GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES

2009

PARTICIPANTES

- DIRECTOR GERENTE.- Dr. José Martínez
- DIRECTORA MEDICA.- Dra. Mercedes Martínez-Novillo
- SUBDIRECTOR DE ENFERMERIA.- D. Gines Rodríguez
- ASESOR LEGAL.- D. Oscar Fuentes
- SERVICIO DE FARMACIA.- Dr. Eduardo Climent
- SERVICIO DE PSIQUIATRIA.- Dr. Enrique Pérez
- SERVICIO DE URGENCIAS.- Dr. Pere Llorens y Dña. Carmen Esteban

INDICE

1- PROLOGO

2. CONTENCIÓN PSÍQUICA.

3- CONTENCIÓN MECÁNICA

3a. Objetivo

3b. Indicaciones

3c. Contraindicaciones

3d. Procedimiento

3e. Observación y seguimiento

3f. Aspectos legales

4- CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

4a. Objetivo

4b. Selección del fármaco

4c. Contención farmacológica en situaciones especiales

5. PACIENTE MÉDICO-QUIRÚRGICO CON ALTO RIESGO DE SUICIDIO.

6- BIBLIOGRAFÍA

7- ÁRBOL DE DECISIÓN

8.- ALGORITMO 1 Y 2 DE CONTENCION FARMACOLÓGICA

9- ANEXOS

I. FORMULARIO DE INDICACIÓN de CONTENCIÓN FÍSICA
II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
III. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL FAMILIAR
IV. COMUNICACIÓN AL JUEZ
V. ESCALA DE PATTERSON
VI. NORMATIVA DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL DE CONTENCIÓN FÍSICA

1. PRÓLOGO

La presente guía/protocolo pretende ser una herramienta que nos ayude a la hora de tomar decisiones, sin embargo estamos seguros que no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica clínica diaria. Esperamos sirva como referente.

Es frecuente en la mayoría de los servicios de un Hospital General que se sucedan episodios de agitación/violencia protagonizados por pacientes tanto con patología orgánica como psiquiátrica. La agitación psicomotriz puede formar parte como síntoma de un numeroso volumen de enfermedades médicas.

Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos, entre otras medidas terapéuticas con la contención física. Se trata de un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y procedimiento específico. Es importante conocer dichos aspectos para su adecuada aplicación.

Sin olvidar que dicha medida terapéutica sitúa al paciente en un estado de privación de libertad con implicaciones legales. Esta circunstancia está regulada desde el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución, por lo tanto actuaremos bajo su autoridad.

Resultado de todas las anteriores reflexiones es la presente guía/protocolo, que pretende ser de utilidad a aquellos en todos servicios del Hospital General Universitario de Alicante.

2. CONTENCIÓN PSÍQUICA.

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización, con una actitud de escucha, estimulando su capacidad de pensar y de verbalizar los impulsos auto y hetero-agresivos. No deben asumirse riesgos innecesarios pero en agitaciones leves-moderadas de origen psicógeno puede evitar el paso a la acción. Algún miembro de la familia o allegado puede contribuir en esta fase.

3. CONTENCIÓN MECÁNICA

3a. OBJETIVO

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

3b. INDICACIONES

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Las indicaciones por tanto serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retira de vías, sondas naso gástricas...).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

3c. CONTRAINDICACIONES

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- No exista indicación
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención cómo el verbal y/o farmacológico.
- Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.

- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las Fuerzas de Seguridad).

- Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado).

3d. PROCEDIMIENTO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA

La toma de decisiones.

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia.
Si en el momento de decidir y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el DUE esta expresamente autorizado para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al medico con la menor demora posible.

Debe constar en la historia clínica del enfermo y en la hoja de tratamiento, siendo anotada dicha decisión tanto por medico como por del DUE

Si la indicación de SM la realiza el medico vía telefónica, la enfermera lo registrara en su evolutivo especifico, quedando pendiente el facultativo responsable de firmar dicha orden en la hoja de tratamiento así como en la historia clínica y rellenar el formulario/s pertinente/s

Personal y medios materiales.

El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo seria cinco, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza.

Se requerirá la presencia de los celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de seguridad.

La colaboración para la contención será de todo el personal, sin embargo la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, así como del número de ganchos necesario para cada sujeción y al menos un imán, y por ultimo sin olvidar una cama con sistema de frenado.

Los juegos completos de sujeciones los tendrán en custodia los jefes de turno de celadores quienes se encargaran así mismo de su mantenimiento (Ver anexo VI).

