
PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo



CONSELL DE COL·LEGIS DE METGES
DE CATALUNYA

Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

- 1. Criterios asistenciales de inclusión**
- 2. Criterios asistenciales de exclusión y/o derivación**
- 3. Valoración inicial del caso y propuesta terapéutica**
- 4. Protocolo de actuaciones previas para pacientes con posible riesgo para la praxis**
- 5. Atención a las situaciones de crisis**
- 6. Atención telefónica**
- 7. Control de toxicología**
- 8. Derivación a psicología**
- 9. Cambio de terapeuta**
- 10. Información a terceros quebrantamiento de la confidencialidad**
- 11. Utilización de servicios asistenciales externos. Complementariedad terapéutica**
- 12. Protocolos de la Unidad de internamiento**
 - 12.1. Acceso al internamiento**
 - 12.2. Detección de tóxicos en la sala**
 - 12.3. Protocolo de seguridad de la sala**
 - 12.4. Traslado por motivos de urgencia o realización de pruebas complementarias**
 - 12.5. Protocolo para prevenir cuadros de agitación**
 - 12.6. Protocolo a seguir en cuadros de agitación**

Barcelona, 22 de mayo de 2007

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

1. Criterios asistenciales de inclusión

1.1. El criterio para admitir a un posible médico enfermo (ME) en la evaluación clínica es que éste presente:

1.1.1. Un Trastorno Mental (incluyendo los trastornos adictivos).

1.1.2. Un problema de Patología Dual (cuando se detecte comorbilidad, porque coexistan un trastorno mental más un problema adictivo).

1.2. El criterio para admitir al tratamiento a un ME es que éste:

1.2.1. Quiera ser tratado voluntariamente por los terapeutas del Programa.

1.2.2. Acepte el plan terapéutico que se le ofrece. El acceso a la Unidad Clínica del programa debe ser voluntario y consentido por el paciente.

PROCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

2. Criterios asistenciales de exclusión y/o derivación

2.1. Debido a las características propias del programa PAIME, los pacientes no podrán ser atendidos en los casos en que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

2.1.1. Negarse a aceptar el plan terapéutico propuesto.

2.1.2. Agitación psico-motriz grave.

2.1.3. Importante riesgo de autólisis, que hiciera imprescindible la utilización de mecanismos de vigilancia de los que no dispone el programa.

2.1.4. Enfermedad somática concomitante grave.

2.1.5. Trastornos de alimentación con un grave deterioro físico, por las mismas razones que el punto anterior.

2.1.6. Necesidad de servicios específicos que, debido a la naturaleza o la evolución de su patología, no puedan ofrecerse por parte del programa. Concretamente se valoran en esta circunstancia los trastornos graves de la personalidad de tipo límite o antisocial. En estos casos lo más aconsejable es que el paciente reciba el tratamiento en una unidad específica situada en un servicio de psiquiatría adecuado. En estas circunstancias, siempre se procurará escoger las unidades que mejor preserven la confidencialidad del paciente.

2.1.7. Imposibilidad, por parte del terapeuta del programa, de realizar una oferta terapéutica adecuada.

2.2. Los pacientes que no puedan acceder a recibir tratamiento en el programa PAIME serán asesorados respecto a los circuitos asistenciales más adecuados para que reciban la atención que precisan.

2.3. Los pacientes que estén en tratamiento en el PAIME y necesiten otros servicios de los que el programa no disponga serán derivados a los recursos más adecuados.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

3. Valoración inicial del caso y propuesta terapéutica

3.1. A todos los posibles ME que pidan tratamiento en el PAIME, el psiquiatra les hará una evaluación inicial. Ésta tendrá una duración máxima de un mes, y comprenderá entre una y tres visitas diagnósticas, con las exploraciones psicológicas y/o analíticas necesarias para llegar a la formulación de un plan terapéutico.

3.2. Durante la evaluación inicial no se iniciará ningún tratamiento, excepto si el psiquiatra considerase necesario instaurar medidas terapéuticas paliativas con el fin de mejorar la sintomatología del paciente. En caso de que el terapeuta aprecie un posible riesgo para la praxis se aplicará el protocolo para tales casos (Protocolo de actuaciones previas para pacientes con posible riesgo para la praxis).

3.3. Una vez se le haya propuesto el plan terapéutico al ME, si el paciente lo acepta, tendrá que firmar el Documento de Aceptación de Entrada al Programa (DAEP), quedando así vinculado al Programa. Si no lo acepta no recibirá los servicios del PAIME.

