

ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Abril de 2014

Pedro Marco Aguilar
Coordinador de Urgencias

Miguel Ángel Ortega Esteban
Jefe de Departamento de Salud Mental

María Teresa Mazo Hernáez
Supervisora de Urgencias

Carmen Cestafe Martínez
Supervisora de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN

El paciente psiquiátrico padece una patología cuya asistencia no difiere sustancialmente de las demás, por lo que los procedimientos de actuación diagnóstica y terapéutica son los mismos.

No obstante, en la atención de los pacientes psiquiátricos pueden darse una serie de condicionantes que exceden el ámbito de lo puramente sanitario, como actuaciones judiciales o de las fuerzas de orden público, o pueden concurrir circunstancias que dificultan su atención, como pueden ser la negativa o la oposición del paciente a ser atendido o el tener que adoptar medidas en contra de su voluntad.

Ello puede ser una fuente de incertidumbre y confusión para los profesionales sanitarios, motivo por el que se establece este procedimiento con el fin de organizar la asistencia de estos pacientes en el servicio de urgencias y dar una respuesta eficaz a sus necesidades asistenciales.

Se considerará, dentro del proceso asistencial:

- La ubicación de los pacientes.
- Establecer orden de prioridad y evaluación previa.
- Valoración de riesgos.
- El establecimiento de medidas de contención.
- Establecer las medidas terapéuticas iniciales tendentes a su estabilización.
- Garantizar los derechos y la seguridad del paciente.
- Garantizar la seguridad de los profesionales implicados en su atención y del resto de usuarios del servicio de urgencias.
- Establecer un procedimiento para el traslado.

Agradecemos la colaboración de D^a Yolanda Zaldívar Ballogera, técnico de área jurídica, por la revisión de este procedimiento.

ATENCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN URGENCIAS

Cuando el paciente es recibido en el servicio de urgencias, la toma de decisiones (como ubicación, prioridad en la asistencia, medidas terapéuticas iniciales o necesidad de consulta precoz con psiquiatría), se basará en la ponderación de varios determinantes, como el origen de la demanda, las características de la misma o el estado del paciente.

ORIGEN DE LA DEMANDA

- El propio paciente.
- La familia del paciente.
- Testigos ocasionales.
- El médico de atención primaria.
- La unidad de salud mental.
- El juez.
- Las fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Los trabajadores sociales o equipos sociosanitarios.

CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA

- Voluntaria
- Involuntaria
- Remisión para valoración psiquiátrica por autoridad competente
- Remisión para ingreso hospitalario desde USM.
- Se encuentra solo o acompañado y por quién.

ESTADO DEL PACIENTE

- 1.- Paciente colaborador, tranquilo.
- 2.- Paciente intranquilo o irritable.
- 3.- Paciente agitado, sin agresividad.
- 4.- Paciente no agitado, agresivo o amenazante.
- 5.- Paciente agitado con auto y/o heteroagresividad.
- 6.- Paciente en riesgo suicida.
- 7.- Paciente en riesgo vital.

UBICACIÓN DEL PACIENTE

- Los pacientes colaboradores que acuden tranquilos y por propia voluntad y estén acompañados, pueden ser ubicados en la sala de espera general, salvo que se juzgue oportuna otra ubicación.
- Los pacientes intranquilos y los pacientes que aun encontrándose tranquilos acuden involuntariamente o acuden por mandato judicial o aquellos que están solos serán ubicados en la sala de espera diferenciada (junto a triaje), y serán vigilados desde el pasillo por un celador provisto de un dispositivo de alarma. Este celador informará de ello al personal de seguridad.
- Los pacientes no agitados que se muestran agresivos o amenazantes serán ubicados en la sala de espera diferenciada (junto a triaje) y se requerirá la presencia de personal de seguridad.
- Los pacientes agitados o aquellos que acudan por gestos suicidas serán ubicados en la zona de boxes.
- Los pacientes con riesgo vital serán ubicados en reanimación o boxes.

ORDEN DE PRIORIDAD

- Los pacientes que acuden tranquilos y por propia voluntad y sin otros factores añadidos serán atendidos en el momento en que les corresponda, según triaje.
- En el caso de pacientes que acudan de forma **involuntaria**, o que sean remitidos por **orden judicial** o de aquellos que se muestran **intranquilos o agresivos**, se avisará desde triaje al médico responsable de la atención, para que en la medida de lo posible los atienda de forma prioritaria, acortando la espera. Los pacientes intranquilos o irritables se muestran enfadados, muy demandantes, negativistas o querulantes y existe el riesgo de que acaben agitándose.
- Los pacientes agitados serán atendidos prioritariamente, adoptando las medidas de contención que se juzguen oportunas. La agitación supone una urgencia médica.
- Los pacientes con riesgo vital serán atendidos como todo paciente crítico.
- En el caso de pacientes derivados desde la unidad de salud mental o por orden judicial para **ingreso hospitalario**, se avisará desde triaje al psiquiatra de guardia, actuando según sus instrucciones.

EVALUACIÓN

Los pacientes psiquiátricos serán atendidos inicialmente por los **médicos de urgencias**, quienes valorarán entre otras cuestiones si el cuadro puede deberse a una patología orgánica, si se precisan medidas terapéuticas o de contención iniciales y si es necesaria la interconsulta con el **psiquiatra**.

Es necesario establecer un diagnóstico diferencial sobre la etiología de los síntomas, fundamentalmente entre si son debidos a un trastorno psiquiátrico o a una situación aguda derivada de una intoxicación o un cuadro orgánico, o a ambos.

