



Protocolo de Manejo de Paciente Psiquiátrico con episodio de Agitación Psicomotora HRR

Elaborado por: Elizabeth Intriago Mora Enfermera Supervisora Psiquiatría	Revisado por: Dr. Carlos Ureta Vidal Sub Director Médico EU. Carmen Gloria Díaz Z. Jefe Depto. Calidad e IAAS	Aprobado por: Dra. Sonia Correa Fuentes Director HRR
ENFERMERA SUPERVISORA SERVICIO SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA Fecha: 9 Marzo 2015	Fecha: 16 Marzo 2015	Fecha: 16 Marzo 2015
Firma SERVICIO SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA LIB. BERNARDO O'HIGGINS	Firmas	Firma

1. OBJETIVO

Prevenir eventos adversos asociados a contención física en pacientes con patologías Psiquiátricas.

2. ALCANCE

Se aplicará a pacientes con agitación psicomotora, que no respondan a contención emocional, verbal y/o farmacológica.

3. DEFINICIONES

AGITACIÓN PSICOMOTORA: Alteración mental y física, descontrol de impulsos sin respuestas a indicaciones del personal de salud de causa psiquiátrica.

CONTENCIÓN FÍSICA: Medida terapéutica excepcional, inmovilización u/o reducción física, parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, utilizada para garantizar la seguridad del paciente y de quienes lo rodean, e impedir la manipulación o auto retiro de dispositivos. (Sondas, catéteres etc.)

TIPOS DE CONTENCIÓN

CONTENCIÓN EMOCIONAL: Emplear un tono de voz suave, ser empático, actitud firme pero amable, primero escuchar, persuadir, tranquilizar y estimular la confianza del paciente, evitar responder a provocaciones, no confrontarlo, no mostrar enojos.

CONTENCIÓN AMBIENTAL: Se debe aplicar, control de los estímulos visuales y auditivos y desplazamiento, bajar volumen de equipos. (Sacar objetos riesgos que puedan ser lanzados)

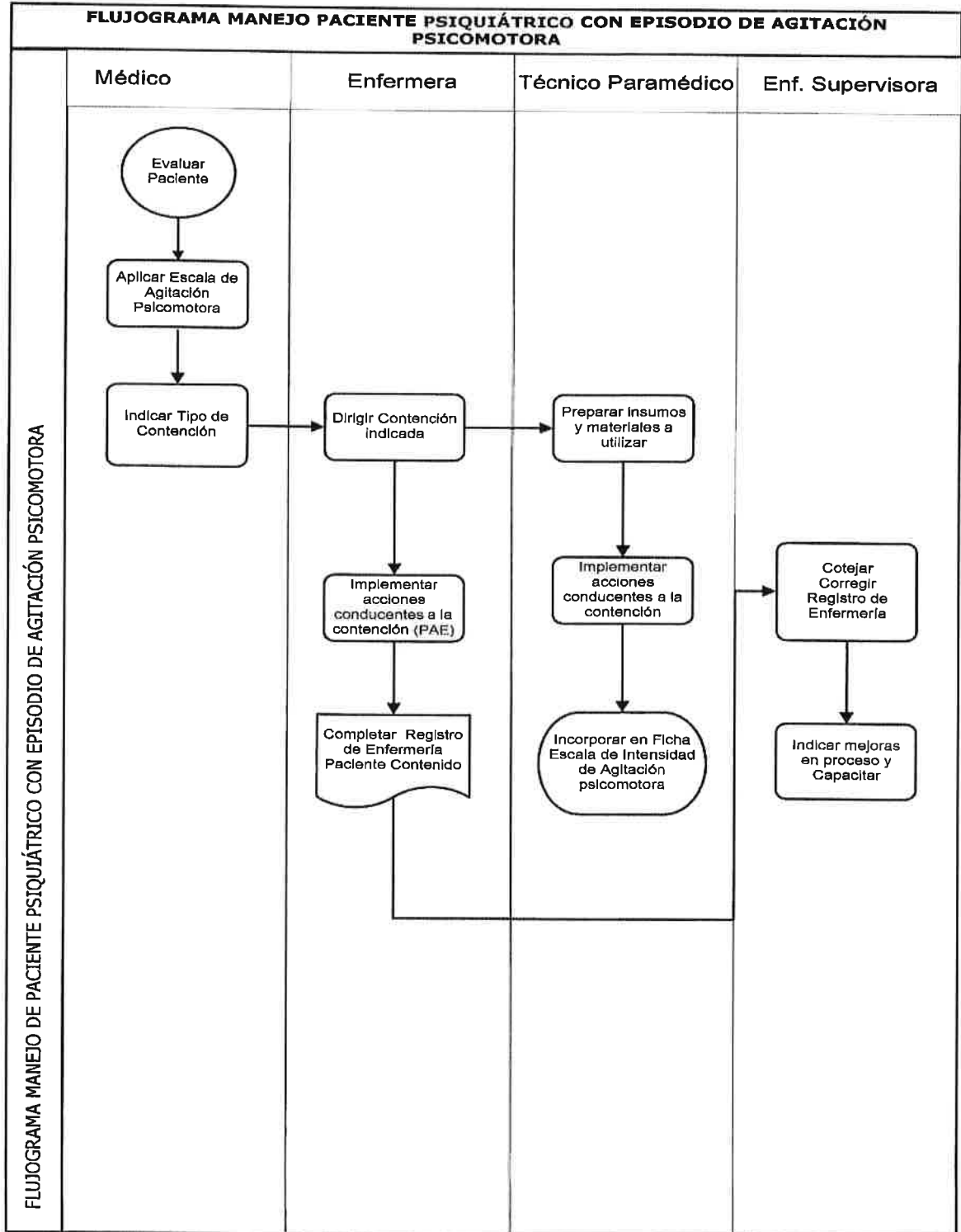
CONTENCIÓN MECÁNICA O FÍSICA: Es la aplicación de tiras de contención para evitar auto y hétero agresiones, limitación o privación de movimiento o desplazamiento.

