



PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA

CÓDIGO
GCL 1.9

VERSIÓN
06

FECHA
04/2024

VIGENCIA
5 años

Nº PÁGINAS
32



Elaborado Por:	Revisado Por:	Autorizado Por:
<p>E.U Ma. Soledad Contreras Montellano. Gestora de casos de Psiquiatría. SDGC</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p> <p>Hospital de Urgencia Asistencia Pública Subdirección de Gestión del Paciente</p>	<p>Carolina Rivas Jerez Subdirectora Gestión del Cuidado (s).</p> <p>Felipe Mancilla Herrera Jefe de Psiquiatría y Psicología de enlace.</p> <p>Jorge Ibañez Parga Subdirector Gestión Clínica</p> <p>Karla Alfaro Flores Jefatura Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Marienela San Martín Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p><i>(Handwritten signatures)</i></p> <p>Hospital de Urgencia Asistencia Pública Subdirección de Gestión del Paciente</p>	<p>Dr. Patricio Barría Ailef Director HUAP</p> <p><i>(Handwritten signature)</i></p> <p>Hospital de Urgencia Asistencia Pública DIRECTOR</p>
Abril 2024	Abril 2024	Abril 2024

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 2 de 32

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	OBJETIVOS.....	4
III.	ALCANCE.....	4
III.	DEFINICIONES	4
IV.	RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN	6
VI.	EVALUACIÓN INICIAL.....	9
ii.	VALORACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA.....	8
iii.	DIFERENCIAS ENTRE SUJECIÓN Y CONTENCIÓN FÍSICA.....	10
iv.	ETAPAS DE LA CONTENCIÓN:.....	11
v.	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN FÍSICA.....	19
vi.	FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR O AUMENTAR EL RIESGO DE EA EN PACIENTES CONTENIDOS:.....	19
VIII.	DISTRIBUCIÓN	21
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
X.	MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO.....	23
XI.	ANEXOS.....	24

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 3 de 32

I. INTRODUCCIÓN

Evaluar y tratar a los pacientes agitados es un desafío para todo el equipo de salud. La agitación del paciente es una emergencia médica, la cual ha ido aumentando ya que los pacientes clínicamente se encuentran en condiciones de mayor gravedad. Por ende, todo el personal debe estar preparados para su abordaje y tratamiento. Los pacientes agitados pueden suponer un peligro para ellos mismos, el personal y para terceros.

La práctica de este procedimiento considera el pleno respeto de los derechos de las personas bajo, la ley de Salud Mental 21.331 (mayo 2021) y bajo la actual norma técnica que regula el proceso de contención física – Norma general n°65/2003. En dicha norma se estipula los cuatro tipos de contención (emocional, ambiental, farmacológica y física), como también determina el número de personal idóneo para el procedimiento y los elementos que deben usarse.

El procedimiento de contención física es utilizado exclusivamente para tratar a usuarios que presentan un episodio de agitación psicomotora que determina un riesgo para sí y para terceros. Debe estar enmarcada bajo la ética moral y profesional de quien lo ejecute, dado que las medidas de contención pueden vulnerar ciertos principios fundamentales como la libertad y la dignidad del individuo, por lo anterior se hace necesario justificar con fundamentos teóricos – técnicos, la ejecución de esta medida terapéutica. Así mismo, se debe de velar por la seguridad de los pacientes a fin de disminuir el riesgo de posibles eventos adversos como consecuencias de su aplicación.

Este conlleva una serie de retos para este último, debido a la importancia del impacto a nivel biopsicosocial y ético-legal que implican, algunas medidas de contención y por lo que se hace necesario partir de un protocolo que establezca una adecuada actuación durante las intervenciones que implican su manejo.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 4 de 32

II. OBJETIVOS

General:

- Estandarizar los criterios para el empleo de las medidas de contención física en los pacientes con agitación psicomotora en HUAP.
- Prevenir eventos adversos asociados a la contención física en los pacientes con agitación psicomotora.

Específicos:

- Estandarización del manejo de la agitación, de acuerdo a parámetros avalados por la evidencia científica disponible.
- Garantizar que se actúe de acuerdo a la ley de deberes y derechos de los pacientes y de acuerdo a la ley de salud mental vigentes.
- Establecer acciones específicas de los distintos miembros del equipo de salud para el manejo de la agitación psicomotora.
- Definir el manejo médico del episodio de agitación psicomotora, orientado a la atención de elementos clínicos de mayor riesgo.

III. ALCANCE

- Este protocolo va dirigido a todos los funcionarios/as que desempeñan funciones en unidades clínicas de hospitalizados, en atención ambulatoria de la Unidad de Emergencia y en Clínica asistencial - HUAP. En el caso que un paciente presente una agitación psicomotora dada su condición psicopatológica.

III. DEFINICIONES

- **Agitación psicomotora:** corresponde a conductas perturbadoras o agresivas, que implican acciones físicas y psicológicas con distintos niveles de intensidad. Con distintos niveles de variabilidad de intensidad y peligrosidad ejercida hacia si mismo o hacia otros, que obstaculizan la aplicación de algún procedimiento terapéutico, obstruyen la relación del

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 5 de 32

equipo de salud con la persona que las presenta y genera un importante deterioro de la imagen de la persona en su ámbito social, familiar.