Historia clínica

- Motivo de consulta
- Antecedentes somáticos y psiquiátricos.
- Toma de fármacos.
- Consumo de tóxicos.
- Evolución de los síntomas, investigar factores desencadenantes o agravantes.
- Exploración física.
- Evaluación psiquiátrica básica:
 - Orientación temporoespacial.
 - Grado de colaboración.
 - Estado de ánimo.
 - Signos de hiper o hipoactividad.
 - Valorar si existen ideas autolíticas (preguntando explícitamente por ideación suicida o de muerte).
 - Alteración de los ritmos vitales.
 - Evaluar síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios...).
- Pruebas complementarias pertinentes.

VALORACIÓN DE RIESGOS

En el servicio de urgencias se debe garantizar la seguridad tanto del propio paciente como la del resto de personas presentes en el mismo (lo que obviamente incluye al propio personal del centro sanitario), así como la de los enseres.

La seguridad del paciente y la de los propios profesionales sanitarios depende de la actuación conjunta tanto del personal sanitario (médicos y personal de enfermería) como del no sanitario (celadores y personal de seguridad).

Se valorará el eventual:

- Riesgo por daño físico provocado durante la crisis: intoxicaciones, traumatismos... Se establecerá la prioridad de la atención en función de su gravedad.
- Riesgo de daño a la propia persona: conductas suicidas o imprudentes, autolesiones...
- Riesgo para terceras personas: agitación, amenazas, conducta agresivas o perturbadoras del entorno asistencial.
- Riesgo de fuga.

En función del resultado de la valoración se decidirá si procede:

- Medidas terapéuticas en función de la lesión orgánica.
- Ubicación del paciente en un lugar aislado (tranquilo) y seguro.
- Retirada de objetos peligrosos. Para salvaguardar la seguridad del propio paciente así como de las personas de su entorno y la del personal sanitario se impedirá la tenencia en el servicio de objetos potencialmente peligrosos, como cuchillos, navajas, cuchillas de afeitar... Los efectos serán custodiados por el personal de seguridad.
- Adoptar medidas de contención (verbales, farmacológicas o mecánicas).
- Establecer el nivel de vigilancia.

1.- RIESGO PARA SÍ O PARA TERCERAS PERSONAS POR AGITACIÓN

El paciente agitado supone un riesgo para sí mismo y las personas de su entorno. La actuación frente al paciente agitado se guiará por el procedimiento hospitalario "**PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO**", que se adjunta como anexo.

2.- RIESGO DE FUGA:

Los pacientes con riesgo de fuga plantean un dilema a los profesionales sanitarios, sujetos por un lado a la obligación de prestar asistencia sanitaria y por otro a la del al respeto a la libre elección y el consentimiento de los pacientes (Ley General de Sanidad 14/1986, artículo 10, punto 6; Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente). Hay que considerar que el paciente psiquiátrico en situación de crisis puede constituirse en un peligro para sí mismo y para los demás, y en determinadas ocasiones su propia patología condiciona que su capacidad volitiva o de percepción del entorno estén alteradas de forma que sus decisiones no puedan considerarse libres o autónomas.

Algunas circunstancias se asocian con mayor riesgo de fuga:

- Involuntariedad del ingreso.
- Alteraciones en la percepción de la realidad (síndrome confusional, delirios, demencia...)
- Baja o nula conciencia de enfermedad.
- Trastornos de la personalidad, conductas impulsivas o transgresoras.
- Manifestaciones de rechazo al equipo terapéutico.
- Verbalización del deseo de abandonar el servicio o amenazas de hacerlo.

Los pacientes con riesgo de fuga que se considera que tienen alterada su capacidad para tomar decisiones autónomas (incluyendo además en este supuesto aquéllos que sean remitidos para valoración psiquiátrica por un juez) serán acompañados durante su estancia en el servicio de urgencias, si es posible, por familiares o allegados. Se intentará crear un clima de confianza y buscar un acuerdo con el paciente. Si es necesario serán ubicados en un lugar tranquilo dentro de las posibilidades (sala de espera diferenciada junto a triaje –más adecuada si el paciente tiene claustrofobia-, box) y serán vigilados discretamente por un celador, requiriéndose además la presencia del personal de seguridad si se percibe riesgo de agresión, y serán acompañados en todos sus desplazamientos.

Se solicitará la **intervención precoz del psiquiatra** de guardia en estos casos.

Se colocará una pulsera TAG de localización a los pacientes que sean remitidos por orden judicial (ver procedimiento en anexos, página 24).

Con los pacientes psiquiátricos que no tienen alterada su capacidad de tomar decisiones debe actuarse como dicta la ley de Autonomía del Paciente, considerándose su marcha del servicio como alta voluntaria.

Actuaciones en caso de fuga

La persona que sospeche que un paciente se ha fugado se lo comunicará a la enfermera responsable, quien tras comprobar que el paciente efectivamente se ha fugado o no está localizable, se lo comunicará al médico responsable (a su vez éste valorará si es preciso consultar con el psiquiatra de guardia para valorar conjuntamente las medidas que hay que adoptar).

Por parte de los médicos intervinientes se valorará:

- Los riesgos que la fuga supone para el paciente y para otras personas derivados de su cuadro clínico.
- La pertinencia de comunicarlo a su familia (confidencialidad vs seguridad).
- Comunicarlo al personal de seguridad para efectuar una búsqueda en el centro.
- Comunicarlo al centro coordinador de emergencias 112.
- Si es preciso recabar el auxilio de las fuerzas de orden público (policía municipal, policía nacional...)
- Comunicación al jefe de la guardia y a la supervisora general.

Si el paciente fugado ha acudido a urgencias para ingreso involuntario o para valoración psiquiátrica remitido por el juez, se dará parte al juzgado de guardia.

