño e implementación de un conjunto de **Indicadores de evaluación de seguridad** de pacientes en la URH.

5.3 Seguridad de procedimientos

a. Detección de y Actuaciones sobre procedimientos de riesgo

- ▶ Detección de estructuras, procedimientos y pacientes de riesgo mediante la elaboración de un **Mapa de Riesgos Sanitarios** en URH sobre la base de metodología prospectiva (análisis modal) y grupos nominales.

- ▶ **Errores en la administración de medicación**
 - Elaborar e implementar un Protocolo de Administración de Medicamentos e Identificación de Pacientes en la URH.
- ▶ **Contención Mecánica**
 - Protocolo de Contención Mecánica. [Ver Anexo]
 - Protocolo de Abordaje Farmacológico de la Agitación Psicomotriz
- ▶ **Suicidio**
 - Protocolo de Detección y Atención a pacientes con riesgo suicida. [Ver Anexo]
- ▶ **Protocolización de otras situaciones de riesgo** [Ver punto 5.4.]

b. Registro y análisis de eventos adversos

- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro y Notificación de Efectos Adversos de Medicamentos** (o adaptación de los existentes en el marco hospitalario).
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro, Notificación y Análisis de incidentes y “casi errores” o “errores prevenidos”** a través de metodología Análisis de Causa Raíz (ACR).
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la realización periódica de un **Informe de Análisis de efectos adversos medicamentosos**, así como un **Informe de Análisis de Incidentes y errores prevenidos**.
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la realización periódica de una **Memoria de Implementación de Mejoras** derivado del análisis de eventos adversos.

c. Registro y Análisis de Sucesos Centinela

- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en el diseño e implementación de un **Procedimiento de Registro, Notificación y Análisis de Sucesos Centinela** en la URH a través de la metodología análisis de causa raíz (ACR).
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la elaboración de una **Memoria de Análisis de Sucesos centinela**.
- ▶ Colaborar con la organización sanitaria en la elaboración de una **Memoria de Implementación de Mejoras** derivado del análisis de sucesos centinela.

- ▶ La mayoría de los incidentes adversos presentan patrones sistemáticos y recurrentes que pueden minimizarse atendiendo a los siguientes elementos
 - Adecuada **coordinación y cohesión del equipo** terapéutico:
 - Todos los miembros del equipo deben tener claras sus funciones y sus responsabilidades a través de información escrita y conocer los procedimientos habituales de la URH.
 - Existirá un procedimiento específico de coordinación y planificación de objetivos.
 - El equipo debe anticiparse, discutir y prepararse para posibles problemas y riesgos potenciales.
 - Identificar y gestionar las condiciones de trabajo, tales como estrés o fatiga del equipo.
 - Garantizar la adecuada **transmisión de información**:
 - Existirán procedimientos efectivos de comunicación dentro del equipo.
 - Implantar sistemas eficaces de notificación y comunicación de incidentes.
 - Existirá información escrita a disposición de los profesionales sobre organización, funcionamiento y procedimientos de la URH.
 - A los pacientes y familiares se les proporcionará de forma protocolizada información de las normas y funcionamiento de la unidad.
 - **Estandarización y protocolización** de las situaciones de riesgo
- ▶ Los siguientes Protocolos están recogidos en los anexos de este manual:
 - Protocolo de **Contención mecánica**
 - Protocolo de **Detección y prevención del riesgo suicida**
- ▶ **Otras situaciones que requieren protocolización o procedimientos específicos:**

1. Prevención de abandonos no autorizados de la URH (fugas)

- ▶ Cuando ingrese un paciente, se le informará adecuadamente de las normas de la URH y de las posibilidades de salidas o restricciones de las mismas en función de circunstancias clínicas.
- ▶ Se controlarán las pertenencias de pacientes y visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.
- ▶ Debe existir un sistema efectivo de control de las salidas y entradas a la unidad.
- ▶ En determinados pacientes, será necesario supervisar la estancia en las zonas ajardinadas o externas a la URH.
- ▶ Cualquier miembro de equipo que detecte comentarios, conductas o actitudes del paciente que haga sospechar riesgo de fuga debe transmitir dicha información al resto del equipo que actuarán de la siguiente forma:
 - A. El psiquiatra reflejará en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.
 - B. El / la enfermera modificará la hoja de actuaciones terapéuticas, indicando la activación del protocolo y ordenando extremar la vigilancia y excluir al paciente de todas aquellas actividades que supongan salir de la unidad.
 - C. Si los auxiliares detectan el riesgo, lo comunicarán de inmediato al enfermero que lo transmitirá al psiquiatra; en cualquier caso el auxiliar lo registrará en los libros de incidencias para garantizar la transmisión de información a los turnos siguientes.
 - D. El resto del equipo será informado en la reunión clínica de la mañana del día siguiente y se iniciará una actuación coordinada y dirigida a evitar la fuga. Serán necesarias entrevistas con el paciente para valorar el riesgo real y los motivos por los que quiere irse. Solo en casos de oposición activo y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.
 - E. En caso de que se haya producido un abandono no autorizado de la URH, se informará al responsable de la URH y a Supervisor/a de enfermería o al psiquiatra de guardia. Cualquiera de estos profesionales informará a la dirección del hospital así como a las fuerzas de orden público e instancia judicial competente en caso de que el paciente se encontrase ingresado mediante autorización judicial.

2. Administración de medicación e identificación de pacientes:

- ▶ Los errores en la administración de la medicación pueden poner en peligro la seguridad del paciente.
- ▶ En un lugar preferente y destacado de la historia clínica se indicarán las alergias o intolerancias medicamentosas que sufra el paciente.
- ▶ La prescripción médica en las hojas de tratamiento o unidosis se realizará de forma claramente legible, preferentemente en formato informático. Cualquier cambio o modificación terapéutica se acompañará de la fecha y firma del médico prescriptor.
- ▶ Cuando existan cambios en la prescripción terapéutica, se transcribirá todo el conjunto del tratamiento, tanto en la hoja médica como en la de enfermería.
- ▶ Existirá un procedimiento de comunicación de cambios de tratamiento a enfermería, aclarando cualquier duda al respecto.
- ▶ El/la enfermero/a no administrará ninguna medicación que no esté debidamente fechada y firmada por el médico.
- ▶ El médico informará al paciente en la medida de su capacidad de comprender de los cambios de medicación.
- ▶ Se revisarán a diario las modificaciones realizadas en los turnos de guardia.
- ▶ Existirá un procedimiento de preparación de la medicación que asegure la correcta administración del tratamiento -vía, pauta y dosis- así como la identificación correcta de los pacientes.
- ▶ Antes de administrar la medicación se identificará al paciente a través de su nombre y dos apellidos, y, ante la mínima duda, se confirmará la identidad con otro profesional presente.
- ▶ Si el paciente detecta errores en la medicación que se le administra y la enfermera no tiene constancia de cambios de tratamiento, debe revisar la hoja de tratamiento para comprobar que no hay errores.
- ▶ En todos los casos, enfermería debe supervisar la toma correcta de la medicación. En caso de cumplimentación inadecuada, dejará constancia de tal hecho para que el médico esté informado y avisará al psiquiatra de guardia si lo cree necesario.
- ▶ Si a pesar de todas las precauciones se produce un error en la administración, se avisará de inmediato al psiquiatra de guardia para que valore los riesgos y actúe en consecuencia.

3. Consumo de tóxicos dentro de la unidad:

- ▶ La presencia de pacientes con patología dual en URH plantea otra situación de riesgo: la introducción y consumo de tóxicos dentro de la unidad. Existirá un procedimiento dirigido a prevenir o reducir al mínimo este tipo de conductas que entrañan riesgos de intoxicaciones, retrocesos en la evolución e inducción al consumo de pacientes no consumidores
- ▶ Formación a enfermería y auxiliares sobre signos clínicos que pueden indicar consumo.
- ▶ Registro exhaustivo de todos los pacientes al ingreso e información de la prohibición de consumo en la unidad (normas de la URH en protocolo de acogida).
- ▶ Registro de los pacientes de riesgo después de las visitas y salidas de la unidad.
- ▶ Reflejar en la historia de enfermería si el paciente es consumidor habitual de tóxicos. Todo el equipo debe conocer esta circunstancia.
- ▶ Dentro de las actividades psicoeducativas se hará referencia al riesgo de consumo de tóxicos.
- ▶ Se realizarán análisis de tóxicos en orina de forma periódica a los pacientes que se considere oportuno.
- ▶ Cuando un paciente resulte positivo en los controles, se le aplicará un protocolo de vigilancia especial y se le limitarán las salidas de la unidad. Si el implicado está ingresado de forma voluntaria, conservando por tanto sus capacidades cognitivas y volitivas intactas, y a pesar de las recomendaciones y prohibiciones realizadas persiste en su actitud, se podría considerar la finalización del proceso de atención hospitalaria.

4. Prevención de relaciones sexuales dentro de la unidad:

- ▶ Algunas alteraciones psicopatológicas (desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad) y otras de carácter psicosocial (aislamiento y poca aceptación en su medio) o la convivencia durante la hospitalización, son factores favorecedores para que se establezcan relaciones sexuales durante el internamiento en URH. Este tipo de relaciones se producen en ocasiones con las capacidades cognitivas y volitivas disminuidas (al menos en uno de los implicados) y pueden dar lugar a embarazos no deseados y a enfermedades de transmisión sexual. Por estos motivos y para reducir al mínimo el riesgo, es preciso el concurso de todo el personal en su prevención.

- ▶ En las normas de la URH facilitadas en el protocolo de acogida quedará reflejada la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante el ingreso. Se prohibirá e impedirá la entrada de los pacientes en cualquier habitación que no sea la suya.
- ▶ Vigilar este tipo de conductas y advertir de cualquier comportamiento de riesgo. En las reuniones diarias de la mañana el profesional que detecte conductas desinhibidas las comunicará al resto del equipo.
- ▶ El psiquiatra y el psicólogo, previa entrevista con los pacientes implicados, efectuarán las indicaciones preventivas oportunas que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas y la enfermera las transmitirá a los auxiliares a través de las hojas de actuaciones terapéuticas.
- ▶ Si alguno de los implicados está ingresado de forma voluntaria, conservando por tanto sus capacidades cognitivas y volitivas intactas, y a pesar de las recomendaciones y prohibiciones realizadas persiste en su actitud, se podría considerar la finalización del proceso de atención hospitalaria.
- ▶ Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas anticonceptivas adecuadas con las autorizaciones oportunas (paciente, responsable legal, juez...); cuando proceda se pedirá test de embarazo.

5. Prevención de Accidentes: Caídas, traumatismos, quemaduras, atragantamientos:

- ▶ Los pacientes que requieren una mayor labor de prevención de accidentes son los que están sometidos a polifarmacia, los drogodependientes, personas con déficits instrumentales-cognitivos y ancianos.
- ▶ El médico y la enfermera informarán a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que están tomando.
- ▶ A los pacientes se les harán recomendaciones en cuanto a cambios posturales, comprobación de la temperatura del agua de la ducha, etc.
- ▶ En casos de sedación y deterioro cognitivo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal.
- ▶ En el comedor los auxiliares deben observar la forma en que los pacientes ingieren los alimentos, cómo es el proceso de masticación y de deglución. Si observaran alguna anomalía en estos procesos que indicase riesgo de atragantamiento, se lo comunicarán al enfermero/a, la cual se lo transmitirá al médico de la unidad que a su vez decidirá si el paciente requiere ayuda, una dieta blanda o triturada.

