

±

CONSENSO DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN URGENCIAS EN SALUD MENTAL EN CLÍNICAS POLIVALENTES

Octubre 2022

El presente documento es una guía de buenas prácticas clínicas para equipos de salud en urgencias en salud mental, resultado del consenso obtenido en una mesa de trabajo conformada por organismos del Sistema de Salud Público-Privado y de las asociaciones científicas de Salud Mental, por iniciativa de la legisladora Ana María Bou Pérez, ante la necesidad de promover criterios unificados para la primera atención de pacientes con padecimiento mental y/o trastorno mental en el ámbito de los sanatorios y clínicas privadas.

Autores

Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dr. Horacio Rodríguez O'Connor (Director General de Salud Mental), Dr. Humberto Lorenzo Persano (ex Director General de Salud Mental)

Superintendencia de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación: Dra. Gabriela Fabiana Barros, Lic. Mariela Alonso Domínguez

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA): Profesor Dr. Luis Ignacio Brusco

Asociación Argentina de Instituciones de Salud Mental (AISAME): Dr. Emilio De Fazio

Cámara de Entidades Prestadoras de Salud (CEPSAL): Dra. Liliana González

Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECILISA): Dr. José Luis Sánchez Rivas

Asociación de Instituciones de Salud Mental CABA (ASME-CABA): Dra. Liliana González

Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Republica Argentina (ADECRA): Dr. Cesar Lucchetti y Cp. María Silvia Monet

Hospital Italiano de Buenos Aires: Dr. José Luís Faccioli

Sanatorio Finochietto: Dr. Roberto Osvaldo Froment

Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP): Dr. Ricardo Marcelo Corral

Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines (AAPI): Dra. Adriana Ingratta, Dra. Monica Bella, Dra. Fernanda Cordero, Dr. Darío Sangineto

Asociación Argentina de Salud Mental (AASM): Gustavo Fernando Bertrán, Dr. Alberto Trimboli, Dr. Juan Carlos Fantin

Revisado por

Dra. Silvia Pujol

Dra. Carolina Cipolla

ÍNDICE

Prólogos

Capítulo 1

1.1- Introducción

1.2- Objetivo

1.3- Alcance

1.4- Destinatarios

1.5- Definiciones

Capítulo 2

2.1- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental domiciliaria

2.1.1- Estrategias orientativas de intervención a seguir por parte del operador qué motivo del pedido de atención

2.1.2- Concurrencia del móvil al domicilio

Capítulo 3

3.1- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental en centro polivalente

3.1.1- Medidas iniciales de cuidados

3.1.2- Estrategias terapéuticas inmediatas para la atención de la urgencia en salud mental en caso de agitación

3.1.3- Criterios generales para la evaluación: presentaciones clínicas que requieren de manejo especial

3.1.4- Evaluación integral del estado de salud de la persona y su situación clínica

Capítulo 4

4- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental en población Infanto-juvenil: Atención en centro Polivalente

4.1.2- Recomendaciones básicas

4.1.3- Medidas iniciales de cuidados

4.1.4- Evaluación en urgencias

4.1.5- Estrategias terapéuticas inmediatas para la atención de la urgencia en salud mental en caso de excitación

Capítulo 5

5.1- Anexos. Planilla para la atención domiciliaria (operador)

6-Bibliografía

Prólogo

Mucho se debate sobre la salud mental y su agravamiento durante y posterior a la pandemia.

Cuantiosas son las aristas desde las cuales tenemos que abordar la problemática que no solo involucra al paciente sino también a las familias, amigos o personas que comparten los momentos de felicidad, y también los momentos más difíciles en este tipo de enfermedades.

Todas las leyes, y más en temas de salud, tienen que ser revisadas periódicamente dado los cambios de percepciones sobre la temática. La Ley de Salud Mental Nacional tan atravesada por cuestiones sociales y culturales requiere ser reconsiderada por expertos en la materia tanto en el ámbito de la salud, como en el ámbito social, en el ámbito legal, en el ámbito antropológico, como así también por organizaciones de la sociedad civil que siempre realizan aportes fundamentales desde la experiencia vivida. A priori, y sin brindar un juicio de valor sobre este análisis final, considero una buena práctica la revisión de una ley que tiene 12 años de sancionada.

Este Consenso, surge del debate y las necesidades de las instituciones privadas y públicas de salud, mono y polivalentes que atienden cuestiones referidas a la salud mental. Las instituciones, han presentado diferentes dificultades en las guardias en cuanto a la atención de pacientes agudos psiquiátricos y las situaciones desencadenadas. En este sentido, el *Consenso de Buenas Prácticas Clínicas en Urgencias en Salud Mental en Clínicas Polivalentes* aborda una respuesta unificada dentro de las posibilidades de cada entidad para situaciones poco prevalentes, pero de alto impacto cuando se da la atención de un paciente dentro de una de estas instituciones.

Fue mi intención, oficiar de articuladora de las distintas organizaciones público-privadas, sociedades científicas y profesionales que construyeron este material como consenso para que nuestros sanatorios poli o monovalentes

dispongan de una guía para sus equipos. La idea que atraviesa este consenso es que en un momento tan trágico como es la presencia de una situación aguda dentro del proceso de patología psiquiátrica en la vida de los pacientes, familiares y equipo de salud, estos puedan ser contenidos por un equipo profesional capacitado, que con humanidad dé una respuesta que atenúe la situación aguda, mientras hacen contacto hasta la llegada del especialista que se hará cargo posteriormente de la situación.

Finalmente, agradecemos a cada una de las organizaciones y profesionales que participaron en la producción de esta guía de buenas prácticas clínicas, a la Diputada Nacional Carmen Polledo M.C. y a mis colegas, los legisladores de la Ciudad de Buenos Aires que acompañaron el proceso de elaboración del presente trabajo.

Dip. Ana María Bou Pérez

Prólogo

El 2021 nos enfrentó con un legado incómodo: una herencia de palabras no dichas y de estereotipos difíciles de erradicar. El crecimiento en los casos de depresión y trastornos de ansiedad durante la pandemia nos demostraron que, en un país donde el 30% de la población adulta ha sufrido algún trastorno de salud mental (SPPE, 2021), el silencio no puede ser una respuesta colectiva. Como componente integral de la salud, es esencial que la salud mental deje de ser un tabú en la conversación pública y que desarrollemos nuevos consensos en la materia.

Los argentinos vivimos en un estado de alerta constante que nos hace daño mental y emocionalmente, tanto a nivel individual como social. Como sociedad, nos debemos una conversación sobre nuestro presente y sobre nuestro futuro. Especialmente cuando 70% de nuestros adolescentes ha sufrido síntomas de ansiedad y expresado bajos niveles de satisfacción con su vida (Ineco, 2020).

En ese marco, esta iniciativa es un gran paso para seguir dando una discusión latente: cómo garantizar nuestro desarrollo individual y comunitario de manera integral. El diagnóstico y el tratamiento deben responder a las diferentes aristas que impactan en la estabilidad mental de las personas. Así, con foco en la contención, nos queda mucho trabajo por hacer si, tal como nos recomienda la OMS (2022), nos proponemos “identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental, para luego intervenir a fin de reducir los riesgos, aumentar la resiliencia y crear entornos favorables para la salud mental”.

Nuestra responsabilidad desde la función pública es profunda y nuestra tarea debe ser comprometida: el fortalecimiento del sistema de salud debe ser producto de una acción conjunta por brindar herramientas de acompañamiento y contención tanto a quienes transiten alguna enfermedad como a sus familias y seres queridos, de la forma más amplia posible.

Desde la Legislatura celebramos esta iniciativa y consideramos que acompañar un proyecto como este es un paso más en nuestro deber de cuidar a los porteños y a todas las personas que vienen a la Ciudad. Agradezco el esfuerzo de todas las personas que trabajaron en esta Guía para que todos los profesionales de la salud tengan más herramientas para hacer cada vez mejor su trabajo y, así, estar cada vez más cerca de las necesidades de la gente.

Emmanuel Ferrario

Vicepresidente primero de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires

Capítulo 1

1.1- Introducción

El sistema de salud de la Argentina, especialmente en Salud Mental, tiene particularidades que dificultan la implementación de criterios unificados de atención. Una de estas particularidades tiene que ver con el fraccionamiento de dicho sistema, originando que cada efector responda a los propios criterios del organizador.

En detrimento de esto, se observa una discrepancia en la atención de pacientes; como por ejemplo la utilización de medidas de restricción física, uso de psicofármacos o indicación de internación. En la mayoría de los casos se toman decisiones con un criterio clínico que puede variar considerablemente de uno a otro especialista o de acuerdo a los diferentes efectores. En este contexto surge la conveniencia de promover consensos de buenas prácticas en urgencias en salud mental en el ámbito de los sanatorios y clínicas privadas, ya que muchas veces la primera atención se da con médicos generalistas.

En urgencias, antes de abordar la decisión terapéutica de cualquier paciente se tiene que establecer un diagnóstico diferencial. En pacientes con padecimiento mental y/o trastorno mental no es tan sencillo como en otros casos. La prioridad es descartar la causa orgánica en forma precoz, ofreciéndole un tratamiento específico, sin olvidar que pueden coexistir síntomas psiquiátricos y orgánicos en un mismo paciente, e intentar discernir si el problema de salud deriva del uso de sustancias, del trastorno mental de base o de ambas.

La demanda de consulta por motivo de salud mental de urgencia está condicionada por múltiples factores como el ambiente físico y psicológico; las dificultades y necesidad de un diagnóstico, al menos de situación, rápido; el factor tiempo; la naturaleza de la toma de decisiones y las expectativas de los agentes implicados (personal y de los pacientes); Por ello resulta primordial el uso de consensos de buenas prácticas clínicas que sean claros, factibles y actualizados.

Debido a esto, convocamos a una mesa de trabajo con el sistema de salud privado y de las asociaciones científicas con el fin de realizar dicho consenso con criterios unificados, aplicable a todos los efectores privados, principalmente en las guardias generales que no cuentan con equipo interdisciplinario de Salud Mental.

En líneas generales, estos consensos son instrumentos cuyo contenido está formado por directrices elaboradas para ayudar al profesional en la toma de decisiones ante situaciones clínicas concretas. En este caso, su elaboración tiene la finalidad de proporcionar un instrumento válido que facilite, homogenice y disminuya la variabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos de derivación de aquellos pacientes que presenten

padecimiento y/o trastorno mental en situación de urgencia entre los distintos dispositivos sanitarios implicados.

Por otro lado, dichos consensos responden a lo establecido, tanto en los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en Salud Mental” que refiere que las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, así como ser tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana; y en la Constitución de la OMS, que afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

Se considera de relevancia para su implementación la capacitación de los profesionales y del equipo de salud que asisten a los pacientes en las guardias generales, mediante cursos, simulacros y manuales de manejo del paciente y la familia.

1.2- Objetivo

Realizar un consenso de buenas prácticas clínicas de atención inicial de la urgencia en salud mental en domicilio y centros polivalentes.

1.3- Alcance

Todo paciente de cualquier rango etario que presente una urgencia en salud mental dentro del ámbito de salud privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

1.4- Destinatarios

Médicos, enfermeros y personal administrativo de guardia e internación, personal de seguridad, personal de conducción y gerenciamiento de la institución involucrada.

1.5- Definiciones

Urgencia en Salud Mental: implica toda crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital.

Capítulo 2

2.1- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental domiciliaria

Debido a la complejidad de la atención en domicilio se asigna un modelo de acción, de forma tal que se pueda decidir de manera inmediata

2.1.1- Estrategias orientativas de intervención a seguir por parte del operador qué motivó el pedido de atención

- Pedido de asistencia de urgencia

En el primer contacto con la urgencia, en este caso a cargo del operador que recibe el llamado, se recaban los datos de mayor relevancia que aportan información del estado actual del paciente.

La fuerza pública puede ser convocada por el operador que recepta el auxilio, previo a la llegada del móvil sanitario al lugar del evento, si el caso así lo requiriese.

Llamada telefónica: lineamientos orientativos

Recibe el llamado por parte de:

- El paciente
- Un familiar o allegado
- Terceros (ejemplo, vecino) que toman conocimiento o sospechan la conducta.
- Equipo Profesional
- La cobertura médica
- Orden Judicial de evaluación por equipo Interdisciplinario

Preguntar:

- Si está violento, si tiene intencionalidad suicida y con qué método
- Si el paciente se encuentra en una zona de riesgo
- Si el paciente está solo o acompañado (indagar si confía en la persona que lo acompaña)
- Si presenta antecedentes en salud mental
- Si realiza actualmente tratamiento psiquiátrico y/o psicológico
- Si padece alguna enfermedad no psiquiátrica
- Si recibe medicación. ¿Cuál?

Ver anexo: Grillas de estrategias orientativas para operadores

2.1.2- Concurrencia del móvil a domicilio

El médico psiquiatra concurrirá en el móvil (acompañado por un chofer, puede incluirse un enfermero y/o psicólogo), evaluará al paciente y decidirá la conducta terapéutica más adecuada de acuerdo con la situación planteada. En

el caso que no se disponga de médico psiquiatra, concurrirá un médico generalista, quien informará posteriormente a un especialista sobre la evaluación realizada al paciente y familiares para que continúe con el seguimiento.