Se debe dejar constancia en la historia clínica de forma pormenorizada de las circunstancias del hecho.

ACTUACIÓN CON EL PACIENTE VIOLENTO, AGITADO O EN RIESGO DE AGITACIÓN

Conceptos:

- Agitación psicomotriz: estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador (descontextualizada y sin finalidad aparente)
- Agresividad: patrón de conducta caracterizado por la hostilidad, manifestado por tendencias destructivas más o menos manifiestas.
- Violencia: uso deliberado de la fuerza para conseguir un fin.

Pacientes que pueden manifestar estados de agitación, agresividad o violencia:

- Intoxicación por sustancias de abuso o estados de deprivación.
- Secundarios a patología neurológica orgánica (primaria o secundaria)
- Personas con conductas agresivas o violentas caracteriales o impulsivas.
- Pacientes con patologías psiquiátricas diagnosticables.

Control de la conducta del paciente:

- Valoración de riesgos. Medidas de prevención de daño para los profesionales, el paciente y el entorno asistencial.
- Intervención precoz. Los estados de agitación deben ser atendidos cuanto antes, y se debe establecer una atención prioritaria para los pacientes intranquilos, en prevención de una posible agitación.
- Intentar desescalar la agresividad:
 - Ubicación adecuada.
 - Contención verbal. Aparentar calma e intentar dialogar con serenidad, tratando de instaurar un clima de confianza.
 - Explicación del plan terapéutico y de cada una de las medidas que vamos a adoptar.
 - Evitar responder a las provocaciones o manifestar comportamientos hostiles.
- Uso de psicofármacos: cuando las medidas de contención verbal no son suficientes.
- Uso de contención mecánica: cuando las medidas de contención con psicofármacos no son suficientes o cuando se estime que procedan en cualquier momento asistencial por el estado del paciente.

TRATAMIENTOS PSICOFARMACOLOGICOS

1.- Si el paciente **mantiene el control** conductual y la capacidad para verbalizar sus vivencias y no presenta actividad psicótica, el tratamiento de elección son las benzodicepinas.

Tratamiento:

Pauta: Entre 15 y 25 mg de Clorazepato o entre 1 y 2,5 mg de Lorazepam.

2.- Si el paciente presenta **gran labilidad emocional** y escasa capacidad de control conductual y poca permeabilidad en la capacidad de influencia externa .

Tratamiento:

Pauta: 50 mg de Clorazepato repetir con la mitad de la dosis si no cede la intranquilidad.

3.- Si el paciente presenta **agitación psicomotriz**:

3.1.- Si esta es de etiología orgánica y presentación aguda y no acepta via oral

Tratamiento:

Pauta 1 -Una ampolla de Haloperidol de 5 mg via i.m repitiendo cada 30 minutos hasta que ceda la agitación no más de tres ampollas.

3.2- Si esta es de etiología psicótica y de presentación aguda:

A- Si no acepta via oral:

Pauta 1: 2 ampollas de haloperidol, i.m


Pauta 2: 2 ampollas de haloperidol + una ampolla de Tranxilium 50 mg i.m repetir la dosis a los 45 minutos si no ha cedido la agitación

B- Si no es agudo y acepta la via oral

Pauta 1: 10-20 mg de olanzapina via oral.

Pauta 2: 10-20 mg de olanzapina + 5 mg de lorazepam.

ANEXOS

 <p>Gobierno de La Rioja www.larioja.org</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO</p>	<p>Versión: 0 Fecha: 1 Nov 2008 Página 1 de 12</p>
---	--	--

INTERVENCIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO

1. Definición

Conjunto de pautas de actuación que tienen por objeto la intervención ante un paciente agitado, con el fin de garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente, resto de pacientes, familiares y profesionales que les atienden, así como del entorno.

2. Objetivos

Objetivo general:

- Evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente, de terceras personas y/o del entorno.

Objetivos específicos:

- Proteger al paciente de lesiones que puede autoinfligirse o infligirle a otros.
- Contener a un paciente agitado y/o agresivo.
- Facilitar el reposo cuando está indicado.
- Evitar lesiones producidas por cuadros confusionales (caídas, arrancamiento de sondas, catéteres, etc).
- Disminuir la ansiedad y/o agresividad.