- ▶ Está prohibido fumar en toda la unidad, excepto en la sala de fumadores y en las zonas ajardinadas externas. Existirá cartelería específica indicando la prohibición de fumar en todos los espacios excepto en los especialmente habilitados para tal fin. Cada vez que un paciente desee fumar pedirá fuego a los auxiliares ya que ellos no pueden disponer de mecheros ni cerillas (normas recogidas en protocolo de acogida). La sala de fumadores no es una sala de estar, se utilizará solamente para fumar y estará suficientemente supervisada por el personal auxiliar. Debe estar dotada de ceniceros y el mobiliario será no inflamable; estará adecuadamente ventilada y con sistemas de extracción de humos. Periódicamente se comprobará que los cigarrillos están bien apagados y se vaciarán todos los ceniceros. Pueden establecerse mecanismos para controlar un consumo máximo de cigarrillos por paciente o establecer programas de abstinencia tabáquica.
- ▶ La unidad debe tener confeccionado un plan de emergencia y evacuación, estando dotada de sistemas de extintores, alarmas de incendios y todo lo previsto en la normativa vigente.

6. Otros aspectos a tener en cuenta:

- ▶ Procedimientos de vigilancia y supervisión periódicas mínimas tanto en situaciones generales como específicas, en turnos de mañana, tarde y noche.
- ▶ Funciones de vigilancia, custodia, control y seguridad generales: accesos, instalaciones, equipamientos, medios humanos, visitas y pacientes, en el interior de la planta de hospitalización durante los tres turnos.
- ▶ Entradas y salidas de los pacientes de la URH, así como de los objetos, ropas y pertenencias que porten. Horarios y condiciones de visita de familiares, introducción de alimentos o cualquier objeto al interior de la URH.
- ▶ Condiciones de seguridad de materiales e instalaciones y su mantenimiento.
- ▶ Uso y control de los cubiertos y resto del menaje, utensilios de higiene y baño. Atención especial al material de limpieza.
- ▶ Control mediante protocolos de situaciones de riesgo relacionadas con la potencial iatrogenia de los psicofármacos.
- ▶ Medidas que garanticen el derecho a la intimidad y a la confidencialidad relacionada con los procesos asistenciales sanitarios.
- ▶ Todos aquellos procedimientos que se consideren oportunos con el objetivo de garantizar la seguridad y calidad en la asistencia y la relación con los usuarios del dispositivo.

6. Organización funcional

6. Organización funcional

6. Organización funcional

6.1. Funciones de psiquiatría

Funciones Asistenciales

- ▶ Evaluar adecuación del ingreso en el contexto de la Comisión de Valoración.
- ▶ En el procedimiento de acogida, el psiquiatra asignado al caso en este primer contacto debe:
 1. Identificarse ante el paciente y sus familiares e informarles de sus funciones durante el periodo de hospitalización; inicia el proceso de alianza terapéutica.
 2. Recoger la documentación que aporte el paciente, la familia y la entidad derivadora y contactar con el servicio de admisión para que se inicie la gestión de la historia clínica (a través del supervisor de enfermería).
 3. Realizar exploración psicopatológica y evaluación iniciales en coordinación con el psicólogo asignado al caso.
 4. Definir estrategias terapéuticas iniciales: hoja de tratamiento farmacológico, otras recomendaciones terapéuticas y normas provisionales de manejo y nivel de supervisión.
 5. Informar a supervisor de enfermería de la llegada del paciente, para que coordine los trámites del ingreso.
 6. Informar en reunión de equipo de la llegada del paciente y de su estado clínico.
- ▶ Atención psiquiátrica especializada y global de los pacientes ingresados en la Unidad.
- ▶ Intervención en crisis y atención psicoterapéutica.
- ▶ Participación en la elaboración de historia clínica protocolizada.
- ▶ Participación en la elaboración de objetivos y plan individual de tratamiento y rehabilitación.

- ▶ Aplicar los protocolos y programas que en cada caso correspondan en colaboración con el equipo multidisciplinar.
- ▶ Visita periódica a los pacientes que estén bajo su responsabilidad directa, llevando a cabo las medidas diagnósticas y terapéuticas oportunas.
- ▶ Informar al paciente de las intervenciones terapéuticas que se desarrollen durante su hospitalización, así como de su diagnóstico, pronóstico y potenciales efectos adversos, de forma comprensible y en función de su estado clínico.
- ▶ Informar a los familiares de la situación del enfermo, diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico, de acuerdo a los límites de la confidencialidad. Los familiares dispondrán de un horario para realizar consultas telefónicas con el psiquiatra responsable del paciente. La información implica tareas psicoeducativas dirigidas a pacientes y familias.
- ▶ Participar en las reuniones de la unidad, en las que informará de los objetivos terapéuticos diseñados para cada paciente y su evolución. Se discutirán aquellos aspectos asistenciales en los que el resto del personal esté implicado. Se informará de las incidencias relevantes de la guardia.
- ▶ Participar en la planificación de las salidas y actividades del paciente fuera de la URH.
- ▶ Planificación de alta y derivación de los pacientes junto al resto del equipo.
- ▶ Coordinación del informe de alta según CMBD.
- ▶ Coordinación de la derivación del paciente de acuerdo con el gestor del caso.
- ▶ Comunicación al juzgado del alta de aquellos pacientes ingresados de forma involuntaria.

Funciones Docentes

- ▶ Tutorizar y supervisar la formación de postgrado de médicos residentes de psiquiatría. Participar en la formación de postgrado de otros médicos residentes de especialidades en las que se contemple la rotación por psiquiatría.
- ▶ Participar en las labores formativas de Psicólogos Internos Residentes, Enfermeros Internos Residentes.
- ▶ Participar en la formación continuada de otros médicos especialistas de distintos ámbitos sanitarios.
- ▶ Realizar labores formativas, de apoyo y asesoramiento a los profesionales de otros dispositivos de la red de salud mental y atención primaria.

- ▶ Colaborar y participar en el diseño de programas de formación y apoyo al personal de la unidad.
- ▶ Colaborar en todas las actividades docentes que se organicen en la URH o en las que ésta participe.
- ▶ El médico psiquiatra potenciará su propia formación continuada, proceso que ha de ser facilitado por la organización sanitaria.

Funciones de Investigación

- ▶ Participación en aquellas actividades y líneas de investigación diseñadas por la URH o la organización sanitaria. Diseñar y aplicar los resultados de los estudios epidemiológicos psiquiátricos a la gestión y optimización de recursos.
- ▶ Empezar investigación clínica que se apoyará en la realidad asistencial de la URH y en las líneas prioritarias marcadas por los Planes de Salud.
- ▶ Participar en ensayos clínicos en sus distintas fases de elaboración, así como en estudios los observacionales que se crean adecuados.

Organizativas y administrativas

- ▶ Funciones administrativas generales: ejecutar la normativa y directrices del hospital; proporcionar información a la Dirección del hospital; colaborar técnica y administrativamente con el resto de la red de salud mental, Atención Primaria y otras Áreas Hospitalarias e Instituciones; administrar y controlar los recursos asignados para el correcto funcionamiento del servicio; efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos establecidos; valorar el grado de satisfacción de los usuarios; tareas de administración y gestión que le sean propias.
- ▶ Labores clínico administrativas propias de su puesto y en función de la legislación vigente: historia clínica, informe de alta, informes judiciales y de ingreso involuntario, informes solicitados por la inspección médica, información a las familias, consentimientos informados, cumplimentación escrita de protocolos y otros documentos administrativos asistenciales.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de consentimientos informados, protocolos clínico asistenciales, administrativos, de coordinación, legales o de gestión de riesgos sanitarios.
- ▶ Intervenir en el diseño y desarrollo de programas de intervención específicos.
- ▶ Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar.

- ▶ Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial. Colaborar en la elaboración y logro de objetivos que se establezcan junto a la dirección médica del hospital para mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos de la unidad.
- ▶ Asistencia a las reuniones programadas.
- ▶ Participación institucional: comisiones clínicas, sesiones interservicio, grupos de trabajo, proyectos de mejora, comisiones paritarias, membresía a organizaciones y asociaciones, círculos de calidad, etc.

6. Organización funcional

6.2 Funciones de psicología clínica

Funciones Asistenciales

- ▶ En el procedimiento de ingreso y acogida el Psicólogo:
 - Se identificará ante el paciente y sus familiares y les informará de sus funciones.
 - Realizará intervenciones motivacionales, de apoyo y consejo para la preparación al ingreso, adaptación a la Unidad, participación activa en el plan de tratamiento y rehabilitación y otras relativas al establecimiento de una alianza terapéutica.
 - Definirá estrategias y criterios provisionales de manejo, observación y control.
- ▶ Exploración psicopatológica inicial, en coordinación con el psiquiatra asignado al caso.
- ▶ Apertura de historia clínica psicológica, protocolo de evaluación psicosocial y elaboración del Plan Individual de tratamiento y rehabilitación –en colaboración con otros miembros del equipo-.
- ▶ Intervenciones psicoterapéuticas y de tipo rehabilitador –a nivel individual, familiar o grupal-:
 - a) Terapia de apoyo y consejo. Intervenciones motivacionales.
 - b) Terapia cognitivo conductual y otras formas de psicoterapia.
 - c) Intervenciones psicosociales y psicoeducativas con paciente y familia.
 - d) Diseño, coordinación y evaluación de programas de rehabilitación psicosocial.

- ▶ Intervención en situaciones de crisis y urgencias. Asesoramiento y colaboración en el establecimiento de pautas y protocolos de actuación para su abordaje consensuado.
- ▶ Formación de otros miembros del equipo en los principios del aprendizaje y la rehabilitación psicosocial. Apoyo y asesoramiento en el manejo de situaciones difíciles y/o conductas disfuncionales.
- ▶ Orientación e información a la familia respecto a:
 - Diagnóstico psicopatológico y funcional y plan de rehabilitación psicosocial del paciente –en los límites de la confidencialidad-.
 - Asesoramiento y formación en estrategias psicoeducacionales.
 - Intervención psicoterapéutica.
- ▶ Planificación del alta, junto con psiquiatra y trabajador social.
 - Motivación en aquellos pacientes que presenten algún grado de hospitalismo.
 - Preparar la adaptación al medio extrahospitalario.
 - Informe de alta en el que se reflejarán los resultados de la evolución del paciente.
 - Coordinación con el gestor del caso.
- ▶ Realización de Informes clínicos (evolución, resultados de pruebas diagnósticas, objetivos rehabilitadores y nivel de logros alcanzados).