3.4. Si el paciente no acepta las condiciones que se le ofrecen, el terapeuta intentará favorecer su vinculación al Programa hablando con él para hacerle ver los contras de su decisión. Asimismo, dejará la puerta abierta para que si, más adelante, cambia de opinión, pueda adherirse al PAIME. El terapeuta hará constar en la historia clínica la no aceptación del plan terapéutico por parte del ME y se realizará la anotación pertinente en el registro de casos que rechazan su entrada en el Programa.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

4. Protocolo de actuaciones previas para pacientes con posible riesgo para la praxis

4.1. Con independencia de aquellos casos en que la Unidad de Acogida y Seguimiento de Procesos (UASP) haya establecido que se da una situación de riesgo para la praxis, (ver protocolos de funcionamiento), los terapeutas deberán decidir si hay un posible riesgo para la praxis, tanto en la evaluación inicial del caso como durante el proceso terapéutico, en base a los siguientes elementos:

- 4.1.1.** Historia psiquiátrica previa.
- 4.1.2.** Tipos de diagnóstico.
- 4.1.3.** Especialidad de riesgo (cirujanos, anestesistas, médicos y/o enfermeros de urgencias o de cuidados intensivos).
- 4.1.4.** Posibles presiones del entorno laboral, tanto actuales como futuribles.

4.2. Pacientes con trastorno mental y posible riesgo para la praxis.

En el proceso de evaluación previo a la formulación del plan terapéutico, se considerarán con posible riesgo para la praxis aquellos pacientes cuyo diagnóstico sea uno de los siguientes:

- 4.2.1.** Trastorno psicótico endógeno o inducido por drogas.
- 4.2.2.** Trastorno delirante crónico endógeno o inducido por drogas.
- 4.2.3.** Trastorno bipolar tipo I y tipo II y III si existe comorbilidad con un trastorno adictivo.
- 4.2.4.** Demencia y deterioramiento cognitivo de causa psicoorgánica (trastorno mental severo, drogas, etc.).
- 4.2.5.** Paciente con un diagnóstico de eje II si existe comorbilidad con drogas (especialmente si el trastorno de personalidad es de tipo límite, antisocial o paranoide).
- 4.2.6.** Trastorno de conducta disruptivo.
- 4.2.7.** Trastorno mental grave que precise el ingreso psiquiátrico.

4.3. Pacientes con trastorno adictivo y posible riesgo para la praxis.

En el proceso de evaluación previo a la formulación del plan terapéutico, se considerarán con posible riesgo para la praxis aquellos pacientes con un trastorno adictivo si concurren las siguientes características:

4.3.1. Ejercer la especialidad de: Anestesiología, Cirugía, ORL, Cirugía Plástica, Traumatología, Ginecología, Urgencias, Intensivos.

4.3.2. Presentar un trastorno dual.

4.3.3. Haber realizado consumos durante la práctica profesional (detectados en la anamnesia).

4.3.4. Haber fracasado como mínimo en dos tratamientos previos.

4.3.5. Ser policonsumidor.

4.4. A todos los pacientes calificados con posible riesgo para la praxis en el proceso de evaluación inicial se les informará de dicha condición y, en caso de aceptar el plan terapéutico, el terapeuta dispondrá de dos opciones:

4.4.1. Informarlos de que además deberán firmar un Contrato Terapéutico (CT) con el Colegio Oficial de Médicos (COM) para acceder a los servicios del programa.

4.4.2. En el momento en que se dé un incumplimiento del plan terapéutico deberán firmar un CT con el COM.

Si el posible ME no acepta el plan terapéutico propuesto o la condición de posible riesgo para la praxis, no iniciará el tratamiento en el programa.

4.5. El paciente que, con condición de posible riesgo para la praxis, hubiese aceptado el plan terapéutico y entrado en el programa, pero durante el transcurso del tratamiento no siguiese las indicaciones de su terapeuta, será dado de alta del programa, comunicando a la UASP la existencia de riesgo para la praxis.

4.6. Cuando el paciente esté dentro del Programa y tenga firmado un CT, entrará a formar parte del registro de pacientes complejos (pacientes con riesgo para la praxis, riesgo orgánico o riesgo de suicidio).

4.7. En el caso de pacientes adictos considerados posible riesgo para la praxis, el plan terapéutico comportará necesariamente la realización de controles toxicológicos con la siguiente periodicidad:

4.7.1. ETAPA I: Duración de 3 meses.
3 veces por semana: Alcohol: aire expirado.
Otros tóxicos: Orina.

4.7.2. ETAPA II: Duración de 3 meses.
2 veces por semana.

4.7.3. ETAPA III: Duración de 6 meses.
1 vez por semana o según criterio del clínico.
Se realizarán controles aleatorios de las siguientes sustancias: Metilfenidat, Meperidina, Fentanilo.