- **Elementos de sujeción:** Insumos definidos institucionalmente para este fin como muñequeras, tobilleras, carpas, cinturón abdominal, mitones, inmovilizador de hombros
- **Desajuste conductual:** acciones de carácter violento, físicas, psicológica o de manipulación con intensidad variable, que no están relacionadas a la patología psiquiátrica de la persona, las cuales ponen en riesgo su integridad física, la del resto de los usuarios y la del personal de salud.
- **Líder:** es la persona designada dentro de un equipo para coordinar y supervisar las acciones de contención física que se llevan a cabo en una situación determinada.
- **Contención emocional:** procedimiento que busca tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. *Escuchar, persuadir.*
- **Contención ambiental:** acciones realizadas por el equipo que atiende a un usuario en crisis emocional y/o agitación psicomotora. Contempla un control de estímulos visuales, auditivos. Busca aminorar el cuadro de agitación que se presenta. *Aplacar*
- **Contención farmacológica:** procedimiento clínico que contempla administrar un fármaco. Debe de acompañarse con elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En lo posible se debe de explicar sus objetivos y consecuencias. *Explicar.*
- **Contención física:** limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales y con elementos mecánicos. *Proteger.*

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 6 de 32

- **Evento adverso:** incidente inesperado que causa daño o lesión y está asociado al proceso asistencial y no a la condición o enfermedad pre existente del paciente. Estos pueden o no ser evitables.
- **Reacción adversa a medicamento:** es una reacción negativa que experimentamos como consecuencia de tomar un medicamento. Estas reacciones pueden variar desde leves (como una erupción cutánea) hasta graves (como problemas cardíacos o incluso la muerte).
- **Proceso de atención de enfermería:** es un método sistemático y científico utilizado por los profesionales de enfermería para brindar cuidados personalizados a los pacientes. Es una herramienta fundamental que guía la práctica clínica y asegura que las necesidades de cada individuo sean atendidas de manera integral.
- **Escala de BARS:** es un instrumento utilizado en el ámbito de la salud mental para evaluar y cuantificar el nivel de agitación psicomotora en un individuo. (Escala de Agitación Basada en la Observación).
- **Incidental:** se refiere a la medición de forma como un hallazgo o resultado de una acción clínica, donde se requiere que el personal de atención directa del usuario realice registro correspondiente.
- **Por calendario calidad:** fechas de medición que proporciona la unidad de calidad y seguridad del paciente. Randomizada por calculadora SIS.

IV. RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN

- **Médico:** evaluar y realizar indicación escrita en el caso que se requiera contención física y/o farmacológica en pacientes con agitación psicomotora. Informar en lo posible al paciente y/o tutor de los riesgos asociados. Dejando registro claro en ficha clínica del inicio, término y/o prolongación de esta.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 7 de 32

Debe indicar y dejar registro en ficha en el caso de indicar sujeciones y motivo de esta.

- Enfermera/o clínica/o: encargado/a de velar por la correcta aplicación de los elementos de contención física y sujeciones. Debe realizar pauta de prevención de EA asociado a C. Física, dentro de la primera hora de haber iniciado el evento vía REDCap (Anexo 1). Además, debe planificar cuidados de enfermería adecuados para el usuario.
- Técnico en Nivel superior: ejecutar planificación de enfermería, velando por la seguridad e integridad del paciente. Debe asegurar una vigilancia permanente del paciente y dar aviso a enfermera/o clínico, en caso de presencia de cambio en la condición clínica del paciente.
- Responsables de la difusión y supervisión del procedimiento: Enfermeras/os Supervisores y jefes Médicos de Servicio.
- Responsables de gestionar disponibilidad y de mantención de los materiales de contención física: Enfermeras/os supervisores.

V. DESARROLLO DEL PROCESO

La agitación psicomotora constituye una serie de síntomas cognitivos y conductuales que se pueden presentar en una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos, y que pueden escalar en gravedad clínica de formas menos a más graves e incluso violentas, volviéndose imprescindible que su manejo se realice de forma eficaz y oportuna para así evitar su progresión. El manejo del paciente en estado de agitación psicomotora es una situación complicada, estresante y, muchas veces, impredecible, tanto para el paciente como sus familiares y el equipo de salud.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 8 de 32

Ante la agitación es primordial una evaluación integral por parte del equipo médico, donde se deben de evaluar las causas: orgánicas, infecciosas, psiquiátricas, neurológicas, consumo de drogas, metabólicas, endocrinas. También pueden confluir factores como: medio ambiente, antecedentes sociales, caracterológicos, relaciones interpersonales, psiquiátricos, entre otros.

La contención física deberá siempre indicarla el médico a cargo del paciente y esta será indicada cuando el usuario/a:

- **No cede a la contención emocional ni farmacológica y que se encuentra en riesgo inminente de provocarse daño a sí mismo, a terceros y al entorno, se debe de proceder a realizar contención física.**

Dentro de las patologías más comunes que requieren iniciar una contención física, se encuentran:

- Pacientes bajo consumo de sustancias (drogas).
- Pacientes con estados de confusión o desorientación. (Delirium).
- Pacientes con cuadros psicóticos.
- Trastornos afectivos.
- Trastornos de personalidad.