MEDIDAS GENERALES

- **Información al paciente**

El uso de la medida excepcional y urgente de la contención física en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias protagonizadas.

- **Actitud del personal**

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria y no de una venganza o pelea.

No forzar en los movimientos.

Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos como las esquinas de los muebles u objetos con los que pueda dañarse. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.

Actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.

- **Seguridad y comodidad del paciente**

En la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.

En el caso que fuese imposible desvestir al paciente, se deberán retirar los cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, o favorecer los intentos de fuga.

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

- **Hábitat de calma y confianza**

Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde vaya a permanecer durante la contención será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o por medio de un timbre, no hay que olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.

Si en el paciente se ha descrito un alto riesgo de suicido estructurado y patente, se intentará el traslado a la tercera planta del hospital (habitación 311), por estar adecuada para tal fin (entre otras medidas tendrá selladas las ventanas) y estar situada en una de las plantas mas bajas de dicho hospital y cercana al control de enfermería

Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarle lesiones cutáneas.

3e. OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones nos hacen afirmarlo, la primera la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en si misma, y la segunda por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

La valoración médica del paciente sujeto se realizará lo antes posible, aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica. En el caso de encontrar necesario prevención de riesgo tromboembólico se pautará heparina de baja peso molecular (Hibor) a dosis de 2500 o 3500 UI, vía subcutánea.

El paciente debe ser observado por el personal de enfermería las veces que se estimen oportunas, constancia en las hojas de seguimiento propias. Además cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado.

Se ejecuta de forma progresiva, se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez. A continuación se valora conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron a la misma.

Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes:

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte:

- Inmovilización de pacientes fumadores
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- 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
- Inmovilización de mujeres embarazadas

3f. ASPECTOS LEGALES

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (*internamientos involuntarios*) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (*consentimiento informado*) en relación con el articulo 3 de la Ley 1/2003 del 28 de enero de la Generalitat Valenciana

1.- Privación de la libertad del sujeto :

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial.

- Procedimiento general en casos no urgentes

Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

- Procedimiento en caso de urgencia

En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesaran antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital (del servicio implicado), deberá comunicar la nueva situación del enfermo.

2. Acción terapéutica sin el consentimiento del paciente:

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

En los casos que requieren sujeción, lo frecuente es que se presenten simultáneamente las condiciones a) y c) anteriores. En estos casos, salvo si se puede recabar el consentimiento informado de un familiar y las circunstancias nos lo permiten, el personal sanitario puede actuar sin él, amparado en la eximente de

responsabilidad penal que surge del *estado de necesidad* del artículo 20.5 del Código Penal, ya que se considera que la aplicación del procedimiento es un mal menor frente a la no aplicación del mismo. Tras superarse la situación de urgencia, debe informarse inmediatamente al paciente, a sus familiares o personas allegadas sobre la intervención terapéutica aplicada.

3. Actuación en la inmovilización de un paciente:

Veremos los distintos supuestos:

1.-**Ingreso voluntario y consentimiento del paciente para su inmovilización**.

Si la contención mecánica es voluntaria o es solicitada voluntariamente por el paciente competente que se encuentra ingresado con carácter voluntario, tendrá que firmar el *Formulario de consentimiento del paciente* (II). El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento. En este caso, se valorará de nuevo la situación y la indicación de inmovilización del paciente.

2.-**Paciente con patología orgánica: Ingreso voluntario y ausencia del consentimiento del paciente para su inmovilización**

Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica contención mecánica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Cuando no sea posible recabar el consentimiento familiar, el facultativo podrá actuar directamente.

En el supuesto que el facultativo indique la contención y el familiar o allegado no lo consienta, se rellenará el formulario de comunicación al Juez, y remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica)

3.- Paciente con patología orgánica que precisa ingreso y con facultades mentales mermadas y no esté capacitado para tomar decisiones (en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas) o cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento e internamiento en contra de voluntad: Ingreso involuntario

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Se rellenará el formulario de comunicación al Juez (anexo IV), y remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica)

Si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de contención física ya era involuntario se remitirá al juzgado, que tiene conocimiento, únicamente el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I).

4.- **Paciente con patología psiquiátrica que precisa ingreso por dicha patología e internamiento en contra de voluntad: Ingreso involuntario**

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Se rellenará el formulario de comunicación al Juez (anexo IV), y remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica)

Y se contactará con Psiquiatría del Hospital de San Juan para valorar su traslado, quienes tras su valoración procederán a seguir los pasos legales pertinentes si se precisaran

CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

Encontrar pacientes protagonizando una conducta agresiva o agitada puede suceder en cualquier centro, consulta o servicio hospitalario. Es necesario realizar una evaluación del estado clínico del sujeto, siempre y cuando sea posible y sin correr riesgos lesivos.
Determinar la causa de la agitación nos orienta a la pauta farmacológica a elegir. Si esto no fuera factible, seguiremos las recomendaciones generales expuestas a continuación.

