

Lineamientos Nacionales para el Traslado Involuntario de Personas a Establecimientos Residenciales de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática de salud pública que requiere de la implementación de protocolos de atención coordinados por un equipo multidisciplinario especializado en el tratamiento de las adicciones y con base en una política de respeto a los derechos humanos a fin de garantizar la protección de las personas que acuden a las unidades de tratamiento, así como la prestación de servicios de calidad de acuerdo a las necesidades individuales.

OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos operativos para el traslado involuntario de usuarios (as) que presentan problemas de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y requieren internamiento en un establecimiento residencial con modalidad de atención mixto o profesional que cuenten con el reconocimiento oficial por parte de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar los criterios de intervención del personal involucrado en el traslado involuntario de usuarios (as), (médicos, enfermeros, psicólogos, consejeros en adicciones y personal de apoyo).
- Sistematizar el procedimiento de atención desde la demanda de solicitud por parte de un familiar responsable, tutor o representante legal, la evaluación y el diagnóstico médico, la sensibilización por parte del equipo multidisciplinario, hasta el ingreso al establecimiento residencial.
- Establecer las normas mínimas para garantizar la seguridad tanto del usuario (a), como del equipo multidisciplinario.
- Promover la atención especializada de los usuarios a través de acciones de referencia y contrarreferencia a unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Fortalecer las estrategias y acciones para la regulación de los servicios residenciales de tratamiento a las adicciones a nivel nacional.

- Promover mejores prácticas terapéuticas para la rehabilitación de personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Mejorar la calidad de los servicios residenciales de atención a través de protocolos homologados de atención a los usuarios (as).
- Promover el funcionamiento multidisciplinario en los establecimientos residenciales para el tratamiento integral de los usuarios (as).
- Garantizar la integridad de los usuarios (as), el derecho a la confidencialidad e intimidad del usuario, así como el consentimiento informado del familiar responsable, tutor o representante legal.

FASES DEL TRASLADO INVOLUNTARIO

Fase 1. Recepción de la solicitud de traslado involuntario e interrogatorio inicial

1.1 La recepción de la solicitud podrá recibirse vía telefónica o de manera presencial, por parte de un familiar responsable, tutor o representante legal del usuario (a) que cuente con información sobre su estado de salud y el patrón de consumo de sustancias.

1.2 En cualquiera de sus modalidades, la solicitud de traslado involuntario deberá ser atendida en primera instancia por parte del (la) responsable del establecimiento, mismo que recabará información sobre los datos de identificación y de contacto tanto del solicitante como del usuario (a), indagará el motivo de la solicitud y brindará información sobre los servicios que se brindan en el centro (tipo de tratamiento, duración, costos, procedimiento del traslado involuntario, entre otros).

1.3 Posteriormente, se deberá canalizar la solicitud al personal médico, con la finalidad de realizar un interrogatorio inicial que contenga la siguiente información:

- a. Ficha de Identificación
- b. Antecedentes Heredofamiliares
- c. Antecedentes Personales No Patológicos
- d. Antecedentes Personales Patológicos
- e. Padecimiento Actual:
 - Signos y síntomas del usuario al momento de la visita
 - Patrón de consumo, sustancia(s) de impacto
 - Si se encuentra en estado de intoxicación, valorar grado de intoxicación y tiempo de evolución.
 - De no estar intoxicado, valorar la presencia de algún signo y/o síntoma de abstinencia: se encuentra consciente, agitado, con ansiedad, sudoración, etc.

1.4 En caso de que el familiar responsable, tutor o representante legal, refiera que el usuario presenta alguna complicación médica como comorbilidad psiquiátrica u orgánica, intoxicación severa o alguna sintomatología asociada a la intoxicación o abstinencia (delirium tremens, psicótico, insuficiencia respiratoria, crisis hipertensivas, crisis convulsivas, etc.), el médico deberá valorar si el establecimiento cuenta con los recursos físicos y humanos para brindar la atención o bien, si se requiere la referencia a una unidad de segundo o tercer nivel de atención. Para ello deberá apegarse a la Guía Operativa de Referencia/Contrarreferencia de Usuarios a los Servicios Especializados en Adicciones y hacer uso del directorio de instituciones avalado por la Comisión Estatal contra las Adicciones (CECA) de su entidad.

1.5 El médico deberá programar una visita en el domicilio del usuario, preferentemente dentro de las siguientes 24 horas posteriores a la solicitud, con la finalidad de realizar la etapa de evaluación, sensibilización y/o traslado del usuario.

