	HOSPITAL NAVAL "ALMIRANTE NEF" **SUBDIRECCIÓN CLÍNICA**	**Fecha Elaboración:** Agosto, 2010
		Fecha de Revisión: Noviembre, 2022
GUÍA DE CONTENCIÓN VERBAL, FARMACOLÓGICA Y MECÁNICA DE PACIENTE NO PSIQUIÁTRICOS		**Fecha de Actualización:** Noviembre, 2025
		Versión N° : 06
Codificación G-37		**Total de Páginas: 29**

GUIA DE CONTENCIÓN DE PACIENTES NO PSIQUIÁTRICOS:

VERBAL, FARMACOLÓGICA Y MECÁNICA

Actualizado por:	**Revisado por:**	**Aprobado por:**
EU. Gianira HIDALGO M. EU. Carolina URBINA C. Supervisoras Servicio de Medicina	EU. Lorena OLGUÍN A. Enfermera Docente	CN SN Gustavo PACHECO B. Subdirector Clínico
Firmas: Gianira Hidalgo Mac-Lean Enfermera Supervisora Medicina Hosp. Naval "Almte. Nef" Carolina Urbina Córdova Enfermera Supervisora Medicina Hosp. Naval "Almte. Nef"	Firma:	Firma: ARMADA DE CHILE Hospital Naval Almte. Nef Subdirector Clínico

CAMBIOS REALIZADOS A LA ÚLTIMA VERSIÓN DE LA GUÍA:

PÁGINAS	CONTENIDO	EFECTUADOS POR:
	SIN CAMBIOS A LA GUIA ANTERIOR	

I N D I C E

CORRELATIVO	MATERIA	PÁG.
1	**DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO**	5
2	**OBJETIVO**	5
3	**ALCANCE**	5
4	**DOCUMENTO DE REFERENCIA**	5
5	**RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN**	6
6	**RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN**	6
7	**DEFINICONES**	6
8	**DESARROLLO**	7
	8.1. Introducción	7
	8.1.1. Pacientes con cuadros confusionales	7
	8.1.2. Pacientes con cuadros psicóticos	7
	8.1.3. Pacientes con situación estresora	8
9	**MEDIDAS DE CONTENCIÓN Y CRITERIOS DE APLICACIÓN**	9
	9.1. Contención Verbal.	9
	9.2. Objetivos	9
	9.3. Procedimiento	9
	9.4. Observaciones	10
	9.4.1. Lo que nunca debe hacer el Equipo de Salud.	10
10	**CONTENCIÓN EMOCIONAL Y VERBAL EN PACIENTES**	11
	10.1. Objetivo de Seguridad	12
	10.2. Procedimiento	12
11	**CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA**	14
	11.1. Objetivo	14
	11.2. Procedimiento	14
	11.3. Pauta Farmacológica recomendada en pacientes adultos.	14
12	**AGITACIÓN ORGÁNICA**	16
	12.1 Procedimiento	16
13	**AGITACIÓN ORGÁNICA ASOCIADA A LA DEMENCIA**	17
	13.1 Procedimiento	17
14	**AGITACIÓN RELACIONADA CON CONSUMO DE TÓXICOS Y FORMAS MIXTAS**	18
	14.1.Procedimiento	18
15	**PAUTA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA EN PACIENTES PEDÍATRICOS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA, TRASTORNOS DE CONDUCTA PSICOSIS**	20
	15.1 Indicación	20

16	**PAUTA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA PARA PACIENTES EMBARAZADAS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA**	20
17	**CONTENCIÓN FÍSICA, TIPO MECÁNICA**	20
	17.1 Indicación	20
18	**CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN**	24
19	**DISPONIBILIDAD DE DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN**	24
20	**CONSIDERACIONES ESPECIALES**	25
21	**ALGORITMO PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES NO PSIQUIÁTRICOS**	26
22	**INDICACIONES DE RETIRO DE SUJECCIÓN FÍSICA**	27
ANEXO	**N°1 CONSENTIMIENTO INFORMADO INDICACIÓN CONTENCIÓN MECÁNICA**	28

1. DISTRIBUCIÓN DEL DOCUMENTO

- Dirección
- Subdirección Clínica.
- Departamento de Enfermería
- Subdirección de Gestión Hospitalaria.
- Servicios y Secciones de Apoyo Clínico

2. OBJETIVO

- Estandarizar los criterios de indicación y contraindicación de contención.
- Estandarizar los criterios de aplicación de contención.
- Estandarizar los cuidados del paciente para evitar la variabilidad en la práctica.
- Garantizar la seguridad y la protección del paciente y del entorno.
- Prevenir eventos adversos asociados a la contención mecánica.

3. ALCANCE

Esta guía debe ser aplicada a todos los pacientes no psiquiátricos atendidos en el Hospital Naval "Almirante Nef".

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Mohr, W., Petti,T., Mohr, B.(2003). Adverse effects associated with physical restraint. Can J. Psychiatry, (48)5:330-337.
- Napierkowski, D. (2002). Using restraints with restraints. Nursing (32)11: 58-63.
- Shorr, R., Guillen, M., Rosenbaltt, L et al. (2002). Restraint use, restraint orders, and de risk of falls in hospitalized patiens. Journal of American Geriatrics Society (50) 3:526-529.
- Protocolo Contención Mecánica Hospital Universitario 12 de Oct. Madrid España.
- Guía de Actuación Compartida para el Paciente con Contención Sub Comisión de Cuidados del Área de Salud Mental de Jaén. Junta de Andalucía – España.
- Protocolo de Contención de Pacientes Hospital Universitario Príncipe de Asturias Madrid –España.
- Protocolo de atención al paciente agitado, violento o psicótico en Urgencia Infantil.Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia España. An Pediatr (Barc).2005.
- Psicofaramacología Pediátrica. Manual de Psiquiatría infantil. Mario Valdivia. Editorial Mediterráneo 2002.
- Pychopharmacology. Child anda Adolecente Psychiatric Clinics. October 2012.
- Protocolo de Sujeciones mecánicas Clínica Alemana Santiago Chile. Enero 2015.
- http://www.fda.gov/Saferty/MedWatch.
- Norma General Técnica Sobre Contención en Psiquiatría, MINSAL, Julio del 2003.
- Manual de Urgencias Psiquiátricas, Alfonso Chinchilla. 2° Ed., 2010.
- Revista Nacional de U. de Chile, Síntesis, http://sintesis.med.uchile.cl/index.php/component/content/article/101-revision/r-de-urgencias/1874-compromiso-de-conciencia?Itemid=101

- Salud Mental y Medicina Psicológica, Dr. Juan Ramón De la fuente y otros, Mc Graw Hill, 3° Ed. México.
- https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/urgencias-en-psiquiatria-infantil/

5. RESPONSABLES DE LA SUPERVISION

- Médicos, Enfermera Jefe, Matrona Jefe
- Coordinadores Unidad de Calidad.
- Profesionales Supervisores de área Clínica
- Enfermeras Clínicas y Matronas.