4a. OBJETIVO

Su uso queda localizado en el momento que la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo. El objetivo es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño pero sin que pierda la conciencia. También la duración del tratamiento deberá ser lo más corta posible para evitar agravar, en algunos casos, el cuadro de base.

4b. SELECCCION FARMACOLOGICA

Los algoritmos 1 y 2 recogen la secuencia necesaria para el abordaje farmacológico de urgencias y la evaluación médica del paciente.

En el algoritmo 1 se describe el protocolo de contención farmacológica así como información específica sobre algunos fármacos. Los principios básicos son los siguientes:

- En pacientes gravemente agitados o violentos que requieren sedación inmediata se prefiere el uso de un neuroléptico típico potente (haloperidol) o una benzodiazepina de acción corta (midazolam) o una combinación de ambos.
- En pacientes con agitación secundaria a intoxicación o deprivación es preferible una benzodiazepina.
- En pacientes con agitación indiferenciada se prefiere el uso de benzodiazepines, aunque los neurolépticos típicos son una alternativa razonable.
- En pacientes agitados de origen psiquiátrico se prefiere un neuroléptico típico, aunque los atípicos (ziprasidona o risperidona) son una alternativa razonable.
- En pacientes colaboradores es preferible la vía oral frente a la vía parenteral, pues está última podría considerarse una actitud hostil en lugar de terapéutica.

Cuando una clase farmacológica no ofrece la respuesta deseada se puede pasar a otra, y del mismo modo si apareciesen reacciones adversas de tipo paradójico.

En el algoritmo 2 se aborda el manejo de posibles factores desencadenantes del cuadro de agitación, así como el diagnóstico etiológico y diferencial frente al delirio o síndrome confusional agudo.

4c. CONTENCION FARMACOLOGICA EN SITUACIONES ESPECIALES

1.- **Gestante**

Siempre intentar el control de la situación mediante medios no farmacológicos.

En caso de requerirse tratamiento con fármacos:

- Neurolépticos típicos: De elección, Haloperidol Categoría C de embarazo pero algunos expertos aceptan su uso en crisis psicóticas en embarazadas.

- Benzodiazepinas: deberán evitarse. De utilizarse, preferible seleccionar las de vida media corta y preferentemente vía oral (p.ej. lorazepam).

2.- **Paciente médico-quirúrgico con alto riesgo de suicidio estructurado y manifiesto**:

En el medio hospitalario coexisten varios factores de riesgo que incrementan el riesgo suicida como son la presencia de enfermedad crónica o invalidante, dolor contínuo, fase terminal de una enfermedad y el diagnóstico de procesos que implican un mal pronóstico a corto plazo.
Cuando estos factores inciden en un sujeto con depresión el riesgo suicida aumenta de manera significativa y debemos poner en marcha las siguientes recomendaciones terapéuticas:

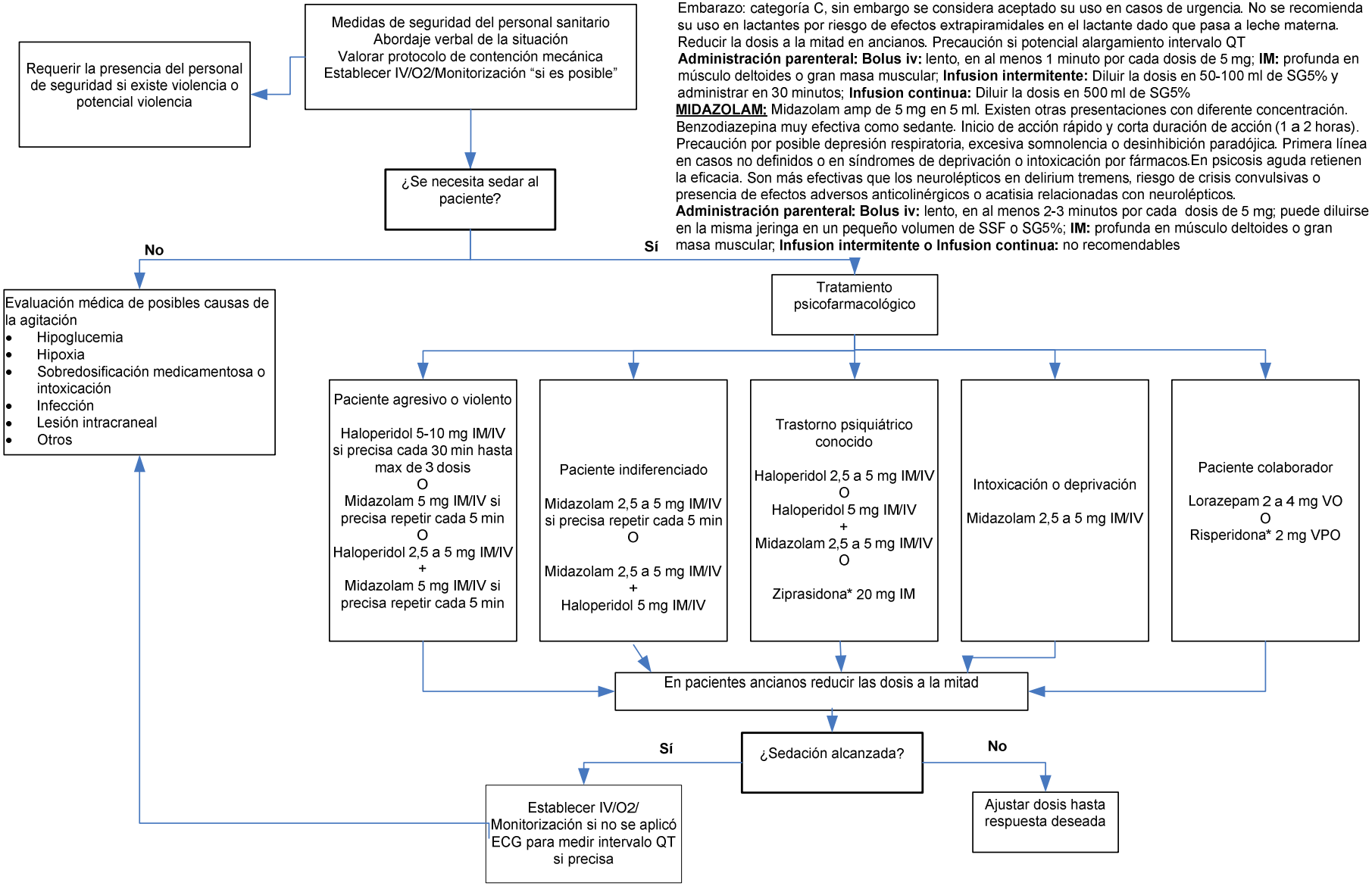
a) asegurar la supervivencia del paciente evitando la consumación del intento, para ello:
   - intentar su traslado a la habitación 311, siempre que el traslado al Servicio de Psiquiatría del Hospital de San Juan no fuese posible por su patología orgánica
   - Intentar que exista la presencia de otro paciente en la habitación.
   - Intentar la presencia continuada de un familiar en la habitación.
   - Retirar objetos potencialmente peligrosos del entorno.
   - Vigilar la toma de medicación para evitar acúmulos con intención suicida.
   - Utilizar la escala de Patterson como screening de gravedad (Anexo V).
b) Anamnesis y exploración psicopatológica a través de la solicitud de una interconsulta psiquiátrica.
   - al psiquiatra consultor del hospital en horario de mañana (Lunes a Viernes).
   - Al psiquiatra de guardia del hospital de San Juan el resto del tiempo.
c) Plantear un abordaje farmacológico y/o contención mecánica si precisa.
d) Plantear la necesidad de ingreso psiquiátrico: siempre se valorará su traslado para ingreso psiquiátrico y si este no fuese posible por la enfermedad orgánica del paciente, se decidirá conjuntamente la mejor opción terapéutica con el psiquiatra. Deberá quedar anotado por el médico responsable del enfermo de todas las acciones y actitudes tomadas.
e) Entrevista familiar.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Calcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005
2. Cañas de Paz, F. "Urgencias Psiquiátricas". Monografías de Salud Mental. CAM. 1995
3. Díaz González, R.; Hidalgo, I. "Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas". Edit Mosby. 1999
4. Fernández, R. "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
5. Kaplan & Sadock´s. "Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J. ; Sadock, V.A. 2003.
6. Lavore, F.W. "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Ann Emerg Med 1992; (1):25-32.
7. Ramos Brieva, J.A. "Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento". Edit. Masson. 1999
8. Sullivan, M. " La entrevista psiquiátrica". Ed. Psique. 1974
9. Protocolo de contención. 2005. Hospital Príncipe de Asturias. Alcala de Henares
10. Protocolo de contención mecánica. 2003. Hospital 12 de Octubre. Madrid
11. Díaz González, RJ., Hidalgo Rodrigo, MI. " Guía de actuación en la clínica psiquiátrica" Ed Pharmacia-Upjhon. 1999
12. Rojo Rodes, JE., Cirera Costa, E. " Interconsulta psiquiátrica" Ed Masson.1997.
13. Moore G y cols. Assessment and management of the acutely agitated or violent adult. 2009 UpToDate.
14. Francis J y cols. Prevention and treatment of delirium and confusional states. 2008 UpToDate.