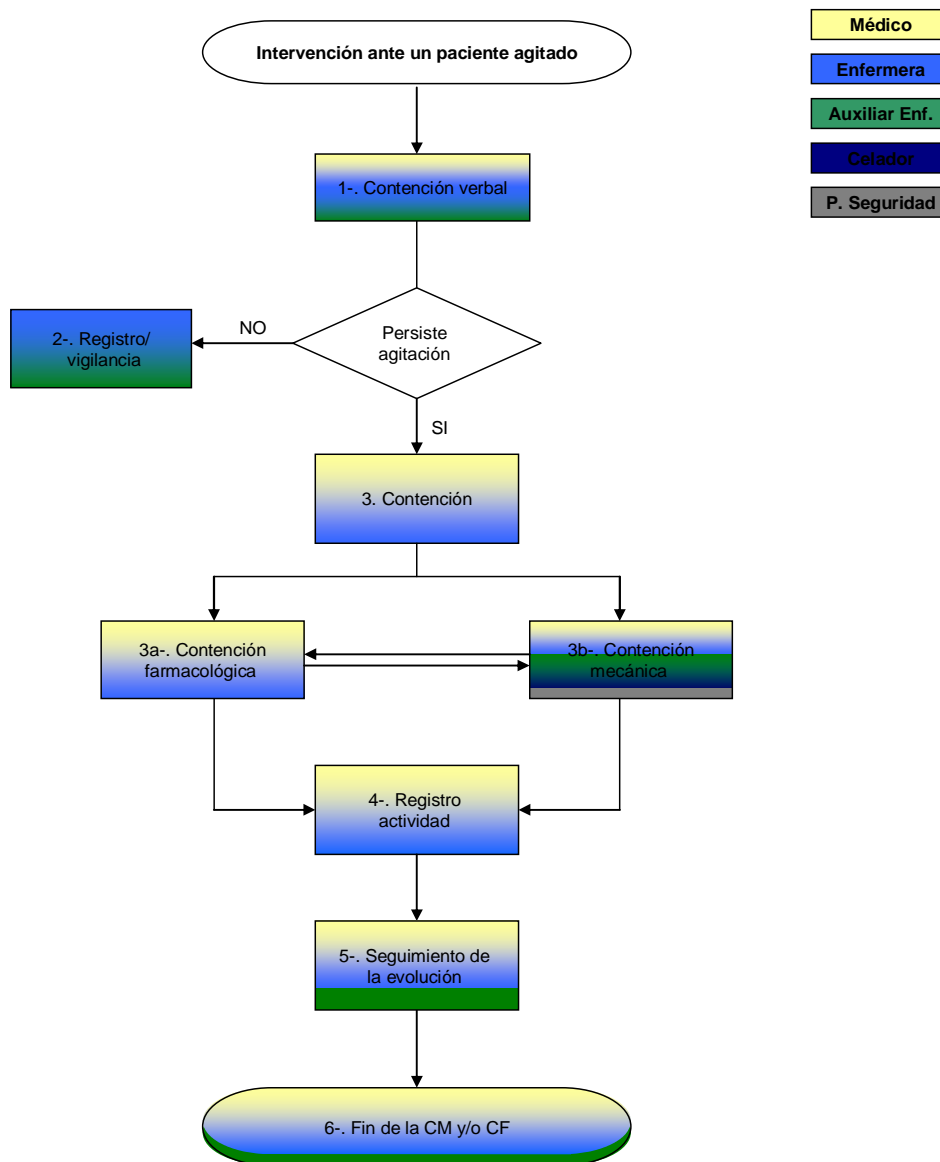
3. Información

Dirigida a:	Contenido:
Personal Sanitario y no Sanitario del Servicio Riojano de Salud y Personal de Seguridad	Procedimiento de intervención ante un paciente agitado.

4. Recursos del procedimiento

<p>Recursos Humanos Médico-a Enfermera-o Auxiliar de Enfermería Técnico del A.G.C de Diagnóstico por la Imagen Auxiliar Administrativo Celador Personal de Seguridad</p>	<p>Características de calidad - Conocedores del procedimiento - Capacidad de reacción - Formación en el manejo del paciente agitado</p>
<p>Recursos Farmacológicos Medicamentos</p>	<p>Características de calidad - Stock de farmacia actualizado en caducidades y productos</p>
<p>Recursos Materiales Sistema de sujeción propio del Hospital Habitación individual</p>	<p>Características de calidad - Sistemas de seguridad homologados - Habitación con circuito cerrado de televisión (CCTV) - Material de sujeción revisado</p>

5. Diagrama



6. Descripción cronológica de actividades

Actividad	Descripción
<p>1-. Contención verbal.</p>	<p><u>Médico y/o Personal de Enfermería</u></p> <p>La contención verbal es el primer nivel de actuación ante un paciente agitado.</p> <p>Definimos Contención verbal (CV) como: "medida terapéutica a utilizar en aquellos casos en los que la pérdida de control del paciente no sea total, utilizando para ello <i>estrategias de comunicación</i> que afronten adecuadamente situaciones donde un sujeto pueda tener un comportamiento potencialmente violento".</p> <p>Definimos Agitación Psicomotriz como: "síndrome inespecífico de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañada de una activación vegetativa de mayor o menor intensidad (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales".</p> <p>Una de las medidas esenciales, tanto para la prevención como para la intervención efectiva de los profesionales, es: informarse acerca de los pacientes a su cargo, conocer antecedentes, situación clínica, evolución, datos de agresividad previa, etc; así como saber reconocer las señales de violencia.</p> <p><i>Señales de inicio de violencia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hablar más rápido - Subir el volumen de la voz - Ser sarcástico - Utilizar un lenguaje grosero - Deambular constantemente - Señalar con el dedo - Apretar la mandíbula - Apretar cualquier objeto con las manos - Mantener una mirada desafiante y una actitud altiva <p><i>Señales de violencia inminente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cerrar los puños y mostrarlos - Agitar el puño cerrado - Levantar el puño por encima del hombro - Golpearse la palma de la mano con el puño - Adoptar posición de ataque - Expandir el tórax y ensanchar los hombros - Buscar un objeto utilizable como arma - Mantener la mirada fija en un objeto o una persona <p><u>Medidas a procurar referidas al entorno</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Invitar o conducir al paciente a un entorno seguro y bajo en estímulos. Valorar la conveniencia de la presencia de los familiares. - Procurar la seguridad del personal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Guardar una distancia segura y situarse de frente al paciente, cerca de la puerta de salida, que debe estar entreabierta o cerrada sin llave. ▪ Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta. ▪ Si es posible, realizar esta intervención con otros compañeros.