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA: Esta es la fase invasiva, donde se procede a administrar medicamentos, se evaluar signos vitales antes de continuar con la administración de tratamiento.

4. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

- **Medico tratante y/o Médico de turno:** Indica la instalación de contención en ficha. Y el retiro de las mismas.
- **Enfermera:** En ausencia de médico y de acuerdo a la emergencia, la enfermera indicará la contención, como responsable de evitar eventos adversos, según necesidad de protección al usuario y a terceros.
- **Técnico paramédico:** Aplicará la contención.(colabora en medidas de prevención de Eventos adversos.

5. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD



PERFIL DE PACIENTES EN LAS QUE PUEDE OCURRIR AGITACIÓN PSICOMOTORA:

- Desajustes conductuales severos por Esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, etc.
- Bipolaridad.
- Depresión Mayor con síntomas sicóticos.
- Patologías duales (Dependencia a sustancias psicoactivas + enfermedad psiquiátrica de base).
- Pacientes con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias.
- Pacientes con Daño Orgánico Cerebral y compromiso de conciencia

MATERIALES Y EQUIPOS:

- Una contenedor con: 4 contenciones con banda magnética, 2 de muñecas y 2 de tobillos.
- 8 broches magnéticos, con una llave imán.
- 4 apósitos grandes (protección zona de sujeción)
- 1 tela adhesiva.

PERSONAL PARA LA CONTENCIÓN: En la ejecución actúan 4- 5 personas.

Un médico Psiquiatra (o médico general en caso de no contar con Psiquiatra)

Una enfermera/o

Tres Técnicos paramédicos

PROCEDIMIENTO:

- 1. Enfermera:** Aplica escala de agitación psicomotora (Anexo 2) y dirige la contención emocional, los demás integrantes del equipo deberán permanecer expectantes a actitudes imprevistas del paciente, si la enfermera no logra empatizar con el paciente, otra persona del equipo, debe dirigir la contención, se debe agotar siempre este primer recurso **Explicar al paciente**, que de no controlarse será contenido,
- 2. Para contener el paciente debe ser tomado por detrás**, si esta deambulando, se tumbará en decúbito supino.
- 3. El primer Técnico Paramédico:** Sujetará hombros, antebrazo y mano derecha.
- 4. El segundo Técnico Paramédico:** Sujetará Hombro, antebrazo y mano izquierda.
- 5. Otro técnico sujetará:** Tronco, Piernas, rodillas y pies.
- 6. Cabeza sujetar por detrás**, evitar ser mordido
- 7. Sujeción cruzada.**
- 8. Fijación:** La distancia de la cinta, entre cama y extremidad depende del objetivo de la contención.
 - Si es por agitación o autoagresión, la distancia es más corta.