Una vez que se haya realizado el procedimiento, el médico tratante debe dejar registro en Hoja de indicaciones y /o DAU, en el caso de la Unidad de Emergencia Hospitalaria, el inicio del procedimiento y motivo de éste.

El Hospital de urgencia de asistencia Pública cuenta con los siguientes elementos de contención física:

- Camisa de contención física.
- Inmovilizadores de extremidades superiores.
- Inmovilizadores de extremidades inferiores: tobilleras o inmovilizadores de rodillas.
- Inmovilizador de hombros.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 9 de 32

VI. EVALUACIÓN INICIAL

i. VALORACIÓN INICIAL EN PACIENTES CON AGITACIÓN PSICOMOTORA:

La Agitación Psicomotora es un estado de hiperactividad y excitación que puede llevar a comportamientos violentos tanto hacia uno mismo como hacia los demás. Esta condición, considerada una urgencia médica y psiquiátrica, requiere intervenciones rápidas y seguras para proteger a todos los involucrados. además de eventuales secuelas físicas y psíquicas (Hollomans y cols, 2012) Para su abordaje es necesario respetar criterios técnicos y éticos, realizando intervenciones apoyadas por la evidencia disponible para minimizar riesgos del usuario o usuaria y del personal (Hollomans y cols, 2012).

La agitación psicomotora no constituye en sí misma una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestada de trastornos, tanto psíquicos como cuadros orgánicos y éstos puede tener las siguientes manifestaciones:

- Actividad verbal o motora incrementada, repetitiva y sin propósito.
- Hiperexcitabilidad (respuesta exagerada ante estímulos, irritabilidad).
- Síntomas de activación simpática (taquicardia, sudor, boca seca).
- Sensación subjetiva de pérdida del control.
- Agresividad contra otros o contra sí mismo.

Señales de alarma, que por lo general preceden a la agitación franca:

- Discurso hostil o suspicaz, volumen progresivamente alto.
- Invasión del espacio personal del entrevistador.
- Cambio súbito de conducta.
- Intranquilidad.
- Labilidad emocional.
- Ceño fruncido, labios apretados, manos en puño, brazos en jarra.
- Hiperventilación.
- Contacto visual fijo, prolongado o impertinente.
- Palidez / rubicundez.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 10 de 32

Por lo que será de utilidad aplicar una escala de detección precoz de los síntomas, en este caso se utilizará la **escala de BARS** (Behavioural Activity rating Scale), esta escala es aplicable de forma rápida en los servicios de urgencia/críticos y/o medicina, con un puntaje mayor o igual a 5 se asocia a "agitación". Se debe de dejar registrado en ficha clínica durante la evaluación clínica del paciente el puntaje obtenido.

ESCALA DE BARS

PUNTO	CARACTERÍSTICAS
1	Dificultad o incapacidad para despertar o adquirir vigilia
2	Dormido pero que puede responder al contacto verbal y/o físico
3	Parece sedado, somnoliento.
4	Nivel normal de actividad, callado y despierto.
5	Signos de hiperactividad manifiesta (física o verbal), pero se calma con instrucciones.
6	Continuamente o extremadamente activo, que aún no requiere restricción.
7	Violento, requiere restricción.

Fuente: Elaboración propia.

ii. DIFERENCIAS ENTRE SUJECIÓN Y CONTENCIÓN FÍSICA

En el ámbito de la salud mental y la atención al paciente, la sujeción y la contención física, son medidas que se emplean en situaciones de crisis para garantizar la seguridad tanto del paciente como del personal. Sin embargo, estas prácticas no son intercambiables y presentan implicaciones legales, éticas y clínicas distintas. En este protocolo, se verán las diferencias entre sujeción y contención física, explorando sus definiciones, indicaciones, procedimientos y consecuencias.

La presencia de dispositivos invasivos en pacientes hospitalizados es común y necesario para realizar tratamientos, si éstos se retiran accidentalmente o si el paciente sufre una caída pueden provocar un daño en el usuario. La prevención de caídas y la protección de estos dispositivos son, por tanto, objetivos fundamentales en el cuidado de estos pacientes. Ambas acciones comprenden la gestión del cuidado del usuario, donde se debe buscar evitar daños en el paciente

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 11 de 32

y prevención de posibles complicaciones. El uso de sujetaciones, puede contribuir significativamente a alcanzar estos objetivos.

Bajo esta premisa, el uso de sujetaciones es un procedimiento clínico el cual consiste en limitar parcialmente el movimiento del paciente por medio de inmovilizadores definidos.

SUJECIÓN V/S CONTENCIÓN FÍSICA: En ningún caso la sujeción debe utilizarse como sustituto de la contención física ya que el tipo de inmovilización tiene un origen psicopatológico y resolución diferentes. Esta diferencia radica en el motivo de esta inmovilización, grado de supervisión del proceso y medidas complementarias a la inmovilización.