1.6 El médico indicará al familiar responsable, tutor o representante legal, la importancia de llevar a cabo las siguientes medidas de seguridad para salvaguardar la integridad del usuario (a):

- a. retirar objetos potencialmente peligrosos que pudieran ser utilizados por el usuario para agredir,
- b. realizar los cambios necesarios en el entorno que permitan contar con el espacio suficiente para realizar el traslado involuntario del usuario,
- c. tratar en la medida de lo posible que en las siguientes 24 horas posteriores a la solicitud, el usuario (a) permanezca de su domicilio,
- d. evitar anticipar al usuario (a) la visita del personal del establecimiento,
- e. evitar confrontar y discutir con el usuario (a),
- f. no realizar ninguna actuación que ponga en riesgo al familiar ni al propio usuario, y
- g. esperar que el personal del establecimiento llegue a brindar la intervención.

1.7 No se podrán realizar traslados en un lugar diferente al domicilio del usuario (a), esto con la finalidad de evitar situaciones de riesgo que pongan en peligro tanto al propio usuario como al resto del equipo multidisciplinario.

Fase 2. Ingreso al domicilio del usuario y verificación de medidas de seguridad (a)

2.1 El traslado del usuario (a) se deberá realizar en una ambulancia de traslado simple. El establecimiento deberá realizar las gestiones necesarias con las diferentes instancias (públicas o privadas), a fin de contar con la unidad.

2.2 El personal que acudirá a realizar el traslado se integrará por un médico, enfermero (a), psicólogo (a) o consejero (a) en adicciones y personal de apoyo en caso de considerarse necesario. Dicho personal deberá contar con la especialidad en el tratamiento de las adicciones y tener pleno conocimiento del proceso de traslado.

2.3 El médico será el responsable de valorar clínicamente al usuario (o), de estabilizarlo a través de la farmacoterapia, y de aplicar el procedimiento de sujeción en caso de ser necesario. Deberá llevar consigo los siguientes materiales/instrumentos:

- a. impresión del interrogatorio inicial,
- b. formato de referencia y directorio de instituciones de referencia avalado por la CECA,
- c. formato de la historia clínica
- d. formato del consentimiento informado del traslado
- e. instrumental mínimo necesario para realizar la evaluación (estetoscopio, baumanómetro, termómetro, estuche de diagnóstico, etc.)
- f. maletín de emergencia con material y medicamento suficiente para la contención farmacológica en caso de ser necesario, así instrumental para contención física.

2.4 El personal de enfermería (a) será el responsable de apoyar al médico en la exploración física del usuario, en el procedimiento de contención, así como de brindar asistencia durante todo el procedimiento.

2.5 El consejero (a) en adicciones o el personal de psicología realizará intervención en crisis en caso de ser necesario, y sensibilizará al usuario sobre la importancia de recibir un tratamiento residencial para el consumo de sustancias psicoactivas.

2.6 El personal complementario, apoyará en el proceso de sujeción y traslado del usuario (domicilio-unidad-establecimiento), con previa indicación y supervisión médica.

2.7 El equipo multidisciplinario deberá acudir al domicilio del usuario a la hora y día acordado.

2.8 Al ingresar al domicilio, el médico realizará la presentación del equipo multidisciplinario, mismo que deberá acreditarse con el familiar responsable, tutor y/o representante legal. Además, brindará una explicación sobre el procedimiento de traslado. Se le indicará de manera puntual el propósito, características y duración de cada proceso, además de los posibles riesgos y/o complicaciones de éste.

Fase 3. Sensibilización del usuario (a), evaluación y diagnóstico

3.1 Una vez identificadas las medidas de seguridad, el médico en conjunto con el psicólogo (a)/consejero (a) en adicciones y el familiar responsable, tutor y/o representante legal, se aproximarán al usuario (a) acreditándose con él/ella.

3.2 Si el usuario se encuentra tranquilo y consciente, el médico le proporcionará información sobre el motivo de su visita, así como de las personas que integran el equipo multidisciplinario.

3.3 El psicólogo (a)/consejero (a) en adicciones, le mencionará al usuario los beneficios de ingresar a tratamiento, utilizando las estrategias de entrevista motivacional y/o de la propia experiencia con el consumo de sustancias.

3.4 El médico con apoyo del enfermero (a) complementará la información obtenida en el interrogatorio inicial y realizará la historia clínica del usuario (a) con la finalidad de valorar la necesidad de un traslado involuntario a un establecimiento residencial, o bien, a otra unidad de atención.