6. RESPONSABLES DE LA EJECUCION

- Médicos, Enfermeras y Matronas.
- Personal de TENS
- Profesionales de área clínica.

7. DEFINICIONES

- **Agitación Psicomotora**

  Síndrome enmarcado en los trastornos de la conducta y que se caracteriza por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora y que se acompaña con alteraciones de la esfera emocional.

  En la agitación psicomotora el grado de hiperactividad es severo y poco lógico en la secuencia y la intencionalidad de los actos. Un paciente agitado puede o no ser violento, en función que exista una agresividad derivada de la hiperactividad que pueda dirigir hacia él mismo, hacia los que le rodean o hacia los objetos y producirse daño físico o material.

  Se distinguen 3 tipos:

  - **Origen orgánico:**
    Alteración de conciencia, desorientación temporoespacial, dificultad en la atención, a veces con alucinaciones (visuales) o delirios, es de comienzo agudo o subagudo y curso fluctuante, presenta crisis de episodios breves(exacerbación nocturna).El paciente no presenta antecedentes psiquiátricos.

  - **Origen Psiquiátrico:**
    Vigil y orientado, con fluctuación escasa, generalmente se presenta en episodios, con inicio y termino, habitualmente el paciente tiene antecedentes de patologías psiquiátricas.

- **Origen Mixto:**
  Ocurre en pacientes con patologías psiquiátricas, que tienen un origen de organicidad, se describen 3 causas: Intoxicación (alcohol, estimulantes, antidepresivos, etc.), Delirium (infecciones, falla cardiaca-hepática- renal, tumores, enfermedades neurológicas, etc) y Abstinencia (alcohol - benzodiazepinas-opiáceos.

- **Contención Verbal**
  Estrategia destinada a prevenir o controlar la agitación psicomotora mediante el abordaje verbal y la escucha activa.

- **Contención Farmacológica**
  Administración de psicofármacos que provocan en el paciente una sedación superficial.

- **Contención Mecánica**
  "Cualquier mecanismo, material o equipo atado al cuerpo o cerca del cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por él mismo y que impide o está pensado para que impida el movimiento libre del cuerpo de una persona a su elección y/o el acceso normal de una persona a su cuerpo" (Instituto Johana Briggs, 2002).

8. DESARROLLO

8.1. Introducción

La agitación psicomotora y las conductas agresivas son fenómenos habituales de encontrar durante la práctica clínica, pudiendo constituir síntoma de una enfermedad. Aquellos pacientes susceptibles de sufrir agitación son:

8.1.1. **Pacientes con cuadros confusionales** de etiología conocida o no, y con un grado de severidad variable. Es la indicación más frecuente, no obstante, resulta imprescindible:

a. Recordar que el estado confusional tiene una causa que siempre es orgánica, y que el diagnóstico y tratamiento de ésta deben ser prioritarios.

b. Capacitar a todo el personal en:

- Su prevención: mantenerse alertas en pacientes médicamente susceptibles; cuidados generales (mantener la orientación temporo-espacial y la estimulación básica de pacientes con demencias incipientes).
- Su detección precoz: aparición de signos tales como déficit atencional o desorientación pueden ser un indicador de un cuadro confusional que puede incrementarse.
- Tratamiento precoz: tanto etiológico como sintomático.

8.1.2. **Pacientes con cuadros psicóticos** que presentan delirios y/o alucinaciones, alterándose su juicio de la realidad. El paciente puede creer que es víctima de una agresión, de la que intentará de defenderse, gatillándose su agitación.

8.1.3. **Pacientes con situación estresora** (ingreso, hospitalización, rigidez de normas respecto a sus hábitos culturales, etc.) desborda la capacidad o las habilidades de afrontamiento del individuo, ya sea por la gravedad del estrés (inminencia de la muerte, dolor entre otros), o por la escasez de sus recursos para encararlo (limitación intelectual, rasgos de personalidad, particularidades socioculturales).

En el caso de producirse un cuadro de agitación, las intervenciones que proceden están habitualmente jerarquizadas, debiendo aplicarse sistemática y oportunamente a fin de resolver el cuadro inicial, recurriendo, como primera instancia, a la contención verbal, para recurrir a la farmacológica de no haber sido exitosas la anterior, dejando como última alternativa la contención mecánica, considerándola una medida excepcional y asumiéndola como el fracaso de las otras intervenciones de contención, salvo que razones clínicas lo contraindiquen.

La contención es una medida para evitar daños al propio paciente, a otras personas, al personal de salud y al entorno físico que lo rodea, siendo la seguridad su objetivo fundamental y correspondiendo al equipo de salud procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.

La contención verbal debe constituir la primera estrategia a desplegar ante la detección de signos sugerentes de un estado de agitación, siendo una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.
Sin embargo, en ocasiones, la aplicación de medidas de contención farmacológica y/o mecánicas tiene un carácter prioritario, realizándose en contra de la voluntad del paciente, situación que obliga a comunicar en cuanto se tenga contacto con el familiar la nueva condición del paciente.

La contención, en sus formas farmacológica y mecánica, tiene connotaciones éticas y legales puesto que el paciente no es capaz de controlar su comportamiento y, en el caso de la segunda, se priva al paciente de su derecho de libertad, razón por la cual se considera necesario que queden cuidadosamente enmarcadas en una guía que regule su actuación. Es responsabilidad del equipo de salud a cargo, garantizar su seguridad y proporcionar los correspondientes cuidados al paciente. Así entonces, siendo una medida extrema, y tratándose de una intervención no carente de riesgos, hay que asegurar que su uso sea realmente excepcional y que cuando sean necesarias, su duración sea lo más breve posible, desarrollándose en condiciones óptimas para el paciente.

9. MEDIDAS DE CONTENCIÓN Y CRITERIOS DE APLICACIÓN

9.1. **Contención Verbal**

Es una medida terapéutica factible de ser utilizada en pacientes que no presentan una pérdida total de su autocontrol, permitiendo a los profesionales afrontar adecuadamente comportamientos hostiles. Para esto, existen estrategias que pueden facilitar al equipo de salud el manejo de dicha situación.