A continuación, se presenta una tabla comparativa:

Característica	CONTENCIÓN FÍSICA	SUJECIÓN
OBJETIVO PRINCIPAL	Controlar a un paciente con agitación severa que representa un peligro para sí mismo o terceros	Prevenir caídas y la extracción accidental de dispositivos médicos.
INDICACIONES	Pacientes en estado de agitación psicomotora severa, riesgo inminente de autolesión o agresión a otros, no responde a otras medidas.	Pacientes con riesgo de caídas, pacientes con dispositivos invasivos (sondas, vías venosas, entre otros).
ELEMENTOS UTILIZADOS	Inmovilizadores de hombros, rodillas, muñecas, tobillos, camisa de contención.	Muñequeras, tobilleras y carpa.
QUIEN INDICA	Médico tratante	Médico tratante.
PERSONAL REQUERIDO	5 profesionales: médico, enfermera y 3 técnicos en enfermería.	Mínimo 2 profesionales: técnicos en enfermería, Enfermera/o.

Fuente: elaboración propia.

iii. ETAPAS DE LA CONTENCIÓN:

1.1. CONTENCIÓN EMOCIONAL:

La desescalada verbal es una técnica muy útil en el manejo del paciente en estado de pre-agitación o agitación leve-moderada (BARS 5). La desescalada verbal debe servir para poner límites a la conducta evitando confrontación, afianzar, o al

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 12 de 32

menos, no deteriorar la alianza terapéutica y con ello reducir el riesgo de incremento de la conducta violenta y prevenir daños. (Richmond, 2012), **Proyecto BETA** propone cuatro objetivos principales:

1. Procurar la seguridad de los pacientes, del personal y de otras personas en el lugar.
2. Ayudar al paciente a controlar sus emociones, su angustia y mantener o recuperar el control de sus acciones.
3. Evitar el uso de contención física o mecánica cuando sea posible.
4. Evitar intervenciones coercitivas que fomenten la agitación.

LOS 10 DOMINIOS DE LA DESESCALADA

1. Respete el espacio personal del paciente y el suyo propio: 2 brazos de longitud. A mayor nivel de agitación esa distancia aumenta proporcionalmente.
2. No sea innovador (evite la escalada iatrogénica) Debe evitarse enérgicamente la humillación del paciente.
Lenguaje corporal:
 - 2.1. Párese en ángulo con el paciente (para no parecer confrontacional),
 - 2.2. Sin puños cerrados
 - 2.3. Manos visibles.
 - 2.4. Evite el contacto visual excesivo
 - 2.5. Evite doblar los brazos o darse la vuelta.
 - 2.6. El lenguaje corporal debe ser congruente con las palabras (de lo contrario parece poco sincero).
3. Establecer contacto verbal y 1 persona interactúa verbalmente
4. Sea conciso y manténgalo simple, puede ser necesaria la repetición.
5. Identifica deseos y sentimientos –Use "información libre" (cosas triviales que dice el paciente, su lenguaje corporal o incluso encuentros pasados con el paciente) para identificar deseos y sentimientos.
6. Escuche atentamente lo que dice el paciente:
 - 6.1. Escucha Activa.
 - 6.2. Use la "Ley de Miller": suponga que el punto del paciente es verdad y trate de imaginar lo que podría ser verdad.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 13 de 32

7. Puede estar de acuerdo o de acuerdo en no estar de acuerdo: "Fogging" es un comportamiento empático en el que uno encuentra algo de la posición del paciente en que estar de acuerdo.
8. Establecer leyes y límites claros:
 - 8.1. Establecer las condiciones básicas de trabajo.
 - 8.2. Debe ser razonable y hacerse de manera respetuosa.
 - 8.3. Entrenar al paciente sobre cómo mantener el control
9. Ofrezca opciones y optimismo.
 - 9.1. Abordar el tema de los medicamentos.
 - 9.2. Ser optimista y dar esperanza.
10. Informe al paciente de lo que está haciendo o vaya a realizar y al personal para que colabore con otras funciones.

1.2. CONTENCIÓN AMBIENTAL:

1. Se debe resguardar la seguridad del paciente y del equipo de salud. En lo posible, no actuar en un espacio abierto; se debe llevar al paciente a un box o unidad clínica retirada, dependiendo de la disponibilidad de salas y/o box del servicio clínico.
2. Si el paciente accede a trasladarse, debe llevarse a un espacio de intervención apropiada.
3. Se deben de retirar elementos de riesgo, aquellos que pueden ser usados para lanzarlos, o auto agredirse como: cajas cortopunzantes, monitores multiparámetros, bombas de infusión continua entre otros.
4. En lo posible disminuir el ruido ambiental, apagando monitores que no se estén utilizando.
5. Una vez que el/la usuaria/o se encuentre en su unidad, se puede disminuir la luz artificial.