Algoritmo 1

Manejo del paciente con agitación aguda grave o paciente violento



Información farmacológica

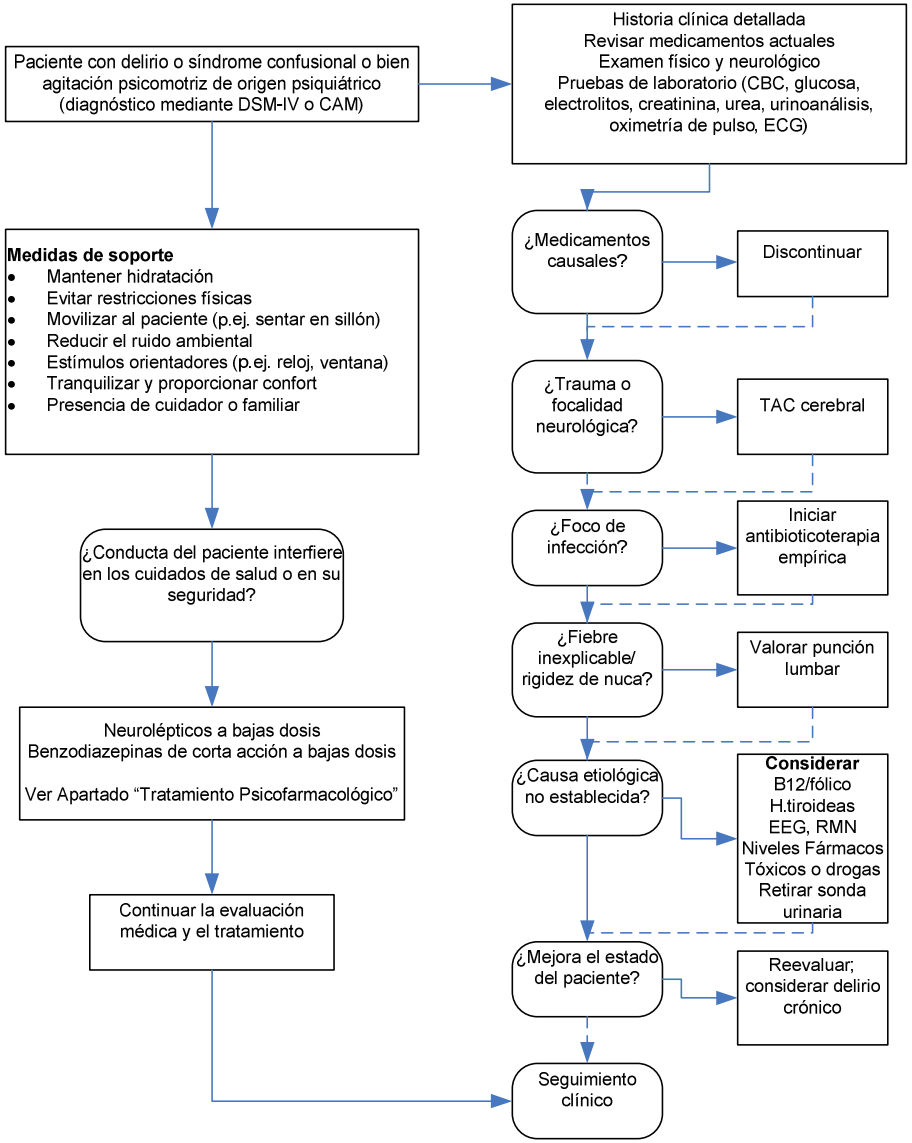
HALOPERIDOL: Haloperidol amp de 5 mg en 1 ml. Neuroléptico típico (butirofenona), agente de primera línea inicio de acción 30-60 min. Contraindicado si síndromes de deprivación o intoxicación por anticolinérgicos. Embarazo: categoría C, sin embargo se considera aceptado su uso en casos de urgencia. No se recomienda su uso en lactantes por riesgo de efectos extrapiramidales en el lactante dado que pasa a leche materna. Reducir la dosis a la mitad en ancianos. Precaución si potencial alargamiento intervalo QT
Administración parenteral: Bolus iv: lento, en al menos 1 minuto por cada dosis de 5 mg; **IM:** profunda en músculo deltoides o gran masa muscular; **Infusion intermitente:** Diluir la dosis en 50-100 ml de SG5% y administrar en 30 minutos; **Infusion continua:** Diluir la dosis en 500 ml de SG5%