9.2. **Objetivos**

- Disminuir la hostilidad y la agresividad, logrando el autocontrol y la contención psíquica. Lo anterior, mediante la adopción de una actitud de escucha atenta, que facilite su capacidad de pensamiento y de verbalización y la implantación de límites a su conducta.
- Establecer una alianza con el paciente que permita realizar una evaluación diagnóstica presuntiva.
- Desactivar de forma verbal la agitación leve o moderada, sobre todo si es de origen psíquico evitando el paso a la acción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle la Institución.
- Tranquilizar al paciente informándolo del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

9.3. **Procedimiento:**

- Antes de hablar con el paciente, informarse sobre él, sus antecedentes y situación clínica, para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y de su lado no dominante (el lado del que no lleva reloj).
- Preséntese.
- Utilizar un enfoque sereno, demuestre seguridad.
- Siempre que sea posible, realizar las intervenciones en compañía.
- Manejar un lenguaje no verbal (o corporal) adecuado a la situación.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante. De ser posible, permanecer con el paciente para promover la seguridad, reducir el miedo y crear un ambiente de confianza.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad. Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro: no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz. Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo evitarlas, puede ser interpretado por el paciente como signo de debilidad y miedo. Lo recomendado es mantenerlo dentro del campo visual.
- Sentarse junto al paciente a su misma altura, siempre que sea posible.
- Evitar estar de brazos cruzados o puños en la cintura.

- Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, presencia de personas asociadas al motivo de agitación, etc.
- No interrumpir el relato del paciente. Escucharlo con calma y permitirle expresar los motivos de sus temores o molestias.
- No buscar la confrontación, sino alianzas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad.
- No emita juicios de valor.
- Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis. Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis. Identificar cambios en el nivel de ansiedad y ante el riesgo de violencia inminente:
  - Advertirle que la violencia no es aceptable.
  - Informarle que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.
- Nunca ofrecer medicación "para que esté más tranquilo". Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja ofrecer medicación "para ayudar a ver las cosas más relajadas", "para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo", "para lograr que dialogue con el suficiente "bienestar" para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor".
- Registrar la respuesta del paciente en los registros de enfermería.

9.4. **Observaciones**

- La contención verbal debe ser la primera medida para abordar al paciente agitado / violento. Las otras dos vías (farmacológica y física), sólo serán utilizadas cuando falle esta primera intervención.
- Algún acompañante o familiar puede contribuir en esta fase, aunque habrá que distinguir si los acompañantes del paciente ejercen sobre él una acción estabilizadora o no.
- Tomar las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a otras personas.

9.4.1. **Lo que nunca debe hacer el Equipo de Salud**

- Criticar y/o avergonzarlo por su mal comportamiento y conducta.
- Negarse a escucharlo.
- Elevar el volumen de voz para "*hacerse oír*".
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional interlocutor.

10. CONTENCIÓN EMOCIONAL Y VERBAL EN PACIENTES PEDIATRICOS

Al igual que en los adultos las acciones están fundamentalmente orientadas a disminuir y anular las conductas de auto y heteroagresividad.
Las manifestaciones en el paciente pediátrico se caracterizan por tener un **aumento de una actividad motora y cognitiva**, que surge en respuesta a una tensión interna que se traduce en: inquietud psicomotriz, irritabilidad, mayor reacción ante estímulos y conductas inapropiadas sin finalidad coherente, que pueden representarse en conductas destructivas y violentas.
Es importante determinar la etiología de la exacerbación psicomotora en el paciente, por tanto, resulta ser fundamental **ESTAR MUY SEGUROS DE QUE LO QUE OCURRE ES DE ORIGEN ORGÁNICO O NO,** antes de catalogar al paciente que está sufriendo un berrinche.

Desde acciones tan básicas como cumplir sus horarios de alimentación, muda, aseo y confort hasta más complejos como el dolor, un proceso febril, etc.
Hablamos de una sospecha de **Agitación de origen Orgánico cuando**:

- Existe inicio brusco de los síntomas.
- Alteración a nivel de conciencia.
- Desorientación Temporo espacial.
- Confusión mental.
- Fluctuación de la sintomatología.
- Pérdida del ritmo vigilia sueño.
- Empeoramiento nocturno.
- Discurso incoherente.
- Movimientos repetitivos carentes de finalidad.
- Alucinaciones visuales.
- Síntomas neurológicos.
- Alteraciones en las pruebas complementarias, exámenes de laboratorio, imágenes, etc.

CAUSAS DE AGITACIÓN PSICOMOTORA EN EL PACIENTE PEDIATRICO	
ORGÁNICO	**PSIQUIATRICO**
Encefalitis vírica Epilepsia (lóbulo temporal) Tu. Cerebrales. Enf. Vascular cerebral. Enfermedades sistémicas como LES, Tiroiditis, etc. Enf. Degenerativas del SNC. Errores innatos del metabolismo. Migraña.	Abusos de sustancias. Cuadros psicóticos. Tr. De conducta disocial Tr. Bipolar. Tr. Del desarrollo de la personalidad. Tr. Generalizado del desarrollo. Tr. Negativista Desafiante. Tr. Explosivo Intermitente. Irritabilidad Crónica

Las estrategias de abordaje de la Agitación en el paciente pediátrico tienen la misma nomenclatura del adulto, la diferencia es que pondremos más énfasis en favorecer el vínculo con sus padres o cuidador, dentro de lo posible.

Al hacer una contención el profesional debe entregar los cuidados con una connotación emocional de protección, apoyo y cariño al paciente que sufre una agitación.
En la **contención Verbal/ Emocional**, podemos utilizar tácticas muy valiosas.

Cariñoterapia: Es la acción de saber dar u ofrecer un abrazo al bebe o niño que llora como expresión de sus necesidades insatisfechas. Debido a su fragilidad esta sensación de desconfort invade todo su cuerpo, como una fuerza que no sabe controlar. La cariñoterapia es una acción tan hermosa que se especializa en curar las emociones negativas con demostraciones de amor, ya sea abrazos besos o palabras de aliento, aplicable a todas las etapas de la vida.

Una gran arma a nuestro favor es que gran parte de la comunicación con los lactantes y preescolares es por medio de las EMOCIONES, el pequeño tiene la capacidad de leer y comprender, lo que se quiere trasmitir por medio de las expresiones que el adulto brinda, por tanto si se ofrecen estímulos positivos es más alta la probabilidad de recibir estímulos positivos.

10.1 **Objeto de Seguridad:** Este implemento que alude al apego y genera sensación de seguridad en el paciente pediátrico, resulta ser de beneficio ya que nos ayudará como herramienta para fomentar habilidades de adaptabilidad en los pacientes, como: el tuto, el peluche, el juguete, el tete, etc.