A fin de brindar una visión más amplia sobre este punto, para más detalle se entrega "RECOMENDACIONES PARA REALIZAR CONTENCIÓN EMOCIONAL, AMBIENTAL Y FÍSICA":

- ✓ No mostrarse agresivo, física o verbalmente.
- ✓ Usar un lenguaje simple, con voz suave y movimientos lentos.
- ✓ Mantenerse a distancia prudente.
- ✓ No responder a los insultos o provocaciones.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 14 de 32

- ✓ Mantener privacidad y respeto.
- ✓ No enjuiciar, mantener escucha activa y atención plena
- ✓ No se debe por ningún motivo golpear al paciente.
- ✓ Se sugiere que los interventores se retiren los lentes ópticos y otros elementos susceptibles de sujeción.
- ✓ Reducir estimulación ambiental (luces, ruidos, etc.).
- ✓ Simplemente preguntar "**como puedo ayudar**".
- ✓ Reflejar emociones, realizar preguntas cerradas o realizar hipótesis ("**parecer muy molesto, me pregunto si se relación con...**")
- ✓ Ofrecer alternativas, para permitir al paciente sentir más control, junto con establecer límites claros, ("**no podemos hacer esto, pero quizás podamos hacer esto otro**").
- ✓ No tener una conducta prejuiciosa, ("**esto que hace está mal**" ó "**no debe sentirse así**").
- ✓ Dirigir la expresión de demandas y sentimientos del paciente, realizando preguntas abiertas.
- ✓ Escuchar al paciente de forma activa y atenta, respetando sus tiempos de palabra y silencio y utilizando técnicas de clarificación.
- ✓ Responder de forma concisa, utilizando frases cortas y vocabulario simple, que sea fácil y entendible por cualquier persona. Mantener un tono de voz calmado y suave.
- ✓ Dejar el tiempo que sea suficiente para que el paciente pueda procesar la información recibida y responder.
- ✓ Ser paciente y repetir, tantas veces como sea necesario, lo que el paciente requiera.
- ✓ Establecer acuerdos/desacuerdos, límites, entre otros, de forma razonable y respetuosa. Se le debe explicar al paciente, amistosa y respetuosamente, que comportamientos son aceptables y cuáles no, así como sus consecuencias
- ✓ De no ser posible dar respuesta a las demandas del paciente, ofrecer alternativas y/o realizar intervenciones que puedan ser percibidas como actos de amabilidad (actividades de confort, entretenimiento, entre otros).
- ✓ Evitar ofrecer alternativas difíciles o imposibles de cumplir.
- ✓ Evitar utilizar frases como "**tranquilo/a**", "**Cálmese**", "**todo estará bien**".

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 15 de 32

1.3. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA:

La indicación de la contención farmacológica debe ser realizada por el médico tratante, quien debe dejar registro de esta acción en la ficha clínica del paciente. Se preferirá la administración por vía parenteral (IM o IV) para controlar la agitación severa, permitiendo así el uso de vía oral en cuanto sea posible.

Psicofármacos en contención farmacológica	Inicio de Acción (minutos)	Rango de Dosis Diaria (mg)	Efectos Adversos Frecuentes	Interacciones Relevantes
Clorpromazina IM	30-60	25-150	Sedación, hipotensión ortostática, disquinesia tardía	Antihipertensivos, alcohol, depresores del SNC
Haloperidol IM	15-30	2-20	Extrapiroamidalismo (distornia, parkinsonismo, acatisia), taquicardia	Antihipertensivos, litio, beta-bloqueadores
Olanzapina IM	15-45	5-20	Sedación, mareos, hipotensión, aumento de peso, síndrome metabólico	Carbamazepina, inductores enzimáticos
Lorazepam IM/EV	5-15	2-20	Sedación, amnesia anterógrada, confusión, debilidad muscular	Alcohol, otros depresores del SNC
Diazepam IM/EV	5-15	2-40	Sedación, debilidad muscular, confusión, dependencia física	Alcohol, otros depresores del SNC
Dexmedetomidina	1-5	0.2-1.4 mcg/kg/h	Sedación, hipotensión, bradicardia	Beta-bloqueadores, opioides

Fuente: Psiquiatra Dr. Mancilla H. Unidad de Psiquiatría y Psicología de enlace.

1.4. CONTENCIÓN FÍSICA:

Para asegurar un procedimiento seguro, se requieren **al menos 5 funcionarios**. El equipo debe de estar conformado por:

1. Médico.
2. Enfermera(o)

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 16 de 32

3. TENS.

Para garantizar la seguridad tanto del usuario como del equipo clínico, todas las intervenciones deben realizarse siguiendo protocolos establecidos y con la participación del equipo completo. Las intervenciones individuales no solo son desaconsejables por motivos de seguridad, sino que también pueden obstaculizar la efectividad de la atención. (*Norma General técnica sobre contención en psiquiatría, julio 2003*). (Anexo nº3, fluograma de inicio de contención física).

Quien lidere el procedimiento debe permanecer con el paciente durante todo momento y deberá supervisar funciones (idealmente debiesen estar consignadas con anterioridad):

1. El líder, es el único que interactuará con el paciente.
2. Debe de indicar la preparación de los elementos de contención física.
3. Debe de indicar la preparación del fármaco SOS que se encuentre registrado en ficha o el indicado verbalmente por el médico.
4. Se debe de verificar, el retiro de los elementos peligrosos o de riesgo (monitores multiparámetros, porta sueros, botes de basura, mesa mayo entre otros).
5. Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que se van a tomar, dándole tiempo que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a contener físicamente.
6. El personal que participe en el procedimiento, debe de mantener usuario en todo momento en el campo visual.
7. Se debe de mantener un espacio prudente al menos de 2 brazos de longitud.
8. No se recomienda ponerse en frente del paciente sino abordarlo de costado, por el lado no dominante del paciente.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 17 de 32