El profesional que asiste al domicilio contará con la planilla de atención domiciliaria previamente completada por el operador que recibió el llamado

- **Medidas de atención:**

A-Medidas de seguridad

B-Medidas asistenciales

A- Medidas de seguridad:

En relación con la seguridad del profesional que efectuará la consulta, se evaluará las siguientes variables:

- Antes de ingresar al domicilio, el equipo de profesionales deberá informarse sobre el estado actual del paciente y así disponer de más posibilidades para el manejo conductual
- Si el riesgo de violencia es elevado, el equipo profesional solicitará apoyo de la fuerza pública antes de ingresar al domicilio
- No examinar jamás a pacientes que se encuentran armados
- Nunca dar la espalda a paciente agitado o violento
- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes. Conservando una actitud empática, respetuosa y serena, manteniendo siempre la observación del paciente, sin entrar en confrontaciones, y respetando las distancias interpersonales
- Procurar que las manos del profesional se encuentren siempre a la vista del paciente, evitando una postura que denote inseguridad o propicie desconfianza al mismo.
- Detectar cualquier signo temprano de escalada en la excitación o de agresión inminente: elevada tensión muscular, hiperactividad, amenazas verbales, aumento del volumen de la voz. En estos casos se deberá convocar al equipo designado por la institución previamente, para que intervenga en caso de excitación psicomotriz
- Extremar las medidas de protección del personal como el uso de guantes y evitar llevar encima objetos potencialmente peligrosos (tijeras, pinzas, estetoscopios, etc.).
- La fuerza pública puede ser convocada por el operador que recepta el auxilio, previo a la llegada del móvil sanitario al lugar del evento, si el caso así lo requiriese.
- Solicitar apoyo policial si es necesario
- Mantener comunicación con coordinación de urgencias de la institución

B- Medidas asistenciales:

-Intervención Asistencial:

- Ante Intento de suicidio: intento de ahorcamiento, ingesta de psicofármacos, intoxicación por opiáceos. Venenos-Cortes-otros
Conducta: Derivación a Clínica Médica
- Ante Ideación Suicida:
Conducta: Derivación a Internación Psiquiátrica
- Ante Descompensación psicótica: evaluar según antecedentes o sospecha de intoxicación la derivación a polivalente o monovalente

- Evaluar grado de letalidad del método utilizado en intento de suicidio:

a- Letalidad: está determinada por la peligrosidad para la integridad física en sí misma. (Alta -moderada-baja).

Letalidad alta:

- Ahorcamiento.
- Armas de fuego.
- Arrollamiento (automóviles, tren).
- Lanzamiento de altura.
- Intoxicaciones con gas.
- Electrocuci3n.
- Intoxicaci3n por elementos altamente t3xicos, a3n en peque1a cantidad (organofosforados, soda c1ustica, medicaci3n, etc.)
- Intoxicaci3n por elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad est1 dada por la cantidad y/o modalidad de ingesti3n (medicamentos en gran cantidad).
- Heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara).

Letalidad moderada y baja:

Ingesti3n de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y peque1a cantidad (t3xico en peque1as cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona).

- Cortes leves, escasos y superficiales (por ej.: uno o dos cortes en antebrazo).
- Cualquier otra conducta de autoagresi3n de caracter1sticas tales que no hubieren podido ocasionar da1o severo.

b- M3todo utilizado: siempre deber1 ser considerado en el contexto de la existencia de plan autoagresivo y del grado de impulsividad.

- Intervenci3n M3dico legal:

- Siempre se deber1 atender al paciente
- Siempre derivar a una instituci3n m3dica o profesional psiquiatra y/o psic3logo ambulatorio si no presenta riesgo cierto e inminente para s3 y para terceros.
- Solicitud de presencia policial en caso de agresividad o violencia extrema que ponga en peligro la integridad de los profesionales intervinientes.

- Efectuar presentación/denuncia judicial si el paciente o la familia rechazan la indicación profesional de internación por motivos de salud mental, existiendo riesgo para sí o para terceros. Es importante explicar al paciente y/o la familia el procedimiento que el profesional debe realizar frente a la negativa. Se deberá comunicar con el 911 o acudir a la Policía de la Jurisdicción que corresponda al domicilio del paciente o donde se encuentre, para efectivizar la correspondiente denuncia y pedido de intervención. Si la policía no respondiera, se deberá tomar los datos (nombre, apellido, número de legajo del policía y dejar constancia de que niega la colaboración) y comunicarlo a la Coordinación en forma inmediata a efectos de que se efectivice desde la institución la correspondiente denuncia al Juez. La vida del paciente o de terceros, como consecuencia del estado clínico del paciente, es la prioridad.
- Si no se consigue cama en Psiquiatría, derivar a clínica o sanatorio polivalente y dar aviso de esta situación para que el sanatorio solicite la interconsulta con médico psiquiatra.
- Completar planilla de informe de atención: se deberá completar con letra legible, clara, prolija, firmado y sellado por el profesional y con la firma, aclaración y DNI del familiar y/o paciente en todos los casos.

Capítulo 3

3.1- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental en centro polivalente

3.1.2- Medidas iniciales de cuidados

Representan las medidas básicas que deben acompañar todo el proceso de atención:

- Sala o habitación:

La institución dispondrá previamente de una sala o habitación adecuada para realizar la evaluación clínica y el seguimiento hasta su derivación.

Deberá contar con:

- Puerta con apertura hacia afuera, preferentemente. En lo posible, contar en el ambiente con dos salidas
- Cama o camilla con barandas
- Contenciones físicas en correctas condiciones de higiene y cuidado
- Sin elementos potencialmente peligrosos (ejemplo: cortopunzantes, contundentes)
- Sin medicación al alcance del paciente
- Iluminación natural, en lo posible con vidrios de seguridad y ventanas barradas

- Cuidados del paciente

- Antes de hablar con el paciente, el equipo de profesionales deberá informarse sobre su situación clínica y así disponer de más posibilidades para el manejo conductual
- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis
- Disponer del tiempo necesario para la atención
- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad / intimidad
- No dejar a la persona sola. Garantizar el acompañamiento por parte del equipo de salud y/o referentes vinculares
- No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (armas, bisturí, elementos cortopunzantes, medicamentos, etc.). Prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos.
- Si el espacio se comparte con otras especialidades el material debe estar perfectamente almacenado y/o protegido: (estetoscopios, otoscopios, tensiómetros, etc.)
- En el caso de que la persona se encuentre sola, se deberá localizar referentes vinculares. Identificar a los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso de atención.

- Cuidados del equipo de salud

- Avisar al equipo tratante sobre entrevista con posible riesgo
- Es importante que sea un profesional quien dirija la entrevista
- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Mantener una actitud precavida para evitar que el paciente pueda golpearles de modo deliberado o accidental. Es aconsejable:
 1. Colocarse fuera de su espacio personal y del lado dominante.
 2. Asegurarse una vía de escape situándose lo más próximo a la salida, en caso de que fuese necesario.
 3. No perderle de vista, aunque no hay que mirarle directa y continuadamente.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con eventual acompañamiento y/o colaboración de otras personas.
- No examinar jamás a pacientes que se encuentran armados
- Nunca dar la espalda a paciente agitado o violento
- Evitar movimientos bruscos o súbitos, iniciando, en la medida de lo posible, la entrevista con temas neutrales o secundarios, y no con aquellos referentes al comportamiento del paciente
- Generar un vínculo de confianza con el paciente y/o con sus acompañantes, conservando una actitud empática, respetuosa y serena, manteniendo siempre la observación del paciente, sin entrar en confrontaciones, y respetando las distancias interpersonales
- Procurar que las manos del profesional se encuentren siempre a la vista del paciente. Evitando una postura que denote inseguridad o que propicie desconfianza al mismo

- Detectar cualquier signo temprano de escalada en la excitación o de agresión inminente: elevada tensión muscular, hiperactividad (deambular en el consultorio), amenazas verbales, aumento del volumen de la voz. En estos casos, se deberá convocar al equipo designado por la institución previamente, para que intervenga en caso de excitación psicomotriz
- Nunca intentar “tocar” al paciente.
- Extremar las medidas de protección del personal como el uso de guantes y evitar llevar encima objetos potencialmente peligrosos (tijeras, pinzas, estetoscopios, etc.).

3.1.3- Estrategias terapéuticas inmediatas para la atención de la urgencia en salud mental en caso de agitación

Conceptos teóricos de la excitación/agitación psicomotriz:

- Paciente con excitación psicomotriz (EPM)

La agitación o excitación psicomotriz (EPM) suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuente en los diversos ámbitos profesionales, y a su vez uno de los más exigentes tanto a nivel institucional como profesional. La presencia de un paciente agitado, a veces confuso, y generalmente demandante u hostil, suele generar profundas reacciones en el personal sanitario que puede, por esto, ver comprometido su accionar.

Se trata de un síndrome caracterizado por un aumento significativo de la actividad motora, que puede oscilar desde una ligera inquietud hasta una verdadera tempestad de movimientos; más una alteración de la esfera emocional, que puede tener la tonalidad de la ansiedad severa, el pánico, la cólera, la euforia, etc.

Es una urgencia en la que existe la necesidad de actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y del entorno; por este motivo estos episodios suelen requerir intervención terapéutica previamente al diagnóstico etiológico del episodio.

En la aparición de una conducta de violencia o agitación, en general, se imbrican gran variedad de factores, tanto innatos como exógenos o ambientales, que interactúan entre sí y que deben ser identificados por el clínico en la evaluación del paciente, entre otras razones porque pueden tener implicaciones terapéuticas.

Existe una tendencia a menospreciar el enfoque diagnóstico de estos cuadros y a atribuirle inmediatamente un origen psiquiátrico. Sin embargo, a su origen pueden contribuir también, muy frecuentemente, trastornos orgánicos que pueden representar en lo inmediato un peligro para la vida del paciente.

Causas médicas:

-Tóxicas: alcohol, corticoides, ansiolíticos

-Metabólicas: hipoglucemias, fiebre, deshidratación

-Neurológicas: confusión post convulsión, TEC, infecciones intracraneales, anoxia cerebral, ACV, tumor

Causas psiquiátricas: trastorno de la personalidad, trastorno del espectro autista y RM, trastorno bipolar (fase maniaca), trastornos psicóticos, trastornos de la conducta, trastornos oposicionistas, consumo de tóxicos

Causas reactivas: estrés postraumático, abuso sexual.

Los abordajes alternativos son medidas terapéuticas utilizadas en la fase inicial de la agitación del paciente que fuera previsible su contención.

Objetivo:

a. Detectar las primeras señales que indiquen agitación del paciente que pueda ir en aumento. En primer lugar, es esencial conocer la situación personal de la persona e informarse sobre su historia clínica, para poder tomar las decisiones adecuadas a su situación.

b. Cuando sea posible se intentará tranquilizar al paciente para no llegar a la contención física y conseguir un estado de calma por parte del paciente sin utilizar la restricción física.

Las alternativas terapéuticas para el manejo de la agitación/excitación psicomotriz son de tres tipos. Se sugiere la siguiente secuencia:

- Contención verbal: es el primer método de elección junto con la contención ambiental que se refiere a la estancia en una habitación tranquila.

- Contención farmacológica: empleando la medicación oral, parenteral o intramuscular, siendo la intramuscular la más utilizada.

- Contención física: como última medida de elección.

Se intentarán utilizar los métodos menos restrictivos. No obstante, si el paciente muestra una agitación grave, sin posibilidad de realizar la contención verbal, se elegirá como primera opción la intervención farmacológica o incluso la contención física.

- Contención verbal

La contención verbal tiene como objetivo orientar las situaciones de tensión y agresividad hacia su disminución mediante el diálogo con el paciente para lo que es importante que se haya establecido con anterioridad una relación clínica que surja desde la confianza, empatía y respeto

Presentarse siempre como médico. Dirigirse al paciente con una actitud tranquilizadora, de forma educada, en tono bajo y calmo, mostrando interés por su problema, escuchándolo y dejándolo hablar, ofreciéndole ayuda y comprensión, pero con seguridad y firmeza, que sirve tanto para marcar límites a la conducta de este, como para darle una referencia externa de seguridad y de orden en un momento en el que el paciente solo no puede conseguirla. Se puede utilizar las mismas palabras que utiliza el paciente, de esta manera se sentirá escuchado.

Consensuar soluciones en base a las propuestas que haga la persona y a las que puede brindarle la institución considerando el entorno. Muchas crisis se resuelven en esta instancia sin necesidad de recurrir a la medicación ni a la contención física.

Si el paciente continúa excitado, amenazador o con signos de violencia inminente, es probable que sea necesario administrar medicación sedativa vía oral o parenteral.

Estrategias de manejo durante la contención verbal: dominios de la desescalada verbal:

1- Respetar al paciente y su espacio personal: colocarse a 1 metro del paciente, no bloquear las salidas. No mirar de forma intimidante al paciente.

2- No provocar: mostrarse relajado y calmado (postura y expresión facial). Mantener las manos de forma visible. Mostrar preocupación de forma empática. Hablar con un tono suave y que no denote enojo. Nunca insultar ni ofender.

3- Comunicador único: informarle que su intención no es hacerle daño y que se lo va a ayudar.

4- Lenguaje sencillo y conciso: usar frases cortas y directas, ya que la capacidad de atención en un estado de agitación es menor. Usar la técnica del “disco rayado” repitiendo una frase de una u otra forma para que el paciente vea seguridad en las intervenciones.