3.5 En la historia clínica se recabará la siguiente información:

- a. Ficha de Identificación
- b. Antecedentes Heredofamiliares
- c. Antecedentes Personales No Patológicos
- d. Antecedentes Personales Patológicos
- e. Padecimiento Actual:

- Signos y síntomas del usuario al momento de la visita
- Patrón de consumo, sustancia(s) de impacto
- Si se encuentra en estado de intoxicación, valorar grado de intoxicación y tiempo de

evolución.

- De no estar intoxicado, valorar la presencia de algún signo y/o síntoma de abstinencia: se encuentra consciente, agitado, con ansiedad, sudoración, etc.
- Exploración física
- Signos vitales
- Valoración neurológica
- Aparatos y sistemas
- Valorar complicación médicas que ameriten la referencia a una unidad de segundo o tercer nivel de atención (criterios de exclusión):
 - o Presencia de comorbilidad psiquiátrica con o sin manejo médico-farmacológico previo, que al momento de la visita se encuentre agudizada y el establecimiento no cuente con los medios o instalaciones para la atención de este o estos.
 - o Comorbilidad orgánica o daño orgánico con o sin manejo médico-farmacológico previo, y que al momento la visita sea evidente y se encuentre agudizada o descompensada y/o ponga en riesgo la vida del usuario (a).
 - o Que el usuario se encuentre severamente intoxicado y el establecimiento no cuente con el servicio de desintoxicación especializado.
 - o Que el usuario al momento de la visita se encuentre con alguna complicación médica secundaria a la intoxicación o abstinencia (dellirium tremens, psicótico, insuficiencia respiratoria, crisis hipertensivas, crisis convulsivas, etc.) o con ideas y/o conductas autolíticas o de suicidio, y que requiera la atención de urgencias de un hospital con especialidad psiquiátrica.

f. Impresión Diagnóstica y Pronóstico

g. Tratamiento y Plan Terapéutico

3.6 Con base en la historia clínica, el médico con apoyo del enfermero (a) deberá verificar de manera puntual, si se presentan las condiciones médicas necesarias para realizar un internamiento involuntario residencial o bien, identificar criterios de exclusión que requiera el traslado del usuario a una unidad especializada.

3.7 Los síntomas que deberá considerar el médico/enfermero (a) para un traslado involuntario son los siguientes:

- El usuario presenta tolerancia a una o más sustancias

- La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
- Estado crítico: intoxicación moderada y severa.
- Alteraciones del estado de conciencia
- Complicaciones secundarias a la intoxicación: deshidratación moderada a severa, desequilibrio hidroeléctrico, alteraciones vitalográficas de riesgo.
- Agitación, agresión hacia él mismo o hacia los demás.

3.8 Con la información obtenida en la historia clínica, el médico y enfermero (a) deberán proporcionar información al usuario (a) sobre el estado de salud en el que se encuentra, las afectaciones en los diferentes sistemas, así como de la importancia de abstenerse en el consumo de sustancias.

3.9 Se le preguntará al usuario (a) si desea ingresar por su propia voluntad. De ser este el caso, se realiza un ingreso voluntario y se procederá a la firma del consentimiento informado por parte del usuario (a). Se deberá valorar con el usuario (a) y el familiar responsable, tutor o representante legal, la pertinencia de que el usuario(a) ingrese por sus medios o bien, de realizar el traslado en ese mismo momento.

3.10 Si el usuario se niega a la valoración médica, o bien cumple con alguno de los criterios de exclusión, el médico realizará inmediatamente la referencia a la unidad de segundo (urgencias) o tercer nivel (psiquiatría), según sea el caso.

3.11 Solo en el caso de establecimientos residenciales donde se cuente con el equipo y personal debidamente preparado para brindar el servicio de desintoxicación, se podrá realizar un traslado al establecimiento residencial de un usuario en condiciones de intoxicación.

3.12 En el caso de que el usuario se rehusó a ingresar de manera voluntaria al establecimiento, se llevará a cabo el traslado involuntario para lo cual, se deberá realizar la

firma del consentimiento informado por parte del familiar responsable, tutor o representante legal.

