

20

Guía Operativa para el Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental: Código Morado



ISSSTE

Dirección Normativa
de Salud

04 de octubre de 2021



Dirección Normativa de Salud

Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

Ciudad de México

VERSIÓN: 04 de octubre 2021.

Este instrumento es de nueva creación con base en lo estipulado por la Ley del ISSSTE publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 31 de marzo de 2007, el Estatuto Orgánico del Instituto el 18 de junio de 2014, así como del Manual de Organización General del ISSSTE.

Las disposiciones, lineamientos y recomendaciones incluidos en el presente documento están en continua revisión y podrán ser modificados de acuerdo a la evolución de la situación epidemiológica, a las pautas de prevención, aislamiento, protección o terapéuticas según las evidencias de las que se disponga. Versiones posteriores especificarán las modificaciones, páginas y comentarios.

VERSIÓN	MODIFICACIÓN	PÁGINA	COMENTARIO
1	04 de octubre 2021	Totalidad	Publicación

Correspondencia:

saludmental@issste.gob.mx

lucia.ledesma@issste.gob.mx





INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Normativo de Salud

Gral. Jens Pedro Lohmann Iturburu
Director Normativo de Administración y Finanzas

Dra. Elsa Eréndida García Díaz
Subdirectora de Gestión y Evaluación en Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
Subdirector de Prevención y Protección a la Salud

Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria

Dra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora en la Dirección Normativa de Salud

Mtra. Judith Edith García de Alba Verduzco
Subcoordinadora en la Dirección Normativa de Salud



Grupo Técnico

Mtra. Judith Edith García de Alba

Subcoordinadora de la Dirección Normativa de Salud

Dra. Lucia Amelia Ledesma Torres

Jefa Nacional de Salud Mental Dirección Normativa de Salud

Dra. Karla Cristina Barrera Marín

Médico Psiquiatra adscrito a la Dirección Normativa de Salud

Dr. Javier Zambrano Ramos

Médico Psiquiatra adscrito a la Dirección Normativa de Salud

Dr. Carlos Alberto Mendoza García

Coordinador Médico Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Benigno Valdez Castro

Coordinador de Urgencias Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Pedro Alejandro Elguea Echavarría

Coordinador de Enseñanza e Investigación Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Luis Homero Vargas Torrescano

Jefe de Medicina Interna Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Rafael Basurto Méndez

Médico Psiquiatra Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Jesús Enrique Chávez Jaimes

Médico Urgenciólogo Hospital General Querétaro ISSSTE

Mta. Daymi Rodríguez Pérez

Neuropsicóloga Nuevo Hospital del ISSSTE Tláhuac

Dr. José Manuel Hernández Salas

Médico Psiquiatra Nuevo Hospital del ISSSTE Tláhuac

Dra. Angélica García Hernández

Médico Psiquiatra Nuevo Hospital del ISSSTE Tláhuac



CONTENIDO

1. Introducción	6
2. Marco jurídico	7
3. Justificación	8
4. Objetivo	9
General	9
Específico	9
5. Características y Adecuaciones	9
6. Código Morado	12
6.1 Técnica de De-escalada	13
6.2 Estrategias Farmacológicas	17
6.3 Recomendaciones generales del Procedimiento	19
6.3.1 Indicaciones para restricción	19
6.3.2 Contraindicaciones para restricción	19
6.3.3 Restricción física	19
Anexos	21
Referencias	24





1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Y de acuerdo a esta definición, es que consideramos la salud mental, un componente fundamental de la salud. Cuando la persona cuenta con una buena salud mental, se verá reflejado en la conciencia de sus propias capacidades, de manera que pueda afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y ser miembro activo de su comunidad.

Por tanto, la salud mental es un aspecto primordial para el bienestar y el desarrollo de las personas y los países. *No hay salud sin salud mental*. Los trastornos mentales son un grupo de patologías que afectan a toda la población sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico. La prevalencia en el mundo de cualquier diagnóstico de trastorno mental es de 22.3% en mujeres y de 15.1% en hombres. Esta prevalencia es mayor en adultos jóvenes entre los 18 a 25 años reportada en 25.8% (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Según cifras oficiales del INEGI el 11.1% de la población mexicana tiene alguna limitación para sus actividades cotidianas, el 4.9% tiene una discapacidad y el 1.3% algún problema o condición mental. (INEGI, censo población y vivienda 2020).

Esta estadística es significativa ya que son factores que se relacionan a la conducta suicida y las muertes debidas a ella constituyen una creciente preocupación mundial. De acuerdo a la OMS, en el mundo mueren aproximadamente 700 000 personas a causa del suicidio, lo que se podría traducir en que cada 40 segundos una persona consuma el suicidio y 20 quedan en intentos fallidos. Entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011) y la tasa de suicidios en nuestro país se reportó en 5.2 por cada 100 mil habitantes en el año 2017, de acuerdo al INEGI, siendo los trastornos mentales y adicciones los principales factores de riesgo.

TRASTORNOS MENTALES, RIESGO DE SUICIDIO Y ENFERMEDADES MÉDICAS

De acuerdo a la OMS, la relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y bidireccional. Hay una influencia mutua entre los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares y la infección por el VIH. Se sabe que los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad se asocia con disminución en el autocuidado, poca adherencia al tratamiento y las barreras para el acceso a la atención.