5- Identificar deseos y emociones: expresar la intención de ayudar en lo que necesita. Ofrecerle comida y bebida si eso mejora la comunicación. Darle oportunidad de hablar de sus preocupaciones.

6- Escucha activa: el lenguaje verbal y no verbal tienen que ser consistentes. Usar las mismas palabras que el paciente, eso ayuda a que se sienta escuchado .

7- Técnica del banco de niebla: anular las críticas que recibimos que puede llevar a contraatacar. Manejo del dominio propio.

8- Establecer límites: informar que cualquier tipo de agresión es inaceptable. Cualquier actitud del paciente que incomode, se le debe avisar de esto. Comunicarle que si esta actitud continua se indicará la contención física.

9- Ofrecer opciones optimistas y realistas: abordar la posibilidad de usar la medicación. Hay que interrogar con respecto a qué lo ayudó en situaciones similares. Brindarle opciones de acción, esto genera una cierta sensación de control. Mantener una actitud optimista informándole que todo va a salir bien.

10- Análisis post intervención: hablar con el paciente sobre las intervenciones que se realizaron con el fin de mejorar el vínculo terapéutico y reducir la experiencia traumática.

- **Abordaje Psicofarmacológico**

Cuando las medidas de contención verbal no son eficaces en el paciente agitado, se puede recurrir a la administración de fármacos con el objetivo de calmarle lo antes posible con el fin de evitar que se autolesione o lesione a las personas de su entorno. Utilizar la vía oral en primer lugar si es posible. En caso contrario o de riesgo inminente, se usará la vía intramuscular (IM) por ser la de más rápida acción.

La decisión de iniciar la contención farmacológica es competencia del médico responsable o el de guardia. Sin embargo, cuando en el momento de decidir no se puede contactar con el médico y se trata de una situación urgente el enfermero/a está autorizado/a para iniciar el procedimiento según las órdenes médicas, debiendo comunicárselo al médico lo antes posible. Las indicaciones deberán estar correctamente detalladas y documentadas en las hojas de enfermería y ser reevaluadas constantemente.

Vía de administración e inicio de acción: la vía intravenosa (IV) presenta el inicio de acción más rápido, seguida por la vía intramuscular (IM) y luego la vía oral (VO). La vía IM combina los beneficios de una fácil aplicación y un relativamente rápido inicio de su acción terapéutica, por lo cual continúa siendo en nuestra práctica la vía más utilizada.

Eficacia: El uso combinado de Haloperidol y Lorazepam es la indicación más adecuada para atender a la urgencia.

Perfil de efectos adversos: Síntomas extrapiramidales, sedación excesiva, deterioro del sensorio.

- **Esquema psicofarmacológico de referencia:**

Asociación Haloperidol 5 mg IM + Lorazepam 4 mg IM combinadas (recordar refrigerar ampolla de Lorazepam)

Las dosis pueden repetirse cada 30 minutos hasta obtener la remisión de la excitación de la persona:

Dosis recomendadas acorde a Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental (MSAL).

Dosis máxima de Haloperidol en adultos/día: 20 mg.

Dosis máxima de Lorazepam en adultos/día: 10 a 15 mg.

Uso de otros psicofármacos:

- **Antipsicóticos Típicos:**

- Levomepromazina: VO o IM (ampolla de 25mg), dosis diaria de 25 a 100 mg. Frecuentemente se lo combina con Haloperidol y/o Lorazepam.
- Prometazina: VO o IM (ampolla de 25 mg), dosis diaria de 25 a 100 mg. Frecuentemente se lo combina con Haloperidol y/o Lorazepam.
- Acetato de Zuclopentixol: vía IM, dosis de 50 a 150 mg (ampolla 50mg), latencia para inicio de acción antipsicótica. Buen perfil sedativo. El efecto dura 48 a 72hs (se puede repetir la aplicación cada 2-3 días)
- Clotiapina: VO, 20 a 40 mg, se utiliza por su perfil sedativo.

- **Antipsicóticos Atípicos:**

- Risperidona: VO, en general combinada con benzodiazepinas por latencia para la acción. Iniciar con 0,5-1 mg/día (distribuir en 2 tomas diarias para disminuir la hipotensión). Titulación lenta en 4-6 semanas. Dosis máxima 6 mg/día.
- Olanzapina: VO o IM (ampolla de 10mg), dosis mínima de 5 mg y máxima de 10 mg. Dosis máxima diaria de 20 mg. Para su uso IM (solo tiene función sedativa no antipsicótica): Se pueden usar hasta 3 inyectables en 24 hs, como máximo 3 días consecutivos. Entre la 1ra y 2da inyección deben pasar 2 hs y 4hs para la 3ra. NO combinar con benzodiazepinas, administrarlas separadas por al menos 1 hora (riesgo de sedación excesiva y depresión cardiorrespiratoria).
- Quetiapina: poco útil en urgencia por lenta titulación para alcanzar el rango terapéutico, vía oral 25 a 100 mg por dosis (acción sedativa). Dosis máxima diaria de 300-800mg/día (acción antipsicótica).

Distinguiremos, a los fines de la elección de la medicación a utilizar, cinco tipos de EPM, en base a la presunción diagnóstica realizada con las limitaciones de la evaluación en urgencias:

- EPM relacionada con el uso sustancias: Las benzodiazepinas serán de elección cuando se sospechen abstinencia por benzodiazepinas y/o alcohol, o intoxicación con estimulantes (cocaína, anfetaminas), por sus beneficios específicos y su seguridad. Deberán evitarse en el caso de que exista intoxicación por cualquier sustancia sedativa, prefiriéndose en estos casos los antipsicóticos (AT) con perfil sedativo.
- EPM secundaria a enfermedad médica: El Haloperidol es considerado el tratamiento de elección por varios autores, por su probada efectividad en los casos de delirium, la escasa afectación del umbral convulsivo en los casos de daño cerebral, y su relativa seguridad en enfermos severos como insuficientes cardíacos o renales, o EPOCs. Las benzodiazepinas serían la opción más adecuada si hay un diagnóstico previo de epilepsia, si bien el uso de haloperidol en esos casos no está contraindicado.
- EPM en trastornos psiquiátricos primarios: Para la agitación en el contexto de un trastorno psiquiátrico primario, en ausencia de síntomas psicóticos, las benzodiazepinas serán suficientes, por vía VO o IM. Si el cuadro se acompaña de síntomas psicóticos, los antipsicóticos estarían específicamente indicados,

solos o en combinación. Los antipsicóticos atípicos (especialmente risperidona, olanzapina y ziprasidona), tienen menos efectos adversos extrapiramidales, y no a una mayor eficacia. Los efectos adversos extrapiramidales pueden minimizarse utilizando dosis bajas de AT, o potenciando su efecto con el agregado de una BZD.

- EPM en adultos mayores: Se utiliza Haloperidol solución gotas (2 mg/ml) a dosis de 10 a 30 gotas, en casos pertinentes (por ejemplo, delirium u otras causas de agitación). A los pacientes agitados que requieran sedación inmediata debe administrárseles un antipsicótico intramuscular, al cual puede añadirse una benzodiacepina; se ha demostrado que dicha combinación logra una más rápida y mejor sedación que cada medicamento por separado, y puede reducir los efectos adversos al requerir menos dosis de cada uno. Sin embargo, varios trabajos coinciden en que el uso de Haloperidol es preferible debido a su efecto sedativo, bajo riesgo de hipotensión y efecto colinérgico.

- EPM en paciente embarazada: Son cuadros que suelen provocar gran ansiedad en el médico clínico. Debido a que no contamos con estudios controlados que evalúen la eficacia y la seguridad de los psicofármacos durante el embarazo y las posibles consecuencias negativas para el feto, los médicos deben priorizar las estrategias de contención verbal como primera línea de tratamiento para el abordaje de dichos cuadros. Sólo cuando estas estrategias no farmacológicas resulten insuficientes se debería recurrir a los psicofármacos, tratando de utilizarlos en la menor dosis y por el período más breve posible. Los fármacos que cuentan con mayor aceptación son los antipsicóticos y las benzodiacepinas, ya sean solos o combinados. Dentro de los AT, el Haloperidol es el que posee el nivel de evidencia más alto. Otra alternativa válida es la Prometazina, por su gran efecto sedante. Los antipsicóticos atípicos (AA), al ser agentes más nuevos, poseen menos datos disponibles sobre su seguridad durante el embarazo. Asimismo, la Clozapina, la Risperidona y la Olanzapina no se vinculan claramente con la aparición de ninguna anomalía congénita. Si bien la Clozapina parece ser una droga bastante segura (Categoría B) su empleo no sería recomendable por el riesgo asociado de agranulocitosis. Las benzodiazepinas solas o combinadas con antipsicóticos también se usan para los episodios de excitación psicomotriz. Algunos estudios reportaron una asociación entre el uso de benzodiazepinas en el primer trimestre del embarazo y la aparición de labio leporino y paladar hendido. También se deberían indicar con precaución en los momentos cercanos al parto ya que pueden generar un cuadro neonatal conocido como Floppy Infant Síndrome. Las restricciones físicas, reservadas para los casos más severos, pueden generar riesgos significativos para el embarazo por lo que se desaconseja su uso.

- Esquemas farmacológicos:

Benzodiazepinas	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentaciones	Observaciones
-----------------	--------------------------------------	------------------	---------------------	----------------	---------------

Lorazepam	VO : 1-6 mg IM : 4 mg c/30 min. Hasta 15 mg	Intermedio	Intermedio	Comprimidos VO: 1, 2, 2.5 mg Comprimidos SL: 1, 2 mg Ampollas: 4 mg x 100 x 1 ml	Se metaboliza por conjugación, seguro en insuficiencia hepática. Las ampollas van refrigeradas
Clonazepam	VO: 0.5-6 mg	Rápido	Largo	Comprimidos VO: 0.25, 0.5 y 2 mg Comprimidos SL: 0.25 mg	Vigilar efecto de acumulación.
Diazepam	VO: 5-40 IV:2-20 mg: (0.5- 1ml/min.)	Rápido	Largo	Comprimidos de 5 y 10 mg Solución inyectable con 10 mg/2 ml	Deficiente distribución I.M. Se prefiere I.V Vigilar función respiratoria y efectos de acumulación
Alprazolam	VO: 0.5-8 mg	Intermedio	Corto	Comprimidos 0.25, 0.5, 1 y 2 mg	No es de primera elección. Puede ocasionar reacción paradójica.
Midazolam	IV: 1 a 2 mg hasta 0.15 mg/kg	Rápido	Corto	Comprimidos VO: 7.5 mg	Vida media corta, poco útil para

	VO: 7.5-15 mg			Solución Inyectable: 5, 15 y 50 mg	sedación continua
--	---------------	--	--	--	----------------------

Antipsicóticos	Rango de dosis terapéuticas (mg/día)	Inicio de acción	Duración del efecto	Presentación	Observaciones
Haloperidol	VO: 2-20 mg IM: 2-20 mg	VO: 2-6 hs. IM: 20 min.	VO: 24 hs. IM/IV: 21 hs.	Comprimidos de 5 y 10 mg Gotas 30 ml (2mg/ml). 1 gota equivale a 0.1 mg VO Solución inyectable de 5 mg	Antipsicótico típico, mayor posibilidad de ocasionar efectos extrapiramidales. Antipsicótico con mayor experiencia en pacientes con comorbilidades médicas y trastornos psicóticos. Puede ocasionar alargamiento del intervalo QTc y Torsadas de Puntas.
Levomepromazina	VO-IM: 25-100 mg	VO: 1-3 hs. IM: 30 a 90 min	20-40 hs	Comprimidos de 25 mg Solución	Efecto sedante intenso. Hipotensión ortostática frecuente.

				inyectable de 25 mg	
Acetato de Zuclopentixol	50-150 mg	3-8 hs	48-72 hs	Solución inyectable de 50 mg	Sedación rápida, acción antipsicótica lenta. Usar después de la estabilización del paciente con antipsicóticos de rápida acción
Risperidona	VO: 0,5-6 mg Titulación lenta	VO: 1-2 hs	VO: 24 hs	Comprimidos de 0.5, 1, 2 y 3 mg Solución oral de 1 mg/ml	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales a dosis bajas. Iniciar con dosis de 0.5 a 1 mg, sobre todo, en pacientes geriátricos. Titulación lenta. Posibilidad de alteraciones metabólicas
Olanzapina	VO:10-20 mg IM: 10-30 mg	VO:5-8 hs IM:10-20 min	VO:33 hs IM:12-24 hs	Comprimidos 5 y 10 mg Solución inyectable 10 mg	Antipsicótico atípico, menor incidencia de síntomas extrapiramidales. Buen perfil sedativo. Posibilidad de alteraciones metabólicas.
Quetiapina	VO: 50-800 mg	5-7 hs	24 hs	Comprimidos	Puede ocasionar vértigo, boca

	Titulación lenta			25,100,150, 200,300 mg	seca, somnolencia, hipotensión. Síndrome metabólico
--	------------------	--	--	---------------------------	--

- Contención física

Protocolo contención física

La contención física es una medida excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en un paciente que presenta una agitación psicomotriz o agresividad, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo y/o de los demás. Se trata de un último recurso que se utiliza en situaciones extremas, cuya indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, o para otros pacientes y/o trabajadores y/o profesionales de la salud, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y/o la contención farmacológica. Se deberá tener en cuenta que al ser una medida restrictiva su utilización está fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada dentro de un enfoque de derechos.