3.12 El consentimiento informado deberá contener como mínimo la siguiente información:

- a. Datos de identificación y de contacto del usuario (a)
- b. Datos de identificación del establecimiento al que se realiza el traslado
- c. Lugar y fecha
- d. Acciones autorizadas (traslado, sujeción y/o aplicación de medicamentos en caso de considerarse necesarios)
- e. Señalamientos de riesgos y beneficios
- f. Nombre completo y firma del responsable familiar, tutor y/o representante legal
- g. Nombre completo y firma del responsable del establecimiento
- h. Nombre, cédula profesional y firma del médico responsable del traslado involuntario
- i. Nombre y firma de dos testigos

Fase 4. Procedimiento para el traslado involuntario del usuario

1. El personal acudirá puntualmente en la fecha y hora estipuladas previamente y se acreditarán debidamente con el familiar responsable, tutor y/o representante legal. El médico deberá recordar al familiar/responsable las características de cada uno de los procedimientos que se realizarán y el objetivo de ellos.
2. En todos los casos, el médico será el único autorizado para brindar la indicación de la orden del traslado involuntario a un establecimiento residencial o bien a otra institución a partir del estado de salud del usuario.
3. En caso de que la conducta de agitación o ansiedad del usuario suponga un riesgo para él mismo o para los demás, será el médico quién determine que es necesario sujetar físicamente al usuario para reducir daños provocados por su conducta agresiva o administrar el medicamento seleccionado para disminuir la agitación o ansiedad y se permita el traslado involuntario (ver más adelante contención farmacológica y contención física).
4. Una vez realizada la contención farmacológica y/o en su caso la contención física, se procede a ingresar al usuario al vehículo del establecimiento residencial.
5. El familiar responsable, tutor y/o representante legal deberá acompañar al usuario en su traslado.

6. Durante todo el recorrido, el médico/enfermero monitorizará el estado de salud del usuario y los puntos de sujeción física (en caso de haberse realizado).
7. El personal responsable del traslado deberá informar vía telefónica al establecimiento del ingreso involuntario las condiciones del usuario, con el objeto de que se cuente con todo lo necesario para recibirlo.
8. Al llegar al establecimiento residencial, el equipo de traslado ayudará a descender del vehículo al usuario.
9. El responsable o director del establecimiento procederá a realizar el ingreso involuntario en el establecimiento residencial, según lo estipulado en normatividad vigente en materia de adicciones para este tipo de ingresos.
10. Se deberá dejar constancia escrita de la actuación realizada en el expediente clínico del usuario.

4.1 Contención farmacológica

En caso de que el médico lo considere conveniente, tras valorar las posibles causas de agitación (orgánicas, psiquiátricas y/o derivadas del abuso o privación de sustancias psicoactivas), se podrá administrar medicamentos sedantes al usuario, mismos que deberán quedar registrados en una nota médica de ingreso.

La medicación puede llevarse a cabo:

- Con autorización del usuario, tan sólo para disminuir el estado de ansiedad.
- Cuando el estado de agitación psicomotriz del usuario es tal que amerite proceder con la contención física para su traslado, en aras de lograr un grado de sedación que evite que el usuario se haga daño.
- Vía intramuscular. En la práctica, tanto la vía de administración oral como la intravenosa son difíciles de aplicar cuando el usuario se encuentra resistente, aunado a que la vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios.

El médico será el único facultado para autorizar la ministración del medicamento que, previa evaluación, haya sido prescrito y sólo con el objeto de estabilizar o sedar al usuario.

No olvidar en ningún momento vigilar signos de alerta en el usuario: tono de voz, tensión muscular, hiperactividad motora, agitación creciente, alucinaciones auditivas, amenazas paranoides. Mantener la calma y serenidad ante cualquier acto o verbalización del usuario, mantener una distancia de seguridad y asegurar una vía de salida.

Se deben además cuidar aspectos verbales (tono de voz calmado y neutral, además de cuidar el uso de palabras altisonantes, u otras que conlleven juicios de valor) y no verbales de la comunicación (postura adecuada, contacto visual, expresiones faciales).

4.2. Contención Física

Se utilizarán siempre sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impidan ejercer una excesiva presión en las extremidades; que sean confortables, no lesivos, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación, tales como: juego de correas de sujeción mecánica completo, cinturón ancho abdominal, sujeciones para los miembros superiores, sujeciones para los miembros inferiores, alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama, botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores, botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle. Es importante tener presente que la contención física es una medida terapéutica y no un castigo.

Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente adoptarán las medidas de precaución universales.

- Preparar la cama, asegurándose de que este frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo) y se colocará la sujeción de cintura.
- Eliminar del alcance del usuario cualquier objeto potencialmente peligroso.
- Retirar objetos de la ropa del usuario que pudieran dañarle.
- El personal que vaya a intervenir en la sujeción no llevará objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos, cadenas, bolígrafos, etc...).
- El profesional médico encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el usuario, debiendo dar tiempo a éste para aceptar las demandas verbales para que colabore y se tumbe en la cama.
- Si no accediese a ello y el usuario se muestra poco colaborador, agitado, agresivo o negativo, sin lugar a la discusión verbal, se procederá a reducirle, trasladarle y tumbarle en la cama.