Además, la aparición conjunta de trastornos mentales y enfermedades crónicas contribuye a que las tasas de mortalidad sean mayores en los pacientes con trastornos mentales comparado con el resto de la población. La probabilidad de muerte prematura entre las personas con depresión grave y esquizofrenia es de 40% a 60% mayor que en la población general, debido a problemas de salud física que a menudo no son atendidos. De manera paralela el riesgo de suicidio o los intentos autolesivos se incrementan en estas poblaciones clínicas por lo que resulta fundamental emprender acciones acordes a las necesidades de las personas en las que su salud mental se encuentra vulnerada (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Una de esas acciones es dar atención a las urgencias en salud mental que se presentan dentro de nuestra institución, con el objetivo de mejorar la intervención que se realiza por el equipo de salud mental, dando a conocer las características de un paciente con trastornos mentales o del comportamiento y que se encuentran psiquiátricamente descompensados o con sintomatología aguda que represente un riesgo para su integridad o la de terceros.

Es por ello que la Dirección Normativa de Salud del ISSSTE, a través de la Jefatura Nacional de Salud Mental establece como prioritaria la implementación de las directrices plasmadas en el Programa Integral de Salud Mental aprobado por la Junta Directiva el 25 de marzo del 2021 a fin de fortalecer la atención integral y biopsicosocial de nuestros derechohabientes.

2. MARCO JURIDICO

INTERNACIONAL

- Declaración de Caracas, 1990
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948
- Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, suscrita el 12 de octubre de 2006
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
- Objetivos de Desarrollo Sostenible

NACIONAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 Regulación





de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad. DOF 14-IX-2012
- Reglamento de los Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Plan Nacional de Desarrollo
- Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Programa Integral de Salud Mental 2021, Dirección Normativa de Salud, ISSSTE, 2021.

3. JUSTIFICACIÓN

Para garantizar el derecho a la protección a la salud que la Constitución Política establece en su artículo 4º, es necesario que existan servicios de salud que tengan la capacidad de atender a toda la población que así lo requiere y que brinden la atención con buena calidad.

Las urgencias en salud mental son todas las situaciones transitorias que alteran las funciones psíquicas, es decir cualquier alteración emocional y de la conducta que puede producir daños a otras personas o a sí mismo/a, por lo que requieren de una atención inmediata y eficaz por parte del equipo de salud, dirigida a mitigar dicha situación. Esta alteración del afecto, pensamiento o conducta es en tal grado disruptivo que la persona misma, la familia o comunidad considera que requiere atención inmediata. En urgencias de salud mental, la demanda más frecuente de atención está relacionada con conducta suicida, depresión severa, episodios de manía, automutilación, fallas severas en el juicio, intoxicación y estados de abstinencia, así como agitación psicomotriz y episodios de agresión.

Los episodios de agitación psicomotriz o conducta violenta pueden presentarse en diversos escenarios clínicos, incluyendo la consulta externa de cualquier especialidad, el servicio de urgencias, o el hospital general. Por este motivo, es importante que personal de medicina, enfermería, administrativo, de seguridad y trabajo social estén capacitados para su reconocimiento, manejo oportuno. Lo anterior requiere del establecimiento de un sistema de reconocimiento y manejo del paciente o usuario que presenta agitación psicomotriz y/o agresividad.

La Dirección Normativa de Salud del ISSSTE, a través de la Jefatura de Salud Mental y por primera vez del Instituto, propone acciones contundentes para el manejo integral de urgencias en salud mental en los tres niveles de atención a través de la presente guía, mismas que se articula con el Programa Integral de Salud Mental.





4. OBJETIVOS

General

Establecer un protocolo de reconocimiento y manejo integral intrahospitalario del derechohabiente que se encuentra psiquiátricamente descompensado, con la finalidad de brindar atención oportuna, incluyente y con pleno apego a los derechos humanos, atendiendo la urgencia en salud mental de los pacientes del Instituto, en Unidades Médicas, Hospitales Generales, Regionales y de Alta Especialidad.

Específico

Implementar camas y protocolo de manejo en urgencias, admisión continua y/o áreas intrahospitalarias para el manejo integral de urgencias en salud mental de derechohabientes con sintomatología aguda, que pueda poner en riesgo su integridad o la de terceros y garantizar su seguridad.

5. CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO FÍSICO Y ADECUACIONES

La existencia de la atención integral en salud mental en los tres niveles de atención desde un enfoque integral, contribuye a mitigar los problemas de salud y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en nuestro instituto, garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internamiento favoreciendo la inclusión en la comunidad y presenta, además, los siguientes beneficios:

- No estigmatiza ni excluye al paciente, pues se trata de un servicio más incorporado al hospital a los que se ofrecen diversas atenciones médicas y/o paramédicas.
- Facilita el ejercicio interdisciplinar de personal directamente vinculado al campo de salud mental, y de aquel que coadyuva a la atención integral.
- Permite una mejor interacción entre el derechohabiente y el equipo tratante.
- Incorpora a la familia de manera activa, en la atención del usuario al mismo tiempo que sensibiliza sobre la problemática que se aborda como un problema de salud sin estigmas.
- Disminuye la brecha de atención en salud mental.

Acorde a lo anterior se requiere de implementar como requisito mínimo, una cama para la atención de pacientes con sintomatología psiquiátrica descompensada o agitación en las áreas de urgencias (estancia 24-48 horas), ya que éste es el principal servicio al que recurren aquellos pacientes y/o familiares que buscan atención médica.





También es requerido contar con al menos una o dos camas en áreas de hospitalización para un manejo de corta estancia (6-8 días) para búsqueda de respuesta al tratamiento con remisión de síntomas agudos y/o contención de riesgo suicida.