Ejemplo:



DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

1. El personal que participa debe de mantenerse en silencio, evitando comentarios críticos o provocativos hacia el paciente y/o familia.
2. De los implementos a utilizar, se debe de priorizar base a las características de la agitación psicomotora dando cumplimiento a la normativa vigente, donde **deben** se debe utilizar el **mínimo de elementos posibles**, **inmovilizando sólo las partes del cuerpo que aparezcan como amenazantes**. Norma General técnica sobre contención en psiquiatría, julio 2003).
3. Los extremos de los elementos de contención serán fijados a la base de la cama (catre), nunca al respaldo, ni en las barandas.
4. Se debe de procurar tener a usuario en posición anatómica en catre clínico, si es necesario re acomodar.
5. Las extremidades deben de estar en posición anatómica y las cuatro extremidades sobre la cama.
6. Todos los nudos que se realicen durante la técnica deben ser desatados con facilidad para atender urgencias si fuera necesario.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 18 de 32

DESPUES DEL PROCEDIMIENTO:

1. Médico debe de dejar escrito en ficha clínica/ DAU, la indicación de la contención física (horario de inicio) y motivo de éste.
2. El usuario debe dejarse en posición semisentado (acomodándolo con almohadas o subiendo el respaldo del catre clínico. En una posición Semifowler).
3. Enfermera/o debe realizar pauta de supervisión, donde se asegurará que el paciente tenga los inmovilizadores correctamente instalados, de esta forma se procurará evitar un evento adverso.
4. Se debe administrar medicación indicada por tratante. En ningún caso, se administrará el fármaco antes de contener físicamente a usuario/a.

FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Médico tratante, debe registrar en indicaciones médicas la indicación del término de contención física y evaluar el estado del paciente a las **2 horas** de iniciado el procedimiento, indicando la continuación o suspensión del procedimiento.
2. Si el personal de enfermería observa que el paciente se ha ajustado conductualmente en un lapso inferior (de lo definido en el punto n°1), deberá dar aviso a tratante para que dé término del procedimiento. Se debe de dejar consignado en ficha clínica.
3. Cuando se indique la suspensión del procedimiento, el personal clínico siempre debe de ir acompañado (2 o más funcionarios) Nunca individualmente.
4. Al retirar la contención física se recomienda dar la posibilidad de comentar con el paciente la razón de la medida, conocer los sentimientos o impresión subjetiva del paciente.
5. Una vez finalizado, el personal debe de dejar los elementos de inmovilización en un lugar designado para ellos.
6. ***El mantener al paciente el menor tiempo posible contenido físicamente debe ser un objetivo del equipo clínico.***

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 19 de 32

iv. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN FÍSICA.

La contención física puede ocasionar lesiones y/o complicaciones en los pacientes por la naturaleza del procedimiento, donde el/la usuario/a realizará forcejeos, fricciones, entre otros. Por lo que es de principal importancia supervisar que los elementos de contención se encuentren bien instalados y de caso contrario es necesario acomodarlos de inmediato.

Dentro de las principales complicaciones médicas asociadas a la contención física y un uso prolongado de ellos, tenemos:

⇒ PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS (EA) DURANTE LA CONTENCIÓN FÍSICA:

Tromboembolismo pulmonar (TEP)
Trombosis venosa profunda (TVP)
Broncoaspiración
Lesiones de piel: heridas abrasivas, laceraciones, ulceras, edema y hematomas.

En el caso de pesquisar una lesión y/o complicación, esta debe ser notificada de inmediato en el sistema de “**Notificación de incidentes, eventos adversos y o centinela**”, al cual se encuentra en todos los computadores del HUAP, donde se encuentra un ícono de acceso directo al formulario de notificación.

v. FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR O AUMENTAR EL RIESGO DE EA EN PACIENTES CONTENIDOS:

- Compresión vasculo – nerviosa.
- Tiempo prolongado de inmovilización.
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza ya que, predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono ya que, predispone a riesgo de asfixia.
- Mantener a un paciente en una sala donde no hay inmovilización directa ni continua del personal clínico.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 20 de 32

- Incontinencia urinaria o intestinal secundaria a sedación farmacológica.

VII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

De acuerdo a la evidencia científica disponible, se ha demostrado, ser efectivas en la gestión del cuidado, con respecto al procedimiento de contención por agitación psicomotora, donde el objetivo principal es optimizar los resultados para el paciente y reducir el riesgo de complicaciones:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Cama o catre clínico bajo, frenado y barandas en alto. Mantener al paciente en posición cómoda (Semifowler 45° o 60°), sin zapatos y abrigado según temperatura ambiente. • Paciente debe de permanecer, en una sala/box, donde se cuente con observación directa del personal clínico. Se debe de verificar el estado del paciente cada 15 min dentro de las primeras 2 horas desde iniciado el procedimiento. • Sábanas deben estar secas y estiradas. Para evitar cizallamiento. • Instalar medias anti embólicas y sugerir a médico tratante dejar indicada heparina de bajo peso molecular, en el caso que usuario se mantenga por un tiempo prolongado. • Reducir – en lo posible – los estímulos ambientales: disminuir luz, sonidos de monitores etc. • Se debe de satisfacer las necesidades básicas: hidratación, alimentación, eliminación, higiene y sueño. • Si el paciente, se encuentra Vigil informar su necesidad de eliminación, se le debe de proporcionar una chata o pato urinario. • Si el paciente se encuentra sedado, colocar pañales. • Evaluar periódicamente, posibles reacciones adversas a los medicamentos (RAM) de fármacos utilizados. • Retirar elementos potencialmente peligrosos: encendedores, cigarros, fósforos, elementos cortantes, cordones de zapatos etc. • Ejecutar actividades que haya dejado registrada la/el Enfermera/o clínico en proceso de atención de enfermería (PAE).