	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar los objetos potencialmente peligrosos que se encuentren en la sala, siempre que sea posible. - Eliminar factores ambientales que puedan irritar al paciente: luces, ruidos, etc. - Evitar interrupciones que provengan del entorno (p.ej: llamadas telefónicas) <p><u>Medidas de comunicación no verbales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener la calma y el control de la situación. - Si es posible, sentarse a la misma altura que el paciente. - La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad. - No mirar fijamente al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo evitarlas puede ser interpretado como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual. - Cuidar nuestro lenguaje no verbal: evitar gestos amenazantes, bruscos. - No elevar las manos ni ocultarlas, no cerrar los puños. - Evitar el contacto físico con el paciente. - Disponer de medidas previamente convenidas para que, si es necesario, intervenga el resto del equipo (toser, carraspear, etc). <p><u>Medidas de comunicación verbales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Empatizar con el paciente, mostrarle respeto hablándole despacio con tono firme, sin autoritarismo y sin emitir juicios sobre su conducta. - Hablar con el paciente y reconducir la situación, evitando la pérdida de control y la aparición de la agresividad. No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airosas y ayuda. - Escuchar activamente facilitando que hable el paciente, no interrumpir su discurso. - La intervención la realizará el Médico o la Enfermera, y tendrá como finalidad centrar al paciente y evitar que su atención se disperse. Estos profesionales podrán designar la intervención a otro miembro del equipo. <p><u>Ante el riesgo de violencia inminente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Advertir al paciente que la violencia no es aceptable. - Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo. - Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente. - Informarle de que se recurrirá a la contención mecánica si la situación lo requiere. - Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, y no sanitario dispuestos a tomar medidas).
<p>2-. Registro y vigilancia.</p>	<p>En muchas ocasiones la contención verbal es suficiente, y el paciente poco a poco se va tranquilizando. A veces es efectiva mientras se permanece con el paciente.</p> <p><u>Personal de Enfermería</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar estrechamente al paciente por riesgo de reaparición de episodio de agitación.

	<p><u>Enfermera-o</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar la actuación inicial y evolutiva en la Historia Clínica del paciente.
<p>3-. Procedimiento de contención: farmacológica y/o mecánica.</p>	<p>3 a) CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA Definimos Contención Farmacológica (CF) como: "medida terapéutica que consiste en la administración de psicofármacos con el fin de provocar una sedación suficiente en el paciente que logre el control de un episodio de agitación".</p> <p><u>Médico-a</u> Realizar la prescripción de los medicamentos cuando sea necesaria dicha contención farmacológica.</p> <p><u>Enfermera-o</u> Administrar la medicación pautada por el Médico.</p> <p>El Médico-a o la Enfermera-o informarán a los pacientes/ familiares de la medida adoptada según sus competencias profesionales.</p> <p>3 b) CONTENCIÓN MECÁNICA Definimos Contención Mecánica (CM) como: "uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad motora y protegerlo de las lesiones que pudieran infringirse a sí mismo, a otros o al entorno, cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas".</p> <p>Hay <u>varias formas de contención mecánica</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De 5 puntos: se inmoviliza tronco y las 4 extremidades ▪ De 4 puntos: se inmoviliza cintura, las extremidades inferiores y una de las extremidades superiores ▪ De 3 puntos: se inmoviliza tronco y 2 extremidades. Se coloca primero el cinturón abdominal y luego se inmovilizan las extremidades en diagonal: pierna derecha y brazo izquierdo, o pierna izquierda y brazo derecho. <p>La decisión de contener mecánicamente a un paciente debe ser tomada por un Médico-a, pero en situaciones de urgencia la Enfermera-o está autorizada para adoptar esa medida, comunicándola inmediatamente después al Médico responsable.</p> <p>En la Contención Mecánica interviene todo el Personal, Sanitario y no Sanitario: Médico-a, Enfermera-o, Auxiliar de Enfermería, Celador y Personal de Seguridad.</p> <p>El Médico-a o la Enfermera-o informarán a los pacientes/ familiares de la medida adoptada según sus competencias profesionales.</p> <p><u>Procedimiento de Contención Mecánica (NIC: 6580)</u> <u>Consideraciones previas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física ante el paciente; recordar que se trata de una medida sanitaria terapéutica. - Actuar con tranquilidad y serenidad, pero con postura firme, segura y respetuosa. - No portar objetos que puedan producir daños o romperse (gafas, reloj, anillos, pendientes, cadenas, bolígrafos).

- Realizar la Contención siempre que sea posible en una habitación específica a tal efecto, con CCTV y que contenga el mínimo de mobiliario.
- Comprobar el correcto estado de la cama, siempre que la situación lo permita: el equipo debe estar colocado y la cama frenada antes de entrar al paciente en la habitación.
- Eliminar cualquier objeto potencialmente peligroso que se encuentre al alcance del paciente.
- Retirar, cuando sea posible, la ropa del paciente, lo cual le proporciona comodidad y seguridad. Si no fuese posible, retirarle cinturón, mecheros, gafas y cualquier otro objeto que pueda causar daño al paciente, a terceros, así como favorecer intentos de fuga.
- La posición ideal para realizar la Contención Mecánica es en decúbito supino, con la cabecera elevada 30-45º para evitar la desconexión del paciente con el medio y las posibles broncoaspiraciones. En caso de bajo nivel de conciencia colocar en decúbito lateral izquierdo.
- Posibilitar el contacto del paciente con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería, o por medio de un timbre; no olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.
- Ofrecer al paciente un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona; una habitación tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada.
- Evitar toda la expectación posible, alejando a los demás pacientes y personal que no colaboren en la ejecución.
- Durante el tiempo que un paciente se encuentre bajo Contención Mecánica, es imprescindible que el equipo valore el régimen y la duración de las visitas.