10.2 **Procedimiento:**

10.2.1 **Lactante:**

- Hable con voz calmada.
- Si están los padres del paciente, evalúe: capacidad de contención emocional y de resolver, primero apoye a los padres para que puedan contener al pequeño.
- Si no están los padres presentes o bien no se encuentran en capacidad de ofrecer contención al paciente, acceda de manera respetuosa y explique el procedimiento.
- Es de utilidad explicar que se está haciendo mientras se actúa de manera de educar.
- Para brindar regulación afectiva al pequeño es bueno:
  - Mecer: el sentido del ritmo por medio del balanceo, una sensación reconocida por el paciente, ya que, en el vientre materno (lugar muy seguro) él bebe sentía este balanceo cuando su madre se movía o caminaba, favorece el calor del adulto que abraza y da la seguridad del contacto físico contenedor. Es un ejercicio, lento regulado, con intencionalidad de contención y cariño.
  - Cantar y mirarle a los ojos, la lectura de las emociones del pequeño son favorables, una canción en tono suave, permitirá la sensación recíproca y de conexión, para brindar tranquilidad.

10.2.2 **Preescolar:**

- Es altamente probable encontrar este tipo de manifestaciones en esta etapa de la vida, dado la contrariedad constante del paciente de sentirse independiente y no poder serlo, la desregulación emocional se debe a la incapacidad de no poder expresar e identificar bien lo que se desea para estar en confort, nuestra labor como adultos es ayudarle a aprender herramientas y habilidades para poder expresar lo que le sucede, esto sumado a una situación completamente desconocida al contexto intrahospitalario hacen más propensos a nuestros pacientes a que existan esta exacerbaciones de energía. Las cuales llamamos "rabietas" "berrinches" "pataletas".
- Otras estrategias:
  - Desvío de atención: El adulto (ojalá significativo, padres o cuidador, que este tranquilo), de lo contrario una persona del equipo de salud.

  Resulta ser muy bueno hacer juegos, durante la hospitalización como:

  - Dibujar.
  - Hacer manualidades.
  - Escuchar música.
  - Cantar con los niños.
  - Leer cuentos.
  - Hacer títeres.
  - Etc.

10.2.3 **Escolar:**

- Es habitual en esta etapa de la vida encontrar Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia e incluso en la Adolescencia; por lo que nuestros pacientes pediátricos puede tener como concomitantes trastornos que harán difícil su trato en lo conductual. Como son el **Trastorno Negativista desafiante**, el **trastorno disocial**, el **trastorno explosivo intermitente** e **Irritabilidad crónica.**
- Durante la hospitalización hay estrategias de manejo que nos ayudarán a brindar contención verbal a estos pacientes: establezca un **programa de incentivos** antes que de castigos, por ejemplo ante una buena conducta estrellas, caras felices, etc.
- Mientras más inmediata sea la consecuencia de una conducta, mayor será su eficacia como intervención que favorezca el control.
- Si el niño presenta una conducta positiva y colabora se le premiará, por ejemplo un dibujo, una carita feliz, etc.
- Eduque al padre y la madre porque deben dar la misma respuesta.

11. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Su indicación aplica cuando la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del paciente. Determinar la causa de la agitación orienta la pauta farmacológica a elegir.
Apunta a tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizarse lo suficiente para disminuir el riesgo de daño pero sin que pierda la conciencia**.**

11.1 **Objetivo**

- La contención farmacológica tiene como objetivo tranquilizar y disminuir riesgos de auto y heteroagresión, lo cual NO implica una sedación profunda.

11.2 **Procedimiento**

- Adherir a la "Guía Clínica de Contención de pacientes psiquiátricos: verbal, farmacológica y mecánica", del HNV- V 6.
- Administrar la medicación cumpliendo con la "Guía para la prevención de errores de medicación" HNV- V.2
- Observar si existen alergias, contraindicaciones e interacciones respecto a los medicamentos.
- Ajustar la frecuencia de control de signos vitales, nivel de conciencia y reflejos antes y después de administrar el medicamento.
- Instruir al paciente y a la familia, de los efectos esperados de la medicación, si procede.
- Observar los efectos terapéuticos y efectos adversos esperables derivados de la medicación administrada al paciente, efectuando registros oportunos y completos al respecto.
- No administrar SOS a pacientes con hemodinamia inestable.

11.3 **PAUTA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA EN PACIENTES ADULTOS**

11.3.1 **Recomendaciones genéricas para el uso de fármacos:**

- La agitación psicomotora es un síndrome caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora y acompañado de alteraciones de la esfera emocional.
- Se utilizarán medidas de contención farmacológica cuando las medidas conductuales no hayan sido suficientes para controlar el trastorno del paciente. Se requiere en la mayoría de los casos de agitación, tanto de origen orgánico como psiquiátrico, pudiendo asociarse a la contención **mecánica.**

- **El fármaco ideal es aquel que: consigue** una rápida sedación, **está disponible por cualquier vía de administración**, **requiere un menor número de dosis de administración y tiene mínimos efectos secundarios**.
- La vía de administración más recomendable es la oral. Sin embargo en la práctica, tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes y la vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios. La vía intramuscular aunque es menos rápida, es la más segura.
- Los neurolépticos y las Benzodiazepinas son los fármacos más efectivos para el manejo de pacientes con agitación.
- El Haloperidol es el fármaco que ha demostrado mayor efectividad en pautas de entre 2,5 - 5 mg. vía oral o intramuscular, pudiendo repetirse a intervalos de 30-60 minutos si fuera necesario. Dosis máxima: 15-20 mg. al día.
- Lorazepam 2-4 mg. IM es otra alternativa, muestra gran efectividad de sedación y contrarresta el efecto neuroleptizante del Haloperidol. Dosis máxima:12-16 mg al día.
- Las Benzodiazepinas pueden ser usadas solas en infusión IV o IM, tienen el potencial de causar **depresión respiratoria** y sería cuestionable utilizar este grupo de fármacos fuera de aquellos servicios que controlen y resuelvan las consecuencias de la dificultad respiratoria con absoluta seguridad.

11.4 **Procedimiento**

- Según estricta indicación médica, proceda a administrar el fármaco.
- Control de Signos vitales, al menos cada 4 o 6 horas.
- Asegure al paciente en una posición de descanso con cabecera en alto al menos 30 grados, evitar bronco aspiración.
- Eduque acerca de los efectos que producirá el fármaco, sedación y somnolencia, por tanto, mantenga al paciente con barandas en alto, cama frenada y bajo vigilancia, por alto riesgo de caídas.
- Evalúe posible efectos adversos del fármaco administrado.
- A los 30 minutos de administrado el medicamento, es esperable que se observen efectos de sedación y la agitación vaya en disminución, de lo contrario:
  - Favorecer escucha activa y contención verbal, no deje al paciente solo.
  - Evaluar posibilidad de administrar una segunda dosis de SOS.
  - Evaluar continuar con eslabón de contención en Agitación Psicomotora.
- REGISTRE, en hoja de tratamiento el medicamento, fecha y hora, dosis y lugar administrado. EVOLUCIONE, si existió incidentes al brindar el fármaco, la reacción del paciente (¿colaboró?), la educación brindada y como queda el paciente, anote los efectos del medicamento en el paciente.