Para mayor detalle, ver protocolo "Protocolo de prevención y tratamiento de lesiones por presión" (GCL 2.2-3) HUAP.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 21 de 32

VIII. DISTRIBUCIÓN

1. Dirección.
2. Subdirección Gestión Clínica.
3. Subdirección Gestión del Cuidado.
4. Subdirección Administrativa y Financiera.
5. Jefes de unidades y/o Servicios Clínicos y de apoyo.
6. Supervisores/as de Unidades y/o Servicios Clínicos.
7. Coordinadoras de Servicio de apoyo.
8. Unidad de calidad y Seguridad del Paciente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., et al. (2012). Desescalada verbal del paciente agitado: Declaración de consenso del Grupo de trabajo de desescalada del Proyecto BETA de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría de Emergencia. Revista occidental de medicina de urgencias: integración de la atención de urgencias con la salud de la población, 13(1), 17-25.
- Gerson, R., Feuer, V., Silver, G. H., Prasad, R., & Mroczkowski, M. M. (2019). Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Western Journal of Emergency Medicine, 20(2).
- Holloman, G. H., Jr, & Zeller, S. L. (2012). Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. The western journal of emergency medicine, 13(1), 1–2. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>
- Ministerio de Salud. (2000). *Reglamento No. 570 de internación de Personas con Enfermedades Mentales*. Servicio Nacional de Salud.
- 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, 44(1), 71-81.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 22 de 32

- Chile. Congreso Nacional. (2021). Ley 21.331: *Ley de Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental* (Versión consolidada al 31 de diciembre de 2023). Recuperado de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?ldnorma=1159383>
- MINSAL. (2003). *Resolución exenta N° 984/2003. Norma general técnica N° 65 sobre contención en psiquiatría*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Recuperado de https://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_984_03.doc
- Folleto de información al profesional Clorpromazina clorhidrato solución inyectable 25mg/2mL. REF: MT360578/11. REG. ISP N°F-3031/10. 28 de agosto de 2012.
- Folleto de información al profesional Haloperidol solución inyectable 5mg/1mL. REF: MT316553/11. REG. ISP N°F-6158/10. 21 de agosto de 2012.
- Wagstaff, AJ, Easton, J. y Scott, LJ Olanzapina intramuscular. CNS Drugs 19 , 147–164 (2005). <https://doi.org/10.2165/00023210-200519020-00005>
- Johannes Schneider-Thoma, Orestis Efthimiou, Irene Bighelli, Carola Dörries, Maximilian Huhn, Marc Krause, Leonie Reichelt, Hannah Röder, Toshi A Furukawa, John M Davis, Stefan Leucht. Second-generation antipsychotic drugs and short-term somatic serious adverse events: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry 2019; 6: 753–65. Published Online July 15, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30223-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30223-8)
- David M. Taylor, Thomas RE Barnes, Allan H. Young. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. 14th edition. ISBN de la versión impresa: 9781119772224. ISBN en línea: 9781119870203. DOI: 10.1002/9781119870203.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 23 de 32

X. MODIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACIÓN		
05	04/2019	Actualización	E.U Paulina Figueroa Y. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	Dra. Maria Eugenia Casanova. Directora (s) HUAP.
06	04/2024	Actualización. Incorporación Ley de Salud Mental. Pág. 3 Registro REDCap. Pág. 7. Sujeción vs contención física. Pág. 10. Etapas de Contención. Pág. 12. Proyecto Beta. Pág. 12.	E.U Ma. Soledad Contreras Montellano. Gestora de casos de Psiquiatría. SDGC.	Dr. Patricio Barria Ailef. Director HUAP.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 24 de 32

XI. ANEXOS

ANEXO 1:

GCL 1.9 Contención Física

AAA



CRITERIO DE EVALUACIÓN	
<p>1.Existe indicación médica de contención física</p> <p>2.Se administro fármaco según prescripción medica</p> <p>3.Las extremidades contenidas están con temperatura, coloración normal e indemnidad de la piel</p> <p>4.Las contenciones utilizadas son las definidas por el protocolo institucional</p> <p>5. El paciente que se encuentra con contención física, está en posición semisentado y las 4 extremidades sobre la cama</p> <p>6. Los dispositivos utilizados están con la presión suficiente que permite al menos introducir un dedo entre la contención y la piel</p>	<p><input type="button" value="SI"/> <input type="button" value="NO"/></p>
<input type="button" value="Enviar"/>	

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 25 de 32

Anexo 2:

CORRECTA INSTALACIÓN DE INMOVILIZADORES PARA CONTENCIÓN FÍSICA.