MIDAZOLAM: Midazolam amp de 5 mg en 5 ml. Existen otras presentaciones con diferente concentración. Benzodiazepina muy efectiva como sedante. Inicio de acción rápido y corta duración de acción (1 a 2 horas). Precaución por posible depresión respiratoria, excesiva somnolencia o desinhibición paradójica. Primera línea en casos no definidos o en síndromes de deprivación o intoxicación por fármacos.En psicosis aguda retienen la eficacia. Son más efectivas que los neurolépticos en delirium tremens, riesgo de crisis convulsivas o presencia de efectos adversos anticolinérgicos o acatisia relacionadas con neurolépticos.
Administración parenteral: Bolus iv: lento, en al menos 2-3 minutos por cada dosis de 5 mg; puede diluirse en la misma jeringa en un pequeño volumen de SSF o SG5%; **IM:** profunda en músculo deltoides o gran masa muscular; **Infusion intermitente o Infusion continua:** no recomendables

* La seguridad de los antipsicóticos atípicos en pacientes geriátricos no está plenamente establecida
ECG: electrocardiograma; **IM**: intramuscular; **IV**: intravenosa; **VO**: vía oral; **SSF:** Solución salina fisiológica ó ClNa 0,9%; **SG5%:** Solución de Glucosa 5%

Algoritmo 2

Manejo del paciente con delirio o síndrome confusional



CAM Confusion Assessment Method

Se trata de una escala que consta de 2 partes.

La primera parte evalúa deterioro cognitivo general y consta de los siguientes ítems:

1. Inicio agudo y curso fluctuante
2. Inatención
3. Pensamiento desorganizado
4. Alteración del nivel de conciencia
5. Desorientación espacio/temporal
6. Alteración de la memoria
7. Alteración de la percepción (alucinación, confusión o ilusión)
8. Agitación psicomotriz
9. Enlentecimiento psicomotriz
10. Alteración del ciclo vigilia-sueño

La segunda parte sólo incluye los primeros cuatro ítems que son los que demostraron mayor habilidad para diferenciar delirio o confusión reversible, de otros tipos de deterioro cognitivo. Es un instrumento que identifica presencia o ausencia de delirio pero no mide magnitud o severidad del mismo, lo que lo hace poco útil para detectar mejoría o empeoramiento clínico.

Es decir sirve para diagnostico pero no para seguimiento.

ITEM 1: INCIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE

¿Hay alguna evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente?

¿Hay cambios o fluctuaciones de la conducta durante el día, es decir tendencia a aparecer y desaparecer o mejorar y empeorar?

ITEM 2: DISPERSIÓN O INATENCIÓN

¿Tiene el paciente dificultad para focalizar su atención, se distrae con facilidad? ¿O tiene dificultad para seguir el hilo de lo que dice?

ITEM 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO

¿Es el pensamiento del paciente incoherente o desorganizado? ¿Muestra una ideación ilógica o cambia de manera impredictible de un tema a otro, mostrando una conversación irrelevante?

ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

¿Cómo clasifica el estado de conciencia general del paciente?

