

Crisis COVID19: Medidas de asistencia excepcionales en los dispositivos del Servicio de Psiquiatría del HUMV.

Estas medidas se plantean inicialmente para las próximas dos semanas.

Se trata de propuestas que he hecho llegar a la Dirección del Hospital, a Salud Laboral y a Admisión de Consultas, a la espera de su decisión y de que ellos mismos contacten con la Consejería de Sanidad (Salud Pública).

La filosofía global, que compartimos todas las instancias implicadas, y sin perjuicio de que las circunstancias vayan cambiando en los próximos días, consiste en:

1. Mantener la actividad asistencial en los diferentes dispositivos, salvo los profesionales que tengan síntomas y se confirme su baja laboral. El mismo principio se aplicará a las guardias médicas de presencia física en el HUMV y en el H. de Liencres.
2. Reducir al máximo y en lo posible situaciones de contacto, especialmente con personas de riesgo (visitas a pacientes hospitalizados, salidas de los pacientes, aplazamiento de reuniones grupales informativas o psicoeducativas, sesiones de relajación, etc.), potenciando la asistencia no presencial (teléfono, telepsiquiatría) y reduciendo en lo posible las consultas presenciales de revisión.

A) Unidades de hospitalización.

A) HUMV:

- A) Reducir las visitas de acuerdo con las instrucciones ya existentes de la Dirección.
- B) Limitar la reunión de pacientes en la sala de terapia y favorecer actividades en las propias habitaciones.
- C) Favorecer el contacto telefónico con sus familiares para evitar situaciones de angustia derivadas de la limitación de las visitas.

B) Hospital de Liencres:

- A) Reducir las visitas de acuerdo con las instrucciones ya existentes de la Dirección.
- B) Extremar las medidas de higiene de manos, distancia física, conducta relativa a los estornudos, etc.
- C) Garantizar que las reuniones de pacientes en los diferentes programas de rehabilitación se llevan a cabo respetando las recomendaciones respecto a la distancia entre pacientes, etc.
- D) Favorecer el contacto telefónico con sus familiares para evitar situaciones de angustia derivadas de la limitación de las visitas.

B) Unidades de hospitalización parcial (en HUMV y en HL)

- A) Garantizar que las reuniones de pacientes en los diferentes programas de rehabilitación se llevan a cabo respetando las recomendaciones respecto a la distancia entre pacientes, etc.
- B) Mantener la administración de LAI procurando citar a los pacientes de forma más espaciada para evitar agrupamientos en la sala de espera.
- C) Unidades de salud mental (agradezco el excelente trabajo que ha hecho el Dr. Marcos Gómez Revuelta elaborando estas medidas):
 - A) Reducir a lo imprescindible la atención presencial: Procuraremos seleccionar tantos casos como sea posible para dispensar atención a través del teléfono y telepsiquiatría y suspenderemos los grupos con pacientes y familias. Especialmente, a tener en cuenta tanto aquellas poblaciones de riesgo desde la perspectiva de la transmisión de la enfermedad como todos aquellos pacientes que acrediten factores de riesgo para contraer la enfermedad o pertenezcan a grupos de riesgo desde la perspectiva de la mortalidad (inmunodeprimidos, ancianos, embarazadas, enfermedades respiratorias, riesgo cardiovascular, neoplasias, etc.). Cada unidad lo organizará según sus medios, evitando bloquear la centralita telefónica, de tal manera que el paciente sepa con antelación de la fecha prevista de revisión que tiene la posibilidad de hablar con su médico, con su psicólogo clínico o con su enfermera. Aquellos casos que, por diferentes motivos, deban seguir con la revisión presencial (primeras consultas de psiquiatra y de psicólogo clínico, algunas revisiones de psicología clínica, administración de LAIs, situaciones de riesgo de descompensación o de suicidio, etc.), al menos serán vistos con menor acumulación de pacientes en las salas de espera y en la propia consulta., y se deberán tener en cuenta las medidas de precaución ya conocidas por los profesionales mediante las instrucciones recibidas de la Dirección.
 - B) Los compañeros que en cada USM del adulto están ya trabajando en las interconsultas no presenciales, se deberían dirigir a los coordinadores de los centros de salud que cubren para fomentar (al menos de manera transitoria) este tipo de derivaciones frente a las derivaciones presenciales. Esto obliga a estar permanentemente con disponibilidad para responder a estas consultas no presenciales.
 - C) En el caso de algunas consultas de psiquiatría, donde las listas de espera son especialmente bajas, he propuesto a la Dirección del Hospital bloquear los pacientes nuevos hasta finales de marzo, pero estamos a la espera de autorización.
 - D) Para dar nuevas citas a los pacientes, tanto los que se hayan revisado por teléfono como los presenciales, propongo que el psiquiatra o el psicólogo clínico anoten en la hoja del dietario de cada día la recomendación para la siguiente cita (presencial o no presencial) y que a lo largo de los próximos días se pondrá en contacto la unidad con el paciente para decirles el día y la hora de la revisión. Así disminuirémos la exposición del administrativo.
- D) Programas ambulatorios específicos en el HUMV (CARS, STEPPS, TOC, Alcohol, interconsultas, ITPCan, TCA, etc.).

- A) Aplicar en lo posible, y valorando adecuadamente los riesgos y beneficios de las consultas no presenciales según el tipo de paciente y su situación clínica, las propuestas anteriores.

JESUS ARTAL SIMON

13/03/2020.