- Si es por protección la distancia de las tiras es más larga
 - Comprobar que esté firme pero que ello no impida la circulación sanguínea; esto se comprueba colocando un dedo entre la cinta y la piel del paciente.
 - En caso de agitación severa o protección por caída, valorar el uso de contenciones torácicas.
- 9. No actuar en un espacio abierto;** llevar al paciente a un lugar aislado el mismo que permita una rápida reducción. El lugar donde se realice la contención deberá estar libre de elementos de riesgo, elementos que pueden ser usados para lanzarlos, o auto agredirse, con mobiliario reducido y cautelando que las ventanas no sean accesibles al paciente.
- 10. Queda prohibido el uso de: sábanas, carpas de contención, camisas de fuerza,** por indicación ministerial ya que han sido causal de muerte por asfixia.
La contención se retirará cuando los fármacos administrados haya realizado su efecto y el paciente al conversar se lo observa más calmado.
Nunca debe quitársele a un paciente las contenciones, sin la presencia física del personal suficiente, lo habitual es proceder a una des contención gradual. Previo a retirar contención debe ser evaluado por el Profesional de Enfermería.
- 11.** Las correas y sus llaves deben quedar en la gaveta de contención , lugar visible y de fácil acceso.
- 12.** El turno que hace uso de estas contenciones, debe dejar en el mismo orden y ubicación con todos los insumos necesarios, lo cual debe quedar registrado en la hoja de revisión de contención.
- 13.** El lavado de las correas es ideal que sea efectuado en el Servicio, ya que su durabilidad será mayor.
- 14.** Registrar en Ficha Clínica del paciente todo el procedimiento de la contención (anexo adhoc) Guía de cuidados de enfermería a pacientes contenidos.

Otros

En los casos en que el grado de agitación del paciente supere al personal disponible se solicitará ayuda al Auxiliar de servicio

CONDICIONES LEGALES - TIEMPO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA:

La sujeción debe **durar el menor tiempo posible**, 2 horas o si el paciente no logra estabilizarse con la administración de fármacos , reevaluar, si se requiere prolongar la sujeción (más de 24 horas) , en este caso se debe modificar el tipo de ingreso, solicitando a la Seremi la tramitación de una resolución de Internación Administrativa o Involuntaria, ya que la contención mecánica es un acto terapéutico impuesto al paciente vinculado a los mismos condicionantes legales que el ingreso involuntario regulado a través del Decreto 570.

La contención nunca debe superar las 72 horas, ya que la recuperación es más lenta.

**DESCRIPCIÓN EXPLICITA DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EVITAR
LOS EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN**

EVENTO ADVERSO	MEDIDA PREVENTIVA
<ul style="list-style-type: none"> • Laceraciones de la piel erosiones, excoriaciones, equimosis. • Caídas durante y después del procedimiento. • Hipotensión y Complicaciones respiratorias. • Cuidados generales 	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger la piel con apósitos en las zonas de sujeción, antes de fijar las tiras. - Evaluar periódicamente signos de compresión, coloración de la piel y pulso periférico cada 30 minutos. - Asegurar piso seco, antes de contener. - Freno del cama. - Retire previamente objetos que obstaculicen la deambulación, o que puedan ser lanzados por usuarios. - Mantenerse alerta, de los movimientos y conductas impredecibles del paciente. - Vigilancia permanente - Uso de barandas - Luz tenue. - Evaluar signos vitales y compromiso respiratorio.) por uso de sedantes. - Administración medicamentos lentos, observando reacciones. - Abrigar o desabrigar según necesidad. - Mantener posición fawler o semifawler para evitar aspiración. - Asista en hidratación, alimentación, eliminación y aseo oportuno. (La alimentación debe ser asistida, evaluando sedación, y custodiando el uso de cubiertos)

INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA:

La Tranquilización Rápida, consiste en la administración de un medicamento neuroleptico cada 30 a 60 minutos, para tratar estados de agitación grave, de nivel medio o alto. La mayoría de las personas responde entre 30 a 60 minutos.