La no realización de los controles toxicológicos prescritos o dar positivo en tres controles consecutivos implicará la automática notificación de este hecho a la UASP.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

5. Atención a las situaciones de crisis

5.1. Hoy por hoy, el PAIME no puede atender las situaciones de crisis de posibles ME no registrados en el PAIME.

5.2. Los pacientes ingresados en la unidad de internamiento del PAIME que se encuentren en situación de crisis podrán ser atendidos por un especialista en función del horario:

5.2.1. Las mañanas de los días laborables, por los psiquiatras de sala.

5.2.2. Durante las tardes y festivos, por el psiquiatra de guardia localizada. Previamente al aviso al médico de guardia, el personal de enfermería procurará resolver la situación de crisis.

5.3. Si la situación de crisis sobrepasa las capacidades terapéuticas del programa, el médico de guardia podrá, de considerarlo necesario, avisar al 061 para la valoración de la problemática orgánica, o para el traslado al servicio de urgencias psiquiátricas de referencia, que actualmente es el Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón.

5.4. La atención de las demandas asistenciales telefónicas urgentes de pacientes ya admitidos anteriormente en el PAIME seguirán un protocolo específico.

5.5. Ante situaciones de crisis se seguirá el árbol de decisión descrito a continuación.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

6. Atención telefónica

6.1. Las llamadas telefónicas de los pacientes registrados en el PAIME, dependiendo del día y la hora, serán atendidas por:

6.1.1. Durante las mañanas de los días laborables por los profesionales del Hospital de día y las mañanas de otros días por la enfermera de planta.

6.1.2. Durante las tardes de los días laborables por las administrativas de los consultorios, y las tardes de los festivos por la enfermera de planta.

6.2. Estas profesionales atenderán la demanda del ME procurando resolver la consulta ellas mismas.

6.3. Si con este primer contacto no se pudiera resolver el problema del ME se le indicaría que llamase por teléfono a su terapeuta de referencia, facilitándole los días y horas en que pasa visita en los consultorios.

6.4. En el caso de tener la impresión que la situación requiere una respuesta más inmediata, se puede intentar localizar al terapeuta que lleva el caso del ME, teniendo en cuenta la hora en que se realiza la consulta y la disponibilidad del terapeuta, para que él mismo se ponga en contacto telefónico con el paciente.

6.5. Si el terapeuta y el ME no pudiesen comunicarse, entonces hay que avisar al médico de guardia para que este llame al ME, siempre procurando que la llamada se realice desde un teléfono que el ME no pueda localizar. En este caso se proporcionará al médico de guardia el nombre, teléfono, última visita realizada y próxima visita programada, terapeuta de referencia y valoración subjetiva de la gravedad de la urgencia y tiempo de respuesta.

6.6. Si a pesar de todo no se pudiese resolver el problema, entonces habría que remitir al ME al servicio de urgencias de referencia, en la actualidad el Hospital Universitario de la Vall d'Hebrón.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

7. Control de toxicología

7.1. La gestión de los análisis de orina para controlar el consumo de tóxicos, desde la petición y seguimiento clínico, hasta la devolución de los resultados a los terapeutas, debe organizarse mediante un sistema que permita, a través del programa OMI, agilizar y facilitar su seguimiento por parte de los profesionales.

7.2. Con este protocolo se pretende conseguir los siguientes objetivos:

7.2.1. Conseguir que la sistemática de controles de orina funcione como herramienta terapéutica.

7.2.2. Facilitar la diferenciación de las tres unidades, Consultas Externas (CCEE), sala de internamiento y Hospital de día (HD), ya que son realidades diferentes.

7.2.3. Mejorar el control y seguimiento de aquellos pacientes que tienen un contrato terapéutico.

7.2.4. Facilitar el seguimiento por parte del terapeuta. Éste, con un simple vistazo, debe poder revisar la fecha de inicio de los controles, cuáles son los tóxicos que se analizan, y el grado de cumplimiento de la indicación y los resultados.

7.2.5. Mejorar el potencial estadístico de las determinaciones.

7.3. Notificación

7.3.1. El psiquiatra debe rellenar la petición de control de orina.

7.3.2. Cuando se quiera modificar la prescripción de los controles habrá que generar una nueva petición que quedará archivada en la historia clínica.

7.3.3. Esta petición de control de tóxicos debe entregarse al personal administrativo.

7.3.4. A los tres meses se deben revisar las peticiones, establecer cambios de frecuencia y decidir si alguna no se cursa pero se sigue recogiendo.

7.4. Para la programación de los controles existe una agenda de CONTROL DE TÓXICOS a la que tendrán acceso todas aquellas personas que se encarguen de la recogida y entrada de resultados.