12. AGITACIÓN ORGÁNICA

Si la causa o los factores precipitantes del síndrome agudo son identificados y abordables, se administrará el tratamiento específico.
Medidas de sostén: control de signos vitales, mantenimiento de vía aérea, si es necesario e hidratación.

Tratamiento farmacológico específico.
Lo más aconsejable es la utilización de neurolépticos por vía oral o IM.
De primera elección son los de alta potencia y entre estos la Olanzapina, por su seguridad y eficacia es el más adecuado. Entre sus inconvenientes está la posibilidad de la aparición de síntomas extrapiramidales como son: Distonías, rigidez de cuello, oculogira, rueda dentada, fiebre, hipertensión y taquicardia.
La dosis debe ajustarse según el grado de agitación, la enfermedad subyacente y la edad del enfermo. **EXCLUSIVA INDICACION MÉDICA.**

De elección se recomienda, en casos de crisis de alta agresividad:

- Olanzapina 5-10 mg. oral, (bucodispersable), su uso de 1 comprimido cada 12 horas.
- Haldol 5 mg, IM/ VO. Con una dosis bajas diurnas y un poco más altas nocturnas en pacientes que presentan fluctuación de agitación por las noches.
- **Evitar el uso de Benzodiazepinas**, ya que son contraproducentes con los cuadros orgánicos.

12.1 **Procedimiento**

- Según estricta indicación médica, proceda a administrar el fármaco.
- Control de Signos vitales, al menos cada 4 o 6 horas.
- Asegure al paciente en una posición de descanso con cabecera en alto al menos 30 grados, evitar bronco aspiración.
- Eduque acerca de los efectos que producirá el fármaco, sedación y somnolencia, por tanto, mantenga al paciente con barandas en alto, cama frenada y bajo vigilancia, por alto riesgo de: caídas.
- Evalúe posible efectos adversos del fármaco administrado.
- A los 30 minutos de administrado el medicamento, es esperable que se observen efectos de sedación y la agitación vaya en disminución, de lo contrario:
  - Favorecer escucha activa y contención verbal, no deje al paciente solo.
  - Evaluar posibilidad de administrar una segunda dosis de SOS.
  - Evaluar continuar con eslabón de contención en Agitación Psicomotora.
- REGISTRE, en hoja de tratamiento el medicamento, fecha y hora, dosis y lugar administrado. EVOLUCIONE, si existió incidentes al brindar el fármaco, la reacción del paciente (¿colaboró?), la educación brindada y como queda el paciente, anote los efectos del medicamento en el paciente.

13. AGITACIÓN ORGÁNICA ASOCIADA A LA DEMENCIA

En el caso de los adultos Mayores, la FDA (Administración de drogas y alimentos de los Estados Unidos) no ha aprobado ningún anti psicótico para el manejo de la demencia, es más hay evidencia de aumento de mortalidad asociado al uso de antipsicóticos atípicos (Ejemplo: Olanzapina).

Es recomendable el uso de medicamentos de los cuales se tiene más experiencia clínica en su uso:

- El Haloperidol en formas de agitación o agresividad severa, se ha mostrado efectivo a dosis > 2 mg. al día. Se dará durante poco tiempo- no más de 3 a 6 semanas- por aumento de efectos adversos, sobre todo extrapiramidales.
- Atípicos no recomendables: Olanzapina por riesgo de aumento de mortalidad, dado a la sedación el cual aumenta el riesgo de caídas, la hipertensión, entre otros efectos adversos de complejidad en Adultos mayores.
- Risperidona se utilizará con precaución por demostrado aumento de accidentes isquémicos cerebrales sobre todo en mayores de 75 años.
- Dosis bajas de Lorazepam (1 a 2 mg/día) por tiempo determinado podrían ayudar en caso de agitación, sin desconocer que este tipo de fármacos, favorecen el deterioro cerebral y los estados de confusión.
- No se recomienda el uso de hipnóticos y sedantes, como la Zopiclona, ya que, favorece los estados de confusión, ya que se ha demostrado alteraciones del ciclo del sueño que llevan al paciente a presentar más estados de agitación.

13.1 **Procedimiento**

- Según estricta indicación médica, proceda a administrar el fármaco.
- Control de Signos vitales, al menos cada 4 o 6 horas.
- Asegure al paciente en una posición de descanso con cabecera en alto al menos 30 grados, evitar bronco aspiración.
- Eduque acerca de los efectos que producirá el fármaco, sedación y somnolencia, por tanto, mantenga al paciente con barandas en alto, cama frenada y bajo vigilancia, por alto riesgo de caídas.
- Evalúe posible efectos adversos del fármaco administrado.
- A los 30 minutos de administrado el medicamento, es esperable que se observen efectos de sedación y la agitación vaya en disminución, de lo contrario:
  - Favorecer escucha activa y contención verbal, no deje al paciente solo.
  - Evaluar posibilidad de administrar una segunda dosis de SOS.
  - Evaluar continuar con eslabón de contención en Agitación Psicomotora.
- REGISTRE, en hoja de tratamiento el medicamento, fecha y hora, dosis y lugar administrado. EVOLUCIONE, si existió incidentes al brindar el fármaco, la reacción del paciente (¿colaboró?), la educación brindada y como queda el paciente, anote los efectos del medicamento en el paciente.
- Debido a la **fragilidad** de estos pacientes se recomienda, duplicar las fuerzas de intervención en la vigilancia y seguridad del paciente.

- En estos pacientes las dosis farmacológicas siempre serán menores a las habituales.
- En adultos mayores SIEMPRE: tomar previo CSV antes de administrar un fármaco SOS.
- Evaluar la necesidad de evacuación, es común en pacientes mayores que presenten retenciones urinarias o estreñimiento dado el uso de neurolépticos, por su acción anti colinérgica.

14. AGITACIÓN RELACIONADA CON CONSUMO DE TÒXICOS Y FORMAS MIXTAS (Alcohol y substancias ilícitas).

Se recomienda **Plan de Hidratación Bomba de infusión continua (BIC):**

Suero Glucosado al 5% + Lorazepam 4 mg. 1amp + Tiamina (10mg) 9 amp. EV a pasar en 2 horas y según evaluación del paciente e indicación médica.

Este aporte es fundamental en casos de **intoxicación alcohólica**, una de las graves complicaciones se asocian al estado de **deshidratación**, dado a que el alcohol etílico **no** permite gluconeogénesis hepática (**producción de glucosa**) y se debe acompañar de Vitamina B1 (Tiamina), con la finalidad de poder **metabolizar de manera propicia la glucosa** administrada y no generar una complicación, como una Encefalopatía Wernike.