Recursos humanos

- El personal mínimo para el desarrollo seguro de la Contención es de 4 personas, entre las que al menos se encontrará una Enfermera-o. Cada persona sujetará un miembro, y sería recomendable que otra sujetase la cabeza, de ahí que el número de personal óptimo sea 5 personas. Es necesario tener en cuenta que la sola presencia del grupo puede ser disuasoria para el paciente.
- Solicitar la presencia de celadores y personal de seguridad, si no es suficiente con el personal sanitario de la propia unidad donde se produzca la necesidad de intervención.
- Dirigir y organizar la técnica es responsabilidad de la Enfermera-o del equipo, la cual puede delegar la función de interlocutor a otro miembro del mismo.

Recursos materiales

- Utilizar el sistema de contención propio del hospital en ese momento.
- Utilizar elementos homologados y que reúnan condiciones de textura, longitud y presión, para evitar lesiones en el paciente. El material estándar (independientemente de que la contención sea de 3, 4 o 5 puntos) está compuesto por:
 - 1 cinturón abdominal con tiras laterales
 - 1 cinta tobillera
 - 2 tobilleras
 - 2 muñequeras
 - 10 cierres magnéticos (botones y bases)
 - 1 llave magnética (imán)

- Realizar un correcto mantenimiento del material, ya que en caso de aplicación del protocolo, la ansiedad provocada y la urgencia de la situación no permiten la búsqueda y comprobación de dicho material.
- Comprobar al menos una vez al mes (atendiendo a la organización interna de cada servicio), que los equipos están completos y en buen estado de conservación y uso.
- Guardar todo el material en la zona de Enfermería, en un lugar de fácil y cómodo acceso. En aquellas unidades donde la frecuencia del uso del material es mayor (p.ej: psiquiatría, urgencias), debe existir SIEMPRE un equipo completo preparado para su rápida utilización.

Ejecución

- Realizar la contención de forma rápida, coordinada y eficaz.
- Explicar el método de contención que se va a utilizar y los motivos para aplicarlo antes de proceder a la restricción de movimientos, siempre que el nivel de conciencia y agitación lo permitan; esta acción puede mejorar la colaboración del paciente.
- El interlocutor responsable debe mantener la comunicación verbal con el paciente durante la contención, para valorar el grado de control del paciente. El resto del equipo debe permanecer en silencio.
- Durante la contención el personal debe:
 - Ser respetuoso
 - Mantener una actitud profesional
 - Mantener una actitud firme pero amable
 - No mostrar cólera
 - Evitar la violencia física y/o verbal. NO RESPONDER a las provocaciones del paciente
- Tumbiar al paciente en la cama manteniendo firmemente sujetos los miembros inferiores y superiores. Si no hubiera personal suficiente una sola persona sujetará los miembros inferiores. Se debe tener en cuenta la sujeción de la cabeza, para evitar que el paciente se golpee o pueda agredirnos.
- La contención se realiza en el siguiente orden:
 - Cintura
 - Miembros inferiores
 - Miembros superiores
- Antes de retirarse el personal, verificar que las sujeciones están colocadas de forma adecuada, seguras y sin presionar al paciente.
- Explicar al paciente cuando acabe la contención, que todas sus necesidades serán atendidas y que se realizarán visitas periódicas por parte del personal para asegurar su bienestar.

Finalizada la contención

- Posibilitar en una habitación aparte que el personal que ha participado en la contención pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la intervención en lo sucesivo, y sobre todo verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas.
- El personal que no interviene debe velar por la seguridad y cuidado del resto de pacientes.
- Después de la crisis es necesario hablar con los pacientes y acompañantes que han presenciado el episodio de contención, para permitir que expresen sus sentimientos y entiendan la pertinencia de la medida.

<p>4-. Registro de la actividad.</p>	<p><u>Médico-a</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescribir la indicación de Contención Mecánica - Prescribir la indicación farmacológica - Registrar las actividades realizadas en la Historia Clínica del paciente <p><u>Enfermera-o</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar en el formulario específico del programa informático (SELENE) en cada turno. - Registrar la actividad realizada en la Historia Clínica del paciente - Registrar hora de inicio y finalización de la contención.
<p>5-. Seguimiento de la evolución.</p>	<p><u>Médico-a</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitar al paciente lo antes posible, dentro de la primera hora tras la contención, en los casos excepcionales en que la Enfermera-o toma la decisión de contener mecánicamente a un paciente, para ratificar o no la continuidad de la contención. - Valorar el estado del paciente como mínimo cada 8 horas mientras dure la contención mecánica y siempre que la Enfermera-o lo requiera. - Valorar la continuidad de la contención mecánica. - Valorar cambios en el plan terapéutico. - Dejar constancia por escrito en la Historia Clínica del paciente de la revisión y realización de los controles efectuados. <p><u>Personal de Enfermería</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar al paciente al menos cada 15 minutos. - Visitar al paciente mínimo cada 2 horas para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Valorar el nivel de consciencia: sedación excesiva, efectos adversos de medicación...etc. ▪ Valorar el nivel de agitación, agresividad y ansiedad. ▪ Vigilar temperatura ambiental (ventilación) ▪ Valorar el estado de las sujeciones. ▪ Vigilar las zonas de sujeción: valorar compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular (pulsos periféricos, temperatura, color, movilidad de extremidades, etc). ▪ Vigilar posibles erosiones de la piel en las zonas de contacto con las bandas de sujeción. ▪ Vigilar aparición de complicaciones: tromboembolismos, aspiraciones, edemas...etc. - Proporcionar cuidados de las necesidades básicas. - Adecuar la dieta en función del nivel de consciencia y de la valoración enfermera. Durante la ingesta el personal de enfermería permanecerá con el paciente. - Realizar control de líquidos: ingesta/ diuresis. - Tomar constantes por turno: TA, Fc, Tª, Sat. O2. - Utilizar material de seguridad en todas las intervenciones (ingesta, aseo). - La Enfermera-o está capacitada para retirar la contención mecánica de forma temporal, con el objeto del cuidado del paciente. - Registrar en la Historia Clínica del paciente la revisión y la realización de los controles efectuados.
<p>6-. Fin de la contención mecánica y/o farmacológica.</p>	<p><u>Médico-a</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar la decisión de retirar la contención. - Informar al paciente de la retirada de la contención. - Prescribir la finalización de la misma. - Prescribir el plan terapéutico a seguir.