7.5. Se puede realizar una multiprogramación:

- 7.5.1.** LUNES – MIÉRCOLES – VIERNES.
- 7.5.2.** MARTES – JUEVES.
- 7.5.3.** TODOS LOS DIAS.

7.6. La recogida y envío de la muestra se hará de la siguiente manera:

- 7.6.1.** El horario normal de recogida es:
 - 7.6.1.1.** Mañanas: Hospital de Día: 9.15-10.15.
 - 7.6.1.2.** Tardes: Sala: 16.00-20.00.

7.6.2. El responsable de la recogida deberá anotar en la agenda qué pacientes se han presentado a realizar el control, cuales no, y realizar la recogida:

- 7.6.2.1.** Si es de alcohol: Se realiza el alcoholtest en el momento.
- 7.6.2.2.** Si es de tóxicos: Se rellena la petición de envío (H. Valle Hebrón (HUVH)).

7.6.3. Se realiza la petición (HUVH, H. Clínico).

7.7. Una vez obtenidos los resultados, la persona responsable de los controles de tóxicos deberá registrarlos en la historia clínica (HC) de cada paciente.

7.8. El procedimiento para introducirlos será el siguiente:

- 7.8.1.** Alcohol: POSITIVO / NEGATIVO y en observaciones especificar la cantidad.
- 7.8.2.** TÓXICOS: como las muestras deben enviarse al HUVH y los resultados tardan un tiempo en llegar, al registrarlos hay que introducir la fecha correspondiente al día del control. SÍ – POSITIVO, NO – NEGATIVO.

7.9. Aquellos positivos que se obtengan tendrán que quedar reflejados en el curso clínico para que el terapeuta tenga constancia de ellos, ya que al entrar los resultados en una tabla anterior éstos no quedarían reflejados, obligando al terapeuta a buscarlos.

7.10. Si el paciente se excusa o retrasa el día de control deberá anotarse este hecho en el apartado de observaciones.

7.11. Si se detecta un intento de manipular los resultados hay que anotarlo en la HC y comentarlo directamente con el médico responsable.

7.12. El responsable de enfermería tiene la función de centralizar:

- 7.12.1.** Recogida.
- 7.12.2.** Incidencias. Comunicación con el terapeuta.
- 7.12.3.** Protocolo de aviso cada 3 meses (en connivencia con el programa).
- 7.12.4.** Registros.
- 7.12.5.** Actualizaciones y estadística.
- 7.12.6.** Coordinación con el resto de profesionales que hacen controles de orina.
- 7.12.7.** Coordinación con el personal administrativo para introducir los resultados en la HC.
- 7.12.8.** En los casos que sea necesario, coordinación con los otros centros de fuera de Barcelona que realizan recogidas.
- 7.12.9.** Seguir con especial cuidado los casos de riesgo. (CT).

7.13. Las funciones del personal administrativo son:

- 7.13.1.** Programación de las agendas.
- 7.13.2.** Introducción de los resultados.
- 7.13.3.** Modificación de indicaciones.
- 7.13.4.** Archivo de resultados.
- 7.13.5.** Otros.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

8. Derivación a psicología

8.1. Los casos susceptibles de ser derivados a Psicología serán planteados en la reunión semanal del equipo terapéutico.

8.2. El terapeuta responsable del caso anotará en el curso clínico los motivos y/o objetivos de la derivación.

8.3. Se concertará una entrevista con el psicólogo para valorar la idoneidad de la psicoterapia.

8.4. La intervención psicológica podrá ser indicada en los siguientes casos:

8.4.1. Evaluación psicológica y neuropsicología.

8.4.2. Intervenciones psicoterapéuticas para patologías específicas, ajustadas a las recomendaciones de los manuales clínicos que hayan demostrado su eficacia.

8.4.3. Psicoterapia de apoyo.

8.4.4. Valoración de la inclusión en la terapia de grupo.

8.4.5. Psicoterapia de grupo.

8.5. Cuando el psicólogo considere finalizada la intervención lo anotará en el curso clínico e informará al terapeuta de referencia con antelación.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

9. Cambio de terapeuta.

9.1. Todo paciente atendido en el PAIME tiene derecho a cambiar de terapeuta.

9.2. Todo profesional del PAIME puede derivar un paciente a otro terapeuta del PAIME.

9.3. En el caso de que un paciente del PAIME quiera cambiar de terapeuta:

9.3.1. Si no lo quiere comentar con su terapeuta deberá ponerse en contacto con el servicio colegial, que será quien le proporcione un nuevo médico.