Es una situación de urgencia hospitalaria frecuente y de consecuencias potencialmente graves. Además, el manejo es complicado y conlleva unas connotaciones éticas y legales significativas puesto que obliga en la mayoría de los casos a actuar en contra de la voluntad del enfermo; de tal forma que se aplica sin su consentimiento y se le priva de su libertad.

Según la OMS, la contención física se debe entender como “un método extraordinario con finalidad terapéutica, que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.

Se informará en forma inmediata o en cuanto sea posible a la familia y/o responsable legal la medida adoptada y dichas personas podrán ver al paciente en todo momento, a menos que ello contribuya a exacerbar el cuadro, trabajando en forma continua dicha posibilidad para favorecerla, sin riesgo para el paciente

La indicación de la contención debe hacerla el médico responsable del paciente, o el facultativo de guardia. Sin embargo, como ocurre frecuentemente, dada la situación de urgencia, la primera indicación parte del personal de enfermería, que en dicho caso, tiene autorización para hacerlo. No obstante, debe comunicárselo inmediatamente al médico para que éste dé su conformidad por escrito, donde conste la evaluación del estado físico y mental del paciente. En caso de que la situación sea incontrolable, aún con todo el

personal presente se recurrirá a la policía (911). La sola presencia de personal de seguridad suele colaborar en estas situaciones.

Es importante contar con el personal necesario para efectuar el procedimiento. En caso de escalada de los síntomas de irritación y agresividad no se debe esperar a ser agredido para intervenir.

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar 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 sí misma, y la segunda, por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

El personal que participe en la contención tendrá que estar designado previamente y haber realizado capacitaciones y simulacros por lo menos dos veces por año.

Indicación:

La contención física no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida que deberá ser decisión del equipo interdisciplinario, 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).

Indicaciones de contención física:

- 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 (el retiro de vías, SNG, catéteres).
- Evitar daños materiales en el servicio con las consecuencias que ello trae a las personas, por ejemplo, rotura de vidrios o cualquier otro elemento que luego sirva para ocasionar daño.
- Para evitar el abandono de la institución por parte del paciente, si se considera que existe el riesgo y que corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Para reducir al mínimo la medicación en caso de complicaciones clínicas que pongan en riesgo al paciente, en caso de ser necesario aumentar las dosis prescritas.
- Prevenir las autoagresiones en casos que no responden a otras medidas.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de suicidio.
- Episodio de agitación en embarazadas con psicosis.

Es un procedimiento que debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y observando los derechos del paciente. Antes de iniciar la contención física se deberá comprobar el correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (que deberán estar completas y en buen estado). Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

Se designará un (1) miembro del personal de cuidados como encargado de dirigir la contención. Se preparará la cama, asegurando que esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo), colocando en la misma, previamente, la sujeción de cintura. Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente protegerán sus manos con guantes. Asimismo, corresponderá la utilización por parte del Equipo de Salud del equipo de protección personal (EPP), según las guías actualizadas (camisolín hemorrepeleante, botas, cofia, barbijos, protección ocular, guantes).

Informar al paciente: El uso de esta medida excepcional y urgente en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible, clara y acorde a su nivel de atención y las circunstancias. De igual forma, se informará a los familiares y/o terceros cercanos y responsables.

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 excepcional de resguardo para el mismo. En todos los casos se procederá a actuar con tranquilidad y serenidad, pero con una actitud firme, segura y respetuosa. Se deberá mantener la distancia de seguridad. Se deberá tener una actitud respetuosa en todo momento, tratando de utilizar un tono de voz calmado y neutral, dejando que hable el paciente para que se sienta escuchado. Intentar evitar argumentar con el paciente, para evitar aumentar el riesgo de violencia.

Seguridad y comodidad del paciente: Se deberán retirar los cinturones y otros objetos punzantes, contundentes o potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, a terceros o favorecer los intentos de escape. El personal que va a asistir en la contención debe retirar de los bolsillos del mismo todos aquellos elementos que puedan romperse (p. ej., gafas, reloj, anillos, cadenas, lapiceras, etc.).

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada a 45°, para permitir al paciente mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones. En caso de tener que colocar al paciente en decúbito prono o ventral (ya sea por edad, carecer de cama ortopédica u otras condiciones físicas), deberán extremarse las medidas para garantizar el flujo de aire por las vías aéreas con exámenes periódicos.

Hábitat de calma y confianza: Es imprescindible ofrecer al paciente un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación

donde éste vaya a permanecer durante la contención física será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal (no se debe olvidar que se trata de un paciente inmovilizado). Siempre debe controlarse que las sujeciones estén adecuadamente colocadas, seguras, sin ejercer excesiva presión, ni con riesgo de provocarle lesiones cutáneas.

Responsabilidad médica y del equipo profesional: Todo el personal tanto sanitario como no sanitario disponible en cada Unidad está obligado a prestar su colaboración si ésta es requerida por el responsable de la contención. La indicación de contención física debe quedar debidamente asentada en la historia clínica y en el reporte de enfermería. Se le debe informar al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida, asimismo cuando se decida su finalización tras la valoración médica y del conjunto del equipo.

Indicación médica: La decisión de contener físicamente a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo o, en su defecto, por el médico de guardia. Pero la indicación misma implica a todo el personal presente en la Unidad, al margen del grupo profesional de pertenencia. El médico psiquiatra o médico responsable de la indicación deberá firmar la misma en la historia clínica del paciente y en la hoja de indicaciones médicas. Asimismo, deberá valorar la conveniencia de su presencia durante la contención. El médico psiquiatra (en las Unidades de Psiquiatría o de Salud Mental) y el médico (en otras Unidades organizativas) son los máximos responsables de la contención física. Estos indican la medida, informan al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la misma, y deciden su finalización tras una nueva valoración de la situación clínica.

Enfermería: El licenciado en enfermería o enfermero/a dirige la contención y coordina su ejecución. Es responsable del instrumental de la contención física y de los cuidados y controles posteriores. El personal auxiliar de enfermería coopera en la ejecución y supresión de la contención física, participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.

Personal: El mínimo personal requerido para dar cumplimiento a la contención física es de 5 (cinco) personas, entre las que se encontrará un/a enfermero/a y 3 o 4 auxiliares. Una persona para cada miembro y es recomendable otra para sostener la cabeza del paciente. Es necesario tener en cuenta que la sola presencia del grupo puede ser disuasiva para el paciente. Si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia unidad, puede solicitarse el auxilio del personal de seguridad (policía, guardia de seguridad del centro hospitalario), aunque la función de éstos será sólo de apoyo con su presencia física.

- **Material**

Se recomienda utilizar sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impidan ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sean confortables, no lesivas, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

El set de equipamiento deberá contar con un juego de correas de contención física completo para cama compuesto por:

- Dos (2) muñequeras para los miembros superiores.
- Dos (2) tobilleras para los miembros inferiores.
- Una (1) tira que va unir las dos muñequeras.
- Una (1) tira que va a unir las dos tobilleras.
- Una (1) banda de sujeción torácica/abdominal.

La cama donde se realiza la contención mecánica debería ser una cama ortopédica inmovilizada. Las muñequeras y tobilleras deben ser suaves al tacto y de material resistente y seguro, con banda espumosa, cierre con abrojo o hebillas con cinta larga de poliéster o algodón de aproximadamente 20 cm. Pueden utilizarse pechera torácica o sujeción abdominal y se aconseja que sean del mismo material.

Normativa para el mantenimiento del material:

- 1) Siempre tiene que estar un juego completo de sujeciones: dos (2) muñequeras, dos (2) tobilleras, y dos (2) alargaderas, en el set de contención física de emergencia.
- 2) Se debe dejar registrado la presencia o falta del o los materiales del equipo de contención por turno de enfermería.
- 3) En caso de que falte alguna de las piezas o el equipo completo de contención, se debe informar de inmediato al supervisor a cargo y registrar en el reporte de enfermería cuál es el faltante.
- 4) En caso de uso de este juego, será repuesto (lo antes posible) en el set de contención física de emergencia.
- 5) Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará al lavadero del establecimiento en una bolsa debidamente rotulada.

- **Modo de Aplicación:**

Contención de las muñecas:

- Coloque la sujeción alrededor de la muñeca.
- Ajuste con el cierre de velcro.
- Pase la cinta con una doble vuelta.

- Anúdela a la cama y no a las barandas.

Contención de los miembros inferiores:

- De forma relajada o firme, uno o ambos pies.
- De igual funcionamiento y características que la muñequera.

Colocación de banda abdominal o pechera torácica.

- Colocar la pechera anudada, anudando las cintas que se desprenden de los cuatro ángulos a la cama y no a las barandillas.

Técnica:

Consideraciones previas:

- Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible tratando de identificar los riesgos de seguridad del ambiente y minimizar la presencia de objetos potencialmente riesgosos de tipo punzante, cortante o contundente.
- Propiciar el uso de guantes y/o EPP para las personas que establezcan contacto físico con el paciente.
- Comprobar el correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (completas y en buen estado). Se preparará la cama, asegurando que esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo), colocando en la misma, previamente, la sujeción de cintura.
- El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos elementos que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo y/o contra el personal, y los objetos que puedan romperse (p. ej., gafas, reloj, anillos, cadenas, lapicera, etc.).
- Debe situarse en un lugar bien ventilado y con una temperatura adecuada, sobre todo si se administran neurolépticos.
- Siempre que sea posible, se deberá informar a la familia y solicitar la aceptación de la medida.
- Recabar información sobre los antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe el paciente.
- Es necesario que las funciones del personal que llevarán a cargo la contención física estén claramente estipuladas.

Procedimiento:

- En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario, fomentando el desescalamiento en los niveles de agresividad y/u hostilidad. En definitiva, el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos del paciente.

- Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que se van a tomar, dándole tiempo a que las acepte y colabore. El encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, evitando comentarios críticos hacia el mismo.
- Cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida, sujetando por encima de cada pliegue de la articulación de cada miembro correspondiente. Mientras se realiza la contención, alguien debe encargarse de controlar la cabeza y contenerla (de ser necesario) para evitar que el paciente se golpee o pueda agredir a terceros (mordeduras).
- No se debe forzar las articulaciones del paciente. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.
- El paciente se colocará en decúbito dorsal o supino en la cama con la cabeza ligeramente elevada (con elevación de la cabecera de la cama en ángulo de 45°), salvo contraindicación médica, y se procede a la contención completa o parcial indicada.
- La contención completa implica la inmovilización del tronco y las cuatro (4) extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las cuatro (4) extremidades en diagonal (miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo - miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho).
- La contención parcial implica la inmovilización del tronco y dos (2) extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y luego las dos (2) extremidades en diagonal (miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo o miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho).
- La contención debe realizarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas; debe realizarse por los tobillos y las tiras al travesero de la cama. Los brazos se colocarán extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste; la contención debe realizarse por las muñecas y las tiras al travesero de la cama.
- El cuerpo debe quedar de forma tal que ningún punto de este pueda golpearse contra nada que no sea el colchón o la camilla.
- La cabeza debe quedar a 45 grados para evitar aspiraciones, salvo contraindicación médica.
- La contención debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos y/o alimentos.

Observaciones y Seguimiento:

- Cuidados inmediatos a la contención física:

- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación, siendo recomendada la ubicación de la misma en un lugar cercano a la

enfermería a fin de garantizar el acceso rápido para el control y seguimiento del paciente.

- El médico valorará al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una (1) hora de iniciada la contención física o mecánica.
- El personal responsable del paciente le explicará al mismo que ellos se encargarán de sus cuidados y estarán pendientes de él y observando su evolución.
- La observación se realizará con intervalos predefinidos variables según la evolución del cuadro clínico: cada 15 a 30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado.

-Controles posteriores

- Transcurrida la primera hora de contención física los controles podrán espaciarse según la evolución del paciente con un plazo mínimo de realización de los mismos cada dos (2) horas.
- El personal de enfermería deberá extremar el control y asegurar una vigilancia continuada a la persona según el grado de necesidad y el grado de contención (vigilancia intensa, con frecuencia ≤ 20 minutos; vigilancia moderada, con frecuencia ≤ 1 hora; o vigilancia leve, con frecuencia ≤ 2 horas).
- Mantener la alineación corporal; se colocará al paciente en posición decúbito supino y con el cabecero incorporado de 30° a 45° para evitar broncoaspiraciones; las extremidades se colocarán en posición anatómica para evitar problemas funcionales.

-El personal de enfermería valorará en los controles del paciente:

- Estado general, actitud del paciente ante la sujeción, valoración de los miembros en sujeción (valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros), alteración del nivel de conciencia, alteración de la percepción, alteración del contenido y curso del pensamiento.
- Siempre que la situación del paciente nos lo permita, facilitar períodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de los miembros al menos cada dos (2) a cuatro (4) horas.
- Comprobar que las tiras de contención estén bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; cambiar las tiras de contención húmedas o manchadas por higiene y para evitar laceraciones de la piel.
- Es necesario asear y proporcionar confort al paciente al menos una (1) vez por turno del personal de enfermería, es decir cada seis (6) horas.
- Se le proporcionarán las comidas necesarias como a cualquier otro paciente, dependiendo del estado de conciencia, evaluando

previamente si puede comer solo o es necesario que permanezca acompañado o asistido; prestar especial atención a la hidratación, que debe ser abundante.