Funciones Docentes

- ▶ Participar y organizar acciones formativas para los equipos de la red de salud mental y de atención primaria.
- ▶ Colaborar y participar en la formación del personal de la unidad.
- ▶ Colaborar en todas las actividades docentes que se organicen en la URH o en las que ésta participe (sesiones clínicas, talleres, cursos o seminarios).
- ▶ Supervisar y tutorizar las actividades formativas de Psicólogos Internos Residentes y colaborar en la formación de profesionales residentes de otras especialidades sanitarias.

Funciones de Investigación

- ▶ Participación en aquellas actividades y líneas de investigación diseñadas por la URH o la organización sanitaria.

- ▶ Aplicar los resultados de los estudios epidemiológicos a la gestión y optimización de recursos.
- ▶ Empezar investigación clínica que se apoyará en la realidad asistencial de la URH y en las líneas prioritarias marcadas por los Planes de Salud.

Funciones organizativas y administrativas

- ▶ Funciones administrativas generales: ejecutar la normativa y directrices del hospital; proporcionar información a la Dirección del hospital; colaborar técnica y administrativamente con el resto de la red de salud mental, Atención Primaria y otras Áreas Hospitalarias e Instituciones; administrar y controlar los recursos asignados para el correcto funcionamiento del servicio; efectuar la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos establecidos; valorar el grado de satisfacción de los usuarios; tareas de administración y gestión que le sean propias.
- ▶ Labores clínico administrativas propias de su puesto y en función de la legislación vigente: historia clínica-psicológica, informes judiciales, información a las familias, consentimientos informados, cumplimentación escrita de protocolos y otros documentos administrativos asistenciales.
- ▶ Tareas organizativas, gestión del equipo y del medio terapéutico.
- ▶ Elaborar procedimientos y sistemas de evaluación de intervenciones, programas y servicios, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial.
- ▶ Participación en contratos de gestión y evaluación de calidad asistencial. Colaborar en la elaboración y logro de objetivos que se establezcan junto a la dirección médica del hospital para mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos de la unidad.
- ▶ Recoger, analizar y transmitir información colaborando en la cumplimentación de los protocolos y sistemas de información establecidos.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de consentimientos informados.
- ▶ Cooperar en la confección, implementación y actualización de protocolos clínico asistenciales, administrativos, de coordinación, legales o de gestión de riesgos sanitarios.
- ▶ Participar en todas las actividades de coordinación necesarias para el desarrollo de las actividades y los programas del equipo.
 - Coordinación con el resto del equipo multidisciplinar:
 - Asistencia a las reuniones programadas.
 - Participación institucional: comisiones clínicas, sesiones interservicio, grupos de trabajo, proyectos de mejora, círculos de calidad, etc.

Funciones asistenciales

Admisión y acogida:

- ▶ Identificarse ante el paciente y sus familiares.
- ▶ Realizar el registro de entrada del paciente.
- ▶ Abrir hoja de tratamiento farmacológico. Anotar en lugar visible de hoja de tratamiento alergias medicamentosas y alimentarias conocidas.
- ▶ Abrir hoja de recomendaciones terapéuticas: recomendaciones terapéuticas generales, normas provisionales de manejo, nivel de supervisión y cuidados que requiera el paciente en ese momento.
- ▶ Informar al paciente de las recomendaciones terapéuticas específicas y pautas básicas de funcionamiento en la unidad.
- ▶ Supervisar las tareas del personal auxiliar relacionadas con la acogida.

Hospitalización:

- ▶ Elaboración de la Historia de enfermería.
- ▶ Elaboración y puesta en marcha de plan individualizado de cuidados de enfermería, según patrones funcionales de salud. Evaluación y actualización de los cuidados de enfermería.
- ▶ Ejecución de programas específicos de enfermería.
- ▶ Administración de la medicación prescrita en las hojas de tratamiento farmacológico
- ▶ Ejecución técnica de las pruebas complementarias que estén indicadas e implementación de los planes de cuidados sanitarios que cada paciente requiera.
- ▶ Cumplimentación de documentos y registros. Elaboración de hojas de actuaciones terapéuticas en las que se transmita a los auxiliares de enfermería aquellas indicaciones relevantes relacionadas con la atención individualizada al paciente:
 - Horarios de las actividades a los que debe asistir el paciente
 - Régimen de visitas, llamadas y salidas de la unidad
 - Recomendaciones de manejo
 - Nivel de vigilancia y medidas de contención
 - Medidas especiales de aseo, alimentación, movilización

- ▶ Aplicación de protocolos adaptados a la URH.
- ▶ Participación en la elaboración y ejecución de programas psicoeducativos y educación para la salud a través de:
 - Sesiones educativas dentro de los programas psicoeducativos y educación para la salud.
 - Talleres de habilidades para la auto administración de la medicación y entrenamiento en hábitos saludables.
- ▶ Supervisión de las tareas cotidianas desarrolladas por el personal auxiliar, así como las actividades de rehabilitación y las de seguimiento de la vida diaria de pacientes asignados.
- ▶ Controlar la adecuada petición y cumplimentación de dietas y otras necesidades del paciente.
- ▶ Revisión de los registros de los auxiliares.
- ▶ Comunicar a los facultativos cualquier incidencia que requiera una intervención por parte de los mismos.
- ▶ Garantizar el cumplimiento de las normas, protocolos y procedimientos de la unidad.

Alta

- ▶ Colaboración en la elaboración del informe de alta de enfermería.
- ▶ Informar al paciente y a la familia de los cuidados específicos de enfermería y recomendaciones finales sobre los aspectos relacionados con la administración de medicación.

Coordinación y organización

- ▶ Coordinación y colaboración con el resto equipo.
- ▶ Asumir la carga administrativa que genere su trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la URH.

Docencia e investigación

- ▶ Colaborar en la formación del Enfermero Interno Residente de Salud Mental.
- ▶ Participación en aquellas actividades y líneas de investigación diseñadas por la URH o la organización sanitaria.
- ▶ Aplicar los resultados de los estudios epidemiológicos a la gestión y optimización de recursos.
- ▶ Empezar investigación clínica que se apoyará en la realidad asistencial de la URH y en las líneas prioritarias marcadas por los Planes de Salud.

Funciones asistenciales

Admisión y acogida:

- ▶ Se identificará ante el paciente y sus familiares, mostrará las dependencias de la URH y los acompañará durante la asignación de dormitorio y cama.
- ▶ Control de pertenencias y objetos personales, entregando a la familia los objetos de valor o no permitidos durante la hospitalización.
- ▶ Explicará las normas generales de funcionamiento y horarios de la Unidad.

Hospitalización

- ▶ Cumplimiento de prescripciones facultativas transmitidas a través de las hojas de actuaciones terapéuticas:
 - Recomendaciones de manejo
 - Nivel de supervisión y medidas de contención
 - Medidas especiales de aseo o alimentación y cuidados básicos
 - Supervisar los permisos de salidas, visitas y llamadas
- ▶ Colaboración en la ejecución de los programas específicos de enfermería y en la aplicación de protocolos de prevención de suicidio y de contención.
- ▶ Actividades propias como Auxiliar de Referencia en la supervisión individualizada del día a día.
- ▶ Acompañamiento para actividades rehabilitadoras en la comunidad.
- ▶ Complimentación de Registros
 - Registro de incidencias diarias en los tres turnos: evolución de los pacientes, modificaciones del estado físico o mental, cambios o alteraciones de conducta, alteraciones de los patrones de sueño o alimentación, necesidad de contención mecánica, cumplimiento de normas, relación que establece con el personal sanitario y con el resto de pacientes, etc.
 - Registro firmado de llamadas y visitas.
 - Registro firmado de permisos terapéuticos: se recogerá la fecha de salida, la fecha en que debe regresar y las personas que vienen a recogerlos.
- ▶ Supervisión de la evolución, acompañamiento y apoyo a los pacientes en las actividades rehabilitadoras.

- ▶ Elaboración de paneles informativos de actividades diarias.
- ▶ Garantizar el cumplimiento por parte de los pacientes de normas, asistencia a programas y actividades propuestas en su PIR.
- ▶ Ayudar a los pacientes en todas aquellas actividades y funciones para las que se encuentren discapacitados.
- ▶ Acompañar durante el periodo de hospitalización a aquellos pacientes que requieran salir de la unidad a otros recursos sanitarios, sociosanitarios, administrativo, judicial,...

Alta

- ▶ Entrega de pertenencias y objetos personales.
- ▶ Acompañar al paciente fuera de la Unidad.
- ▶ Colaborar con el supervisor de enfermería en la recopilación de toda la documentación y registros realizados durante la hospitalización.

Coordinación y organización

- ▶ Coordinación y colaboración con el resto equipo:
 - Asistencia a las reuniones clínicas de equipo.
 - Coordinación con el resto del equipo para el logro de los objetivos terapéuticos.
- ▶ Responsabilizarse de aquellas tareas y pautas asistenciales que el equipo acuerde asignarle, en consonancia con su proximidad a la vida cotidiana del usuario.
- ▶ Asumir las tareas administrativas que genere su trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la URH.

Docencia e investigación

- ▶ Colaborar en las tareas docentes e investigadoras de la URH.

Funciones asistenciales

Admisión y acogida:

1. Identificarse ante el paciente y sus familiares .
2. Información al paciente y los familiares:
 - ▶ Características generales de la unidad, objetivos, funciones y normativa.
 - ▶ Derechos y deberes del paciente y familia.
3. Apertura de Historia Social:
 - ▶ Identificar cuidador principal, cuidador/es secundarios y circunstancias asociadas.
 - ▶ Direcciones y teléfonos de contacto.
 - ▶ Explorar las expectativas al ingreso y planteamientos/alternativas que valora la familia.
 - ▶ Resaltar la necesidad de colaboración de la familia para alcanzar los objetivos terapéuticos y rehabilitadores e informarles de actividades de apoyo a las familias.

Hospitalización

- a) Estudio y evaluación de la situación socio-familiar:
 - Red familiar de apoyo y su funcionalidad.
 - Estructura y relaciones familiares (dinámica familiar).
 - Situación sanitaria de paciente y familia.
 - Situación jurídico-legal, económica y socio-laboral.
 - Área relacional y de ocio.
 - Vivienda.
 - Recursos sociales y sanitarios que se ajusten a las necesidades de los pacientes.
- b) Elaborar con el resto del equipo el plan individual de tratamiento y rehabilitación.
- c) Intervención con familias.
 - Implicar a la familia desde el primer momento en el proceso terapéutico.
 - Informar y asesorar sobre los recursos sociales y sanitarios disponibles.
 - Gestionar recursos según evaluación necesidades.
 - Promover conductas de apoyo y rehabilitadoras hacia el paciente.

- Potenciar los recursos personales de los pacientes y familias.
- Facilitar la integración del paciente en su entorno familiar y social.
- Elaboración, desarrollo y ejecución, en colaboración con el resto del equipo, de los programas educativos con grupos de familiares:
 - i. programas de educación para la salud
 - ii. grupos de ayuda mutua
 - iii. talleres de habilidades para el manejo y afrontamiento de la enfermedad
- Favorecer el contacto paciente-familia-equipo terapéutico.
- Establecimiento de protocolos de actuación y derivación.
- Cumplimentación de informes.