9.3.2. En el caso de que un terapeuta derive al paciente a un colega del PAIME:

9.3.3. Deberá acordarlo con el otro terapeuta y la unidad colegial y dejarlo escrito en la HC del paciente.

9.3.4. Siempre se hará de manera consensuada con el enfermo.

9.4. Si en el momento de la petición de cambio de médico hubiese un contrato terapéutico vigente entre médico y paciente, el PAIME se reserva el derecho de mantener al médico responsable del caso hasta la finalización del contrato. Si se cree conveniente el cambio, deberá renovarse el contrato terapéutico con el nuevo profesional del PAIME.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

10. Información a terceros. Quebramiento de la confidencialidad.

10.1. Será imprescindible que el paciente exprese por escrito su consentimiento al quebrantamiento de la confidencialidad, en las ocasiones en que sea indispensable poner en conocimiento de terceras personas alguna de las siguientes circunstancias:

- 10.1.1.** Que un ME está siendo atendido en el programa.
- 10.1.2.** El nombre real de un ME atendido en el programa.
- 10.1.3.** Alguno de los datos clínicos de un ME atendido en el programa.

10.2. Informes solicitados por el propio paciente. Cuando el paciente precise de un informe de su terapeuta en el que deba aparecer su nombre real, ya sea para entregarlo a un organismo (ICAM, Mutuas...) o a sus jefes (gerencia, dirección médica o de RRHH del centro donde trabaja), previamente firmará el impreso de Solicitud de Informe (Impreso 4), que autoriza al terapeuta del PAIME a utilizar el nombre verdadero del paciente, liberándolo puntualmente de la confidencialidad que garantiza el programa.

10.3. Traslado a otro centro hospitalario. Cuando, por alguno de los siguientes motivos, deba derivarse un paciente a otra clínica u hospital, el ME deberá firmar el impreso de Autorización para revelar sus datos clínicos por motivo de derivación a otro centro sanitario. (Impreso 1).

- 10.3.1.** Realización de pruebas complementarias.
- 10.3.2.** Interconsulta de alguna especialidad.
- 10.3.3.** Necesidad de trasladar al ME debido a una urgencia.

Si el traslado se debiera a una urgencia que impidiese al paciente, por su estado de salud, ejercer su derecho de autorizar la comunicación de los datos a un tercero, esta autorización se solicitaría, siempre que fuese posible, al familiar o representante del ME previamente designado por éste.

10.4. Solicitud de valoración de un paciente por parte de terceros. En el caso de que la gerencia del hospital o los superiores de un ME soliciten una

valoración psiquiátrica sobre su estado y su capacidad para trabajar, y el clínico o clínicos encargados de realizar esta valoración precisen de información previa sobre el caso, deberán solicitar al ME la firma del impreso de autorización de Valoración Clínica por Solicitud de Terceros. (Impreso 2).

Asimismo, una vez efectuada dicha valoración, los clínicos podrán entregar los resultados a los solicitantes, tal y como queda explicitado en el impreso antes mencionado.

10.5. Solicitud de tratamiento de un paciente por parte de terceros. Cuando un paciente entra en el Programa para recibir tratamiento presionado por terceros (habitualmente gerencia del hospital y/o jefes de servicio), si el clínico o clínicos encargados de dicho paciente creen oportuno recabar información previa para una mejor comprensión del caso, deberán solicitar al ME la firma del impreso de autorización para solicitud de información clínica a terceros. (Impreso 3).

Este impreso incluye dentro de su texto la autorización para que los facultativos que lo hayan tratado previamente puedan facilitar dicha información.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

11. Utilización de servicios asistenciales externos. Complementariedad terapéutica.

11.1. Cuando un paciente que es atendido por un psiquiatra privado realice la demanda de entrada al Programa, en el mismo servicio de acogida se le comunicará que deberá escoger entre su terapeuta actual o el del PAIME que se le adjudique, para evitar duplicidades terapéuticas.

11.2. Si un paciente se dirige al Programa pidiendo recibir solamente atención psicológica, desde el Servicio de Acogida se le informará de que la atención psicológica no se puede separar del tratamiento integral que el Programa ofrece.

11.3. Cuando un psiquiatra externo al programa, actuando como terapeuta de un ME, solicite el ingreso del paciente en la Unidad de Internamiento del PAIME y desee continuar siendo el terapeuta del ME tras el alta de la Unidad, se le informará de que es imprescindible formalizar la firma de un CT.

11.4. Siempre que un ME pierda el derecho a recibir los servicios del PAIME (p.e. jubilación o invalidez), se derivará el caso a los correspondientes recursos de la red pública. Por este motivo se solicitará una primera visita al CSM de referencia para que el equipo del mismo pueda realizar una primera valoración del caso. El psiquiatra que lleva a ME emitirá los informes pertinentes, con el nombre verdadero tras el consentimiento del paciente, para que el nuevo equipo pueda hacerse cargo del paciente con toda la información necesaria.