- Registrar todo ello en la Historia Clínica del paciente.
- Enfermera-o
- Realizar la retirada de la contención de forma progresiva:
 - Miembros superiores
 - Miembros inferiores
 - Cintura
 - No retirar la contención mecánica a un paciente sin la presencia del personal suficiente.
 - Vigilar la respuesta del paciente a dicha retirada.
 - Registrar todo ello en la Historia Clínica del paciente.

7. Complicaciones potenciales de la intervención del paciente agitado

Referidas a la Contención Farmacológica:

- Broncoaspiración
- Caídas
- Cianosis
- Contracturas
- Depresión respiratoria
- Edemas
- Efectos extrapiramidales
- Estreñimiento
- Incontinencia urinaria o intestinal
- Infecciones nosocomiales
- Parada cardiorrespiratoria
- Riesgos psicológicos: depresión, desorientación, aislamiento social, etc.
- Tromboembolismo

Referidas a la Contención Mecánica:

- Ahorcamiento
- Asfixia
- Broncoaspiración
- Caídas
- Cianosis
- Cizallamientos
- Compresión nerviosa
- Contracturas
- Depresión respiratoria
- Edemas
- Erosiones
- Estreñimiento
- Fracturas/ luxaciones
- Hematomas
- Heridas
- Incendio
- Incontinencia urinaria o intestinal
- Infecciones nosocomiales
- Parada cardiorrespiratoria
- Riesgos psicológicos: depresión, desorientación, aislamiento social, etc.
- Tromboembolismo
- Úlceras por presión

8. Indicadores de calidad

Porcentaje de pacientes que han desarrollado alguna de las complicaciones descritas durante la contención mecánica: nº de pacientes con complicación/ nº total de pacientes con contención mecánica x 100.

Porcentaje de pacientes que han desarrollado alguna de las complicaciones descritas durante la contención farmacológica: nº de pacientes con complicación/ nº total de pacientes con contención farmacológica x 100.

Porcentaje de contenciones verbales realizadas con éxito: contenciones verbales realizadas efectivas/ nº total de contenciones verbales realizadas x 100

Porcentaje de contenciones farmacológicas realizadas con éxito: nº de contenciones farmacológicas realizadas efectivas/ nº total de contenciones farmacológicas realizadas x 100

Porcentaje de contenciones mecánicas realizadas: nº de contenciones mecánicas realizadas/ nº total de pacientes agitados x 100

Porcentaje de formularios de agitación cumplimentados: nº de formularios con todos los epígrafes cumplimentados/ nº total de formularios de pacientes agitados x 100

9. Bibliografía

1. Jiménez E., Arza V., Las Heras L.; "Taller de sujeción mecánica". Formación Rioja Salud. La Rioja. Abril 2008.
2. Protocolo de Contención. Hospital Psiquiátrico de Álava. 2001.
3. Protocolo de Contención Mecánica de la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Complejo Asistencial de León. 2006.
4. Protocolo de Atención Integral en Emergencias y Traslados Urgentes por Enfermedad Mental. Comunidad Foral de Navarra. Junio 2008.
5. Madoz C., Martínez M., Otaño M. "El Paciente agitado". Servicio de Psiquiatría del Hospital de Navarra. 2006.
6. Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Abril 2005.
7. Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Psiquiatría. Julio 2004.
8. Protocolo de Contención Mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
9. Téllez JM., Villena A., Morena S., Pascual P., López C.; "El Paciente Agitado"; Guías Clínicas 5(34); Albacete; 2005
10. Revista Hospitalarias nº 275, artículo: ¿Qué hacer ante la Contención Mecánica? (I). Agosto/ Septiembre 2007.
11. Revista Hospitalarias nº 276, artículo: ¿Qué hacer ante la Contención Mecánica? (II). Octubre/ Noviembre 2007.
12. Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Septiembre 2003.
13. Protocolo de Contención Mecánica. GESMA. 2008.
14. Revista Enfermería Global nº 14, artículo: Intervención de Enfermería ante la agitación de una persona discapacitada intelectual institucionalizada. Cánovas Rodríguez, JM, Hernández Ortega, RC. Octubre 2008.
15. Protocolo Valoración de Uso de Sujeciones Físicas en personas mayores que reciben cuidados en un centro de larga estancia. CEOMA. 2006.