Alta:

- a) Informar a la familia de la proximidad del alta y del proceso a seguir hasta el momento de la externalización del paciente.
- b) Coordinación con los servicios de trabajo social extrahospitalarios y con los servicios socio sanitarios de la comunidad.
- c) Emitir el informe social al alta.

Funciones de coordinación y organización

- ▶ Participación en reuniones de coordinación interna del equipo.
- ▶ Participación en sesiones clínicas.
- ▶ Promover sesiones informativas sobre los recursos sociales y socio-sanitarios públicos y privados y su adecuada utilización.
- ▶ Coordinación con los distintos niveles y dispositivos de la red sanitaria garantizando la continuidad en la atención de los aspectos sociales dentro del sistema sanitario.
- ▶ Coordinación con el sistema de Servicios Sociales, a través de las estructuras y canales establecidos para la coordinación sociosanitaria.
- ▶ Colaborar en tareas administrativas que le sean propias y en las generales de la URH.

Docencia e investigación

- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la URH.

Funciones asistenciales

Acogida

- ▶ Presentación al paciente y familia.
- ▶ Realización de una primera aproximación para conocer sus intereses y ocupaciones previas.

Hospitalización

- ▶ Valoración funcional global:
 - Evaluación de déficits y capacidades necesarias para la autonomía personal.
 - Evaluación ocupacional. Hábitos actuales y previos, intereses, expectativas y valores del paciente respecto a actividades básicas e instrumentales, ocio y laborales/ocupacionales.
 - Participación previa en programas de rehabilitación y en recursos de tipo comunitario normalizados.
- ▶ Participación en la elaboración de objetivos terapéuticos y del plan individual de rehabilitación.
- ▶ Desarrollo y ejecución de programas y actividades rehabilitadoras específicas:
 - Actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (en colaboración con enfermería).
 - Ocio y tiempo libre.
 - Orientación al trabajo.
 - Manejo del dinero personal y control del gasto.
 - Mejora de capacidades cognitivas, psicomotrices,...
- ▶ Intervenir sobre los contextos informales y el entorno para crear un ambiente terapéutico.
- ▶ Planificación de actividades ocupacionales:
 - Estructuración del tiempo durante la estancia en URH.
 - Diseño del plan ocupacional que ejecutarán los monitores ocupacionales, bajo la supervisión del terapeuta ocupacional y con la colaboración del personal auxiliar: talleres ocupacionales, actividad física, grupos de actualidad, etc.

- Facilitar entrenamientos en recursos comunitarios, para la generalización de aprendizajes en contextos normalizados.

Alta:

- ▶ Participar junto al resto del equipo, en el proceso de preparación y seguimiento al alta.
- ▶ Facilitar que el nivel ocupacional adquirido durante su estancia en la URH se mantenga tras el alta trabajando en la preparación del alta.
- ▶ Realizar un informe sobre los objetivos conseguidos por el paciente en los programas desarrollados o coordinados por el terapeuta ocupacional y aquellos que se trabajarán en los dispositivos en los que continúe tratamiento. El contenido de este informe quedará reflejado en el informe de alta y se recogerá en la historia clínica del paciente.

Funciones docentes y de investigación

- ▶ Colaborar en la formación de profesionales sanitarios y específicamente de los diplomados en terapia ocupacional.
- ▶ Colaborar en los planes formativos de la unidad.
- ▶ Colaborar en los proyectos de investigación desarrollados en la unidad.

Funciones organizativas y de coordinación

- ▶ Coordinar y supervisar el trabajo del monitor ocupacional.
- ▶ Gestión individualizada de los casos que le sean asignados:
 - Seguimiento del PIR de los pacientes en los que sea gestor de casos.
 - Asignar a monitores la supervisión y seguimiento individual de pacientes
 - Coordinar, junto con enfermería, a los auxiliares que participen en tareas rehabilitadoras específicas.
 - Gestión de recursos externos (junto con TS) para facilitar el acceso de los pacientes a contextos normalizados.
- ▶ Elaborar documentos que faciliten la recogida de información y observaciones de los monitores u otros profesionales del equipo.
- ▶ Realizar aquellas labores administrativas específicas de su puesto de trabajo y colaborar en las tareas administrativas generales de la unidad.
- ▶ Coordinación con el resto del equipo.

Funciones asistenciales

- ▶ Velar por el cumplimiento de los objetivos del PIR.
- ▶ Individualización de las actividades, contenidos y prioridades en el proceso de aprendizaje, estableciendo un equilibrio entre competencia y enseñanza de nuevas habilidades.
- ▶ Ejecutar las actividades y programas asignados por el terapeuta ocupacional.
 - Planificación y preparación previa de las sesiones -actividades y contenidos- adaptándolas a los objetivos establecidos en el PIR.
 - Cumplimentar documentación y registros de seguimiento, motivación y rendimiento de cada paciente en los programas.
- ▶ Mantenimiento de los talleres, proponiendo presupuesto y compra de los materiales necesarios para su adecuado funcionamiento.
- ▶ Supervisar la evolución de los usuarios en talleres y programas.
 - Adaptar y secuenciar las tareas para paciente según sus capacidades, su estado psicopatológico y su nivel de deterioro.
 - Fomentar la autonomía, capacidad de decisión y autodirección del paciente.
 - Promover la comunicación e interacción con el paciente.
 - Motivar a los pacientes para su participación en las actividades ocupacionales.
 - Acompañar durante el periodo de hospitalización a aquellos pacientes que requieran salir de la unidad para la realización de actividades de rehabilitación en la comunidad.
 - Colaborar en la implementación de actividades y programas rehabilitadores en la comunidad.
 - Seguimiento específico de la evolución de los pacientes asignados, informando de las incidencias importantes al terapeuta ocupacional y al equipo.

Coordinación con equipo URH:

- ▶ Asistir y participar en las reuniones del equipo terapéutico.
- ▶ Informar al terapeuta ocupacional de cualquier incidencia relacionada con el paciente para que transmita la información al equipo terapéutico.

Funciones docentes y de investigación

- ▶ Colaborar en la formación de futuros profesionales de la salud y específicamente de los terapeutas ocupacionales.
- ▶ Colaborar en los planes de formación de la unidad.
- ▶ Colaborar y fomentar en los proyectos de investigación desarrollados en la unidad.

6. Organización funcional

6.8. Funciones de Responsable de la URH

- ▶ Desempeñar las tareas asistenciales que le sean propias.
- ▶ Garantizar que el acceso de pacientes a URH se realice según el protocolo vigente.
- ▶ Ejercer la coordinación del personal del equipo.
- ▶ Garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades.
- ▶ Supervisar el adecuado cumplimiento de funciones de los miembros del equipo.
- ▶ Convocar y moderar las reuniones del equipo
- ▶ Revisión de normas de funcionamiento de la Unidad en colaboración con el equipo.
- ▶ Cumplir y hacer cumplir al equipo las normas en vigor.
- ▶ Velar por la correcta atención técnica y humana de los pacientes.
- ▶ Garantizar la adecuada dotación de la unidad en cuanto a recursos materiales y humanos y proponer necesidades de equipamiento y reforma que se estimen necesarios.
- ▶ Velar por la adecuada gestión de riesgos y seguridad de pacientes y por la aplicación de los protocolos asistenciales diseñados para la URH.
- ▶ Asegurar la adecuada relación y coordinación de la URH con otros dispositivos asistenciales, sanitarios, socio sanitarios o administrativos.
- ▶ Participar en las Comisiones de Salud Mental de Área.
- ▶ Representación de la URH en las reuniones entre dispositivos, en las reuniones con la dirección del centro hospitalario, Subdirección de Salud Mental o Gerencia del área.
- ▶ Garantizar la evaluación periódica de las actividades realizadas.
- ▶ Promover actividades formativas y de investigación.

Además de las propias de enfermería, el Supervisor/a tiene funciones específicas.

Funciones asistenciales:

Acogida

- ▶ Supervisión de la implementación del protocolo de acogida.
- ▶ Garantizar la recogida de la documentación del paciente por parte del Servicio de admisión y la adecuada distribución a las enfermeras y auxiliares.
- ▶ Informar a familiares de las características de la URH y de las normas de funcionamiento interno entregándoles hoja informativa donde se recogen normas de funcionamiento y carta de derechos y deberes de los pacientes.

Hospitalización

- ▶ Participación junto con el resto del equipo en la elaboración de objetivos de trabajo.
- ▶ Participar en la elaboración de planes de cuidados y plan individual de rehabilitación.
- ▶ Colaborar con otros profesionales del equipo en la elaboración, desarrollo y supervisión y/o ejecución de programas.
- ▶ Coordinar y supervisar el trabajo y el correcto cumplimiento de funciones específicas de enfermeros y auxiliares de enfermería.
- ▶ Supervisión de la correcta implementación de los cuidados de enfermería.
- ▶ Asegurarse de la adecuada cumplimentación de documentos por parte de enfermeros y auxiliares y garantizar la efectiva transmisión de información.
- ▶ Participar en la organización de las salidas del paciente durante su hospitalización.

Alta

- ▶ Coordinar elaboración de informe de alta de enfermería.
- ▶ Garantizar que el enfermo reciba toda la documentación referente al alta.
- ▶ Supervisar la información ofrecida al paciente y la familia sobre los cuidados domiciliarios de enfermería.

Organización y coordinación

- ▶ Coordinación con el resto del equipo.
- ▶ Gestión de planillas del personal de enfermería. Organización de turnicidad de enfermería y auxiliares en coordinación con la dirección de enfermería.
- ▶ Colaborar con el responsable de la unidad en la adecuada dotación de la unidad en cuanto a recursos materiales y humanos y proponer necesidades de equipamiento y reforma que se estimen necesarios.
- ▶ Valoración de las necesidades del personal de enfermería y elaboración de análisis de situación.
- ▶ Coordinación de la elaboración de protocolos y planes de cuidados de enfermería.
- ▶ Análisis de los procedimientos de comunicación interna del personal de enfermería.
- ▶ Evaluación de la calidad asistencial en el ámbito de enfermería. Supervisión de los registros de enfermería.
- ▶ Detección de las necesidades de equipamiento, supervisión de su correcto uso y mantenimiento, elaboración de informes y memorias sobre la optimización de recursos materiales.

Docencia e investigación

- ▶ Colaborar en las tareas propias docentes e investigadoras de la URH.
- ▶ Fomentar la formación continuada del personal de enfermería. Detección de necesidades formativas.
- ▶ Diseñar y tutorizar las rotaciones por la URH del EIR.