- Se vigilarán los signos vitales como mínimo cada seis (6) horas (en cada turno del personal de enfermería) si el cuadro permanece estable, dejando el debido asiento en el reporte del personal de enfermería. Si la valoración del estado del paciente lo requiere se realizarán los controles en más de una oportunidad.
- Se controlará la ingesta, hidratación y eliminación (diuresis y catarsis) en cada turno del personal de enfermería.
- Si la contención es prolongada en tiempo considerar la administración de heparina de bajo peso molecular a dosis de 0,4 ml/d, vía subcutánea (esta indicación se fundamenta en la estasis sanguínea y su riesgo protrombótico). En caso necesario se indicará dosaje de CPK.

Indicación de retiro de contenciones:

Cuando la necesidad de inmovilización terapéutica haya remitido y/o la situación clínica de agitación y/o violencia haya cedido, se procederá a la retirada de la contención. Para ello serán obligatorios las siguientes condiciones:

- La evaluación e indicación de retirar la medida es competencia del personal médico junto con la ayuda del personal de enfermería. Esto deberá estar pautado en las órdenes médicas de la historia clínica.
- La presencia de personal suficiente es importante por si volviese a producirse la agitación. Se recomienda un mínimo de dos personas, pero lo ideal sería cuatro.
- La descontención debe hacerse gradualmente, liberando miembro a miembro, seguido de reevaluaciones de la situación. Lo habitual sería pasar de una contención completa a una parcial y terminar con la supresión total.
- Se liberará cada banda con un intervalo de diez (10) minutos, dejando siempre dos (2) bandas para retirar finalmente y a la vez. La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada.
- Hay que registrar la retirada del procedimiento donde conste la fecha y hora, el nombre del médico que indica la misma y de la enfermera que valora la actividad realizada, así como las incidencias ocurridas durante el proceso.
- No debe dejarse ningún elemento a mano del paciente que pueda ocasionar que se dañe.

Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:

- Cianosis distal.

- Edemas / hematomas.
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa.
- Úlceras por presión.
- Trombosis
- Neumonía aspirativa.
- Estreñimiento.
- Esguinces, luxaciones.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio.

Contraindicaciones:

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

- Orden expresa del equipo tratante de no aplicar contención.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar con la contención física por disminuir la estimulación sensorial.
- Cuando el equipo tratante desconoce el estado general de salud del paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una situación clínica.
- Como reemplazo de la consigna policial, no siendo entre ambas medidas excluyentes.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes.
- Como respuesta a una conducta violenta o una transgresión.
- Indicación con carácter punitivo.
- No exista indicación terapéutica
- Para el descanso del personal sanitario.
- Si no existe el personal suficiente y adecuadamente entrenado para llevarla a cabo.

En caso de que la agitación no remitiera, el personal médico decidirá la utilización de otras terapias como el tratamiento farmacológico, si no se hubiera utilizado con anterioridad.

Medicación: utilizar la medicación indicada según normas internacionales en excitación psicomotriz o agitación teniendo en cuenta el cuadro del paciente y su estado físico y antecedentes clínicos si se conocieran. Vía IM.

Registros en la Historia Clínica

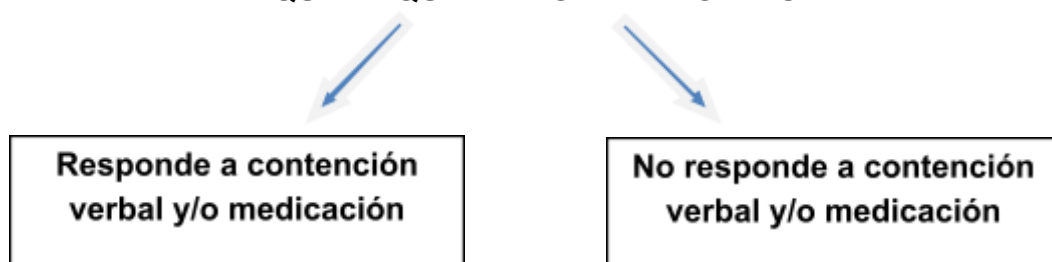
Descripción de la razón de la contención. Descripción de los métodos menos restrictivos que fueron ineficaces. Rol de los familiares. Medicaciones administradas. Curso del tratamiento. Respuesta del paciente estando contenido. Monitoreo de signos vitales. Estado nutricional, hidratación y diuresis. Chequeo de circulación y rango de movilidad de las extremidades. Registrar estado físico y psicológico del paciente.

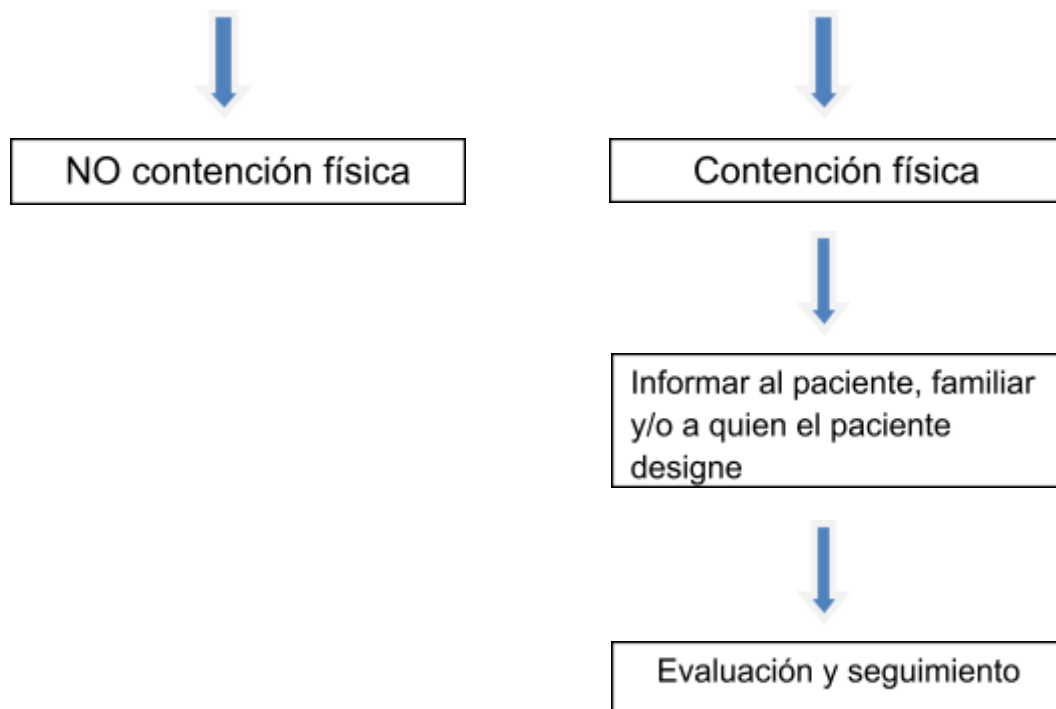
Consideraciones Legales

La Ley 448/2000 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reconoce los derechos establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley Nro. 153/1999. Estos derechos incluyen el respeto a la autonomía, a recibir la información adecuada inherente a su salud, a la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento, a que se brinde una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales, y a la aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad. La contención física es una medida extrema que se aplica para evitar que un enfermo, a quien su estado mental le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a terceros.

La Ley Nacional 26.529/2009, sobre los “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, regula el ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica en las instituciones de salud. Señala que los pacientes tienen derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa y deben dar su consentimiento informado. La mencionada Ley en su Artículo 9º, inciso b, exceptúa al personal de salud a solicitar el consentimiento informado, cuando mediara “una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales”.

PACIENTE QUE REQUIERE CONTENCIÓN FÍSICA





3.1.4- Criterios generales para la evaluación: presentaciones clínicas que requieren de manejo especial

- Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital o Clínica General

Las psicosis son situaciones clínicas prevalentes tanto en los servicios de hospitalización como en urgencias. Es importante que los médicos estén familiarizados con los datos clínicos y el manejo farmacológico para evitar con ello complicaciones posteriores. Aunque los problemas psicóticos son situaciones clínicas difíciles que muchos médicos intentan evitar, es importante conocer los aspectos generales y prácticos del abordaje de estos pacientes.

Prácticamente cualquiera de las alteraciones psicopatológicas que se conocen pueden ser motivo de consulta: alteraciones del pensamiento (delirios) o de la sensorización (alucinaciones) hasta alteraciones afectivas, agitación o inhibición psicomotriz, auto y/o hetero agresividad o efectos secundarios que involucran el sistema nervioso y que se atribuyen a la medicación.

Es frecuente que el paciente se presente al servicio de urgencias acompañado de algún familiar que ha sido testigo de las conductas disruptivas, o inclusive por autoridades de seguridad pública o privada. Cuando el paciente se presenta con un familiar y existe la oportunidad, es conveniente incluir en el interrogatorio antecedentes familiares de trastornos mentales.

- Abordaje terapéutico del paciente psicótico:

Medidas generales:

El paciente psicótico generalmente está muy alerta del entorno y es sensible a los comentarios y acciones de otras personas. Por lo anterior, se recomienda lo siguiente:

- Observar la seguridad del paciente y personal; es conveniente en muchos casos que los familiares y los amigos estén disponibles.
- Tomar en cuenta las necesidades básicas del paciente, por ejemplo, ofrecer agua o comida si es posible.
- Evitar el exceso de estímulos y estrés, ofreciendo un lugar tranquilo de preferencia.
- No discutir acerca de las ideas psicóticas del paciente, puede no estar de acuerdo con las creencias del paciente, pero no hay que tratar de refutarlas o sugerirle que está equivocado.
- Evitar confrontarlo o criticarlo a menos que sea necesario para prevenir daños o conductas disruptivas.
- Si existen conductas violentas importantes se considera el uso de psicofármacos y/o la contención física.
- Si el paciente refiere ideas suicidas controlar su estado continuamente de manera estrecha y retirar cualquier objeto peligroso.
- Acompañar al paciente durante el traslado siempre con vigilancia estrecha.
- En pacientes muy violentos puede ser necesario el apoyo de personal de seguridad.
- Es importante ofrecer apoyo psicológico a los familiares y personas relacionadas con el cuidado del paciente, así como los lugares de referencia apropiados para el caso.

Medidas específicas:

- Hacer comentarios y peticiones claras, simples y directas con un tono de voz claro, pero de volumen moderado y pausado.
- Guardar una distancia mínima de un metro durante la entrevista y contar con una salida cercana.
- Evitar el exceso de estímulos (de preferencia en un lugar tranquilo).
- Poner límites claros y observar su reacción emocional.
- Explicar con claridad al paciente y al familiar cada procedimiento.
- Evite dar la espalda o mirarlo fijamente a los ojos.
- Solicitar ayuda en caso de ser necesario.
- De ser posible, se debe aplazar el tratamiento farmacológico hasta tener una impresión diagnóstica. Sin embargo, si el paciente se encuentra agitado o agresivo, debe aplicarse un sedante o utilizar medidas de contención física. Es importante explicarles al paciente y al familiar la razón de este procedimiento.

- Paciente con intento de suicidio

Ante intento de ahorcamiento

Si el paciente se colgó solicitaremos: descartar complicaciones de partes blandas columna cervical, tráquea, laringe, valoración neuro-traumatológica. (imágenes)

- Debe ser derivado a clínica médica
- Descartar lesión cerebral –imágenes
- Descartar lesiones de partes blandas- Doppler
- Descartar lesiones de columna-Rx

- **Ante intoxicación**

Se sugiere la consulta con el Centro Nacional de Intoxicaciones del Hospital Posadas para acordar protocolos de asistencia en común entre este y el centro interviniente.

Consultas por intoxicaciones. Línea Gratuita Nacional: 0 800 333 0160. Teléfonos: (11) 4654-6648 / (11) 4658-7777. GUARDIA 24 HORAS

Sustancias Psicoactivas: cocaína u otros, se requiere evaluación cardiológica, CPK (si la CPK está elevada necesitamos el valor anterior para saber si viene descendiendo, y función renal). Es importante tener en cuenta que la intoxicación puede no tener aún signos y síntomas clínicos al evaluar al paciente y presentarse luego con el consiguiente riesgo, por ello es preferible al menos 12 horas de observación.

Intoxicación por opiáceos: Inicio de deshabitación con Metadona en clínica médica con monitoreo cardiológico, para ubicar la dosis inicial. (El consumidor de opiáceos suele informar dosis superiores a las de consumo y manipular respecto a los síntomas de abstinencia para obtener la droga).

Intoxicación -otras sustancias

Identificar siempre el tóxico, si se trata de la ingesta de algún producto ubicar el mismo, para conocer la composición y actuar según el tóxico.

Paracetamol: Requerirá dosaje a las 4hs del paracetamol, a fin de determinar la dosis y prevenir la necrosis hepática centrolobulillar con el antídoto (N-acetilcisteína). Dosis tóxica 7.5 g en el adulto.

Cáusticos: como por ej. Productos de limpieza ver composición Hidrocarburos. Productos de limpieza no cáusticos. Metanol: intoxicación grave. Etilenglicol- (disolventes y anticongelantes)

Monóxido de carbono: intoxicación grave dosaje carboxihemoglobina.

Insecticidas: organofosforados- dosaje acetilcolinesterasa plasmática y eritrocitaria.

Raticidas Anticoagulantes: OBSERVACIÓN por 72- 96hs. VIT. K. Debe tener un TP 60% y continúa con vitamina K. TP normal durante 48hs sin vitamina alta definitiva.