Para las unidades de salud mental en hospitales del Instituto, se requiere de personal sanitario facultativo, es decir, personal de medicina especialista en psiquiatría, urgencias, medicina interna, entre otros; y personal tanto de psicología como paramédico, como es el caso de enfermería y trabajo social. Así como personal no sanitario (auxiliares, administrativos y seguridad).

Adecuaciones

En la adecuación de los espacios deben tenerse en cuenta tres aspectos relevantes: características del espacio, ubicación y seguridad, de acuerdo con el análisis de la morbilidad y la disponibilidad de los recursos.

De preferencia debe localizarse en los primeros pisos del edificio (idealmente primer piso o planta baja), en caso de que la unidad cuente con espacios exteriores para actividades terapéuticas y encuentros familiares, de no ser así ubicarse en un piso que cuente con interconexiones con el resto del hospital para el acceso del equipo interdisciplinar.

Se deben considerar una variedad de incidentes relacionados con la seguridad, incluyendo la conducta suicida y otras formas de autolesión, heteroagresión, fugas y caídas. Es elemental maximizar la observación visual de los pacientes desde la estación de enfermería y minimizar cualquier punto ciego donde el paciente no pueda ser observado.

A continuación, se enlistan recomendaciones generales derivadas de guías de seguridad y seguimiento de incidentes:

- Número de camas por habitación: los estudios en el área no han demostrado un beneficio clínico o de seguridad en el uso de habitaciones con una cama (Shepley et al., 2013), excepto en pacientes con riesgo alto situados en unidades de atención especial. Por otro lado, el hacinamiento se asocia con un mayor riesgo de conductas agresivas, la recomendación es procurar no más de dos pacientes por habitación.
- Las puertas no deberán contar con cerrojo ni manija.
- Espacios libres de anclajes: el ahorcamiento se reporta como el método de suicidio en medio hospitalario en el 70% de casos, seguido de corte, estrangulación y sobredosis, en el 7.8%. La mayor parte de eventos de ahorcamiento se realizaron en alturas menores a la cintura y en el 52% se asoció a la puerta como punto de anclaje. En él 58% las sábanas o ropas de cama fueron utilizadas como cuerda (Mills et al., 2013).
- Sistema de alumbrado y mobiliario: limitar el acceso de los pacientes a los focos y a los contactos eléctricos. Se prefiere utilizar muebles de



materiales resistentes y en caso de que así se estime o sea viable pueden anclarse al piso.

- Baño: el baño es el lugar en donde el paciente pasa un mayor tiempo totalmente solo. Se recomienda no usar barras para toallas, se deberá prescindir de accesorios como ganchos así como retiro de espejos. Se desaconseja el uso de cortinas de baño, ya que proporcionan simultáneamente un punto de fijación y una ligadura en forma de cortina.
- Sistema de ventanas: realizar adecuaciones que permitan resistir impactos (ejemplo, película de protección, como un tipo de vidrio que evite romperse en pedazos pequeños y que pueda ser utilizado para lesiones. Restringir apertura de ventanas colocando límite (tope) para evitar que el paciente se asome.

Para evitar los riesgos, en algunas unidades se han implementado protocolos de recolección de objetos potencialmente peligrosos, así como la implementación de listas de chequeo o listas de evaluación del riesgo (Watts et al., 2012) (Figura 1)

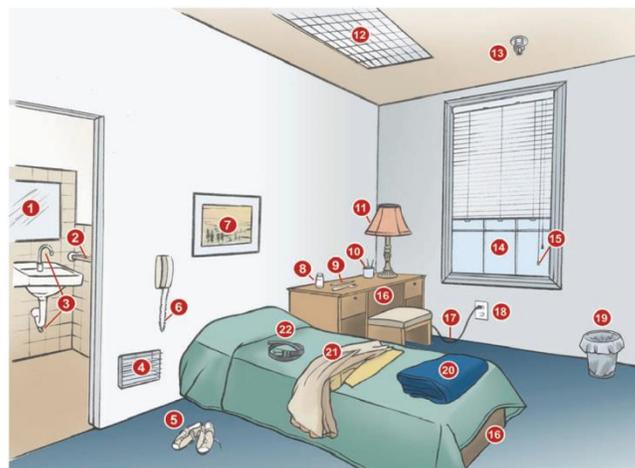


Fig 1. En la figura se muestran todos los puntos a considerar con la finalidad de mantener la seguridad del paciente. (Tomado de: "Diligence and Design in Behavioral Health Impact Patient Safety.")

Además, los pacientes con padecimientos psiquiátricos tienen un mayor riesgo de caídas asociado en parte a la prescripción de medicamentos psicotrópicos, los cuales aumentan el riesgo en un 78% (Bayramzadeh et al., 2019), por lo que deben fortalecerse los protocolos de prevención.



Finalmente, el efecto del estrés puede tener un impacto mayor en pacientes con padecimientos psiquiátricos y adicciones comparado con el resto de la población hospitalaria. La evidencia muestra que un ambiente propicio para la reducción de estrés en medio hospitalario implica elementos que favorezcan la sensación de control sobre el cuerpo y el ambiente, el acceso a apoyo social y el acceso a distracciones. La presencia de la familia tiene un impacto positivo en la evolución, así como el acceso a distracciones positivas.

Señalética

Las Unidades Hospitalarias de Salud Mental, integradas a los Hospitales Generales, Regionales, Centros Médicos de Alta Especialidad u Hospitales que cuenten con equipo de Salud Mental, deberán incorporar para la ubicación de las camas designadas para este fin, la señalética que se propone en el Anexo B.