La Tranquilización Rápida no es un tratamiento completo, sino el complemento de la intervención verbal y una parte del tratamiento clínico integral que resguarde los derechos y dignidad del paciente.

Contraindicaciones: La Tranquilización rápida está contraindicada en pacientes con intoxicación anticolinérgica (ej. Amitriptilina), que se evidencia por pupilas midriáticas y poco reactivas.

En el siguiente cuadro, se describen los fármacos más comunes para estabilización de pacientes psiquiátricos con estados de agitación psicomotora, de acuerdo a los siguientes diagnósticos y etiologías.

Etiología según diagnóstico	Intervención farmacológica
Esquizofrenia Manía Depresión Psicótica Delirium u otros	Tranquilización Rápida (T.R.) Haldol amp. 5 mg. + Lorazepam amp. 4 mg. IM o EV (según gravedad) o Diazepam 10 a 20 mg. (No diluir porque precipita)
Trastorno de personalidad Crisis de pánico	Diazepam 5 a 10 mg. Oral o EV Lorazepam 2 a 4 mg. Oral o EV o IM
Síndrome privación alcohol u otras drogas	Benzodiazepinas Diazepam o Clordiazepóxido o Lorazepam Si no responde usar T.R.

En adultos mayores usar la mitad de las dosis recomendadas.
(HIPOTENSOR)

La clorpromazina es un neuroleptico de baja potencia antipsicótica, alternativo al uso de haloperidol (alta potencia antipsicótica), la dosis equivalente es:

CLORPROMAZINA 100 mg. = HALDOL 2 mg.

La Clorpromazina no se recomienda en:

- **Pacientes con DELIRIUM** porque su potente efecto anticolinérgico agrava el delirium.
- **Pacientes CARDIÓPATAS** o intoxicados con ALCOHOL por su potente efecto HIPOTENSOR.

Pacientes epilépticos porque baja el umbral convulsivante

6. REGISTROS

Identificación de registros	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Retención	Disposición
Protocolo De contención En pacientes con agitación psicomotora	Oficina de enfermera Supervisor	Oficina de Jefe de servicio	Registro de supervisión del cumplimiento del protocolo Contención de pacientes con agitación psicomotora	1 año	Archivo Del servicio

7. INDICADOR

INDICADOR	% de pacientes contenidos físicamente con prevención de EA
TIPO DE INDICADOR	Resultado
FORMULA	$(N^{\circ} \text{ de pacientes contenidos con aplicación de medidas de prevención de evento adverso en el periodo evaluado} / N^{\circ} \text{ de pacientes contenidos en el periodo evaluado}) \times 100$
FUENTE DE INFORMACION	Pautas de supervisión aplicadas
UMBRAL CUMPLIMIENTO	DE $\geq 90\%$
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Mensual
RESPONSABLE	Enfermera Supervisora

8. REFERENCIAS

- Norma técnica " Medidas de contención para personas con enfermedad Mental, en episodio de agitación psicomotora"
- Ramos Brieva J.a: Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento.
- Manual de uso Y protocolos de procedimiento.Barcelona: Masson; 1999
- Molina Alen E: Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Barcelona: Glosa; 2002