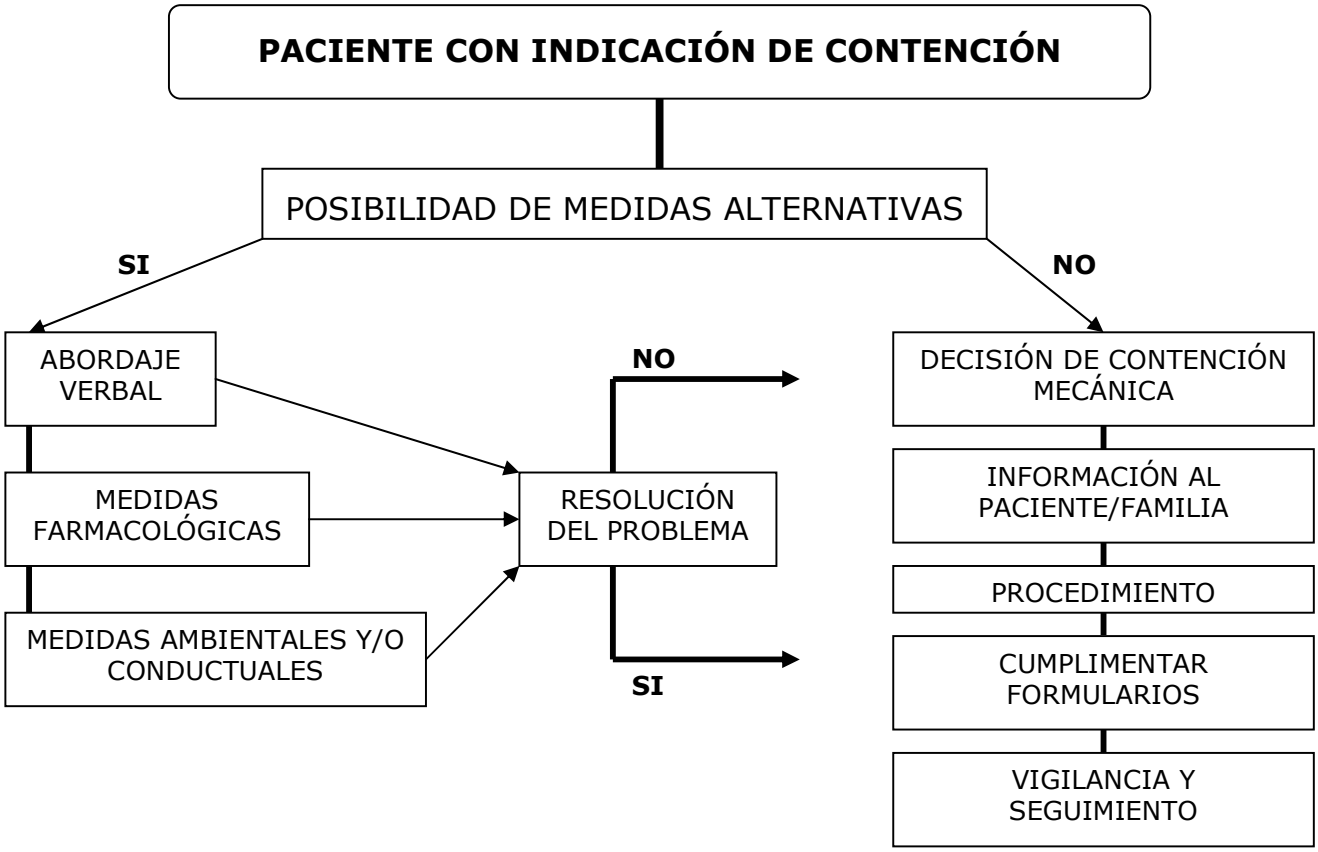
(Cualquier respuesta diferente de "alerta")

Alerta (Normal)
Vigilante (Hiperalerta)
Letárgico (Somnoliento y fácilmente despertable)
Estuporoso (Difícil de despertar)
En coma

El diagnóstico de delirio exige la presencia de 3 ítems. El ítem 1 y 2 presente y además el ítem 3 ó el ítem 4

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales 4ªEdición;

CAM: Confusion Assessment Method


PACIENTE CON INDICACIÓN DE CONTENCIÓN
POSIBILIDAD DE MEDIDAS ALTERNATIVAS
SI
NO
ABORDAJE VERBAL
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS
MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES
RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA
NO
SI
DECISIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA
INFORMACIÓN AL PACIENTE/FAMILIA
PROCEDIMIENTO
CUMPLIMENTAR FORMULARIOS
VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

ANEXO I

CONTENCIÓN FÍSICA : FORMULARIO DE INDICACIÓN

Nombre:.....

Apellidos:.....

NHC:.....

Servicio:.....

Fecha indicación:...../...../..... Turno: Mañana □ Tarde □ Noche □

Fdo.:..... Fdo.:.....

DUE responsable Médico que indicó la contención

Indicaciones de la contención

□ Riesgo de lesiones a terceras personas

□ Riesgo de lesiones a si mismo

□ Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos (arranque de vías, sondas...)

□ Para evitar daños físicos significativos en las instalaciones del servicio (mobiliario...)

□ Otros

Tipo de sujeción

□ Miembros superiores □ Miembros inferiores □ Tórax □ Todos

□ Un miembro superior y otro inferior □ Un miembro superior otro inferior y un tórax

Situación clínica del paciente

Diagnóstico:.....