La Unidad Hospitalaria de Salud Mental, deberá estar conformada por al menos una cama en el área de urgencias y una o dos camas en el área de hospitalización designada (ej. Medicina Interna).

6. CÓDIGO MORADO

El Instituto en el tenor salvaguardar la integridad y seguridad de sus derechohabientes, así como proporcionar una atención integral e incluyente propone la implementación del código morado, destinado a la atención del paciente psiquiátricamente descompensado que se encuentre en riesgo o pudiera representar un riesgo a terceros.

Se distinguen tres ejes importantes para la seguridad hospitalaria: seguridad del paciente, gestión de riesgos de emergencias, urgencias o desastres, así como la seguridad interna y externa ante una contingencia. Por lo que una intervención hospitalaria para identificar los riesgos se centra en identificar los componentes funcionales, que puedan poner en peligro al paciente y/o al personal de salud. Es por ello que el manejo de urgencias en salud mental, como puede ser la agitación psicomotriz, intento suicida, entre otros, se vuelve una necesidad primordial de atención con pleno apego a los derechos humanos y para la identificación de dicha urgencia, se retoma el código morado propuesto por el Sistema Nacional de Protección Civil, en donde dicho código se asocia a la conducta violenta.

A través de la siguiente mnemotecnia el personal detectará un paciente en código morado:

HI GI GA

- Grado I: Hostil, irritable.
- Grado II: Grita, insulta.
- Grado III: Golpea, amenaza.





En cuanto el personal de salud identifique dicha conducta en un derechohabiente, activará de manera verbal el código morado y de contar con alarmas instaladas en el servicio de urgencias, medicina interna o consulta externa (Consultorio de psiquiatría) hará sonar la alarma, con la intención de informar al personal y favorecer su participación en el manejo oportuno del paciente. En donde se definirá a una persona para ser encargada de la difusión vía perifoneo por altavoces del requerimiento de atención del “código morado” y su ubicación (Figura 2).

A corto plazo, la finalidad del tratamiento es el reconocimiento temprano, la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación, idealmente calmando al paciente sin fuerza excesiva o induciendo sedación significativa para prevenir o minimizar el daño.

La intervención ambiental que crea un entorno que promueve la seguridad y minimiza la estimulación de un paciente agitado puede ser particularmente difícil. Se debe mantener un área que ofrezca un espacio silencioso y menos estimulante para los pacientes cuando sea necesario.

6.1 Técnica de De-escalada

En conjunto a proporcionar un ambiente seguro y tranquilo, las técnicas de de-escalada se consideran estrategias de primera línea en el manejo de personas agitadas que no están inminentemente en peligro de lastimarse a sí mismos o a otras personas. En adición a un comportamiento no violento, las técnicas de de-escalada funcionan mejor en el paciente agitado pero cooperador. La de-escalada implica estrategias verbales y no verbales para ayudar a calmar a un paciente. El primer paso para tratar con éxito a un paciente es establecer una buena relación, reconociendo y abordando las necesidades básicas, de una forma simple pero efectiva para lograr esto; asegurando al paciente que se encuentra en un ambiente confiable, ofreciendo y proporcionando comida, agua, seguridad y comodidad. A menudo se pasa por alto, pero es igualmente importante garantizar un control adecuado del dolor.

Algunas estrategias comunes para de-escalada efectiva, incluyen mantener la calma y una conducta respetuosa, teniendo en cuenta el espacio personal, con una distancia segura, evitando amenazar o presentar comportamiento de confrontación (evitando cruzar los brazos, pararse cerca del paciente o prolongar el contacto visual) y mostrar empatía e interés profesional. Las técnicas verbales importantes incluyen abordar la violencia directa, estableciendo límites, ofreciendo opciones e informando al paciente de las consecuencias de presentar un comportamiento inapropiado.