14.1 **Procedimiento:**

- Mantener control hemodinámico del paciente, CSV cada 4 o 6 horas.
  Con control de HGT, por alto riesgo de hipoglicemia.
- Evaluar estado de conciencia al menos cada 4 o 6 horas, evaluara embotamiento por sedación farmacológica o estado etílico.
- Estrictamente mantener al paciente en posición fowler sobre 30°. Para evitar bronco aspiración.
- Estrictas medidas de seguridad por alto riesgo de caídas, barandas en alto, cama frenada, mantener al paciente en un lugar de cuidados cercano a la estación de enfermería.
- Cuidado paciente con alto riesgo de presentar cuadros de **agitación psicomotora, de etiología orgánica:** estados de confusión, alucinaciones, cuadros de heteroagresividad, pensamientos paranoides, etc.
- Riesgo potencial: Delirium Tremens.

Delirium (cuadro confusional agudo) secundario a la privación alcohólica es una complicación grave del síndrome de abstinencia alcohólica.

Este aparece en casos de dependencia al alcohol, entre 4 – 12 horas después de la última ingesta. La ingesta habitual de alcohol para desarrollarlo es muy variable.
Se presenta en el 5% de los cuadros de abstinencia con una mortalidad del 20%.

Clasificación: Es cronológica y en función de la intensidad de los síntomas.
Fases I, II y III, según parámetros clínicos.

SIGNOS Y SINTOMAS	FASE I Primeras 24 a 48 horas	FASE II Primeras 24 horas.	FASE III 72 hr. posterior al último consumo. DELIRIUM TREMENS
Frecuencia cardiaca	**100-110 x min.**	**110-120 x min.**	**Mayor a 120 x min.**
Aumento de la P/A	**10-20 mmHg**	**20- 30 mmHg**	**Mayor de 40 mmHg.**
Taquipnea	**20 a 22 x min**	**22-28 x min**	**Mayor de 28 por min.**
Diaforesis	**+**	**++**	**+++**
Temblor	**+**	**++**	**+++**
Hiperreflexia	**+**	**++**	**+++**
Labilidad Emocional	**+**	**++**	**+++**
Ansiedad	**+**	**++**	**+++**
Convulsiones	**-**	**+**	**-**
Alucinaciones	**-**	**+**	**+++**

(Abordaje práctico del Delirium Manson, 2004).

15. PAUTA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA, EN PACIENTES PEDÍATRICOS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA, TRANSTORNOS DE CONDUCTA Y PSICOSIS

Si por indicación médica se determina enfrentar la agitación psicomotora, ya que la intervención verbal y emocional no surge efecto se utilizará tratamiento farmacológico con la finalidad de bajar la intensidad de agitación del paciente.
Debido a la fragilidad de los pacientes pediátricos esta indicación queda a criterio de Médico Tratante o Residente, según el cuadro clínico especifico al paciente.

16. PAUTA FARMACOLÓGICA RECOMENDADA PARA PACIENTES EMBARAZADAS CON AGITACIÓN PSICOMOTORA

1. Evaluación obstétrica de la indemnidad de la unidad fetoplacentaria.
2. Si evaluación obstétrica descarta patologías se procede a evaluación psiquiátrica de la agitación.
3. Se intentará en primera instancia manejo en base a **Contención Verbal**.
4. Si persiste la agitación se sugiere efectuar **Contención Farmacológica c**on Haldol IM ½ ampolla y observar por 30 minutos.
5. La **Contención Física** puede ser utilizada sólo cuando las medidas anteriores no han sido eficaces y con la precaución de **sólo inmovilizar extremidades**; evitando totalmente presionar la zona toraco-abdominal.

17. CONTENCIÓN FÍSICA, TIPO MECÁNICA

Es la sujeción del paciente a la cama mediante sistemas de inmovilización y corresponde a la última alternativa terapéutica para contener a un paciente que presenta un estado de agitación psicomotora, confusión y desorientación.
Se debe instalar como **último recurso** cuando el grado de agresividad o confusión es tal que pone en peligro la integridad física del paciente o del entorno, asegurando la aplicación medidas preventivas de eventos adversos asociados al procedimiento.
Esta contención puede ser:
Total: sujeción de muñecas y tobillos, y/o zona torácica.
Parcial: sujeción de una o más extremidades.

17.1 Indicación

La primera indicación de contención mecánica puede ser realizada por el profesional de enfermería o matrona responsable, quien se encuentra facultado para iniciar la medida. **Debe informar al médico tratante /residente para que éste efectúe la evaluación del paciente, revise la pertinencia de la contención y su mantención**.
Si es necesario, eventualmente deberá ajustar la conducta terapéutica según evolución del paciente.

17.1.1 **Criterio de Indicación y Contraindicación**

a) Criterios de Indicación:

- Prevenir autolesiones en el paciente (caídas accidentales, etc.).
- Prevenir lesiones a otras personas (enfermos o equipo de salud).
- Evitar interrupciones del esquema terapéutico del propio paciente u otros enfermos (retiro de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital.
- Evitar daños materiales en el servicio (destrucción de mobiliario,equipos diagnosticos y/o terapeuricos, etc.).

b) Criterios de Contraindicación:

- Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos. Orden expresa del facultativo de no contención mecánica.

17.2. **Procedimiento**

17.2.1 **Tipos de dispositivos con los que cuenta la Institución:**

- Muñequeras/tobilleras.
- Fajas de Contención (torácicas).
- Sujeción con pañales desechables.
- Mitones con pañales desechables.
- Dispositivos confeccionados por el Equipo de Enfermería con insumos médicos: sabanillas (tipo pañal), venda tubular, fundas.

17.2.2 **Procedimiento de Contención Mecánica:**

17.2.2.1. **Sujeción de Extremidades**

1. Determinar el tipo de contención a utilizar (según los dispositivos disponibles en el hospital).
2. Lavado clínico de manos.
3. Informar al paciente y familia (si se encuentra en ese momento, sino, en horario adecuado), el procedimiento a realizar y motivos (Anexo 1).
4. Retirar las prendas de vestir y los objetos que pudieran dañarle (joyas, relojes, adornos del cabello).
5. Lavar con agua y jabón neutro la zona a contener, dejar la zona bien seca.
6. Usar protección dérmica de barrera (por ejemplo:Cavilon), en la zona a contener.
7. Instalar Apósito protector como contacto primario con la piel del paciente.
8. Ubicar al paciente con extremidades en posición anatómica.

