

Protocolo para la aplicación del aislamiento terapéutico

Servicio: Unidad de Psiquiatría

Fecha de entrega: Mayo 2011

Destinatario: Hospital Infanta Cristina

Reg: PCM PT 081

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Dr. Arribas Hernandez Dña. Carolina Sánchez García	1	03/01/2011

Revisado: Cristina del Alamo Fecha: 2-2-2011 Firma	Aprobado: Dirección Médica Fecha: 1-5-2011 Firma
--	--

OBJETIVO

La medida de Aislamiento Terapéutico pretende reducir la interacción del paciente con el entorno cuando esta se considere un factor de riesgo, así como prevenir riesgos potenciales que no puedan ser controlados con medidas restrictivas.

Así conseguimos crear las condiciones necesarias para que resulte más eficaz el tratamiento global de pacientes que por su estado de importante perturbación, sea necesario como coadyuvante, la reducción de estímulos externos y la limitación de espacios físicos como medida de contención.

ALCANCE

Este protocolo será de aplicación para todos los miembros del personal sanitario y no sanitario del Hospital Infanta Cristina que puedan participar en la atención a un paciente al que se le indique por orden médica su aislamiento terapéutico.

REALIZACIÓN

Las conductas disruptivas de los pacientes pueden llegar hasta la producción de lesiones a sí mismos o a otras personas y causar daños materiales significativos. Estas conductas, en forma de violencia o amenazas, son un hecho ligado en ocasiones a los trastornos mentales y como tales deben ser abordados.

Un objetivo prioritario en el manejo de estas situaciones debe ser garantizar la seguridad del propio paciente, la de los restantes pacientes y usuarios así como la del personal asistencial, utilizando para ello todos los medios terapéuticos precisos, recurriendo a medidas de control coercitivo cuando estén indicadas.

El AISLAMIENTO TERAPÉUTICO (en adelante AT) es un recurso terapéutico que se utiliza en determinadas situaciones clínicas para garantizar la seguridad del paciente y de su entorno.

El aislamiento es el confinamiento supervisado de un paciente a solas (o la separación de un paciente del resto), por indicación médica, en su habitación. El paciente permanecerá en la misma en régimen de observación y con el acceso a la misma controlado por enfermería, impidiéndole salir de ella durante un periodo limitado de tiempo.

Algunas razones para preferir el aislamiento a la contención mecánica son que este procedimiento, es que permite tener al paciente una mayor libertad de movimientos.

Tomar la decisión de aislar a un paciente se debe hacer de acuerdo con las características individuales del paciente y como parte de un adecuado plan terapéutico y no como método de tratamiento. La técnica de aislamiento no debe violar los derechos básicos del paciente y siempre deber ser asumida con respeto hacia el mismo.

La medida de AT pretende reducir la interacción del paciente con el entorno cuando esta se considere un factor de riesgo, así como prevenir riesgos potenciales que no puedan ser controladas con medidas menos restrictivas.

Toma de decisión de aplicar la medida

La indicación del AT la hará el médico psiquiatra responsable del caso o el facultativo de guardia. Si no se puede localizar urgentemente al médico o resulta imposible su presencia, el/la enfermero/a está expresamente autorizado para iniciar el procedimiento, pero debe comunicarlo al médico inmediatamente o con la menor demora posible para recibir su conformidad.

Registros documentales

Cada indicación de AT deberá estar reflejada por el médico en la historia clínica del enfermo. Para cada aislamiento terapéutico, el médico que la indica y el/la enfermero/a responsable de llevar a cabo el procedimiento, anotarán en la historia clínica, la razón de su indicación y la situación clínica del paciente. La indicación de aislamiento terapéutico será revisada periódicamente por el médico responsable del paciente o por el médico de guardia, haciendo constar la confirmación de la indicación o su suspensión en la correspondiente historia clínica. En determinados casos, el médico que indica el AT podrá establecer una mayor frecuencia de revisión del mismo. Por otra parte, el enfermero/a puede solicitar la revisión de la indicación médica del AT en cualquier momento de la evolución del paciente.

Consideraciones previas

Antes de llevar a cabo el aislamiento terapéutico hay que tener en cuenta:

- Comprobar el estado de la puerta, habitación y enseres para prevenir riesgos.

- Si la habitación dispone de cuarto de baño se debe impedir el acceso del paciente al mismo salvo bajo supervisión de enfermería.
- Verificar la ausencia de objetos que puedan entrañar riesgo lesivo.
- Asegurar una buena ventilación y temperatura adecuada en la habitación sobre todo si se aplica medicación neuroléptica por vía parenteral.
- El personal asistencial que intervenga debe desprovverse de objetos potencialmente peligrosos.
- Se utilizará preferentemente una habitación de uso individual de observación directa o dotada de cámara de circuito interno de TV

Recomendaciones para llevar a cabo el procedimiento de aislamiento terapéutico

El médico informará al paciente acerca de la aplicación de la medida. Se recomienda plantearlo de un modo razonado y comprensible. El acompañamiento a la habitación lo realizará enfermería, pudiendo participar el médico en el mismo si lo considera oportuno. Si el paciente no colabora, enfermería solicitará la intervención del personal de seguridad.

Seguridad del paciente

Antes de retirarse de la habitación, el personal se cerciorará de lo siguiente:

- Se confirmará que cualquier objeto potencialmente peligroso se ha retirado.
- El paciente está separado del resto de los enfermos, los cuales no pueden acceder físicamente a la habitación individual en la que se encuentra. El paciente realizará su aseo personal bajo supervisión y control del personal de enfermería. Para salidas al comedor y para realización de paseos por la Unidad acompañado será necesaria la indicación médica.