DIAGRAMA DE MANEJO INICIAL DEL CÓDIGO MORADO

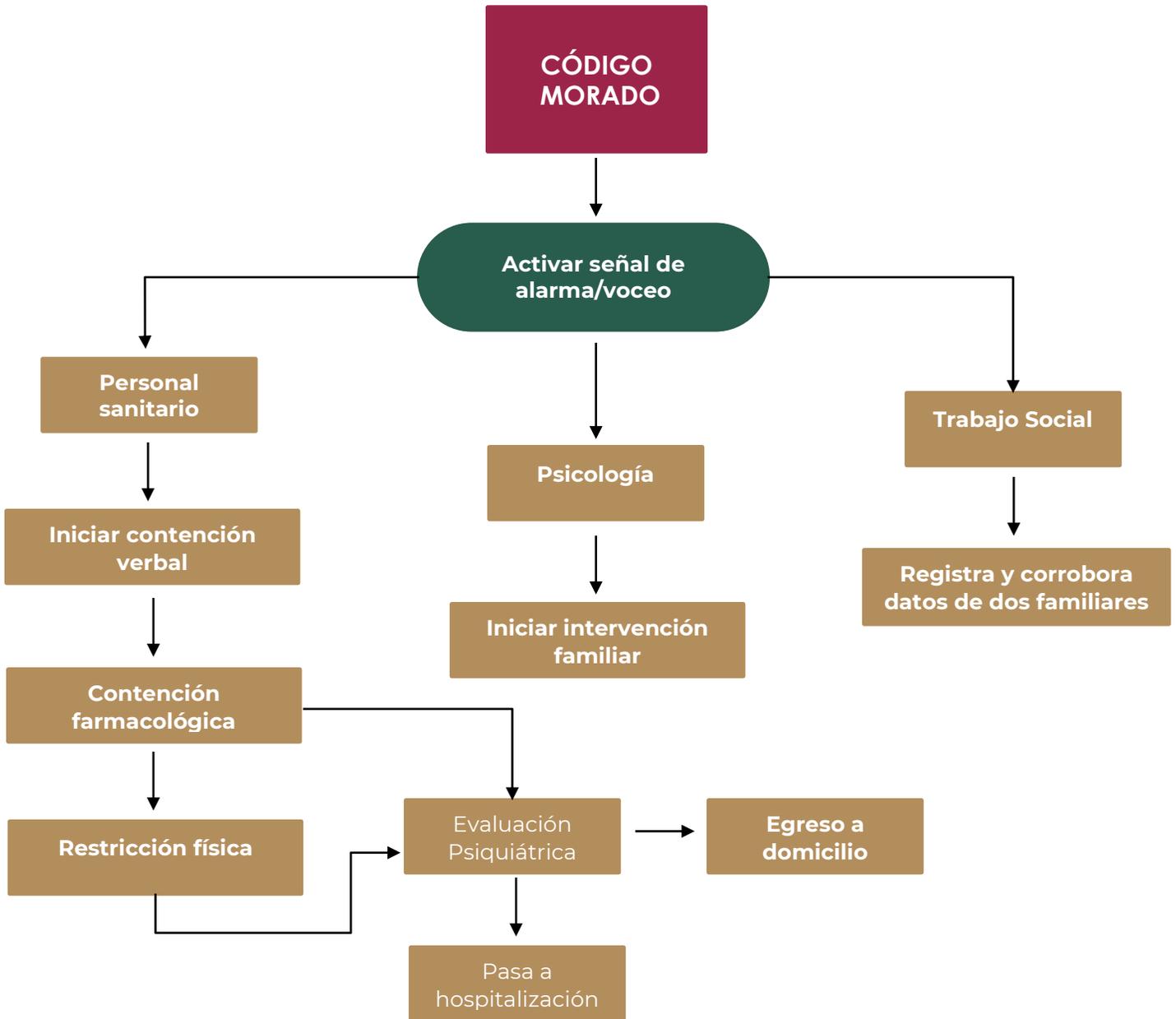


Figura 2. En el presente diagrama se establece una propuesta para la implementación del Código Morado de pacientes en situación de descompensación aguda del estado mental o cursando sintomatología psiquiátrica grave.

IDENTIFICACIÓN DE LA PROBABLE ETIOLOGÍA DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Es indispensable identificar la probable etiología de la agitación psicomotriz, sea por descompensación metabólica como en el caso del síndrome confusional, neurológica como el caso de la demencia, secundario a un estado de intoxicación por sustancias o descompensación de síntomas psiquiátricos (Figura 3). Se sugiere durante la valoración implementar la Escala de Agresión Explícita que se encuentra en el Anexo A.