9. Instalar contención mecánica verificando que sistema no se encuentre demasiado apretado (para evitar lesiones al paciente), ni demasiado holgados (que permita al paciente quitárselos), debe permitir introducir 2 dedos entre la sujeción y la extremidad del paciente.
10. Evitar atar las sujeciones a la baranda de la cama (excepto al utilizar pañales).
11. Si la sujeción es de extremidades superiores, realizar cambio de pulsera de identificación a extremidades inferiores o zona torácica.
12. Dejar al paciente en reposo 30 º para evitar broncoaspiración.
13. Colocar timbre de llamado al alcance.
14. Registrar en forma completa, detallada e inmediata el procedimiento de contención en Formulario de Indicación de Contención Mecánica. (Anexo N°1).

17.2.2.2 **Sujeción de Manos: Mitones**

1. Es habitual su uso en pacientes que tienen alto riesgo de retiro de invasivos.
2. Necesitará de: una contención de muñeca de velcro o imán, tela adhesiva de uso clínico, 1 apósito mediano o grande (dependiendo del tamaño de la mano a contener) y cobertura (una sabanilla de pañal, tubular o funda).
3. Diríjase a la unidad del paciente y realice lavado de manos clínico.
4. Prepare la piel del paciente, lávele las manos con jabón neutro y seque bien, ponga énfasis en los pliegues.
5. Lubrique la piel de las manos según indicación de enfermería.
6. En la zona de la muñeca aplique protector cutáneo (por ejemplo: cavilon).
7. Disponga el apósito en la palma de la mano del paciente con el fin de mantener la posición anatómica de su mano.
8. Disponga de cobertura a criterio de Enfermera Universitaria, que está a cargo del paciente (sabanilla, tubular o funda).
9. Asegure el dispositivo con tela de uso clínico, asegure que no quede demasiado apretado como para dañar la piel ni muy suelto para que se desarme, deben pasar 2 dedos entre la mano y la contención.
10. Pida al paciente que mueva la mano dentro de sus posibilidades, verifique funcionamiento.
11. Instale contención de velcro o imán por sobre la cobertura, con un nudo fácil de desatar. Compruebe que no quede demasiado apretado o muy holgado.
12. Al instalar este dispositivo, se debe rotular con fecha y hora, ya que, en plan de cuidados se programará evaluación de éste al menos cada 4 horas, para ver el estado de la piel y prevenir lesiones potenciales.

13. Realizar cambio de pulsera de identificación a extremidades inferiores o zona torácica, donde quede visible.
14. Deje al paciente en posición anatómica.
15. Registrar en forma completa, detallada e inmediata el procedimiento de contención en registros de enfermería (ANEXO 1).

17.2.2.3 **Sujeción de Tronco**

1. Utilizar faja de contención torácica.
2. Lavado clínico de manos.
3. Informar al paciente y familia el procedimiento a realizar y motivos (Anexo 1).
4. Retirar las prendas de vestir y los objetos que pudieran dañarle. (joyas, relojes, adornos del cabello, etc.).
5. Ubicar al paciente en posición anatómica.
6. Usar protección dérmica de barrera (por ejemplo: Cavilon), en la zona a contener.
7. Como alternativa instalar sábana protectora como contacto primario con la piel del paciente.
8. Instalar faja sobre la cama y fijarla en los bordes de esta con las correas largas, (siempre fijar al catre para prevenir ahorcamientos o lesiones).
9. Situar al paciente sobre el dispositivo de contención, al nivel del tórax, por debajo de las axilas.
10. Poner la sujeción por encima del pijama y/o camisa evitando que se formen arrugas, nunca sobre la piel.
11. Ajustar dispositivo al diámetro del tórax y fijar, asegurándose que quede un espacio de una mano extendida entre el dispositivo y el paciente para evitar dificultad respiratoria.
12. Asegurar la funcionalidad de la contención.
13. En caso de uso de imán dejarlo en la unidad del paciente y fuera del alcance de éste.
14. Dejar al paciente en reposo 30 º para evitar broncoaspiración.
15. Colocar timbre de llamado al alcance.
16. Registrar en forma completa, detallada e inmediata el procedimiento de contención en registros de enfermería y en Formulario de Indicación de Contención Mecánica.
17. No utilizar en pacientes obstétricas por estar contraindicado.

18. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA CONTENCIÓN:

- Asistir al paciente en la satisfacción de sus necesidades de nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal.
- Valorar al paciente periódicamente para detectar la aparición de complicaciones potenciales, evaluar y registrar a lo menos una vez en cada turno el estado de la piel por debajo de los dispositivos de contención. (*)
- Verificar que sujeción de extremidades permita pasar un dedo y contención torácica una mano extendida. (*)
- Verificar la perfusión de las extremidades contenidas.
- Supervisar al paciente en cada ronda de enfermería para garantizar la funcionalidad de la contención mecánica cumpliendo con el procedimiento descrito en esta guía y utilizando dispositivos autorizados.
- Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes con múltiples sujeciones rotando las sujeciones (según lo permita la seguridad).
- Mantener las extremidades inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores. (*)
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite broncoaspiración (>30°). (*)
- Reevaluar la necesidad de contención y retirar gradualmente a medida que aumente el autocontrol.
- Realizar cambios posturales cumpliendo con la guía institucional de prevención de ulceras por presión. (*)
- Al utilizar pañales desechables como mitones, mantener piel libre de humedad para evitar alteraciones en la integridad de la piel. Cambiar mínimo dos veces al día.
- Mantener medidas prevención de caída según guía institucional.