7. Evaluación y calidad asistencial

7. Evaluación y calidad asistencial

- ▶ Las URH pueden ser monitorizadas según **parámetros de calidad asistencial** a través de procedimientos de autoevaluación, acreditación y auditoría de servicios. En la calidad asistencial pueden distinguirse diversos aspectos: la calidad de la atención técnica, la calidad de la atención interpersonal o relacional, del entorno en el que se desarrolla el proceso terapéutico, la cantidad de la atención y su coste. Los indicadores de calidad pueden ser tanto cuantitativos (nivel de recursos, nivel de actividad, nivel de funcionamiento) como cualitativos (análisis de resultados, de satisfacción, de calidad de vida), en tres grandes áreas: estructura, proceso y resultados.
- ▶ El **Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios de la CAE** establece 10 categorías en las que aplicar los estándares definidos y que pueden ser utilizados para la evaluación de las URH.
 - Dirección
 - Planificación estratégica
 - Gestión de recursos humanos
 - Gestión de Tecnología y recursos materiales
 - Gestión de la Información, conocimiento y aspectos éticos
 - Gestión de procesos
 - Satisfacción de ciudadanos
 - Satisfacción de personal
 - Implicación de la sociedad
 - Resultados clave

7.1. Elementos clave en la evaluación de la calidad asistencial

- ▶ Elementos que debe incorporar el funcionamiento normalizado de la URH en relación con evaluación y calidad del servicio:
 - Implantación progresiva de **herramientas de evaluación, gestión y calidad** asistencial, como los módulos de autoevaluación de centros, servicios y establecimientos sanitarios del Modelo de Calidad de la Consejería de Sanidad. Además de las herramientas, es necesario implementar cambios en los estilos de trabajo, mejorando la aceptabilidad, incentivando a los profesionales y posibilitando su implantación (formación y tiempo).
 - Implementación de **atención por procesos** asistenciales integrados y la evaluación de los mismos (establecimiento de objetivos y cartera de servicios homogéneos, medición del producto, elaboración de estándares, indicadores de calidad, criterios de efectividad y eficiencia, y acreditación de unidades clínicas y profesionales).
 - Implicación en la elaboración de **contratos de gestión** clínica por resultados, que se valoraran a través de indicadores cuantitativos de actividad y funcionamiento y de indicadores cualitativos. Participación en sistemas progresivos de autogestión (unidades de gestión clínica).
 - Participación en los **sistemas de información** generales y específicos de salud mental. Los Hospitales poseen sus propios sistemas de registro basados en el informe de alta, CMBDH y datos del servicio de admisión, que le permiten elaborar indicadores de actividad.
 - **Estandarización:** Uso de criterios diagnósticos, estandarización de documentos, uso de guías de práctica clínica, elaboración de protocolos, implementación de programas, etc.
 - Uso de **indicadores** medibles.
 - **Encuestas de satisfacción** para usuarios y profesionales

7.2. Indicadores asistenciales

- ▶ El seguimiento de los objetivos pactados se realiza a través de **indicadores**, que permitirán un análisis de la situación, una medición de los cambios y la toma de decisiones en función de resultados. Los indicadores se definen a través de un “criterio” (lo que quiero evaluar), un “indicador” (lo que hay que hacer), un “índice” (la forma de medirlo) y un “estándar” (porcentaje mínimo de cumplimiento). Se verterán en un cuaderno de mandos integrado.
- ▶ Algunos de estos indicadores se reflejarán en los contratos de gestión con la Gerencia del Área, otros serán incorporados por el cuaderno de mandos de la Subdirección de Salud Mental o serán de uso interno o auto evaluativo. Es muy importante realizar una selección adecuada (no más de 10 indicadores) y revisable de los indicadores que permitan un análisis funcional periódico de la URH.
- ▶ Los indicadores deben ser elegidos teniendo en cuenta las características de los pacientes, los objetivos terapéuticos y rehabilitadores y las largas estancias en la unidad.
- ▶ **Indicadores de actividad** comúnmente utilizados en las unidades de hospitalización psiquiátricas :
 - Estancia media: estancias totales / N° ingresos totales
 - Estancia media ajustada.
 - Tasa de incidencia: N° primeras hospitalizaciones / N° habitantes área de intervención x 1000
 - Tasa de ingresos involuntarios: N° ingresos involuntarios urgentes + programados + orden judicial / N° ingresos totales x 100
 - Porcentaje de reingresos: N° reingresos en unidad de tiempo / N° ingresos totales x 100
 - Tasa de altas médicas: N° altas médicas / N° altas totales x 100
 - Porcentaje de defunciones: N° altas defunción / N° altas totales x 100
 - Porcentaje de suicidios: N° suicidios / N° altas totales x 100
 - Índice de ocupación: N° estancias totales / (N° camas unidad x N° días periodo de estudio) x 100

- Índice de rotación: $\text{N}^\circ \text{ ingresos totales} / \text{N}^\circ \text{ camas unidad}$
 - Continuidad de cuidados: $\text{N}^\circ \text{ pacientes con informe de alta en mano} / \text{N}^\circ \text{ altas totales} \times 100$
 - Porcentaje de altas informadas: $\text{N}^\circ \text{ pacientes informe alta en mano} / \text{N}^\circ \text{ altas totales} \times 100$
 - Ingresos involuntarios sin / con autorización judicial
 - N° ingresos judiciales
 - Índice de retención: $\text{N}^\circ \text{ altas médicas} + \text{N}^\circ \text{ altas defunción} + \text{no altas traslado} / \text{N}^\circ \text{ altas totales}$
 - Estudio y explotación de GRDs.
- Además de estos indicadores pueden establecerse otros relacionados con la **continuidad y coordinación de cuidados**, uso de protocolos, idoneidad de las derivaciones, etc. Algunos ejemplos son:
- Porcentaje de ingresos aceptados del total de solicitudes remitidas a la comisión de valoración clínica.
 - Porcentaje de ingresos con informe estandarizado de derivación del total de ingresos.
 - Tasa de incidencias de accidentes
 - Tasa de incidencias de errores de medicación
 - Tasa de fugas
 - Indicadores asociados al procedimiento de contención: porcentaje de registros de contención realizado sobre el total de ingresos (ver otros en punto 9 del Anexo de Contención mecánica).
 - Índice de altas voluntarias
 - Número de protocolos o guías de actuación en uso. Indicadores específicos de implementación.
 - Número de atenciones programadas
 - Numero de reuniones para coordinación, planificación y evaluación
 - Numero de reuniones con otros dispositivos
 - Numero de actividades de formación
 - Numero de profesionales que participan en actividades de formación

- Demora media de los ingresos: tiempo transcurrido desde la llegada de la derivación de la solicitud hasta su resolución
 - Calidad del informe de alta
 - Tasa de quejas y reclamaciones
 - Media de días de contestación reclamaciones
 - Índice global de satisfacción de pacientes
 - Índice global de satisfacción de familias
 - Sistema de seguridad para el acceso a la información
- ▶ Indicadores relacionados con la **efectividad de las intervenciones**
- Grado de cumplimiento de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores
 - Cambios en las pruebas objetivas empleadas en los instrumentos de evaluación del caso
 - Reingresos a corto y medio plazo
 - Grado de satisfacción del usuario y del entorno familiar al alta
 - Grado de reinserción socio-familiar, comunitario, laboral
 - Frecuentación y uso de recursos sanitarios
 - Indicadores de coste eficacia
- ▶ Indicadores asociados a **situaciones potencialmente críticas**
- Tiempo discurrido hasta evaluación completa del paciente ingresado
 - Uso de medicación prn ("si precisa") durante más de 5 días
 - Uso de más de dos medicaciones del mismo grupo
 - Uso de sedantes a dosis altas más de 7 días seguidos
 - Firma de consentimientos
 - Tasa de contenciones mecánicas

8. Anexos

8. Anexos

1. Protocolo de Contención Mecánica
2. Protocolo de Prevención de la Conducta Suicida
3. Informe de Alta
4. Informe de Derivación
5. Plan Individualizado de Rehabilitación

Manual de Organización y
Funcionamiento URH

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Índice

1. Definición y riesgos de la inmovilización
2. Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones
3. Activación del Protocolo de Contención Mecánica
4. Indicaciones del Protocolo de Contención Mecánica
5. Recursos para el Protocolo de Contención Mecánica
6. Ejecución del Protocolo de Contención Mecánica
7. Retirada de la sujeción mecánica
8. Aspectos legales
9. Evaluación del Protocolo de Contención Mecánica
10. Bibliografía
11. Registro de Contención Mecánica

1. Definición y riesgos de la inmovilización

- 1.1. La contención mecánica o inmovilización puede definirse como el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento.
- 1.2. Como consecuencia de la sujeción mecánica pueden producirse eventos adversos severos o permanentes, como la compresión de nervios, contracturas e incluso estrangulación y muerte. También se ha descrito la aparición de úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones.

- 1.3. Las inmovilizaciones deberían utilizarse tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.
- 1.4. Se han identificado los siguientes factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:
 - Inmovilización de pacientes fumadores.
 - Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración.
 - Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
 - Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
 - Inmovilización de pacientes con deformidades.

2. Estrategias para disminuir el riesgo de las inmovilizaciones

2.1. Fomentar un uso de las sujeciones limitado y justificado

- ▶ Establecer procedimientos y normativas claras, formar e involucrar a todos los profesionales, recibir apoyo de la organización sanitaria.
- ▶ Elaborar un protocolo que establezca población diana, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión, tipos de contención, sistemas de control y medidas de seguridad.

2.2. Fomentar un entorno y aplicación seguros cuando el paciente ha de ser inmovilizado

- ▶ Identificar factores individuales de riesgo
- ▶ Verificar la existencia de una indicación médica y su duración
- ▶ Utilizar sistemas de registro específicos
- ▶ Reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción
- ▶ Asegurar que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente
- ▶ Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama
- ▶ Si está en decúbito prono asegurar que las vías áreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.
- ▶ Utilizar material de contención homologado
- ▶ Cambiar periódicamente la posición de la inmovilización
- ▶ Evaluar los sitios en contacto con la piel

- ▶ Asegurar que el paciente no tiene a su alcance cerillas o mecheros
- ▶ Revisar y actualizar los protocolos
- ▶ Monitorizar el número de casos que han requerido contención e introducir propuestas de mejora

3. Activación del protocolo de contención mecánica

- 3.1. El protocolo de contención mecánica es una medida excepcional y urgente que se activará cuando exista un riesgo inminente y no controlable por otros medios de que el paciente se provoque o pueda provocar daños a terceros, o imposibilitar intervenciones imprescindibles del proceso terapéutico.
- 3.2. El objetivo es la inmovilización supervisada del paciente en la cama de aislamiento con elementos de sujeción homologados durante el mínimo tiempo preciso.
- 3.3. Algunas consideraciones previas a la puesta en marcha de la sujeción:
 - ▶ Es una medida terapéutica de riesgo, destinada a garantizar la seguridad del paciente y/o su entorno y nunca debe ser un castigo o amenaza.
 - ▶ La aplicación de la sujeción física de un paciente debe llevarse a cabo salvaguardando en todo momento sus derechos y dignidad personal
 - ▶ La contención es un acto médico sobre la conducta sintomática de un paciente. La responsabilidad de la activación de este protocolo corresponde al psiquiatra, excepto en los casos de emergencia que será activado por el enfermero/a, informando al psiquiatra lo antes posible.
 - ▶ Se tendrán en cuenta todas aquellas medidas destinadas a la prevención de la necesidad de sujeción mecánica (medidas generales que eviten episodios violentos, identificación de riesgos y actuación precoz).
 - ▶ Deben agotarse todas las medidas alternativas al alcance del equipo terapéutico antes de indicar la sujeción mecánica
 - Abordaje verbal
 - Medidas ambientales y/o conductuales
 - Manejo psicofarmacológico
 - ▶ Antes de proceder a la contención:
 - Comprobar el estado de la cama donde va a efectuarse.
 - Alejar del alcance del paciente cualquier objeto peligroso.
 - Determinar el tipo de sujeción del paciente.
 - Comprobar la colocación y buen estado de las correas.