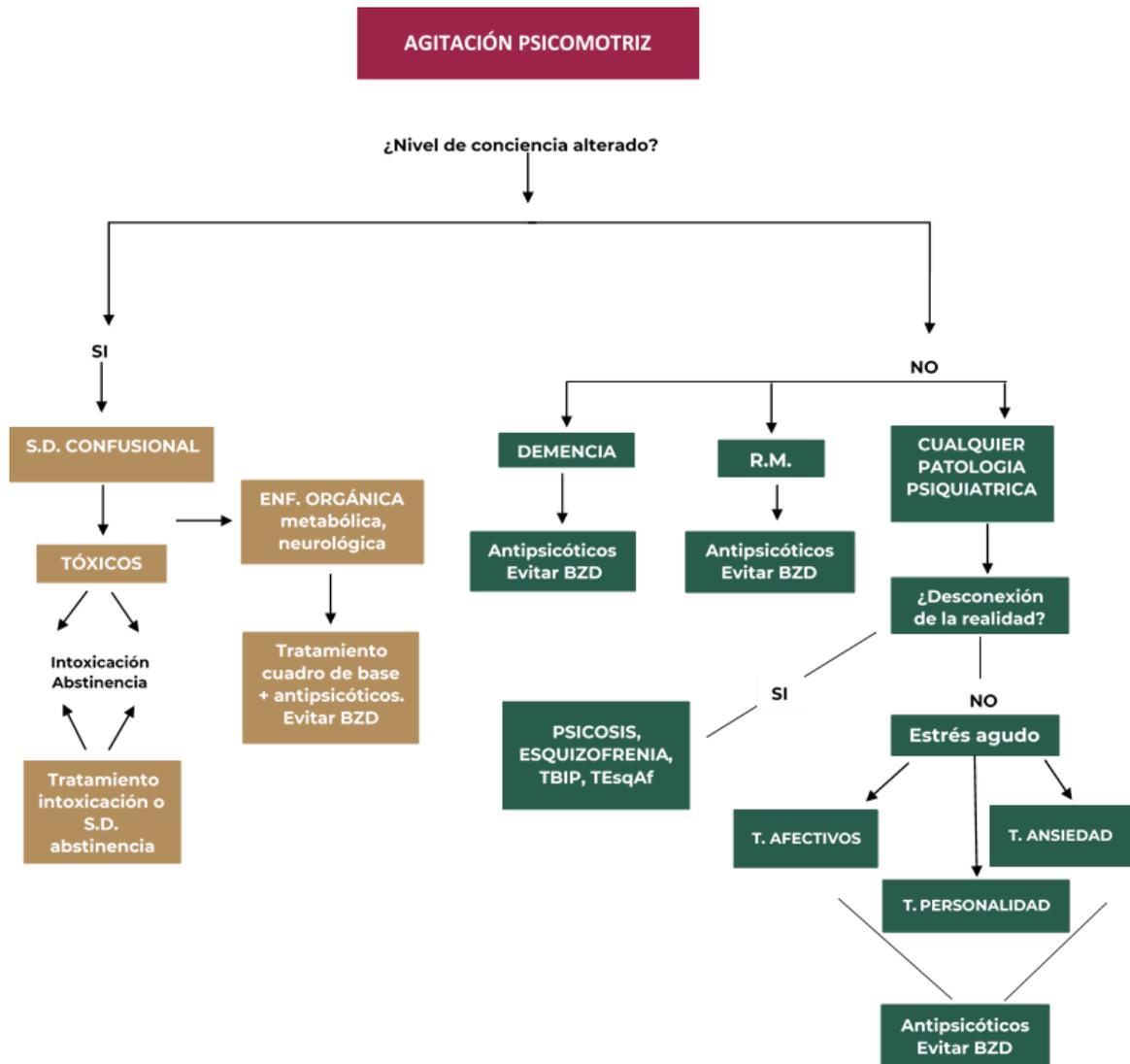


Figura 3. Diagrama tomado de:

Madoz Gúrpide, C., Martínez Moreno, M. (2008). El paciente agitado. Libro electrónico de temas de Urgencia Psiquiátrica. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.

Goena, J. (2018). Paciente agitado. Guías de actuación en urgencias. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.

Una vez que ya se identificó el origen de la urgencia en salud mental, es indispensable conocer el tratamiento para mitigar dicha sintomatología, por lo que en el siguiente diagrama se establecen las fases de intervención (fig.4)

TRATAMIENTO DE LA URGENCIA EN SALUD MENTAL

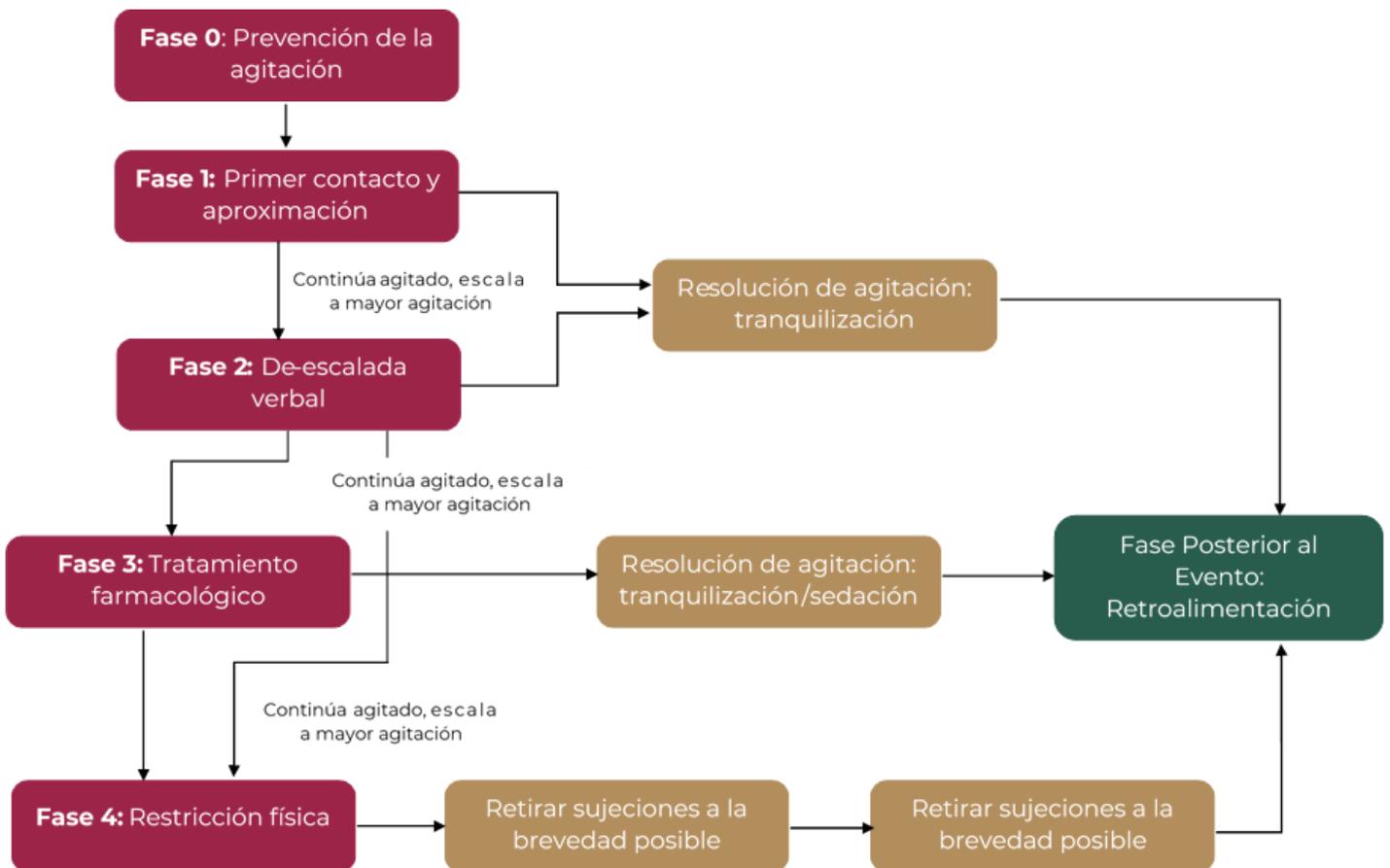


Figura 4. En el presente diagrama establece una propuesta para el tratamiento de la agitación psicomotriz en el contexto de una Urgencia en Salud Mental.