16. Guía de Práctica Clínica. Cuidados críticos de Enfermería. Procedimiento de Sujeción Mecánica en UCI. Hospital Txagorritxu. 2004.
17. Atención e Integración de Personas con Discapacidad. IFI. Formación, consultoría y proyectos.
18. Revista NURE investigación nº 6, artículo: El Paciente Agitado: Planificación de cuidados. Junio 2004.
19. Comisión Deontológica Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. "Consideraciones ante las contenciones mecánicas físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales". Barcelona 2006.
20. McCloskey J., Bulechek GM. "Clasificación e Intervenciones de Enfermería (NIC)"; Cuarta Edición; Elsevier España S.A.; Madrid; 2005.
21. Comité de Ética Asistencial (CEA); "Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización"; Sagrat Cor Serveis de Salut Mental; Martorell (Barcelona); 2004.
22. Correas J, Ramírez A., Chinchilla A.; "Manual de Urgencias Psiquiátricas"; Masson; 2003.
23. Hyman S.E.; "Manual de Urgencias Psiquiátricas"; Masson Little; 1996.
24. Ley 1/2000, 7 Enero, de Enjuiciamiento Civil (artículo 763).
25. Ley 41/2002, 14 Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

10. Equipo de trabajo

- Cestafe Martínez, Carmen – Supervisora Unidad Agudos Psiquiatría Hospital San Pedro
- Ezquerria Pérez, Joaquín – Subdirector de Salud Mental
- Gil Argai, Rosa - Supervisora de Área Funcional de Procesos y Metodología
- Ibáñez Sáenz, Alicia - Supervisora de Área Funcional de Procesos y Metodología
- Mazo Hernández, María Teresa - Supervisora de Área Funcional del Servicio de Urgencias Hospital San Pedro
- Santolalla Arnedo, Iván – Supervisor Unidad Media Estancia de Psiquiatría del Hospital General de La Rioja

Fecha implantación: Mayo 2009

Fecha próxima revisión: en 2 años o antes si la evidencia científica lo justifica

INFORMACIÓN SOBRE TAG

TAG: Dispositivo de identificación personal y seguimiento por radiofrecuencia



TAG insertado en su pulsera.

METODOLOGÍA

Cuando se detecte a un paciente subsidiario de llevar un TAG, se colocará el que se dispone en urgencias. Si se precisa un segundo TAG, se solicitará (TAG y pulsera) a la Planta de Pediatría, firmando el impreso de préstamo.

La enfermera responsable informará al paciente y familiares/acompañantes (si los hubiere) de la necesidad de ponerle el sistema de seguridad electrónica y de la obligación de llevarlo continuamente.

Colocación del TAG.

- Asegurarse de que el Servicio de Seguridad conoce el nº de dispositivo prestado y la ubicación del paciente.
- Colocar el TAG en su pulsera específica
- Poner la pulsera al paciente en la muñeca o tobillo y ajustarla con la llave específica (cintas de colocación de TAG) mediante giros.

Alarma

- Si el paciente sale del hospital por cualquier puerta, se dispara una alarma en el Servicio de Seguridad.
- Seguridad llamará a urgencias para comprobar que el paciente no está en el servicio e iniciará su búsqueda.

Retirada del TAG.

- Informar al servicio de seguridad de la retirada del dispositivo
- Separar el dispositivo (TAG) de la pulsera.
- Cortar la pulsera con una tijera y desecharla.
- El TAG deberá ser intercambiado con otro de la planta de pediatría con una periodicidad semanal para su recarga.

EL DISPOSITIVO TAG NO ES DESECHABLE, NO TIRAR, NI EXTRAVIAR



Hospital San Pedro

Servicio de Urgencias

Protocolos



ÁREA DE SALUD DE LA
RIOJA

Hospital San Pedro

Subdirección de
Enfermería de
Atención
Especializada

Solicitud préstamo
TAG

SOLICITUD PETICIÓN DISPOSITIVO TAG

DATOS DEL PROFESIONAL QUE SOLICITA EL TAG	Nombre y apellidos..... Servicio peticionario..... Firma..... Supervisora Unidad peticionaria..... Firma Supervisora..... Fecha y hora petición.....
DATOS DEL PACIENTE PARA EL QUE SE SOLICITA EL TAG	Nombre y apellidos..... Nº de habitación..... Historia Clínica.....
DATOS DEL PROFESIONAL QUE ENTREGA EL TAG	Nombre y apellidos..... Nº TAG..... Notificación a seguridad..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Fecha y hora préstamo..... Firma.....
DATOS DEL PROFESIONAL QUE DEVUELVE EL TAG	Nombre y apellidos..... Servicio..... Notificación a seguridad..... SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Firma.....
DATOS DEL PROFESIONAL QUE RECOGE EL TAG	Nombre y apellidos..... Fecha y hora recogida..... Firma.....

FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES

1.- Médico de urgencia hospitalaria:

- Atención médica al paciente.
- Decisión sobre los medios de contención necesarios.
- Decisión sobre los medios necesarios para la vigilancia de los pacientes.
- Estimación de riesgos.
- Notificaciones a fuerzas de seguridad, juzgados...
- Decisión de pertinencia de derivación a unidad de salud mental.
- Decisión de necesidad de interconsulta con psiquiatra de guardia.
- Colaborar en las tareas de contención.

2.- Psiquiatra:

- Las propias del médico de urgencia hospitalaria.
- Decisión en exclusiva de la necesidad de ingreso hospitalario del paciente en la planta de psiquiatría.

3.- DUES de urgencias:

- Triage de pacientes y estimación de riesgos.
- Control de pacientes.
- Aplicación de prescripciones facultativas.
- En ausencia del facultativo, decisión de medidas de contención mecánica hasta que el facultativo se encuentre presente.
- Colaborar en las tareas de contención.

4.- Auxiliar de urgencias:

- Colaborar con DUE en el control de pacientes.
- Aplicación de prescripciones propias de su función.
- Colaborar en las tareas de contención.

5.- Celador:

- Vigilancia y acompañamiento de los pacientes.
- Movilización, traslado y transporte de los pacientes.
- Colaborar en las tareas de contención.

6.- Personal de seguridad:

- Colaborar en las tareas de contención.
- Acompañar al celador en el ingreso de pacientes psiquiátricos.
- Prevención de riesgos para personas y enseres.
- Custodia de enseres que les sean confiados.