3.1.5- Evaluación integral del estado de salud de la persona y su situación clínica

- Entrevistar a la persona y/o referentes vinculares

Realizar una historia clínica del paciente, orientada sobre el motivo de consulta:

- Datos demográficos
- Historia médica del paciente
- Historia psiquiátrica y psicológica del paciente y familiar
- Anamnesis abreviada
- Motivo de urgencia: quien la demanda, cómo, por qué, qué pasó, reacción del paciente y del entorno
- Historia del episodio actual: desarrollo de los síntomas, intervenciones realizadas
- Intentos de suicidios previos: cuántos, cuándo, métodos empleados
- Consumo de tóxicos y fármacos
- Historia de alteraciones emocionales y/o comportamentales: depresión, intentos de suicidio, agresiones, trastornos del comportamiento, psicosis
- Funcionamiento familiar, laboral, social
- Estresores en el paciente

-Examen físico general:

- Signos vitales.
- Prueba de embarazo (si lo requiere)
- Signos de abuso sexual/maltrato.
- Signos de autolesión/intento de suicidio.
- Signos físicos de consumo nocivo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).

- Realizar un diagnóstico diferencial:

Criterios de sospecha de etiología médica no psiquiátrica
Inicio brusco de los síntomas
No existencia de antecedentes psiquiátricos
Alteración del nivel de conciencia, confusión mental
Desorientación témporo-espacial
Fluctuación de la sintomatología
Pérdida del ritmo sueño-vigilia
Empeoramiento nocturno
Discurso incoherente
Movimientos repetitivos carentes de finalidad
Alucinaciones visuales

Síntomas neurológicos
Alteraciones de las pruebas complementarias

IMPORTANTE: Los exámenes complementarios se realizarán cuando el paciente se encuentre tranquilo o luego de recibir medicación sedativa.

- Laboratorio:

A todos los pacientes se les debe realizar un laboratorio completo: hemograma, urea, creatinina, glucemia, ionograma, calcio, fósforo, magnesio, hepatograma, coagulograma, EAB. Es útil realizar exámenes toxicológicos cuando se sospecha dicha etiología. También se realizarán, en ciertos casos, dosajes especiales como B12, TSH, PTH, cortisol, etc.

- Exámenes complementarios:

- TAC de encéfalo: se debe realizar a todos los pacientes con alteración de la conciencia, salvo cuando una causa no estructural justifique el cuadro (ej.: hipoglucemia). También se realizará a todos los pacientes que presenten foco motor, alteraciones pupilares, sospecha de masa o proceso destructivo intracraneal, antecedentes de traumatismo.
- Punción lumbar: debe realizarse después de la TAC. Básicamente para el diagnóstico de meningitis, encefalitis, HSA, carcinomatosis meníngea y otros casos de deterioro de la conciencia de etiología oscura y TAC normal.
- RNM: en casos seleccionados o para evaluar patologías de fosa posterior.
- EEG: es útil para descartar convulsiones, especialmente status epilépticos no convulsivos o para confirmar encefalitis infecciosas con patrones característicos (ej.: encefalitis herpética)
- ECG: en los casos de consumo de sustancias psicoactivas.

Capítulo 4

4.1- Consenso de buenas prácticas clínicas en urgencias en salud mental en población Infanto-juvenil: atención en centro Polivalente

Se entiende por urgencia en salud mental Infanto-juvenil al proceso que genera suficiente tensión emocional, para que el niño, niña o adolescente (NNyA), o bien la familia consideren difícil el control de la situación (San Sebastián et al., 2003).

Las principales patologías atendidas en la urgencia psiquiátricas de los NNyA son: trastornos de la conducta, la ideación suicida y la crisis de ansiedad o discapacidad intelectual.

4.1.2- Recomendaciones básicas

Tras realizar la valoración, es preciso determinar la necesidad de vinculación con un Servicio de Salud Mental para continuidad de tratamiento o bien si requiere derivación a una unidad especializada de internación. Los padres o tutores son objetivos básicos de la intervención en urgencias y, por ello, el clínico tiene que estar en alerta ante las reacciones tanto de culpa como a los mecanismos de defensa proyectivos (reacciones de tipo querellantes centradas en la escuela o en el personal sanitario). También se debe observar y valorar si los cuidadores acompañantes presentan actitudes coercitivas y/o minimizadoras del cuadro y/o indiferentes y/o rechazo, y evaluar el grado de implicancia en la causa de la sintomatología del NNyA, que podría orientar a victimización por maltrato o abuso sexual del NNyA.

Entre los principios fundamentales de la atención en urgencias, es preciso establecer criterios de realidad, dar esperanzas, incidir en el hecho de la potencialidad de cambios en los NNyA. Sin embargo, no se deben crear falsas expectativas ni culpabilizar; es preciso efectuar una orientación diagnóstica y terapéutica adecuada que tenga como finalidad la vinculación con los dispositivos de salud mental.

Además, se debe facilitar la capacitación y formación especializada en relación a la signo-sintomatología asociada al ASI y los aspectos médico legales respecto a las intervenciones adecuadas, tendientes a ofrecer la máxima protección a la víctima y garantizar la seguridad de los profesionales actuantes. (Bucari, 2020)

Este accionar se ve justificado por los efectos neurobiológicos comprobados a partir del trastorno por estrés postraumático provocados por las violencias en edades tempranas de la vida.

Para pacientes con discapacidad intelectual:

En caso de estar indicado, debe tratar de resolverse la urgencia o la crisis en el ámbito de guardia y, si es posible, sostenerse el dispositivo de internación domiciliaria, incluyendo enfermería, seguimiento psiquiátrico y acompañamiento terapéutico o los apoyos que el paciente requiera.

Si a criterio del equipo interviniente el cuadro psicopatológico no permitiese lo anterior, el traslado y la internación por motivo de salud mental deberá efectuarse siempre junto con el Apoyo o Cuidador/a.

Preferentemente, la internación conjunta debe transcurrir con la misma persona que sea el Apoyo o Cuidador/a en una habitación individual.

Es importante que los profesionales dirijan la comunicación hacia el paciente y si existen dificultades, se informe al apoyo o cuidador y la familia cuáles son los modos adecuados para comunicarse y transmitir información, empleando lenguaje sencillo, sin tecnicismos, y usando los medios que el paciente emplee habitualmente, como medios visuales.

4.1.3- Medidas iniciales de cuidados

Representan las medidas básicas que deben acompañar todo el proceso de atención:

- Sala o habitación

La institución dispondrá previamente de una sala o habitación adecuada para realizar la evaluación clínica y el seguimiento hasta su derivación.

Deberá contar con:

- Puerta con apertura hacia afuera, preferentemente. En lo posible contar en el ambiente con dos salidas
- Cama o camilla con barandas
- Contenciones físicas en correctas condiciones de higiene y cuidado
- Sin elementos potencialmente peligrosos (ejemplo: cortopunzantes, contundentes)
- Sin medicación al alcance del paciente
- Iluminación natural, en lo posible con vidrios de seguridad y ventanas barradas

- Cuidados del paciente

- Antes de hablar con el paciente, el equipo de profesionales deberá informarse sobre su situación clínica y así disponer de más posibilidades para el manejo conductual
- Atender la urgencia prontamente para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona en crisis
- Disponer del tiempo necesario para la atención
- Disponer de ser posible de un ambiente de privacidad / intimidad
- No dejar a la persona sola. Garantizar el acompañamiento por parte del equipo de salud y/o referentes vinculares, cuidador.
- No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (armas, bisturí, elementos cortopunzantes, medicamentos, etc.). Prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos.
- Si el espacio se comparte con otras especialidades el material debe estar perfectamente almacenado y/o protegido: (estetoscopios, otoscopios, tensiómetros, etc.)
- En el caso de que la persona se encuentre sola, se deberá localizar referentes vinculares. Se identificará a los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso de atención.

- Cuidados del equipo de salud

- Avisar al equipo tratante sobre entrevista con posible riesgo
- Es importante que sea un profesional quien dirija la entrevista
- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, cultura e idioma.
- Mantener una actitud precavida para evitar que el paciente pueda golpearles de modo deliberado o accidental. Es aconsejable: Colocarse fuera de su espacio personal y del lado dominante.

Asegurarse una vía de escape situándose lo más próximo a la salida, en caso de que fuese necesario.

No perderle de vista, aunque no hay que mirarle directa y continuamente.

- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta y con eventual acompañamiento y/o colaboración de otras personas.
- No examinar jamás a pacientes que se encuentran armados
- Nunca dar la espalda a paciente agitado o violento
- Evitar movimientos bruscos o súbitos, iniciando, en la medida de lo posible, la entrevista con temas neutrales o secundarios, y no con aquellos referentes al comportamiento del paciente
- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes. Conservando una actitud empática, respetuosa y serena, manteniendo siempre la observación del paciente, sin entrar en confrontaciones, y respetando las distancias interpersonales
- Procurar que las manos del profesional se encuentren siempre a la vista del paciente. Evitando una postura que denote inseguridad o que la misma propicie desconfianza al paciente
- Detectar cualquier signo temprano de escalada en la excitación o de agresión inminente: elevada tensión muscular, hiperactividad (deambular en el consultorio), amenazas verbales, aumento del volumen de la voz. En estos casos se deberá convocar al equipo designado por la institución previamente, para que intervenga en caso de excitación psicomotriz
- Nunca intentar “tocar” al paciente
- Extremar las medidas de protección del personal como el uso de guantes y evitar llevar encima objetos potencialmente peligrosos (tijeras, pinzas, estetoscopios, etc.)

4.1.4- Evaluación en urgencias

- Obtener de cada informante el motivo de consulta
- Desarrollar si es posible una alianza terapéutica entre todos los implicados: familia, paciente, etc.
- Obtener una historia clínica del desarrollo del NNyA, orientada sobre el motivo de consulta:
 - Datos demográficos
 - Historia médica del paciente
 - Historia psiquiátrica y psicológica familiar
 - Anamnesis abreviada
 - Motivo de urgencia: quien la demanda, cómo, por qué, qué pasó, reacción del paciente y del entorno
 - Historia del episodio actual: desarrollo de los síntomas, intervenciones realizadas
 - Intentos de suicidios previos: cuántos, cuándo, métodos empleados
 - Consumo de tóxicos y fármaco

- Historia de alteraciones emocionales y/o comportamentales: depresión, intentos de suicidio, agresiones, trastornos del comportamiento, psicosis
- Funcionamiento familiar, escolar, social.
- Situación familiar: residencia, familiares implicados, capacidad del adulto (estabilidad, competencia, relación con el paciente, actitud hacia él)
- Estresores en el paciente y en la familia

Realizar una exploración psicopatológica general:

- Sensorio y nivel cognitivo
- Atención, memoria
- Pensamiento: curso, contenido
- Estado de ánimo
- Capacidad de juicio
- Integridad física del paciente y de terceros: Impulsividad, presencia de ideación suicida, ideación o amenazas de heteroagresividad, antecedentes de agresividad

Realizar un diagnóstico diferencial

Criterios de sospecha de etiología médica no psiquiátrica
Inicio brusco de los síntomas
No existencia de antecedentes psiquiátricos
Alteración del nivel de conciencia, confusión mental
Desorientación témporo-espacial
Fluctuación de la sintomatología
Pérdida del ritmo sueño vigilia
Empeoramiento nocturno
Discurso incoherente
Movimientos repetitivos carentes de finalidad
Alucinaciones visuales
Síntomas neurológicos
Alteraciones de las pruebas complementarias

Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica, tóxicos en sangre y orina. TAC o RM cerebral, EEG. FO, PL, ECG.

4.1.5- Estrategias terapéuticas inmediatas para la atención de la urgencia en salud mental en caso de excitación

- Conceptos teóricos de la excitación/agitación psicomotriz (EPM)

La excitación psicomotriz se define como un estado de exaltación motora, acompañado por un estado afectivo de ansiedad, cólera, pánico y euforia y con conducta impulsiva, desorganizada y arriesgada. Esto obliga a los servicios de urgencia a actuar de forma inmediata y con escasa información de lo que sucede al paciente, tomando medidas que pretendan reducir el riesgo que conlleva para el paciente y el entorno.

Lo más frecuente es que el paciente agitado acuda a la urgencia acompañado por profesionales de emergencia (ambulancia) o por la policía, aunque también pueden acompañarlos de un centro de menores de la propia escuela. En la mayoría de los casos el paciente acude en contra de su voluntad, con nula conciencia de enfermedad y una escasa colaboración. Esto obliga a poner en marcha medidas de seguridad adecuadas y que el equipo de guardia efectúe una rápida actuación diagnóstica y terapéutica.

Causas de excitación psicomotriz y violencia
<u>Causas médicas:</u> -Tóxicas: alcohol, corticoides, ansiolíticos -Metabólicas: hipoglucemias, fiebre, deshidratación -Neurológicas: confusión post convulsión, TEC, infecciones intracraneales, anoxia cerebral, ACV, tumor
<u>Causas psiquiátricas:</u> trastorno de la personalidad, trastorno del espectro autista y RM, trastorno bipolar (fase maniaca), trastornos psicóticos, trastornos de la conducta, trastornos oposicionistas, consumo de tóxicos
Causas reactivas: estrés postraumático, abuso sexual.