6.2 ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS

Cuando fallan los esfuerzos de intervención y de-escalada, el siguiente paso es el uso de agentes farmacológicos. Un agente ideal sería aquel de acción rápida, rentable, bien tolerado, no invasivo y sedante, con mínimas interacciones medicamentosas. Estos agentes pueden usarse en monoterapia o en combinación, y se pueden administrar en una variedad de formulaciones que incluyen tabletas, tabletas de rápida desintegración, medicaciones intravenosas e intramusculares y nuevos agentes inhalatorios. En pacientes cooperadores se prefieren los medicamentos orales, ya que son menos invasivos y traumáticos. Para los pacientes menos cooperadores y más agitados, a menudo se usan agentes parenterales.

Preferentemente se requiere de dos maletines de código morado, uno ubicado en el área de urgencias y otro en el servicio de hospitalización de Medicina Interna, cada uno de los cuales tendrá el siguiente contenido:

- 1 frasco de 10 ml de clonazepam solución oral 2.5 mg/ml.
- 10 tabletas de lorazepam 1 mg.
- 10 tabletas de olanzapina orodispersable 10 mg.
- 5 tabletas de diazepam 10 mg.
- 5 tabletas de haloperidol 5 mg.
- 5 tabletas de haloperidol 10 mg.
- 5 ámpulas de lorazepam solución inyectable 1 mg/1 ml.
- 5 ámpulas de lorazepam solución inyectable 2 mg/2 ml.
- 5 ámpulas de olanzapina solución inyectable 10 mg/2 ml.
- 5 ámpulas de diazepam solución inyectable 10 mg/2 ml.
- 5 ámpulas de haloperidol solución inyectable 5 mg/1 ml.
- Equipo homologado de restricción física.

**De no contar con equipo homologado se requiere del siguiente material:

- 8 paquetes de venda de algodón de 5 cm x 5 metros.
- 1 paquete de venda de algodón de 15 cm x 5 metros.
- 1 paquete de 300 gramos de algodón plisado.
- 1 paquete de huata de algodón de 10 cm x 3.6 metros (25 piezas).
- 1 rollo de 5 cm x 10 metros de tela adhesiva de acetato.
- 1 rollo de 5 cm x 9.14 metros de cinta Micropore.





PAUTAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (RESTRICCIÓN QUÍMICA)

AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA NO PSICÓTICA	AGITACIÓN ORGÁNICA O PSICÓTICA
<p>Pauta 1: Alprazolam 0.5-2 mg. Iniciar con dosis de 0.5 mg.</p>	<p>Pauta 1: Olanzapina (bucodispersable) 5-30 mg/día. Empezar con 1 comprimido de 10 mg Bucodispersable en adultos y la mitad de la dosis en personas adultas mayores. En caso de no aceptar vía oral Olanzapina 5-10mg i.m., repetible a las 2-4 horas, con un máximo de 30 mg/día.</p>
<p>Pauta 2: Lorazepam 2-5mg oral. Iniciar con 1 mg vía oral. En caso de no aceptar vía oral Lorazepam: 0,5-2mg i.v. o i.m., pudiendo repetir cada 30 min.</p>	<p>Pauta 2: Haloperidol 5-10 mg cada 30-45 min. hasta mejoría. Empezar con la mitad de dosis en personas adultas mayores. En caso de no aceptar vía oral Haloperidol 2,5-10mg i.m. o iv. cada 30-45 min. hasta mejoría, con un máximo de 100 mg/día. Empezar con la mitad de dosis en personas adultas mayores.</p>
<p>Pauta 3: Diazepam 1mg i.m.</p>	<p>Pauta 3: Ziprasidona (capsulas) dosis máxima de 40mg/día. Indicar 1 cápsula de 40 mg. Evitar su uso en adultos mayores o en adolescentes. En caso de no tolerar vía oral Ziprasidona () 10-40 mg i.m. La dosis recomendada es de 10 a 20 mg administrados según se requiera, hasta dosis máxima den 40 mg/día. La dosis de 10 mg puede administrarse cada dos horas; la dosis de 20 mg cada cuatro horas. Evitar en niños y personas adultas mayores.</p>





6.3 RECOMENDACIONES GENERALES DEL PROCEDIMIENTO ANTE EL CÓDIGO MORADO

1. La restricción química o física solo deben utilizarse cuando esté clínicamente justificado y después de considerar otras opciones de tratamiento, será indicado únicamente por personal médico.
2. Un médico o un profesional autorizado debe evaluar al paciente dentro de la primera hora de haber iniciado la intervención.
3. Los pacientes deben tener monitoreo continuo y evaluación periódica con la intención de interrumpir la intervención lo antes posible.
4. Previo al consentimiento informado del paciente, la familia debe ser notificada con prontitud o bien en caso de que el derechohabiente no se encuentre en condiciones de otorgar su consentimiento, la familia, el familiar o tutor responsable, estará a cargo de las decisiones a tomar, previa orientación del equipo médico o de salud mental.
5. Se debe realizar retroalimentación con el paciente y el personal después de haber concluido la intervención.

6.3.1 INDICACIONES PARA RESTRICCIÓN

Al considerarla como prevención de daño inminente a sí mismo u otros, cuando otros medios son ineficaces, como forma de prevención de daño sustancial al ambiente físico, como forma de prevención ante una probable interrupción grave del tratamiento, para reducir la estimulación y a petición del paciente.