(*) Actividades mandatorias

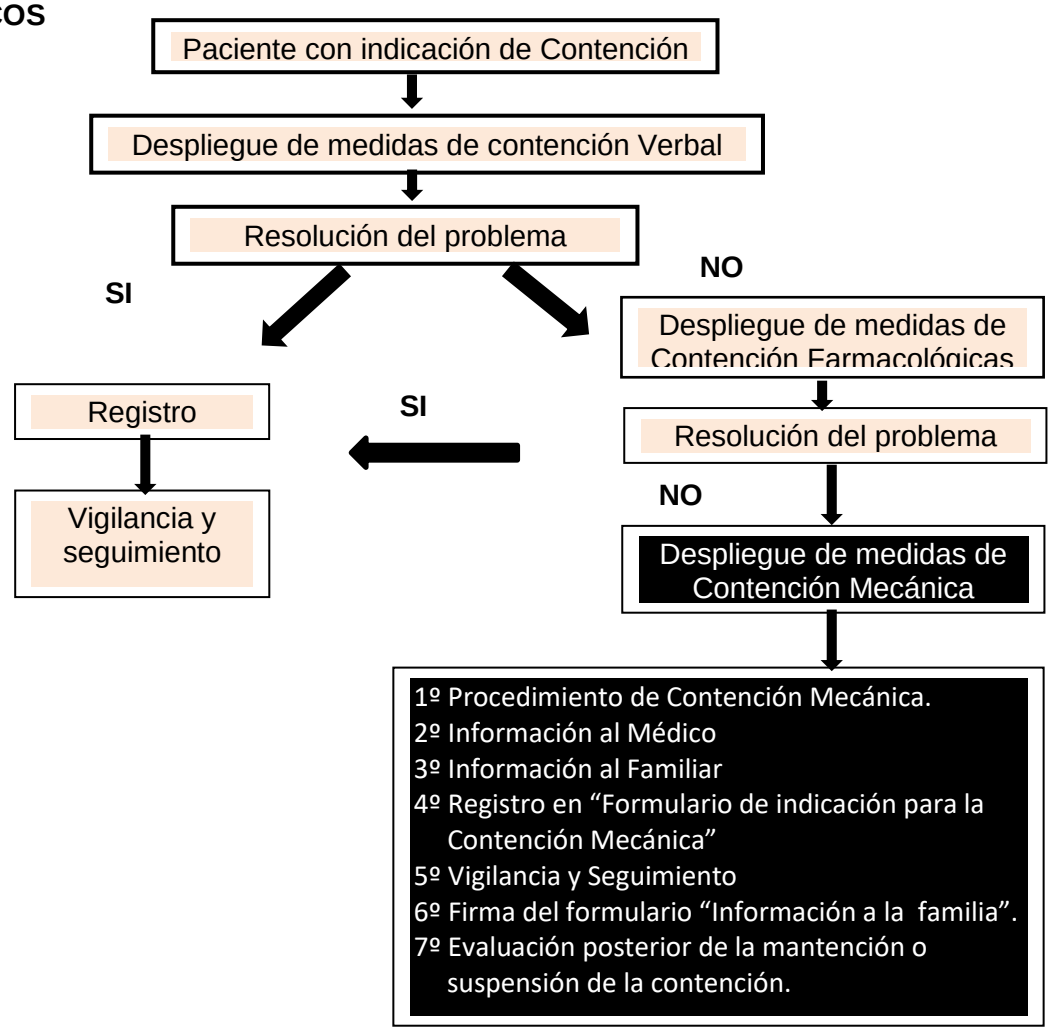
19. DISPONIBILIDADES DE DISPOSITIVOS DE CONTENCIÓN

- Los dispositivos de contención se encontrarán en cada servicio en Pyxis o bien formarán parte del stock de insumos retirados de bodega por consumo.
- El tipo y cantidad de dispositivos de contención que contará cada servicio estará determinado por la realidad local.
- Se contará con muñequeras, tobilleras y faja torácica.
- Se contará con pañales y sabanas como elementos alternativos.

20. CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Ubicar a los pacientes en camas de fácil visualización (de preferencia según disponibilidad Unida de Cuidados Especiales) por parte del equipo clínico y sugerir a la familia su participación en el acompañamiento del paciente.
- Los pacientes pediátricos que requieran contención mecánica, se ubicarán de preferencia en sala de Cuidados Especiales.
- En Servicio de Urgencia Adultos y Pediátrico los pacientes serán ubicados en un lugar de fácil visualización, trasladándolos a camas ó camillas con barandas en alto y frenos activados.
- Box de Urgencia Gineco-Obstétrico utilizará camilla ginecológica en forma transitoria mientras se traslada a la paciente a cama de la unidad.

21. ALGORITMO PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN DE PACIENTE NO PSIQUIÁTRICOS



22. INDICACIÓN DE RETIRO DE SUJECCIÓN FISICA

1. Indicación por Enfermera Universitaria de turno/ Respaldo por Médico tratante.
2. Evalúa indicadores ¿El paciente está tranquilo? ¿Existen riesgos potenciales aún? ¿Hay lesiones presentes?.
3. Se aconseja que al menos a las 2 horas de contenido al paciente se evalúe la posibilidad de retiro de contenciones, evaluar retiro paulatino.
4. Complementar acciones de enfermería: en el cuidado, para EVITAR o bien reducir la permanencia de la contención con Guía de prevención del Delirium.
5. REGISTRE y fundamente el retiro de las sujeciones.

ANEXO N°1
CONSENTIMIENTO INFORMADO
INDICACIÓN CONTENCIÓN MECÁNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INDICACIÓN CONTENCIÓN MECÁNICA

1.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Paciente
Nombre: _____ Apellidos: _____

Rut N° _____ - _____ Fecha ___/___/___

Cama: _____

Representante legal, familiar o cuidador(a) responsable

Nombre: _____ Apellidos: _____

En calidad de _____

Se ha explicado la necesidad de la contención:

Al paciente ☐ A la familia ☐ No fue posible en ningún caso ☐

Fecha de indicación ____/___/____ Hora de indicación _____ hrs.

Fecha de retiro _____/____/_____ Hora de retiro _____ hrs.

Nombre y firma del profesional responsable de la indicación:

_____ _____

Indicaciones de la contención (marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):

☐ Riesgo de lesiones del paciente (autolesión, caídas accidentales, etc.).
☐ Riesgo de lesiones a terceras personas (pacientes o personal de salud).
☐ Riesgo de intervención al proceso terapéutico (auto retiro de vías, sondas, etc.).
☐ Para evitar daños materiales significativos en el Servicio (mobiliario, equipos, etc.).

Sujeción de:
☐ EE.SS. ☐ EE.II. ☐ Cintura ☐ Tórax ☐ Todas las anteriores

Mecanismo utilizado: _____
Situación clínica del paciente:

Diagnóstico: _____

Estado: Agitado ☐ Violento/agresivo ☐ Confuso/desorientado ☐ Impulsividad suicida ☐

Medios fracasados utilizados antes de la contención (pueden marcarse varios).

☐ Contención Verbal ☐ Medicación oral ☐ Medicación parenteral
☐ Conversación con un familiar (si era posible).
☐ NO había otra opción y no se intentó nada de lo anterior.

Lesiones producidas durante la contención (caídas, erosiones, laceraciones, etc.).

☐ SI _____

☐ No _____

Observaciones: | |

2.- INFORMACIÓN A LA FAMILIA (DECLARO/CONSIENTO)

Instalación de Contención Mecánica.

_____/_____/_____
Día Mes Año

Yo, _____ RUT: _____ _

Representante legal, familiar o cuidador responsable del Sr. (a): _____
_____

Hospitalizado(a) en el Servicio de _____, declaro haber sido informado(a) de la situación clínica que obligó a instalarle medidas de contención física en forma temporal.
La suspensión de éstas se realizará cuando su condición clínica así lo permita.

_____
Firma
Representante legal, familiar o cuidador responsable

Profesional que informa:

Nombre: _____

Firma: _____