Observación

Un paciente en régimen de aislamiento terapéutico requiere una máxima atención para satisfacer las necesidades que genera su evolución clínica, proporcionándole los cuidados necesarios:

- Médico: La situación clínica de todo enfermo que se encuentre en régimen de AT debe ser valorada periódicamente por el médico a cuyo cargo se encuentre el paciente o por el facultativo de guardia.

- Personal de enfermería: El personal de enfermería realizará seguimiento del paciente durante el tiempo que dure el AT. El/la enfermero/a hará una visita al paciente aislado al menos dos veces por turno, al objeto de examinarle, valorando y registrando las posibles anomalías detectadas para comunicarlas al facultativo responsable. Aunque no se hayan observado incidencias, se realizará un registro de enfermería al menos una vez por turno. En cada visita se evaluará:
 1. Estado mental del paciente
 2. Estado de nutrición e hidratación del paciente
 3. Estado del aseo personal del enfermo
 4. Toma de constantes, ingesta y control hídrico etc.
 5. Temperatura de la habitación donde se encuentra el paciente
- El personal auxiliar de enfermería controlará mediante su presencia física periódica a cualquier paciente en régimen de AT, revisando cada vez el estado del paciente y cualquier otra necesidad que pudiera surgir, comunicando al enfermero/a responsable las incidencias observadas durante cada visita. Las visitas de control se harán como mínimo cada 20 minutos y con mayor frecuencia si el estado clínico del paciente lo requiere, por indicación del enfermero.

Régimen de visitas e información a familiares

Salvo indicación clínica en contra, el paciente aislado no podrá recibir visitas. Es aconsejable que el médico que indique el AT informe lo antes posible de la adopción de dicha medida terapéutica a los familiares del paciente.

Cese de la medida de aislamiento terapéutico

El aislamiento debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado: retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno, restablecimiento de límites, etc. La decisión de suspender el AT, de la que quedará constancia en la historia clínica, corresponde al médico, siendo informado por el/la enfermero/a que han cesado las razones que hicieron necesaria su aplicación. En el momento de la suspensión de la medida estarán presentes al menos dos personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guiding Principles on Restraint and Seclusion for Behavioral Health Services, 1999: American Hospital Association y National Association of Psychiatric Health Systems.
2. Position Statement on the Use of Seclusion and Restraint, Seclusion and Restraint Standards of Practice. American Psychiatric Nurses Association, 2000.
3. Consejo de Europa. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o
4. Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT) Involuntary placement in psychiatric establishments: 8 th General Report of CPT.
5. Patient safety and psychiatry: recommendations to the board of trustees. American Psychiatric Association, 2003.
6. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation World Health Organization 2005.
7. Organization 2005.
8. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental care. Office of the High Commissioner for Human Rights. Adopted by General Assembly Resolution 46/119, 17 December 1991.
9. Aislamiento y Restricción en la Salud Mental. Educación para pacientes. Jackson Health System 2005.
10. Alty A. Mason T. Seclusion and Mental Health. Londres: Chapman & Hall, 1994.
11. Khadivi AN, Patel RC, Atkinson AR, Levine JM. Association between seclusion and restraint and patient-related violence. Psychiatr Serv 2004; 55:1311-1312.
12. NAMI Task Force Report. Seclusion and Restraint. Arlington: Nami Policy Research Institute, 2003.
13. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. Curr Opin Psychiatry 2005; 18:555-559.
14. Psychiatric Patient Advocate Office. Review of seclusion and restraint practices in Ontario Provincial Psychiatric Hospitals. Toronto: PPAO, 2001.
15. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards. Behavioral
16. Health Care. Restraint and Seclusion. 2006.
17. GUÍA DEL PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL AISLAMIENTO TERAPÉUTICO. HOSPITAL Dr. R. LAFORA .Mayo 2006.

ANEXOS I

ASPECTOS LEGALES:

En el supuesto de que el régimen de internamiento del paciente al que se le indica la medida de aislamiento terapéutico, fuera VOLUNTARIO, pasará a ser automáticamente INVOLUNTARIO, anotándolo en su historia clínica y debiendo comunicar ésta circunstancia lo antes posible al Juzgado, utilizando para ello los cauces destinados al efecto en el Hospital.

En el supuesto de que el AT fuera solicitado durante su hospitalización por un paciente competente, ingresado con carácter voluntario, el médico reflejará en la historia clínica el consentimiento informado otorgado por el paciente (Anexo) para la adopción de dicha medida terapéutica, así como la indicación clínica razonada para llevar a cabo su aplicación.

Si el paciente estuviera ingresado de forma INVOLUNTARIA no es necesario realizar **ninguna comunicación al Juzgado cuando se indique la medida de AT.**

ANEXO II

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AISLAMIENTO TERAPEÚTICO

D.....,
con DNI./Tarjeta de residencia/pasaporte nº....., mayor de
edad no incapacitado, habiendo sido informado por el facultativo Dr
.....
acerca de la necesidad de la aplicación de la medida de aislamiento terapéutico
consistente en la permanencia en régimen de observación en una habitación de la
Unidad, separado del resto de los pacientes ingresados, en pijama y con el acceso a
la misma controlado por el personal de enfermería,

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE la medida de aislamiento terapéutico durante el
tiempo que se considere necesario según criterio médico.

Parla, a de de 201