Si fuera necesario, la trabajadora social del PAIME hará el acompañamiento del paciente hasta el momento de la derivación definitiva.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

12. Protocolos de la Unidad de Internamiento.

12.1. Acceso al internamiento

12.1.1. Aceptar y firmar el documento de Consentimiento Informado de Ingreso a la Unidad.

12.1.2. Aceptar y firmar el documento de aceptación de entrada al programa, y el documento de Autorización de Traslado al Hospital del Valle Hebrón (HUVH) (hospital de referencia del PAIME – RETORNO en caso de que, durante su ingreso en la Unidad, presentase algún problema que hiciese necesaria una asistencia o vigilancia más intensa). En estos casos, las condiciones de confidencialidad (uso del nombre figurado) del PAIME y del RETORNO, no podrán ser mantenidas.

12.1.3. Aceptar las Normas de Funcionamiento de la Unidad.

12.2. Detección de tóxicos en la sala

ACTUACIONES PREVENTIVAS

12.2.1. Todos los usuarios que deban ingresar en la unidad, sea o no la primera vez, en el momento de la acogida y, sobretodo, durante la llamada informativa previa acerca del funcionamiento de la unidad, serán informados verbalmente de que la posesión, tráfico y/o consumo de tóxicos durante su ingreso en la sala comportará su expulsión inmediata del programa.

12.2.2. En el momento del ingreso en la sala se hará entrega a los usuarios de un impreso con las normas de funcionamiento de la misma, en el que queda expresamente recogida la prohibición de tener o consumir tóxicos dentro de la Unidad Clínica. En ese momento se deberá:

12.2.3. Resaltar de nuevo la prohibición de poseer, traficar y consumir tóxicos durante su estancia en la sala.

12.2.4. Hacer un registro de las pertenencias personales del usuario.

12.2.5. Siempre que se sospeche de la presencia de tóxicos en la sala se deberá un realizar:

12.2.5.1. Un registro de las pertenencias personales de los usuarios.

12.2.5.2. Analíticas, sin aviso previo, de muestras de orina, saliva o de aliento de los usuarios ingresados.

ACTUACIONES UNA VEZ SEA EVIDENTE LA PRESENCIA DE TÓXICOS EN LA SALA

12.2.6. Al usuario que posea, haya traficado o consumido los tóxicos en la sala, se le retirarán de inmediato las sustancias y será informado de que se debatirá su caso en la reunión de equipo, en la que se decidirá si puede continuar ingresado o bien se procede a su inmediata expulsión.

12.2.7. El equipo terapéutico se reunirá tan pronto como pueda, a ser posible el mismo día, para valorar el caso y decidir si se expulsa o no al usuario que haya introducido el tóxico en la sala. También se valorarán otros aspectos como la conveniencia de:

12.2.7.1. Informar del asunto:

- i. Al correspondiente Colegio de Médicos,
- ii. A los posibles informadores, o
- iii. A aquellos que derivaron el caso.

12.2.7.2. Efectuar un registro para buscar tóxicos en las pertenencias personales y/o las habitaciones y/o dependencias de toda la sala.

12.2.7.3. Llevar a cabo de inmediato un análisis de cada uno de los usuarios ingresados en la sala.

12.3. Protocolo de seguridad de la sala.

12.3.1. Sistema contra incendios.

12.3.2. Detectores de humos en cada habitación.

12.3.3. Extintores fácilmente visibles y accesibles.

12.3.4. Desbloqueo automático de las puertas de acceso a las salidas de emergencia.

12.3.5. Accesos y salidas.

12.3.5.1. Están restringidos para los pacientes y para los que accedan de fuera de la Unidad, tanto desde la escalera como desde los ascensores.

12.3.5.2. La puerta cortafuegos de la escalera de la Unidad dispone de un dispositivo que la mantiene cerrada permanentemente, excepto cuando los profesionales desconectan el dispositivo desde la oficina de enfermería o se desconecta automáticamente en caso de incendio.

12.3.5.3. La puerta de salida a la escalera de emergencia tiene el mismo dispositivo y el mismo funcionamiento que la puerta cortafuegos.

12.3.5.4. Desde los 3 ascensores del edificio (dos para usuarios y uno para servicios) sólo se puede acceder a la Unidad utilizando una cerradura especial del cuadro de mandos de la cabina. La llave de esta cerradura sólo la tienen los profesionales que trabajan en la Unidad.

12.3.6. Ventanas.

12.3.6.1. Son de dos cuerpos con doble cristal irrompible.

12.3.6.2. Están permanentemente cerradas y sólo se pueden abrir mediante un pomo especial que se guarda bajo llave en la sala de enfermería.