4. Indicaciones del protocolo de contención mecánica

- 4.1. Situaciones psicopatológicas en las que es más frecuente la contención mecánica:
1. Cuadros psicóticos con alteración del juicio de realidad y conducta gravemente desorganizada
 2. Cuadros confusionales tipo delirium de etiología somática
 3. Conductas auto lesivas o heteroagresivas
- 4.2. Indicaciones de la contención mecánica son:
- Prevención de lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas, etc.) o a otras personas
 - Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital...)
 - Evitar daños físicos significativos
 - Reducir estímulos sensoriales (aislamiento)
 - Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende.
 - Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado.

5. Recursos para el protocolo de contención mecánica

5.1. Materiales y recursos arquitectónicos

- ▶ Correas de sujeción mecánica con imanes para anclaje u otros sistemas de contención con seguridad y eficacia contrastadas.
- ▶ La contención se llevará a cabo en una habitación de aislamiento o de alta supervisión

5.2. Humanos

- ▶ El personal debe estar formado en el procedimiento de contención.
- ▶ La implicación de colaborar en la actuación de sujeción mecánica es de todo el personal de la URH (psiquiatría, enfermería, auxiliares de enfermería, psicología, terapeutas ocupacionales, monitores, celadores, en función de las circunstancias).

6. Ejecución del protocolo de contención mecánica

- 6.1. La detección de la necesidad de activar el protocolo de sujeción en muchos casos procede del personal de enfermería. Éste se pondrá en contacto con el personal médico para acordar de forma conjunta el inicio del procedimiento. Si por la urgencia de la situación el personal de enfermería no pudiera comunicarse con el médico, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito.
- 6.2. El proceso de contención y su supervisión quedará siempre registrado en el formulario que se anexa (**Registro de Contención Mecánica**).
- 6.3. El psiquiatra firmará la orden de sujeción y las prescripciones que correspondan (psicofármacos, supervisión, nutrición, etc.).
- 6.4. El psiquiatra o la enfermera dirigirán la operación (debe existir siempre un director del procedimiento): antes de iniciar la sujeción deben aclarar al personal el tipo de contención que se va a efectuar (parcial o completa) y cual es la función de cada uno de los que van a efectuarla.
- 6.5. Quien dirija la operación, informará al paciente inmediatamente antes del proceso de la medida que se va a tomar y se le dará tiempo para obedecer las demandas verbales (tumbarse en la cama voluntariamente).
- 6.6. El personal adoptará una actitud tranquila y firme, no provocativa, contenedora, poniendo límites claros y explicando la situación al enfermo.
- 6.7. Si no hay colaboración, sin dar lugar a discusión verbal, se procederá a reducirlo y trasladarlo a la cama.
- 6.8. Cada una de las personas encargadas de la sujeción se dedicará a inmovilizar una extremidad (se recomienda que si es posible un miembro del equipo inmovilice la cabeza).
- 6.9. El personal que realice la sujeción debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o terceros.
- 6.10. Se tumbará al paciente en decúbito supino (salvo disminución del nivel de conciencia o intoxicados) manteniendo sujetas cada una de las extremidades (un miembro del equipo por cada extremidad)
- 6.11. La inmovilización se iniciará por la colocación de la sujeción abdominal, miembros inferiores y por último los superiores.

- 6.12. En caso de inmovilización parcial, ésta se efectuará en diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o viceversa. Nunca se inmovilizará a un paciente por una sola extremidad.
- 6.13. Una vez realizada la contención, se comprobará que las correas están adecuadamente apretadas y se le preguntará al paciente si tiene alguna necesidad básica que cubrir.
- 6.14. Se evaluará periódicamente la necesidad de aplicar o modificar las pautas psicofarmacológicas.
- 6.15. Registrar minuciosamente el espacio de la sujeción retirando cualquier objeto al alcance del paciente.
- 6.16. El personal de enfermería es el responsable de la supervisión de la sujeción mecánica.
- 6.17. Las **pautas de supervisión mínimas** serán:
 - ▶ El médico supervisará al paciente durante la primera hora tras la contención y nuevamente trascurridas las primeras seis horas, registrando por escrito la necesidad o no de mantenerla.
 - ▶ En inmovilizaciones completas enfermería visitará al paciente cada media hora y si es posible soltará de forma rotatoria un miembro con la misma frecuencia.
 - ▶ Si el paciente presenta un cuadro de delirium, está intoxicado o presenta disminución del nivel de conciencia, la frecuencia de visitas será cada 15 minutos.
 - ▶ En inmovilizaciones parciales el seguimiento se hará con una frecuencia horaria.
 - ▶ Estas pautas mínimas están sujetas a variación según indicación médica.
- 6.18. Enfermería revisará periódicamente la sujeción para asegurarse del buen estado del paciente, vigilará cualquier cambio en su estado físico o mental y controlará especialmente la circulación de los miembros: temperatura y coloración de la parte distal de los miembros, signos de inflamación, heridas o quemaduras de rozamiento. Debe asegurarse de que en todo momento tenga cubiertas sus necesidades básicas.
- 6.19. Enfermería dejará registradas y firmadas todas las revisiones efectuadas durante el periodo de ejecución de la contención, las incidencias observadas y/o intervenciones realizadas.

- 6.20. El registro del protocolo permite dejar constancia escrita de todas aquellas incidencias, intervenciones y prescripciones que se consideren relevantes.
- 6.21. Las incidencias de importancia, deben ser comunicadas al psiquiatra responsable de la indicación el tratamiento.
- 6.22. El médico/psiquiatra, debe estar informado de cualquier incidente relacionado con la contención.
- 6.23. Durante la contención se tomarán constantes según indicaciones médicas y como mínimo una vez por turno. Se atenderán las necesidades de aseo y nutrición.
- 6.24. Durante la contención en habitación de aislamiento el paciente no recibirá visitas familiares excepto por prescripción facultativa específica.

6.25. Comunicación judicial

- En los casos de ingreso voluntario en los que se practique contención mecánica involuntaria, se transformará el ingreso en involuntario, de lo que se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.
- En el caso de una contención voluntaria en un paciente ingresado de forma voluntaria y con capacidad de comprender y decidir, no será necesaria la comunicación judicial, pero si es imprescindible el consentimiento informado.
- En el caso de internamientos involuntarios judiciales, se informará al juez de la necesidad de contención mecánica si esta se prolonga durante más de 12 horas.

ILUSTRACIONES SOBRE PROCEDIMIENTOS APREHENSIÓN Y CONTENCIÓN MECÁNICA

Figura 1.- Para acompañar a la habitación a un paciente, cuyo estado lo permite y desea ir a pie, pueden ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con una mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo. Con la suficiente firmeza para dar seguridad al procedimiento, pero sin extremarla para no lesionar al paciente.

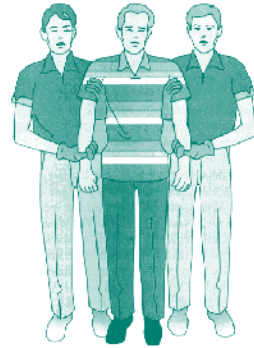


Figura 2.- Para reducir al paciente en el suelo deberá ser estirado de espaldas sobre el mismo, controlando su cabeza para evitar que se golpee o golpee a algún miembro del equipo. Habrá una persona sujetando cada miembro del enfermo. Para los miembros superiores, se sujetarán los hombros y los antebrazos. Para los miembros inferiores la sujeción se realizará presionando inmediatamente por encima de las rodillas y de los tobillos

Figura 3.- Para trasladar a un paciente agitado a la habitación el personal debe sujetarlo por las piernas, a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del equipo debe estar preparado para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evitar que se la golpee o golpee a alguien.



7. Retirada de la contención mecánica

- 7.1. La sujeción debe mantenerse únicamente hasta conseguir el objetivo terapéutico deseado (sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y su entorno, restablecimiento de límites, etc.)

- 7.2. La decisión de retirar la sujeción corresponde al psiquiatra que actuará según su propia valoración y la información de la evolución que le transmite enfermería.
- 7.3. El psiquiatra debe registrar por escrito, fechar y firmar la retirada de la sujeción.
- 7.4. Enfermería cumplimentará en el Registro de Contención Mecánica la hora de inicio y finalización de la sujeción, supervisiones periódicas, así como cualquier incidente acontecido durante la misma.
- 7.5. El/la enfermero informará al paciente de que va a procederse a la retirada de la contención, se le recomendará incorporarse lentamente para evitar hipotensiones ortostáticas.
- 7.6. La supresión de la contención se hará de forma gradual. En el momento de la liberación completa estarán presentes al menos 4 personas.

8. Recursos para el protocolo de contención mecánica

8.1. Preceptos legales aplicables:

Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente (Art.5, 8 y 9)

8.2. Información sobre la adopción de la medida. La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento; también se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. La información debe darse con carácter previo siempre que sea posible, durante la sujeción y posteriormente.

8.3. Historia Clínica y documentos del protocolo: En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida.

8.4. Consentimiento: El consentimiento de la medida de contención mecánica de persona con capacidad y en condiciones de decidir, sería válido de conformidad con el art.8.2 de la Ley 41/2002 antes citada. En los supuestos excepcionales en los que el paciente –con capacidad y en condiciones de decidir- dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención mecánica, es conveniente que este consentimiento se recoja en un documento escrito firmado por el paciente. En otro caso, -paciente que no sea capaz de tomar decisiones,

o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación-, se consultará *cuando las circunstancias lo permitan* a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con el paciente. Habitualmente se informará a la familia después de indicar y realizar la contención, ya que esta suele ser un procedimiento urgente.

- ▶ En caso de internamiento involuntario, la comunicación por parte del médico responsable del caso se efectuará cuando se prevea que la sujeción se va a prolongar o se prolongue en el tiempo, fijando como plazo orientador la permanencia de la medida durante más de 12 horas.
- ▶ En los casos de ingreso voluntario en los que se practique contención mecánica involuntaria, se transformará el ingreso en involuntario, de lo que se dará parte al juez en un plazo no superior a 24 horas.

9. Evaluación del protocolo de contención mecánica

- 9.1. La existencia de un Registro específico (**Registro de Contención mecánica**) permite evaluar de forma periódica cuantitativa y cualitativamente el procedimiento.
- 9.2. Algunos indicadores y elementos evaluables serán
 - ▶ Número de contenciones realizadas y tasa referida a total de ingresos
 - ▶ Contenciones realizadas según indicación
 - ▶ Cumplimentación adecuada del registro
 - ▶ Supervisión y seguimiento adecuados
 - ▶ Efectos adversos relacionados con la contención

10. Bibliografía

- ▶ Ramos Brieva J A. **Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento.** Ed.Masson.1999.
- ▶ Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. **Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards.** 2002.
- ▶ www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_8.htm.
- ▶ www.jcpatientsafety.org/14789/
- ▶ Centro de Investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta nº 5: **Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.** 2005.