Los equipos deben estar preparados y entrenados en el manejo de este tipo de situaciones. Se tomarán las siguientes medidas:

- Medidas ambientales: realizar las entrevistas en un lugar tranquilo y seguro, sin objetos potencialmente peligrosos. Se debe separar al paciente de la causa que ha generado la violencia. Además, habrá que valorar si la presencia de los familiares durante la entrevista es un elemento facilitador o no de la crisis de agitación y de la violencia y actuar en consecuencia.

- Contención verbal: el objetivo es calmar, relajar, escuchar y facilitar que el paciente hable, ofreciendo ayuda. Es importante utilizar expresiones de apoyo y empatía: utilizar en la medida de lo posible las mismas palabras que utiliza el paciente para que sienta que es escuchado, decirles que si uno estaría en la misma situación que refiere se sentiría emocionalmente de la misma manera, etc.

- Contención farmacológica: En función de la patología de base que presenten, se decidirá que psicofármaco utilizar. En pacientes psicóticos se beneficiarán con el uso de un antipsicótico, mientras que si la agitación es no psicótica es mejor el uso de benzodiazepinas. En función de la intensidad de los síntomas, el grado de cooperación del paciente se utilizará la vía oral o IM siendo esta última la de mayor elección en la mayoría de los casos. La vía endovenosa es prácticamente inviable en este tipo de pacientes.

- Contención física: es una medida de excepción. Únicamente debe llevarse a cabo tras descartar otras posibles intervenciones menos traumáticas. No obstante, existen situaciones en las que es la actuación más indicada. Siempre que sea posible se debe informar al paciente de la técnica que se va a realizar y de los motivos de esta actuación, ya que esta explicación favorecerá en muchos casos la colaboración del paciente en la contención. Como es un tratamiento, **solo puede** estar indicado por un facultativo, documentando las actuaciones en las indicaciones médicas. El médico y el personal de enfermería deberán de controlar estrechamente al paciente.

Asegurarse en todo momento que las vías respiratorias estén permeables y no presionar la caja torácica (especialmente para niños). La medida de contención debe interrumpirse cuando finalice la crisis que generó la adopción de la misma. El paciente de permanecer acompañado constantemente por un profesional de salud, durante el tiempo prudencial que permita desestimar la aparición de efectos adversos. Las órdenes verbales y escritas de reclusión o restricción son limitadas a: 1 hora para niños menores de 9 años; 2 horas para niños y adolescentes de 9 a 17 años. Corresponde al médico que avaló o tomó la decisión de llevar a cabo la medida en cuestión, registrar la indicación, el tiempo de duración, la observación de la evolución y la suspensión de la misma, en la carpeta de prescripciones médicas o en la historia clínica del paciente. Con el pertinente control de signos vitales, a cargo de profesionales de enfermería.

Indicaciones:

La contención física no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida que deberá ser decisión del equipo interdisciplinario, 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).

- 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 (el retiro de vías, SNG, catéteres).
- Evitar daños materiales en el servicio con las consecuencias que ello trae a las personas, por ejemplo, rotura de vidrios o cualquier otro elemento que luego sirva para ocasionar daño.
- Para evitar el abandono de la institución por parte del paciente, si se considera que existe el riesgo y que corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.

- Para reducir al mínimo la medicación en caso de complicaciones clínicas que pongan en riesgo al paciente, en caso de ser necesario aumentar las dosis prescritas.
- Prevenir las autoagresiones en casos que no responden a otras medidas.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de suicidio.

Es un procedimiento que debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y observando los derechos del paciente. Antes de iniciar la contención física se deberá comprobar el correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (que deberán estar completas y en buen estado). Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

Se designará un (1) miembro del personal de cuidados como encargado de dirigir la contención. Se preparará la cama, asegurando que esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo), colocando en la misma previamente, la sujeción de cintura. Las personas que vayan a entrar en contacto físico con el paciente protegerán sus manos con guantes. Asimismo, corresponderá la utilización por parte del Equipo de Salud del equipo de protección personal (EPP), según las guías actualizadas (camisolín hemorrepeleante, botas, cofia, barbijos, protección ocular, guantes).

Informar al paciente: El uso de esta medida excepcional y urgente en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible, clara y acorde a su nivel de atención y a las circunstancias. De igual forma, se informará a los familiares y/o terceros cercanos y responsables.

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 excepcional de resguardo para el mismo. En todos los casos se procederá a actuar con tranquilidad y serenidad, pero con una actitud firme, segura y respetuosa. Se deberá mantener la distancia de seguridad. Se deberá tener una actitud respetuosa en todo momento, tratando de tener un tono de voz calmado y neutral, dejando que hable el paciente para que se sienta escuchado. Intentar evitar argumentar con el paciente, para evitar aumentar el riesgo de violencia.

Seguridad y comodidad del paciente: Se deberán retirar los cinturones y otros objetos punzantes, contundentes o potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, a terceros o favorecer los intentos de escape. El personal que va a asistir en la contención debe retirar de los bolsillos del mismo

todos aquellos elementos que puedan romperse (p. ej., gafas, reloj, anillos, cadenas, lapiceras, etc.).

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada a 45°, para permitir al paciente mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones. En caso de tener que colocar al paciente en decúbito prono o ventral (ya sea por edad, carecer de cama ortopédica u otras condiciones físicas), deberán extremarse las medidas para garantizar el flujo de aire por las vías aéreas con exámenes periódicos.

Hábitat de calma y confianza: Es imprescindible ofrecer al paciente un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde éste vaya a permanecer durante la contención física será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal (no se debe olvidar que se trata de un paciente inmovilizado). Siempre debe controlarse que las sujeciones estén adecuadamente colocadas, seguras, sin ejercer excesiva presión, ni con riesgo de provocar lesiones cutáneas.

Responsabilidad médica y del equipo profesional: Todo el personal tanto sanitario como no sanitario disponible en cada Unidad está obligado a prestar su colaboración si ésta es requerida por el responsable de la contención. La indicación de contención física debe quedar debidamente asentada en la historia clínica y en el reporte de enfermería. Se le debe informar al paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida, asimismo cuando se decida su finalización tras la valoración médica y del conjunto del equipo.

Indicación médica: La decisión de contener físicamente a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo o, en su defecto, por el médico de guardia. Pero la indicación misma implica a todo el personal presente en la Unidad, al margen del grupo profesional de pertenencia. El médico psiquiatra o médico responsable de la indicación deberá firmar la misma en la historia clínica del paciente y en la hoja de indicaciones médicas. Deberá valorar la conveniencia de su presencia durante la contención. El médico psiquiatra (en las Unidades de Psiquiatría o de Salud Mental) y el médico (en otras Unidades organizativas) son los máximos responsables de la contención física. Estos indican la medida, informan al paciente y allegados de los motivos y objetivos de la misma, y deciden su finalización tras una nueva valoración de la situación clínica.

Enfermería: El licenciado en enfermería o enfermero/a dirige la contención y coordina su ejecución. Es responsable del instrumental de la contención física y de los cuidados y controles posteriores. El personal auxiliar de enfermería coopera en la ejecución y supervisión de la contención física, participa en los cuidados, el control y observación de los pacientes, bajo el principio de acompañamiento permanente.

Personal: El mínimo personal requerido para dar cumplimiento a la contención física es de 5 (cinco) personas, entre las que se encontrará un/a enfermero/a y 3 o 4 auxiliares. Una persona para cada miembro y es recomendable otra para sostener la cabeza del paciente. Es necesario tener en cuenta que la sola presencia del grupo puede ser disuasiva para el paciente. Si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia unidad, puede solicitarse el auxilio del personal de seguridad (policía, guardia de seguridad del centro hospitalario), aunque la función de éstos será sólo de apoyo con su presencia física.

Material

Se recomienda utilizar sujeciones de tipo estandarizado y homologado que impidan ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sean confortables, no lesivas, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación.

El set de equipamiento deberá contar con un juego de correas de contención física completo para cama compuesto por:

- Dos (2) muñequeras para los miembros superiores.
- Dos (2) tobilleras para los miembros inferiores.
- Una (1) tira que va a unir las dos muñequeras.
- Una (1) tira que va a unir las dos tobilleras.
- Una (1) banda de sujeción torácica/abdominal.

La cama donde se realiza la contención mecánica debería ser una cama ortopédica inmovilizada. Las muñequeras y tobilleras deben ser suaves al tacto y de material resistente y seguro, con banda espumosa, cierre con abrojo o hebillas con cinta larga de poliéster o algodón de aproximadamente 20 cm. Pueden utilizarse pechera torácica o sujeción abdominal y se aconseja que sean del mismo material.

Normativa para el mantenimiento del material:

1) Siempre tiene que estar un juego completo de sujeciones: dos (2) muñequeras, dos (2) tobilleras, y dos (2) alargaderas, en el set de contención física de emergencia.

2) Se debe dejar registrado la presencia o falta del o los materiales del equipo de contención por turno de enfermería.

3) En caso de que falte alguna de las piezas o el equipo completo de contención, se debe informar de inmediato al supervisor a cargo y registrar en el reporte de enfermería cuál es el faltante.

4) En caso de uso de este juego, será repuesto (lo antes posible) en el set de contención física de emergencia.

5) Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará al lavadero del establecimiento en una bolsa debidamente rotulada.

-Modo de Aplicación:

Contención de las muñecas:

- Coloque la sujeción alrededor de la muñeca.
- Ajuste con el cierre de velcro.
- Pase la cinta con una doble vuelta.
- Anúdela a la cama y no a las barandas.

Contención de los miembros inferiores:

- De forma relajada o firme, uno o ambos pies.
- De igual funcionamiento y características que la muñequera.

Colocación de banda abdominal o pechera torácica:

- Colocar la pechera anudada anudando las cintas que se desprenden de los cuatro ángulos a la cama y no a las barandillas.

Técnica:

Consideraciones previas:

- Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible tratando de identificar los riesgos de seguridad del ambiente y minimizar la presencia de objetos potencialmente riesgosos de tipo punzante, cortante o contundente.
- Propiciar el uso de guantes y/o EPP para las personas que establezcan contacto físico con el paciente.
- Comprobar el correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (completas y en buen estado). Se preparará la cama, asegurando que esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo), colocando en la misma previamente, la sujeción de cintura.
- El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos elementos que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo y/o contra el personal, y los objetos que puedan romperse (p. ej., gafas, reloj, anillos, cadenas, lapicera, etc.).
- Debe situarse en un lugar bien ventilado y con una temperatura adecuada, sobre todo si se administran neurolépticos.
- Siempre que sea posible se deberá informar a la familia y solicitar la aceptación de la medida.
- Recabar información sobre los antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe el paciente.

- Es necesario que las funciones del personal que llevarán a cargo la contención física estén claramente estipuladas.

Procedimiento:

- En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario, fomentando el desescalamiento en los niveles de agresividad y/u hostilidad. En definitiva, el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de los derechos del paciente.
- Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que se van a tomar, dándole tiempo a que las acepte y colabore. El encargado de la contención mantendrá la comunicación verbal con el paciente, evitando comentarios críticos hacia el mismo.
- Cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida, sujetando por encima de cada pliegue de la articulación de cada miembro correspondiente. Mientras se realiza la contención, alguien debe encargarse de controlar la cabeza y contenerla (de ser necesario) para evitar que el paciente se golpee o pueda agredir a terceros (mordeduras).
- No se debe forzar las articulaciones del paciente. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.
- El paciente se colocará en decúbito dorsal o supino en la cama con la cabeza ligeramente elevada (con elevación de la cabecera de la cama en ángulo de 45°), salvo contraindicación médica, y se procede a la contención completa o parcial indicada.
- La contención completa implica la inmovilización del tronco y las cuatro (4) extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las cuatro (4) extremidades en diagonal (miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo - miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho).
- La contención parcial implica la inmovilización del tronco y dos (2) extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y luego las dos (2) extremidades en diagonal (miembro superior derecho y miembro inferior izquierdo o miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho).
- La contención debe realizarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas; debe realizarse por los tobillos y las tiras al travesero de la cama. Los brazos se colocarán extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste; la contención debe realizarse por las muñecas y las tiras al travesero de la cama.
- El cuerpo debe quedar de forma que ningún punto de este pueda golpearse contra nada que no sea el colchón o la camilla.
- La cabeza debe quedar a 45 grados para evitar aspiraciones.

- La contención debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos y/o alimentos.

Observaciones y Seguimiento:

- Cuidados inmediatos a la contención física:

- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación, siendo recomendada la ubicación de la misma en un lugar cercano a la enfermería a fin de garantizar el acceso rápido para el control y seguimiento del paciente.
- El médico valorará al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una (1) hora de iniciada la contención física o mecánica.
- El personal responsable del paciente le explicará al mismo que ellos se encargarán de sus cuidados y estarán pendientes de él y observando su evolución.
- La observación se realizará con intervalos predefinidos variables según la evolución del cuadro clínico: cada 15 a 30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado.

-Controles posteriores

- Transcurrida la primera hora de contención física los controles podrán espaciarse según la evolución del paciente con un plazo mínimo de realización de los mismos cada dos (2) horas.
- El personal de enfermería deberá extremar el control y asegurar una vigilancia continuada a la persona según el grado de necesidad y el grado de contención (vigilancia intensa, con frecuencia ≤ 20 minutos; vigilancia moderada, con frecuencia ≤ 1 hora; o vigilancia leve, con frecuencia ≤ 2 horas).
- Mantener la alineación corporal; se colocará al paciente en posición decúbito supino y con el cabecero incorporado de 30° a 45° para evitar broncoaspiraciones; las extremidades se colocarán en posición anatómica para evitar problemas funcionales.