12.3.6.3. Hay unas ventanas inferiores, practicables para ventilar la habitación, que no permiten el paso de una persona al exterior.

12.3.6.4. La limpieza de los cristales se realiza cuando se da de alta al paciente y la habitación está vacía. En ese momento la habitación se cierra por dentro y la limpiadora de planta realiza una limpieza a fondo de la habitación.

12.3.6.5. El personal de enfermería inspeccionará la habitación comprobando que todo esté correcto antes de que el nuevo paciente ocupe la habitación.

12.3.7. Baños.

12.3.7.1. No hay ningún elemento que permita autolesionarse.

12.3.7.2. Los cristales de los espejos son irrompibles e inastillables.

12.3.7.3. Los soportes de las duchas no aguantan un peso superior a los 10 kilos.

12.3.8. Habitación de vigilancia.

12.3.8.1. Está ubicada al lado del control de enfermería.

12.3.8.2. La cama está clavada al suelo.

12.3.8.3. No hay cortinas.

12.3.8.4. La ventana es totalmente impracticable.

12.3.8.5. No tiene mobiliario auxiliar ni equipo audiovisual.

12.3.8.6. La puerta de entrada a esta habitación tiene una mirilla de vigilancia.

12.3.8.7.

12.4. Traslado por motivos de urgencia o realización de pruebas complementarias.

12.4.1. Por motivos de urgencia.

12.4.1.1. Las situaciones de urgencia de los pacientes ingresados en la sala de internamiento del PAIME, tanto psiquiátricas como médicas, que se den en festivo o fuera de los horarios de atención médica, serán evaluadas por el psiquiatra de guardia (presencialmente o por teléfono), que decidirá los pasos a seguir.

12.4.1.2. Si el paciente requiere derivación a otro centro sanitario se avisará al 061, también al familiar o persona designada por el paciente a tal efecto, y se aplicará el protocolo de información a terceros.

12.4.1.3. Durante el traslado el paciente irá acompañado por personal de la Unidad (auxiliar de clínica o enfermero/a).

12.4.1.4. Una vez el paciente haya sido visitado en el servicio de urgencias, si no precisa ser ingresado en Hospital General, será devuelto a la Unidad.

12.4.1.5. Si el paciente derivado es ingresado en el Hospital General para seguir tratamiento, se le dará de alta del episodio por el Programa.

12.4.1.6. Cuando el paciente está curado o compensado del proceso que motivó su traslado a urgencias y posterior ingreso en el hospital, podrá volver a la sala de la Unidad de Internamiento previo contacto telefónico y organización del traslado y alta de un nuevo episodio.

12.4.2. Por realización de pruebas complementarias.

12.4.2.1. Los hospitales de referencia para la realización de pruebas complementarias, en la actualidad, son el HUVH y la Clínica Delfos.

12.4.2.2. El médico internista deberá rellenar la petición de la prueba a solicitar y la supervisora de enfermería gestionará la petición por e-mail o vía telefónica, obteniendo la fecha de programación de la prueba, que no puede demorarse más de una semana desde la fecha de solicitud, exceptuando algunas pruebas específicas.

12.4.2.3. El día de la exploración, el paciente será acompañado al centro pertinente por el auxiliar de enfermería de la Unidad de Hospitalización del PAIME.

12.4.2.4. El resultado de las pruebas se remitirá directamente al correo electrónico del médico internista en el caso de la Clínica Delfos. En el caso del HUVH lo recogerá personalmente el auxiliar de enfermería.

12.4.2.5. En todos los casos las pruebas se solicitarán con el sobrenombre del paciente, lo que permite salvaguardar el principio de confidencialidad que caracteriza al programa.

12.5. Protocolo para prevenir cuadros de agitación

Durante su estancia en la Sala el enfermo podría presentar signos y síntomas que indicasen el probable inicio de un episodio de agitación o agresión. En el momento en que se identifiquen estos signos se pondrá en marcha el protocolo de precauciones para prevenir cuadros de agitación, con el fin de preservar la seguridad del enfermo, la de los otros enfermos de la Sala y la del personal de la Unidad.

12.5.1. Criterios:

12.5.1.1. El enfermo presenta actitudes o conductas que sugieren el inicio de un cuadro de agitación o agresión.

- 12.5.1.2.** El enfermo verbaliza o manifiesta ideas autolíticas.
- 12.5.1.3.** El enfermo verbaliza o manifiesta ideas heteroagresivas.
- 12.5.1.4.** El enfermo ha tenido episodios de agitación o conducta violenta en ingresos anteriores.
- 12.5.1.5.** El enfermo ha tenido conductas agresivas o episodios de agitación recientemente.