11. Registro de Contención Mecánica

REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Unidad de Media Estancia	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la contención a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos 	
INDICACIÓN DE LA SUJECCIÓN	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
Indicación de la contención (<i>márquese la/s casilla/s correspondiente/s</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prevención de lesiones al propio paciente o a otras personas <input type="checkbox"/> Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del paciente u otros enfermos <input type="checkbox"/> Evitar daños físicos significativos <input type="checkbox"/> Reducir estímulos sensoriales (aislamiento) <input type="checkbox"/> Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínica y/o terapéutica <input type="checkbox"/> Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado 	
Situación actual del paciente <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agitación psicomotriz severa <input type="checkbox"/> Riesgo potencial de agresividad <input type="checkbox"/> Confusión /desorientación / delirium <input type="checkbox"/> Impulsividad suicida <input type="checkbox"/> Otra 	
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
TIPO DE SUJECCIÓN	
<input type="checkbox"/> Miembros superiores <input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input type="checkbox"/> Cintura	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Cruzada

Última Revisión
11 / 07 / 2007

Subdirección de Salud
Mental y Recursos
Sociosanitarios

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Índice

1. Estrategias generales para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados
2. Medidas generales de prevención de conducta suicida en URH
3. Medidas específicas de prevención de conducta suicida en URH
4. Desactivación del Protocolo
5. Registro

1. Estrategias para minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados

- 1.1. De acuerdo con el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de Pacientes (Alerta Nº 6 *Prevención del suicidio de pacientes hospitalizados*), las estrategias de mejora en este campo están basadas en:
 - Evaluación del paciente
 - Aspectos estructurales
 - Aspectos organizativos
- 1.2. El riesgo de suicidio debería considerarse en todos los receptores de prestaciones sanitarias. En aquellas poblaciones con un riesgo incrementado de conductas suicidas, esta evaluación debe ser sistemática y exhaustiva (antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano).
- 1.3. La identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).
- 1.4. Los principales métodos de suicidio en pacientes hospitalizados son el ahorcamiento seguido de la precipitación, siendo el cuarto de baño y la propia habitación los escenarios más habituales. El entorno asistencial debe estar diseñado

de tal forma que evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismo, además de facilitar la supervisión de los enfermos (véase Elementos de Estructurales)

- 1.5. En cuanto a los elementos organizativos se pueden destacar los siguientes
 - Elaborar sistemas protocolizados de evaluación de pacientes
 - Ubicar al paciente en la Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado
 - Proporcionar orientación y formación a los profesionales
 - Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y riesgo de los pacientes
 - Establecer sistemas de monitorización / observación de los pacientes en riesgo de suicidio
 - Informar y educar a familiares y amigos sobre factores de riesgo y medidas preventivas

2. Medidas generales de prevención de conducta suicida en URH

- 2.1. Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en la unidad encendedores, objetos cortantes o punzantes, corbatas, cinturones zapatos con cordones, bastones, muletas (se proporcionarán andadores) o cualquier otro elemento que pueda suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.
- 2.2. Los despachos permanecerán cerrados en los turnos de tarde y noche, y no deben contener muestras o restos de medicaciones.
- 2.3. El botiquín permanecerá cerrado bajo llave. La llave la custodiará el/la enfermero y/o supervisor.
- 2.4. El carro de limpieza transportara los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible sin dejarlo nunca sin supervisión al alcance de los pacientes.
- 2.5. En los momentos de las comidas, tanto en la entrega como en la retirada de la misma, los auxiliares de enfermería procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.
- 2.6. Se atenderá a las recomendaciones estructurales sobre seguridad de pacientes que figuran en este Manual.
- 2.7. En todos los pacientes existirá una reevaluación pormenorizada y periódica del riesgo suicida, de modo especial en el caso de antecedentes autolesivos.

3. Medidas específicas de prevención de conducta suicida en URH

- 3.1. Información y actuación coordinada del equipo.** Cualquier miembro de equipo que detecte riesgo potencial de auto agresión debe asegurarse de que esta información llegue al resto del equipo (especialmente al psiquiatra encargado del paciente) para realizar intervenciones coordinadas.
- 3.2. Indicación.** La indicación de la activación del protocolo corresponde al psiquiatra, aunque las medidas puedan iniciarse -ante la gravedad del riesgo- por parte de enfermería, que informará lo antes posible al psiquiatra responsable.
- 3.3. Registro.** El psiquiatra dejará reflejado en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de suicidio del paciente y la activación del protocolo, así como las medidas específicas que sea necesario implementar cumplimentando el registro del mismo. El/la enfermera, reflejarán la activación del procedimiento en la historia de enfermería y coordinará la vigilancia por riesgo de suicidio.
- 3.4. Información a paciente.** El paciente será informado de las medidas a tomar y el motivo de las mismas.
- 3.5. Medidas específicas:**
 - Se ubicará al paciente en la habitación más cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa. Teniendo en cuenta la configuración y disponibilidad de medios de la Unidad, la supervisión se podría llevar a cabo mediante circuito cerrado de TV. Excepto en el caso de que esté indicada sujeción mecánica en habitación de aislamiento, es recomendable ubicar al paciente en una habitación compartida, y cuando el compañero abandone la misma (por alta, permiso terapéutico, traslado), se procurará que esa vacante sea ocupada por otro paciente.
 - En cada turno habrá un enfermero/a asignado responsable de su vigilancia, seguridad y localización. Esta actividad se registrará en las hojas de enfermería. Se establecerán periodos de observación y control del enfermo, en el régimen que se estime necesario: observación directa durante 2 horas, observación metódica cada 15 ó 30 minutos, observación periódica, etc., con anotación en los formularios de registro o historia clínica.
 - Se recomienda la supervisión minuciosa de las pertenencias y la habitación del paciente ante la posibilidad de que haya ocultado elementos potencialmente peligrosos.

- Si se detecta la confluencia de numerosos factores de riesgo de suicidio y se considera inminente el paso al acto o se prevé la existencia de grave riesgo de desbordamiento de las medidas de vigilancia se procederá a la aplicación de los protocolos de contención farmacológica y/o mecánica.
- Se proporcionará al paciente un ambiente de seguridad que lo proteja de potenciales comportamientos autolesivos. Para ello:
 - Informar a la familia de los útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo.
 - Comprobar los útiles, ropas y enseres de que dispone y que éstos no puedan ser empleados para autolesionarse.
 - Evitar acceso a escaleras o ventanas no bloqueadas.
- Evitar que el paciente haga uso de objetos potencialmente peligrosos (cuchillas de afeitar, tijeras, cubiertos, etc.) Permanecer en especial alerta cuando el paciente tenga que hacer uso necesario de este tipo de objetos.
- El paciente no podrá salir de la Unidad, excepto por prescripción facultativa, y siempre acompañado de personal sanitario o celador. En todo caso las salidas a otras dependencias o fuera de la institución se reducirán al mínimo imprescindible. Se debe excluir al paciente de todas aquellas actividades de riesgo y de aquellas intervenciones terapéuticas que se realicen fuera de la unidad, donde el nivel de vigilancia es menor. Si es necesaria su salida (pruebas complementarias urgentes) se extremará la supervisión.
- Los movimientos y actividades del paciente deben ser del conocimiento del personal de la Unidad.
- Mantener estrecha supervisión en los momentos en que disminuya el personal o situaciones en las que pueda desviarse su atención sobre otras actividades: cambios de turno, comidas, noches, etc.
- Supervisar de forma estrecha la toma adecuada de la medicación prescrita. Especial atención a la posibilidad de acceso a medicación no prescrita o su acumulación con fines autolesivos.
- Observar los cambios sobrevenidos en la conducta y discurso del paciente durante el periodo de supervisión: retraimiento, mejoría súbita, cese de comunicación, comentarios sobre la muerte o el suicidio, gestos o intentos autodestructivos, incumplimentación terapéutica, salidas no prescritas, etc. Anotarlo en incidencias y advertir al médico responsable.

- En determinados casos puede ser de utilidad valorar la posibilidad de realizar contrato terapéutico con el paciente, entendido como un compromiso entre paciente - terapeuta mediante el cual el sujeto potencialmente suicida se compromete a no autolesionarse y a referir sus impulsos suicidas al personal sanitario.

4. Desactivación del protocolo

- 4.1. La decisión de retirar el alto nivel de vigilancia y las medidas de control estricto propias de este protocolo corresponde al psiquiatra que actuará según sus propias valoraciones y las informaciones sobre la evolución que le transmite el/la enfermero y el resto del equipo.
- 4.2. El nivel de vigilancia y control irá disminuyendo de forma gradual y se irán haciendo valoraciones y registros de la actitud y conductas del paciente. Este proceso puede durar varios días.
- 4.3. Enfermería hará constar en la historia de enfermería y las auxiliares en sus registros el nivel de vigilancia y control que requiere el paciente en cada momento, así como cualquier incidencia destacable.
- 4.4. Cuando el psiquiatra lo considere registrará por escrito, fechará y firmará la finalización del protocolo.

5. Registro

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos:	
Nº historia:	Fecha ingreso:
Sexo:	Cama:
Edad:	
INFORMACIÓN A PACIENTE / FAMILIA	
Se ha explicado la necesidad de la supervisión especial a:	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Familia (útiles y enseres que no le estén permitidos mientras presente riesgo autolesivo) <input type="checkbox"/> No ha sido posible en ninguno de los casos	
INDICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	
Fecha de la indicación:	Hora de la indicación:
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
MEDIDAS DE PREVENCIÓN ADOPTADAS	
<input type="checkbox"/> Habitación de aislamiento / alta seguridad <input type="checkbox"/> Contención mecánica (activar protocolo) <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación cercana al control de enfermería o en la que pueda realizarse una observación directa <input type="checkbox"/> Ubicación en habitación doble compartida <input type="checkbox"/> Revisión de habitación, mobiliario y pertenencias <input type="checkbox"/> Pauta específica de sedación farmacológica <input type="checkbox"/> Medicación siempre triturada <input type="checkbox"/> Periodos mínimos de observación directa cada _____ minutos <input type="checkbox"/> Suspensión de salidas de la Unidad excepto aquellas que realice bajo prescripción médica y siempre acompañado y supervisado por personal de la institución sanitaria. <input type="checkbox"/> Suspensión de participar en actividades de rehabilitación / ocio / laborterapia / otras <input type="checkbox"/> Suspensión de visitas <input type="checkbox"/> Otras medidas	
SUSPENSIÓN DE PROTOCOLO	
Motivo de la suspensión:	
Nombre y firma del Médico responsable:	Nombre y firma del Enfermero/a responsable:
OBSERVACIONES	