-El personal de enfermería valorará en los controles del paciente:

- Estado general, actitud del paciente ante la sujeción, valoración de los miembros en sujeción (valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros), alteración del nivel de conciencia, alteración de la percepción, alteración del contenido y curso del pensamiento.
- Siempre que la situación del paciente nos lo permita, facilitar períodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de los miembros al menos cada dos (2) a cuatro (4) horas.

- Comprobar que las tiras de contención estén bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; cambiar las tiras de contención húmedas o manchadas por higiene, para evitar laceraciones de la piel.
- Es necesario asear y proporcionar confort al paciente al menos una (1) vez por turno del personal de enfermería, es decir cada seis (6) horas.
- Se le proporcionarán las comidas necesarias como a cualquier otro paciente, dependiendo del estado de conciencia, evaluando previamente si puede comer solo o es necesario que permanezca acompañado o asistido; prestar especial atención a la hidratación, que debe ser abundante.
- Se vigilarán los signos vitales como mínimo cada seis (6) horas (en cada turno del personal de enfermería) si el cuadro permanece estable, dejando el debido asiento en el reporte del personal de enfermería. Si la valoración del estado del paciente lo requiere se realizarán los controles en más de una oportunidad.
- Se controlará la ingesta, hidratación y eliminación (diuresis y catarsis) en cada turno del personal de enfermería.
- Si la contención es prolongada en tiempo, considerar la administración de heparina de bajo peso molecular a dosis de 0,4 ml/d, vía subcutánea (esta indicación se fundamenta en la estasis sanguínea y su riesgo protrombótico). En caso necesario se indicará dosaje de CPK.

Indicación de retiro de contenciones:

Cuando la necesidad de inmovilización terapéutica haya remitido y/o la situación clínica de agitación y/o violencia haya cedido, se procederá a la retirada de la contención. Para ello serán obligatorias las siguientes condiciones:

- La evaluación e indicación de retirar la medida es competencia del personal médico junto con la ayuda del personal de enfermería. Esto deberá estar pautado en las órdenes médicas de la historia clínica.
- La presencia de personal suficiente es importante por si volviese a producirse la agitación. Se recomienda un mínimo de dos personas, pero lo ideal sería cuatro.
- La descontención debe hacerse gradualmente, liberando miembro a miembro seguido de reevaluaciones de la situación, lo habitual sería pasar de una contención completa a una parcial y terminar con la supresión total.
- Se liberará cada banda con un intervalo de diez (10) minutos, dejando siempre dos (2) bandas para retirar finalmente y a la vez. La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada.

- Hay que registrar la retirada del procedimiento donde conste la fecha y hora, el nombre del médico que indica la misma y de la enfermera que valora la actividad realizada, así como las incidencias ocurridas durante el proceso.
- No debe dejarse ningún elemento a mano del paciente que pueda ocasionar que se dañe.

Complicaciones del uso inadecuado de la sujeción mecánica:

- Cianosis distal.
- Edemas / hematomas.
- Dolores musculares / articulares.
- Compresión nerviosa.
- Úlceras por presión.
- Trombosis
- Neumonía aspirativa.
- Estreñimiento.
- Esguinces, luxaciones.
- Rechazo al tratamiento / temor de la persona a regresar al servicio.

Contraindicaciones:

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

- Orden expresa del equipo tratante de no aplicar contención.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar con la contención física por disminuir la estimulación sensorial.
- Cuando el equipo tratante desconoce el estado general de salud del paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una situación clínica.
- Como reemplazo de la consigna policial, no siendo entre ambas medidas excluyentes.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes.
- Como respuesta a una conducta violenta o una transgresión.
- Indicación con carácter punitivo.
- No exista indicación terapéutica.
- Para el descanso del personal sanitario.
- Si no existe el personal suficiente y adecuadamente entrenado para llevarla a cabo.

- Tratamiento farmacológico:

FÁRMACOS URGENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO -JUVENIL

GRUPO FARMACOLÓGICO	DROGA Y PRESENTACIÓN IM	REPETIR SEGÚN NECESIDAD CADA	DOSIS MÁXIMA DIARIA
---------------------	-------------------------	------------------------------	---------------------

Antipsicótico típico (alta potencia)	Haloperidol IM 5 mg	1 o 2 amp. c / 60'	Adolescentes: <u>10</u> -15 mg. Niños (no < 3 a): <u>5</u> -10 mg.
Antipsicótico típico (baja potencia)	Levomepromazina IM 25 mg	1 o 2 amp. (c / 6-8 horas)	Adolescentes: 75-100 mg. Niños (> 10 a): 40 mg.
Antipsicótico típico (baja potencia)	Clorpromazina IM 25 mg (1 ml)	1 o 2 amp. (c / 6-8 horas)	Adolescentes: 75 mg. Niños (no < 6-12 meses): 50 mg.
Benzodiazepina	Lorazepam IM 4 mg	1 amp. c / 60' (No más de 3 amp. en 4 horas)	Adolescentes: 4 mg. Niños: no es seguro ni eficaz.
Antihistamínico	Difenhidramina IM 10 mg (1 ml)	1 a 5 amp. (c / 6 horas)	Adolescentes: 300 mg. Niños (> 2 a): 5 mg/kg/día.

Haloperidol:

- Trastornos psicóticos: 0,05-0,15 mg/kg/día; 2-3 veces por día.
- Trastornos no psicóticos: 0,05-0,075 mg/kg/día; 2-3 veces por día.
- IM: se puede repetir cada 60 minutos. Se puede asociar a una BDZ o a un antipsicótico típico de baja potencia.

Lorazepam: En niños menores de 12 años: no es segura ni eficaz; en adolescentes la dosis máxima diaria es 4 mg/día.

- En caso de intoxicación con cocaína no administrar antipsicóticos típicos de alta potencia (Haloperidol).
- No dar BDZ: menores de 12 años, cerebro lesionado, TEA, retraso mental.
- Los niños son más sensibles a los efectos adversos extrapiramidales. Si hay incertidumbre en cuanto al seguimiento administrar Biperideno.
- Al paciente infanto-juvenil se lo presume cardiovascularmente sano (menor riesgo en el uso de antipsicóticos típicos de baja potencia, a diferencia de la población adulta).
- Fórmula rápida para cálculo de dosis: el adolescente la mitad del adulto, el niño la tercera parte del adulto.

- Terapéutica en niños: monoterapia de antipsicótico típico de baja potencia; si hay antecedente de psicosis biterapia de media ampolla de Haloperidol y un antipsicótico típico de baja potencia.
- Terapéutica en adolescentes: monoterapia de antipsicótico típico de baja potencia; biterapia de antipsicótico típico de baja potencia y BDZ; si hay antecedente de psicosis biterapia de una ampolla de Haloperidol y un antipsicótico típico de baja potencia o una ampolla de Haloperidol y BDZ.

GRUPO FARMACOLÓGICO	DROGA Y PRESENTACIÓN VO	DOSIS MÁXIMA DIARIA
Antipsicótico típico (alta potencia)	Haloperidol Comprimidos (mg): 1, 5 y 10. Gotas: 0,1 mg/gota. T psicóticos: 0,05-0,15 mg/kg/día; 2-3 veces por día. T no psicóticos: 0,05-0,075 mg/kg/día; 2-3 veces por día.	Adolescentes: <u>10</u> -15 mg. Niños (no < 3 a): <u>5</u> -10 mg.
Antipsicótico típico (baja potencia)	Levomepromazina Comprimidos (mg): 25 y 100. Gotas: 0,25 mg/gota. 0,5-2 mg/kg/día; 2-3 veces por día.	Adolescentes: 75-100 mg. Niños (> 10 a): 40 mg.
Antipsicótico típico (baja potencia)	Clorpromazina Comprimidos (mg): 25 y 100. 0,5 mg/kg cada 4-6 hs.	Adolescentes: 150-200 mg. Niños (no < 6-12 meses): 100-150 mg.
Antipsicótico atípico	Risperidona Comprimidos (mg): 0,25; 0,5; 1; 2; 3; 4. Suspensión: 1mg/ml. T psicóticos: 0,06 a 0,12 mg/kg/día; 2-3 veces por día.	Adolescentes: 2,5-4 mg. Niños (> 5 a): 1-2 mg.

	T no psicóticos: < 0,06 mg/kg/día; 2-3 veces por día.	
Benzodiazepina	Lorazepam Sedativo: 0,02-0,09 mg/kg/día; dosis divididas, intervalo mínimo 4 hs.	<i>Adolescentes: 4 mg.</i> <i>Niños: no es seguro ni eficaz.</i>
Anticolinérgico	Biperideno Comprimidos (mg): 2. 1-2 mg 3 o 4 veces por día.	<i>2-6 mg.</i>

5.1- Anexos

-Planilla para la atención domiciliaria (operador)

Planilla para el manejo telefónico de atención de paciente psiquiátrico en urgencia

Operador:	DNI:	Fecha:
Paciente:	Dirección:	Hora:
O.S:	Edad:	
Afiliado:	Teléfono:	
1- ¿Quién realizó el llamado?		

Paciente	Familiar	Vecino	Cobertura Médica	Orden Judicial	Equipo Profesional
Nombre y Apellido:					
Vínculo con el paciente:					
Teléfono de contacto:					
2- Motivo de consulta:					
3- Estado del Paciente					
	Si	No	Datos extra		
¿Estado violento?					
¿Intencionalidad suicida?					
¿Se encuentra en una zona peligrosa?					
¿Se encuentra acompañado?					
¿Confía en su acompañante?					
¿Antecedente psiquiátrico?					
¿Realiza tratamiento Psiquiátrico/Psicológico? Indicar medicación que toma en caso de ser afirmativos					
4-Personal que acude al domicilio					
Médico:					
Personal de enfermería:					
¿Requiere de asistencia policial? SI/NO					

6-Bibliografía

1. Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto-juvenil y Profesiones Afines. Protocolo de atención en urgencias psiquiátricas infanto-juveniles.
2. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) (2010) Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Urgencias Psiquiátricas. Cap. 27, pp. 381-394. Editorial Panamericana. Madrid, España
3. Berenguer Rodríguez B., Basto Pacheco D.M., Arroyo Cuevas S., Ruiz Murugarren S. (2015) Protocolo diagnóstico y terapéutico del paciente psiquiátrico en Urgencias. Revista Medicine. Vol. 11, núm. 85. pp. 5112-7. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.
4. Bustos J.I., Capponi I., Ferrante R., Frausin M.J., Ibáñez B. (2010) Excitación psicomotriz: "manejo en los diferentes contextos" Publicación digital de la 1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario. Argentina
5. Cárdenas J.P., Santelices D., Fredes A., Florenzano R. (2012) Protocolo de manejo del intento suicida en el Hospital del Salvador en Santiago de Chile. Revista Chilena Neuropsiquiátrica. Vol. 50, núm. 4, pp. 249-254. Chile
6. Cardesa C., Belsito F., Castellucci N. (2021) Urgencias Psiquiátricas. Atención Inicial. Salud Mental, Sanatorio Güemes. pp. 1-10. Buenos Aires, Argentina
7. Clínica Dharma. Protocolo Atención en la Urgencia a Domicilio. Manual de procedimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
8. DGSAM, Ministerio de Salud GCABA. Protocolo de contención física. Manual de procedimientos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
9. Gallego-Gómez J.I., Fernández-García N., Simonelli-Muñoz A.J., Rivera-Caravaca J.M. (2021) Manejo inicial del paciente con afectación psiquiátrica en urgencias hospitalarias: revisión sistemática. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 44, núm. 1, pp. 71-81. España. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0939>.
10. Jiménez Busselo M.T., Aragón Domingo J., Nuño Ballesteros A., Loño Capote J., Ochando Perale G. (2005) Atención al paciente agitado, violento o psicótico en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. Artículo especial, Asociación Española de Pediatría. Vol. 63, núm. 6, pp.526-36 Barcelona, España
11. Jufe G. (2017). Psicofarmacología Práctica. Editorial Polemos. Buenos Aires, Argentina

12. Morlet-Barjau A., Ortiz-Maldonado E., Moscoso-López M. (2008) Manejo del Paciente Psicótico en el Servicio de Urgencias de un Hospital General. Revista Salud en Tabasco, vol. 14, núm. 3, pp. 792-806 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa. Tabasco, México
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711373005>.
13. Nieto R., Iribarne C., Driguett M., Brucher R., Fuentes C., Oliva P. (2017) Urgencias Psiquiátricas en el Hospital General. Revista Médico Clínica Las Condes. Vol. 28, núm. 6, pp. 914-922. Santiago de Chile, Chile.
14. Sánchez Mascaraque P., Valentín González Aduna O. (2014) Urgencias en psiquiatría infantil. Pediatría Integral. Vol. 18, núm. 5, pp. 312-319. Madrid, España.
15. Stucchi-Portocarrero S., Cruzado L., Fernadez-Ygredda R., Bernuy-Mayta M., Vargas-Murga H., Alvarado-Sánchez F., Rondón J.L., Núñez-Moscoso P. (2014) Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Revista de Neuropsiquiatría Vol. 77, núm. 1, pp. 19-30. ISSN: 0034-8597. Lima, Perú.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372033985003>.
16. “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en Salud Mental”
17. Ley N° 26657.
18. Constitución de la OMS