9. CONTROL DE CAMBIOS

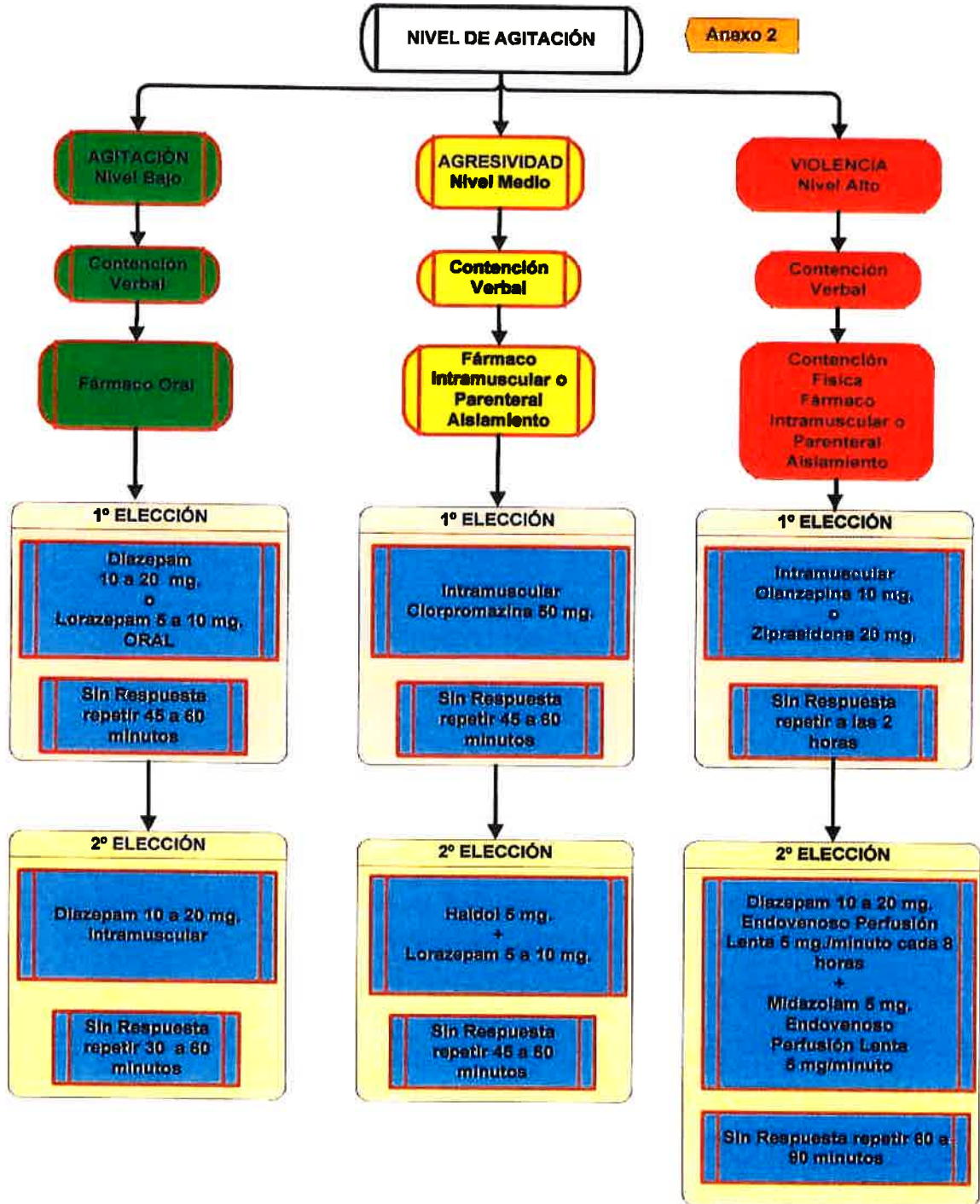
FECHA	TIPO DE CAMBIO	APROBACIÓN
Enero 2010 V.0	Protocolo Institucional	Director
V.1 Abril 2013	Formato hospitalario Explicita medidas de prevención de eventos adversos asociados a la contención Cambio Indicador	Director
V.2 Marzo 2015	Cambios de correas de contenciones magnéticas. Se modifica Pauta de observación de prevención de EA en pacientes Psiquiátricos	Directora

10. ANEXOS

- Anexo 1: Flujograma de administración de medicamentos
- Anexo 2: Hoja de registro de enfermería de pacientes físicamente contenidos
- Anexo 3 : Pauta de Cotejo de contención.