4.2.1 Reducción:

- Se realizará preferentemente cuando el usuario esté distraído.

- Cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida y un quinto miembro será el encargado de controlar la cabeza.
- Deberá girarse de espaldas sobre el suelo y se sujetará a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda golpearse o pueda golpear a algún miembro del equipo.
- El personal encargado de realizar el procedimiento deberá mostrarse protector y firme, evitando en lo posible hablar con el usuario mientras se realice la sujeción, para evitar actitudes de confrontación o agresividad hacia el usuario. El procedimiento deberá realizarse de la forma más rápida y coordinada posible.

4.2.2 Tumbarle en una cama:

- Se colocará al usuario en decúbito supino en la cama (excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia que se dejarán en posición de seguridad) y se procede a la sujeción completa o parcial indicada.
- La sujeción se realizará en este orden: cintura, miembros inferiores y miembros superiores.
- Sujeción completa: inmovilización del tronco y las 4 extremidades.
- Sujeción parcial: inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.
- Las piernas deberán sujetarse extendidas y ligeramente abiertas para sujetarlas por los tobillos.
- Los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, para sujetarlos por las muñecas.

Al llevar a cabo este procedimiento es importante que todo el personal esté bien familiarizado con los riesgos potenciales, pero en especial el médico responsable del procedimiento para estar siempre pendiente de las posibles complicaciones.

4.2.3 Traslado:

- Para trasladar al usuario se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros.
- No deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.
- Una vez que el usuario esté bien sujeto, se procederá a su traslado.
- El encargado de sujetar la cabeza, deberá mantenerla ligeramente levantada para disminuir el sentimiento de indefensión y para reducir la posibilidad de bronco-aspiración pulmonar.

- Para el traslado, se sugiere la sujeción parcial, inmovilizando el tronco y dos extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal miembro superior derecho y miembro superior izquierdo.
- Se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción. Se debe garantizar la comodidad de la sujeción.

Problemas potenciales

- Las contenciones físicas o mecánicas suponen un peligro potencial ya que pueden aumentar el riesgo de defunción, caídas, lesiones graves y hospitalización prolongada.
- Las lesiones relacionadas con las sujeciones mecánicas se pueden dividir en directas e indirectas y requieren vigilancia y control.
 - Lesiones en plexos nerviosos.
 - Riesgos de tromboembolismos.
 - Lesiones al forzar la inmovilización: fracturas, luxaciones, en pacientes con deformidades, etc.
 - Broncoaspiraciones; cuando la inmovilización es en posición supina.
 - Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
 - Asfixia. Puede producirse al enredarse el paciente en el sistema de sujeción, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.
 - Muerte súbita: Algunos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.
 - Otras consecuencias derivadas de la propia inmovilidad: debilidad, pérdida de fuerza, **deterioro funcional de las actividades de la vida diaria, incontinencia...**
 - Aumento de la agitación.
 - Aumento del estrés físico y psicológico.

El equipo deberá garantizar su propia seguridad, así como la del usuario (a), a través de las siguientes medidas:

- a. Solicitar durante todo el procedimiento algún acompañamiento por parte de alguna persona significativa para el usuario, ya sea algún familiar o amistad al que el usuario tenga total confianza o respeto,
- b. Asegurarse que no existen utensilios que puedan ser utilizados para provocar agresiones contra sí mismo u otros.
- c. Familiarizarse con el entorno y tener prevista una vía de escape en caso de ser necesario,

- d. Prestar atención a los objetos potencialmente peligrosos que puedan ser utilizados como armas y retirarlos,
- e. Evitar estímulos externos que puedan provocar agresión por parte del usuario (a) (ruidos, luces intensas, presencia de otras personas ajenas al proceso o incluso que pudieran con su simple presencia irritar al usuario (a), etc.),
- f. Verificar que el entorno cuente con las condiciones físicas óptimas y el espacio suficiente para realizar el procedimiento de traslado,
- g. Mantener una distancia apropiada con el usuario y evitar nunca darle la espalda,
- h. Tomar sus amenazas en serio,
- i. Evitar confrontaciones con el usuario (a),
- j. Mantener en todo momento la calma y mostrarse confiado (a) y competente, y
- k. Aunque el usuario acceda a realizar el traslado de manera voluntaria, es necesario siempre permanecer alerta y tener la capacidad de detectar comportamientos violentos o de escape.

Consideraciones generales:

- Todos los formatos recabados en las diferentes etapas del procedimiento del traslado, deberán ser integrados al expediente del usuario.