MODELO DE ALTA HOSPITALARIA Unidades de Hospitalización de Psiquiatría	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO	
Identificación de la Unidad / Servicio Identificación del Hospital o Complejo Hospitalario Teléfono de contacto Dirección	Código de identificación del centro
DATOS DE FILIACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre y apellidos	
Domicilio Teléfono	
Nº historia	Procedencia ingreso
CIP	Fecha ingreso
Sexo	Cama
Fecha nacimiento	Fecha de Alta
DATOS DEL PROCESO ASISTENCIAL	
Motivo del ingreso	
Financiación de la asistencia prestada (si procede)	
Anamnesis <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes personales / familiares ▪ Historia de la enfermedad actual 	
Exploración psicopatológica	
Pruebas complementarias y procedimientos diagnóstico terapéuticos realizados	
Evolución y circunstancias del alta	
Diagnóstico principal [codificado]	
Otros diagnósticos	
Recomendaciones terapéuticas al alta	
Lugar de destino al alta	Fecha cita con ESM (si procede)
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO RESPONSABLE DEL ALTA	
Nombre y firma del Médico responsable: Unidad o Servicio:	Otros responsables del proceso asistencial: Unidad o Servicio:
DOCUMENTOS ANEXOS	
Al informe de alta se anexan los siguientes documentos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Informe de enfermería <input type="checkbox"/> Informe psicológico / rehabilitador <input type="checkbox"/> Informe social <input type="checkbox"/> Otros (especificar) 	

INFORME DE DERIVACIÓN A LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

Entidad derivadora		
Fecha de solicitud: / /	URH – CÁCERES (Plasencia)	
	URH – BADAJOZ (Mérida)	

1. DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR	
DNI	Nº SS	TFNO
DOMICILIO		

2. PROCEDENCIA DEL PACIENTE

ENTIDAD DERIVADORA	ÁREA SALUD
GESTOR CLÍNICO DEL CASO	
PROFESIONAL QUE REALIZA LA DERIVACIÓN	
OTROS PROFESIONALES DE REFERENCIA	
TELÉFONOS	
MOTIVOS DE LA DERIVACIÓN	

3. DATOS FAMILIARES

FAMILIAR RESPONSABLE	
PARENTESCO	TELÉFONOS
DOMICILIO	
GENOGRAMA	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES	

4. DATOS CLÍNICOS

ANTECEDENTES PERSONALES

- ▶ MÉDICOS
 - Enfermedades de interés
 - Alergias medicamentosas
- ▶ PSIQUIÁTRICOS
 - Diagnósticos psiquiátricos previos
 - Antecedentes de consumo de sustancias
 - Reacciones adversas a medicamentos

RESUMEN PSICOBIOGRÁFICO

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD

INGRESOS PREVIOS

ENFERMEDAD ACTUAL

CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS

Extrahospitalarias / Intrahospitalarias

DIAGNÓSTICO –Multiaxial DSM IV-

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV

Eje V

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS Y REHABILITADORAS

TRATAMIENTO ACTUAL

RESUMEN DE TRATAMIENTO PREVIOS Y EFICACIA DE LOS MISMOS

INTERVENCIONES DESDE OTROS DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN Y SUS RESULTADOS

DATOS PSICOLÓGICOS

PSICOMETRÍA

- Inteligencia
- Personalidad
- Otros

INTERVENCIONES Y TERAPÉUTICAS PSICOLÓGICAS

DATOS SOCIOLABORALES

UNIDAD DE CONVIVENCIA

INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TUTOR
MINUSVALÍA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PORCENTAJE
TRABAJO ACTUAL	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SITUACIÓN LABORAL

NIVEL ACADÉMICO

PRESTACIONES ECONÓMICAS

5. OBJETIVOS Y ORIENTACIONES TERAPÉUTICAS

PARA LA REINSERCIÓN

- Reinserción en medio familiar
- Reinserción autónoma
- Reinserción en piso tutelado / autónomo
- Trasinstitutionalización
- Otros

PARA LA REHABILITACIÓN

- Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
- Conocimiento y manejo de la enfermedad
- Autonomía personal
- Habilidades e integración en medio social
- Rehabilitación cognitiva
- Otros (especificar)

6. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Fecha:

Firmado:

PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN

PIR

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos		
Fecha de nacimiento	Sexo	
Nº Hª C	Nº SS	Tfno

A.- RESULTADOS EVALUACIÓN MULTIMODAL.

Definición de problemas detectados en la Evaluación de las diferentes áreas.

Empleo de criterios operativos en la formulación.

A.1.- Sintomatología actual relevante para la rehabilitación
A.2.- Conciencia de enfermedad. Conocimiento-información
A.3.- Estado de salud. Hábitos de riesgo
A.4.- Estado funciones cognitivas e intelectuales.
A.5.- Medicación. Auto administración. Adherencia al tratamiento.
A.6.- Autocontrol emocional y resolución de problemas.
<p>A.7.- Actividades de la Vida Diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividades básicas de la vida diaria: Especificar déficits o excesos en AVD (alimentación, aseo personal, imagen personal, vestido, higiene del sueño...) ▪ Actividades instrumentales y sociales: Especificar déficits o excesos en ardi (limpieza de entornos, cuidado ropa, cocina, uso transportes, información actual, manejo del dinero, conocimiento de recursos del medio...

A.8.- Habilidades sociales-comunicacionales.
A.9.- Medio socio-familiar.
A.10.- Relaciones sociales. Comunidad natural. Participación social
A.11- Prestaciones económicas. Dinero disponible real.
A.12.- Historia laboral / académica. Intereses actuales
A.13.- Estructuración del ocio y tiempo libre. Práctica real. Intereses actuales
A.14.- Capacidad de estructuración del tiempo. Hábitos.
A.15.- Expectativas y objetivos del usuario en la Unidad.
A.16.- Recursos de Rehabilitación utilizados

B.- DEFINICIÓN DE LAS CAPACIDADES Y RECURSOS DEL USUARIO.

Capacidades susceptibles de potenciación y consecuencias en la Orientación del Proceso de Rehabilitación.

C.- FORMULACIÓN HIPÓTESIS GLOBAL DE LAS DIFICULTADES DEL USUARIO.

--

D.- FORMULACIÓN JERARQUIZADA (PRIORIDADES) DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS.

Clasificación hipotética de los déficits y excesos detectados en cada uno de los niveles de prioridad.
[1]
[2]
[3]
[4]
[5]
[6]

E.- ESTABLECIMIENTO DE METAS	F.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
Metas a largo plazo	Estrategias generales
Metas a corto plazo Definición operativa	Estrategias específicas Contextualización URH

Fecha próxima revisión

G.- RECURSOS INTERNOS Y EXTERNOS NECESARIOS.

RECURSOS INTERNOS	
▪ Actividades plásticas y expresivas	
▪ Actividades ocupacionales	
▪ Rehabilitación cognitiva	
▪ Psicofarmacología.	
▪ Programa A.V.D. (básicas e instrumentales)	
▪ Programa Medicación-Auto.	
▪ Grupo Autocontrol Emocional.	
▪ Grupo Habilidades Interpersonales.	
▪ Grupo Afrontamiento Avanzado.	
▪ Grupo Ocio y tiempo libre	
▪ Socio terapia	
▪ Tutoría. (Intervención psicológica y orientación familiar).	
▪ Psicoterapia.	
▪ Terapia de familias.	
▪ Intervención-gestión comunitaria.	
▪ Trabajo social.	
▪ Otros	
RECURSOS EXTERNOS	
Recursos informales (familia de origen, familia propia, otras figuras significativas, vecindario, etc.)	
Recursos formales básicos (Social Base, Atención primaria, etc.) y especializados (CRPS, programas residenciales, rehabilitación laboral, etc.).	

H.- SEGUIMIENTO INTERVENCIÓN

H.1.- Distribución interna de recursos-actividades.

Distribución semanal individual.

	L	M	X	J	V	SD
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
17						
18						
19						
20						
21						
21						
22						

H.2.- Hoja de seguimiento.

Fecha valoración	
Evolución del PIR	
Objetivos conseguidos	
Objetivos a conseguir	Estrategias de intervención
Observaciones	
Fecha próximo seguimiento	

9. Bibliografía

- ▶ *Diseño de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia*. Documento de Grupo de Trabajo. Diputación de Cáceres, 1.997.
- ▶ *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. AEN. Cuadernos técnicos, 6. Madrid 2002.
- ▶ *El Observatorio de salud mental: Análisis de la Situación de la atención a la salud mental en las Comunidades Autónomas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Cuadernos técnicos, 7. Madrid, 2007.
- ▶ *Unidades de larga estancia para enfermos con alta dependencia psiquiátrica (ADP)*. Quaderns de salud mental 4. Server Catala de la salud. Barcelona 2003.
- ▶ *Manual de organización y funcionamiento de las Unidades de Media Estancia*. Subdirección de Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud. Mérida 2007.
- ▶ Rodríguez, A.; *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid; Pirámide, 1.997.
- ▶ Aldaz, J.A. y Vázquez, C.: *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid. Siglo XXI, 1.996.
- ▶ García, J.; de las Heras, B.; Peñuelas, E.: *Rehabilitación Psicosocial. Conceptos y estrategias*. Oviedo, KRK Ediciones, 1.997.
- ▶ Clark, D.H.: *Terapia Social en Psiquiatría*. Ediciones Morata, S.A. 1.982
- ▶ Roder V., Brenne, H.D.: *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Ariel S.A. Barcelona, 1.996
- ▶ Liberman, R.P.: *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Martínez Roca, 1.993.
- ▶ Wats, F.N y Bennett, D. (Ed): *Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Práctica*. México, Limusa, 1.990.
- ▶ *Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada*. Subdirección General de Atención Especializada en colaboración con el Consejo General de Colegios Oficiales de D.T.S.

- ▶ Gómez Lavín, C. y Zapata García, R. *Psiquiatría, Salud Mental y Trabajo Social*. Ediciones Eunarte 2.000. Navarra.
- ▶ Becerra de Ledesma, R *Los Trabajadores Sociales en Psiquiatría. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico*. Ed. Ecro. 1992
- ▶ Monográfico *El trabajo social en Salud Mental*. Revista Trabajo social hoy. Colegio Oficial de Trabajo Social. 2000 Madrid.
- ▶ Colón, D. *La planificación al alta hospitalaria* Mira Editores Zaragoza. S. XXI de España Editores S.A. 2000. Madrid.
- ▶ Palacín Lois, M. *Estrategias de Apoyo Social. Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua*. Revista ACNefi nº 7. 2003

10. Participantes

Coordinación Técnica y Redacción

Asunción Cabrera Herrera

Psicóloga Clínica. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES

Leopoldo Elvira Peña.

Psiquiatra. Jefe de Sección. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. SES

Participantes en el grupo de trabajo

María Victoria Clemente

Trabajadora Social. URH Complejo Sanitario Plasencia

Angélica Domínguez

Terapeuta Ocupacional. Hospital Psiquiátrico de Mérida

María Jesús García

Psicóloga Clínica. URH Complejo Sanitario Plasencia

Alfredo García Vinuesa

Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Mérida

María Victoria Gómez

Psiquiatra. UME Complejo Sanitario Plasencia

Nieves Iglesias Fernández

Supervisora de Enfermería. URH Complejo Sanitario Plasencia

Juan Pedro Manzano

Psicólogo Clínico. UME Hospital Psiquiátrico de Mérida

Soraya Masa Moreno

Terapeuta ocupacional. Hospital Psiquiátrico de Mérida

José Antonio Muñoz

Enfermero. UME Hospital Psiquiátrico de Mérida