ANEXO N. 1

ALGORITMO AGITACIÓN PSICOMOTORA





**Protocolo de Manejo de Paciente
Psiquiátrico con Episodio de
Agitación Psicomotora HRR**

Código: SGC-MPAS/GCL 1.9.1

Fecha: 16 Marzo 2015

Versión: 2

Vigencia: 16 Marzo 2020

Página: 10 de 12

ANEXO N. 2

HOJA REGISTRO DE ENFERMERÍA DE PACIENTES FISCAMENTE CONTENIDOS

NOMBRE..... N. FICHA:

FECHA.....HORA..... MEDICO TRATANTE:.....

PERSONAL ENFERMERIA TURNO:.....

A CONTINUACIÓN marcar con "X "SEGÚN CORRESPONDA:

HORARIO DE LA CONTENCIÓN							
CAUSAS DE LA CONTENCIÓN							
Auto agresividad							
Heteroagresividad							
Protección a caídas y otros							
RESPONSABLES DE LA CONTENCIÓN							
Medico o enfermera en la ausencia de este.							
Registro de indicación de contención física en ficha clínica.							
Técnico paramédico lleva a cabo la aplicación de contención física							
MATERIAL Y EQUIPO PARA LA CONTENCIÓN FÍSICA							
Bandeja:5 tiras de contención 4 apósitos.							
Llave de cierre y apertura de contención.							
Medicamento SIM o protocolo.							
Suero y materiales necesarios para su instalación.							
Apósitos grandes. (protección de zona de sujeción)							
VALORACIÓN DE LA SUJECIÓN							
ACTIVIDAD MOTORA							
Lábil							
Aumentada							
ASISTENCIA DE NECESIDADES BÁSICAS ELIMINACIÓN							
Hidratación y alimentación							
Eliminación							
Aseo y confort							
PREVENCIÓN EVENTOS ADVERSOS							
Asegurar piso seco, antes de contener.							



HOSPITAL
REGIONAL
RANCAGUA

Protocolo de Manejo de Paciente Psiquiátrico con Episodio de Agitación Psicomotora HRR

Código: SGC-MPAS/GCL 1.9.1

Fecha: 16 Marzo 2015

Versión: 2

Vigencia: 16 Marzo 2020

Página: 11 de 12

Protege piel con apósito en zona sujeción antes de fijar tiras de contención. Estado de la piel lesiones, coloración, etc.								
Abrigar o desabrigar acorde a temperatura ambiental o estacional.								
Instala baranda/ prevención de caídas								
Evaluar signos de compresión, erosión, escoriación, coloración de la piel, pulso periférico cada 30 minutos.								
Valora constantes vitales. (hipotensión u compromiso respiratorios debido a uso de sedantes)								
Aflojar tiras de compresión en caso de que el paciente presente equimosis.								
Registrar en ficha ocurrencia de eventos adversos.								
TIEMPO DE LA CONTENCIÓN (2h) (Si agitación no sede /evitar contener mas de 72 horas)								

Firma de Enfermera de Turno: _____

Técnico Paramédico: _____



**Protocolo de Manejo de Paciente
Psiquiátrico con Episodio de
Agitación Psicomotora HRR**

Código: SGC-MPAS/GCL 1.9.1

Fecha: 16 Marzo 2015

Versión: 2

Vigencia: 16 Marzo 2020

Página: 12 de 12

ANEXO N. 3

**PAUTA DE OBSERVACION
PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTE PSIQUIÁTRICOS
CON CONTENCIÓN FÍSICA**

PACIENTE: _____

FECHA: _____ **%CUMPLIMIENTO:** _____

EVALUADOR: _____

ASPECTOS A OBSERVAR	SI	NO
1. Verlfica indicación médica de contención en ficha.		
2. Existe apósito o protección cutánea en la zona de sujeción.		
3. La piel de las extremidades contenidas se encuentra sin excoriaciones y/o equimosis.		
4. Hay registros de cambio de posición y asistencia de necesidades básicas. (alimentación, eliminación aseo y confort)		
5. Barandas en alto con las ruedas del catre frenados.		
6. El paciente se encuentra con ropa adecuada a la temperatura ambiental		
7. Existe vigilancia permanente del paciente		

La Pauta será considerada "CUMPLE" cuando tenga al menos 85% de respuestas afirmativas

Resp. afirmativas	% Cumplimiento
7	100
6	85,7
5	71,4
4	57,1
3	42,8
2	28,5
1	14,2