Estado:

Agitado □ Violento/agresivo □ Confuso/desorientado□ Impulsividad suicida □

SERVICIO de URGENCIAS

Medios fracasados antes de la contención

□ Contención verbal

□ Contención farmacológica

□ Distracción con una actividad

□ Conversación con un familiar

□ No fue posible intentar otra alternativa

Neuroleptización rápida

□ Si □ No

Cual:.....

Fdo.: .....

Médico responsable

Fdo.: .....

Médico testigo

Si comunicación al juez de guardia anotar fecha: ...../...../..... a las..... horas.

GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

ANEXO II

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

_ _ _ _ _ _ _ _

Día mes año

Del inicio de la contención

D./Dña._____mayor de edad,

Con DNI_____, internado en el Servicio de _____ del

Hospital General Universitario de Alicante

DECLARA:

□ Consentir ser sujetado temporalmente con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado. Mis médicos me han informado que es el único medio de conseguir controlar mi agitación y/o violencia y que seré liberado inmediatamente después de recuperar mi control.

□ Que solicita voluntariamente ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimiese en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

□ Que acepta ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello como parte de una terapia de conducta previamente acordada con los médicos que me atienden. Quienes me han explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar, aplicados a mi caso, así corno la existencia de otros tratamientos diferentes al mismo. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimiese en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

ALICANTE a_____de_____de 20___

Fdo.:_____

El paciente (firma, nombre y apellidos)

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción referida por el paciente arriba firmante, por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.:_____ Fdo.:_____

Médico/a DUE

Revocación del consentimiento

D/Dña_____, con DNI_____

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco

Fdo:_____ Fecha:_____

Paciente

SERVICIO de URGENCIAS

ANEXO III.

FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO FAMILIAR

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Día mes año
del inicio de la contención

D./Dña._____mayor de edad,
Con DNI_____,

DECLARA:

Haber sido informado/a por el personal sanitario del Hospital General Universitario de Alicante de la situación clínica de su familiar

D./Dña._____ internado/a en el Servicio de_____, y de la necesidad de controlar la misma mediante contención física y/o aislamiento en una habitación, de forma temporal

Se me ha informado que tal situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal sanitario. Será finalizada dicha medida terapéutica en el momento que la situación clínica así lo permita.

A todo lo cual doy mi conformidad.

Fdo.:_____

El familiar (firma, nombre y apellidos)

ALICANTE a_____de_____de 20___

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.:_____ Fdo.:_____

Médico/a DUE

Revocación del consentimiento

D/Dña_____, con DNI_____

REVOCO el consentimiento anteriormente dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padece el paciente

Fdo:_____ Fecha:_____

Familiar o allegado

ANEXO IV

COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR.

D./Dña._____, Licenciado Medicina, médico del Hospital Universitario de Alicante, con el debido respeto

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente D./Dña_____ de ___ años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos de este Hospital.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente así lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En Alicante_____de_____de 20___

Fdo: Dr/a._____

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA DE ALICANTE

DEL DIA:

ANEXO V.

ESCALA DE PATTERSON.(SAD PERSON SCALE)

- SEXO: VARONES.

- EDAD: MENORES DE 19 AÑOS O MAYORES DE 45.

- DEPRESIÓN.

- INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.

- ABUSO DE ALCOHOL.

- TRASTORNOS COGNITIVOS.

- BAJO SOPORTE SOCIAL.

- PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO.

- NO PAREJA ESTABLE.

- ENFERMEDAD SOMÁTICA.

CADA PREGUNTA RECIBE UN PUNTO. A PARTIR DE TRES YA HAY RIESGO Y ENTRE 7 Y 10 LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA DEBE SER URGENTE.

ANEXO VI.

NORMATIVA DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL

1.- Siempre tiene que estar un juego completo: 2 manos, 2 pies, 4 alargaderas, un tórax, los pinchos correspondientes, 1 imán y tijeras.

2.- En caso de uso de este juego, será repuesto (lo antes posible) en la pared, desde el cajón donde se almacena el material.

3.- Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará a lencería en una bolsa debidamente rotulada, haciendo constar de la planta o servicio de donde procede.

4.- SE RETIRARÁN las chinchetas de sujeción: EN NINGÚN CASO podrán ser enviadas a favor.

5.- Cuando el jefe de turno de celadores haya prestado un Set de sujeción (completo o no) lo dejará reflejado en un libro de incidencias, para su posterior reclamación.

6.- Se realizará el recuento y revisión de material un día a la semana: LOS MIERCOLES, comunicando al jefe de celadores: deterioro y/o perdida de algún elemento de los juegos.