12.5.2. Intervenciones:

- 12.5.2.1.** La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización del problema, si es factible. Su objetivo es reestablecer el autocontrol y la contención psíquica del enfermo mediante la adopción de una actitud de escucha atenta por parte del personal de la Sala, que facilite al enfermo su capacidad de racionalización y verbalización, y le permita poner límites a su conducta.
- 12.5.2.2.** Se monitoriza su conducta, signos y síntomas cada 30 minutos. En cada turno, enfermería anotará en la hoja de curso la evolución del enfermo, y hará explícitamente referencia a:
 - 12.5.2.3.** Conductas anómalas observadas.
 - 12.5.2.4.** Comentarios del enfermo.
 - 12.5.2.5.** Nivel de estabilidad emocional del enfermo.
 - 12.5.2.6.** Continuación o finalización de las precauciones.
 - 12.5.2.7.** Las precauciones deberán introducirse en el plan de tratamiento del enfermo.

12.5.3. Criterios para su finalización:

- 12.5.3.1.** No existe ideación auto o heteroagresiva.
- 12.5.3.2.** Las verbalizaciones o actitudes agresivas han finalizado.

12.6. Protocolo a seguir en cuadros de agitación

Durante su estancia en la Sala el enfermo podría presentar signos y síntomas que indicasen un episodio de agitación o agresión. En el momento en que se identifiquen estos signos se pondrá en marcha el protocolo a seguir en cuadros de agitación, con el fin de preservar la seguridad del enfermo, la de los otros enfermos de la Sala y la del personal de la Unidad.

- 12.6.1.** En el caso de que un enfermo se agite se deberá contener este tipo de conductas lo antes posible para evitar riesgos de auto o heterolesiones.

- 12.6.2.** La reducción del enfermo tendrá siempre un objetivo terapéutico. Nunca será un castigo. Habrá que disponer de fármacos sedantes parenterales.
- 12.6.3.** Se intentará distraer al enfermo. Será vigilado colocándose a una distancia adecuada. Se le informará de que está perdiendo el control, pero se le ayudará si lo desea. Todo esto usando un tono firme pero comprensivo. Se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas, cuatro o cinco, para efectuar la contención, aunque es importante que el grupo sea lo más numeroso posible ya que una demostración de fuerza puede ser suficiente para abortar la acción. Se informará al resto de compañeros mediante el teléfono o la alarma.
- 12.6.4.** En personal que participe en la reducción del enfermo deberá desprenderse de todo objeto peligroso para la integridad física del enfermo como del propio personal (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.).
- 12.6.5.** Se evitará la presencia de otros enfermos, ya que el enfermo adoptará una posición más reactiva que la que tendría si estuviese solo. Además serviría para aumentar la ansiedad en los otros enfermos.
- 12.6.6.** El encargado de dirigir el equipo decidirá el momento de la intervención, que dependerá de los signos y síntomas del enfermo. Con frecuencia se iniciará en el momento que muestre signos de violencia inmediata.
- 12.6.7.** Se reducirá al enfermo intentado evitar cualquier tipo de lesión. Por esta razón el personal que participe en la reducción utilizará la fuerza pero nunca la violencia.
- 12.6.8.** Se realizará la sujeción. Cada miembro tiene asignada una extremidad. La finalidad es bloquear las articulaciones de rodillas y codos. Uno de los miembros será el encargado de controlar el tórax (posterior) y la cabeza. Ya que este es el que tiene la mejor visión del enfermo será el que dará las órdenes. Se deben evitar los huesos largos y el tórax (anterior) debido al riesgo de lesiones.
- 12.6.9.** Exceptuando situaciones de extrema urgencia, la sujeción terapéutica será siempre autorizada por el médico, aunque sea de forma verbal. En todo caso, siempre deberá constar en las órdenes médicas, con firma y fecha.
- 12.6.10.** Se registrará de forma clara la razón de la contención, su duración aproximada, el curso del tratamiento.
- 12.6.11.** Valoración del riesgo para convenir la intervención posterior, incluyendo agentes farmacológicos, sujeción mecánica y periodo de duración de la misma.

Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña

PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL PAIME

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

Personas que han participado en el diseño de estos protocolos:

DIRECCIÓN

Jaume Padrós
Antoni Arteman
Miquel Casas
Eugeni Bruguera

COORDINACIÓN

Pilar Lusilla
Josep Matalí

Profesionales que han participado en el proceso de elaboración y revisión de los indicadores:

Antoni Gual
Pilar Duro
Josep A. Navarro
Carlos Roncero
Francisco Collazos
Carme Bule
Montserrat Martínez
Victoria Marcos
Enric Llavayol

Marta Quesada
Blanca Navarro
Meritxell Heredia
Marina Comin
Tània Pujol
Carlos Jacas
Josep Comas
Marc Walther