- 1.- Procure que la extremidad a inmovilizar se encuentre en posición anatómica sobre el catre clínico.



Inmovilizadores de EESS e inmovilizadores de EEII.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 26 de 32

2.- En el caso de **inmovilizador de extremidades superiores/inferiores**: Debe de juntar ambos velcros y luego realizar un nudo sobre este; para posterior amarrar al catre clínico.

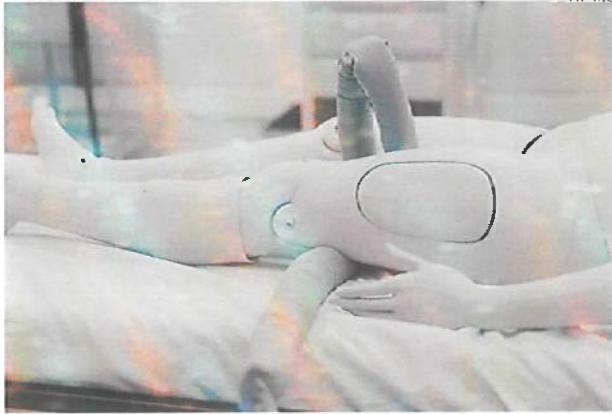


Nunca en la baranda de la cama, ya que podría soltarse, inclusive romperse debido a la fuerza que produce el usuario/a.

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 27 de 32

3.- En el caso del **inmovilizador de rodillas**: se requerirá de dos funcionarios, quienes deben de coordinarse para la correcta instalación. Uno inmovilizará las rodillas este debe sobre la articulación, mientras que el otro comienza la instalación del inmovilizador (como muestra la figura), al De esta forma se evitará fracturas y/o luxación de la misma.

Paso 1:



Paso 2:



Paso 3:

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 28 de 32



4.- La instalación del **inmovilizador de hombros** debe realizarse con asistencia. Dos personas elevarán el tronco del usuario, uno sosteniéndolo mientras el otro instala el inmovilizador.



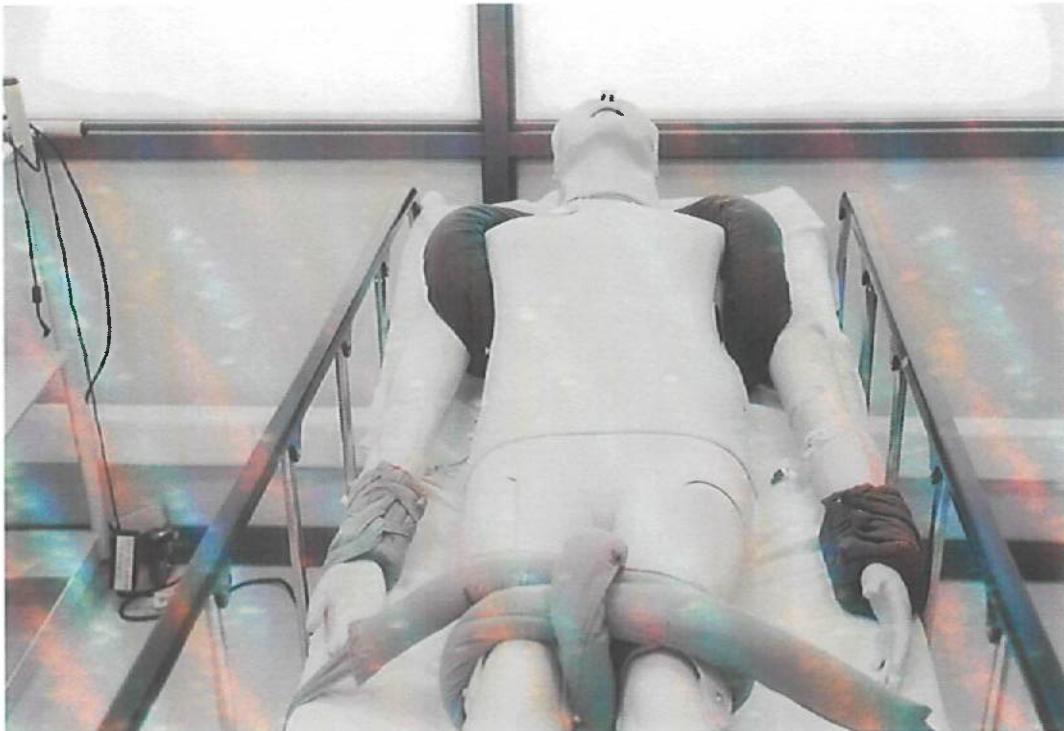
	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 29 de 32



En caso de que el paciente se encuentre en una cama clínica, el personal deberá colocar primero los inmovilizadores de las extremidades superiores e inferiores. Posteriormente, y solo si es necesario, se instalarán los inmovilizadores de hombros y rodillas.

Vista panorámica:

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 30 de 32



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 31 de 32



ANEXO 3:

FLUJOGRAMA

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 1.9
	DIRECCIÓN	Versión: 06
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Fecha: 04/2024 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA AGITACIÓN PSICOMOTORA	Página 32 de 32