6.3.2 CONTRAINDICACIONES PARA RESTRICCIÓN

Encefalopatías que podrían agravarse por la disminución de la información sensorial, su empleo como un sustituto del tratamiento, como castigo, como respuesta al rechazo de tratamiento o actividades, como respuesta al comportamiento desagradable, para la conveniencia del personal y cuando el paciente lo experimenta como un refuerzo positivo para la violencia.

6.3.3 RESTRICCIÓN FÍSICA

El equipo debe tener al menos cinco miembros, de ser posible al menos alguno de ellos del sexo femenino e incluir a un líder designado que explica el proceso al paciente en un lenguaje claro. Antes de ingresar a la habitación de un paciente e iniciar el procedimiento de restricción física, se deben quitar todas las pertenencias personales que podrían usarse como arma o causar lesiones, incluidos objetos aparentemente benignos; así como contar con el maletín previamente mencionado en donde se especifican los insumos necesarios para el procedimiento de restricción física (pag. 17).





Durante el procedimiento de restricción, el líder del equipo mantiene la seguridad de la cabeza del paciente mientras que cada uno de los otros miembros toma el control de una extremidad previamente asignada, debe ser a través de una articulación principal (codo o rodilla). La sujeción debe ser atada a la base de la cama, no a los pasamanos. Todas las posiciones de restricción conllevan ciertos riesgos, y es esencial una supervisión cuidadosa del paciente restringido. Si la aspiración es un riesgo, el paciente debe ser restringido en posición decúbito lateral, de lo contrario la restricción en posición supina puede facilitar el examen médico y ser más cómoda para el paciente; considerar que la cabeza debe estar libre para girar hacia un lado y, cuando sea posible, la cabecera de la cama debe ser elevada. La restricción en posición de decúbito prono predispone a asfixia, motivo por el cual las vías respiratorias deben permanecer despejadas en todo momento y debe permitirse la expansión completa de los pulmones.

Si se usan restricciones de cuatro puntos, los brazos deben estar restringidos, de modo que un brazo se encuentre arriba y el otro abajo, tal posición hace que sea difícil para el paciente generar la fuerza suficiente para invertir la camilla. Si se usan restricciones de dos puntos, el brazo y la pierna contralateral deben estar restringidos. En caso de necesitar una sujeción adicional, se puede colocar una sábana alrededor del tórax y atarla a la camilla, teniendo cuidado de que la sábana no esté tan apretada que impida una expansión adecuada.

El cambio de posición es importante para prevenir la rabdomiólisis, las úlceras por presión y las parestesias.

De ser posible, el médico tratante no debe participar en el proceso de restricción, para preservar la relación médico-paciente. También se espera que el personal procure regresar al entorno anterior a la crisis, evaluando la necesidad de apoyo emocional, para el paciente, los testigos u observadores y el personal involucrado.

Mientras este restringido, el paciente debe estar bajo observación y monitoreo continuo, realizado por un médico, enfermera u otro personal capacitado y competente, lo que es crucial para la prevención de lesiones o muerte del paciente y para garantizar que el uso de la restricción o aislamiento se interrumpa lo antes posible, garantizando durante el proceso su seguridad y comodidad física, bienestar psicológico y el derecho del paciente a la privacidad. La revisión posterior a la restricción y aislamiento es una intervención compleja, que requiere una documentación cuidadosa y que tiene lugar después un episodio de restricción o aislamiento dirigido al paciente y realizado por los proveedores de atención médica, con la finalidad de mejorar la experiencia de cuidado del paciente, evitar futuros eventos de restricción, mejorar la calidad y la seguridad de la atención del paciente con comportamiento agresivo y documentar el episodio. Todo esto, puede contribuir a minimizar los efectos adversos de la restricción y restablecer la relación de confianza entre el paciente y el personal.



ANEXOS



GOBIERNO DE
MÉXICO





**ANEXO B
SEÑALÉTICA**

UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



ISSSTE
SALUD



SALUD MENTAL
PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD MENTAL
ECOS PARA EL BIENESTAR





REFERENCIAS

1. Atención al paciente psiquiátrico en el servicio de urgencias, 2014, consultada en <https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/atencion-pac-psi.pdf>
2. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD000384. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3. Accedida el 12 de mayo de 2021.
3. Bayramzadeh, S., Portillo, M., & Carmel-Gilfilen, C. (2019). Understanding Design Vulnerabilities in the Physical Environment Relating to Patient Fall Patterns in a Psychiatric Hospital: Seven Years of Sentinel Events. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. <https://doi.org/10.1177/1078390318776086>
4. Censo de Población y Vivienda (2020). Panorama sociodemográfico de México : Censo de Población y Vivienda 2020 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2021
5. Dimitri, G., Giacco, D., Bauer, M., Bird, V. J., Greenberg, L., Lasalvia, A., & Priebe, S. (2018). Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries?. European Psychiatry, 48(1), 6-12.
6. Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., Sorensen R. (2016) Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Rev Méd. Chile [online]. Vol.144, n.5, pp.643-655. issn 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872016000500013>
7. Augusto Flavio Figueroa Uribe, Julia Hernández Ramírez. Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. Rev. Fac. Med. Hum. Enero 2021; 21(1):169-178. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3490. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
8. Goena, J. (2018). Paciente agitado. Guías de actuación en urgencias. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.
9. Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. Papeles de población, 17(68), 69-101.
10. López Elizalde, R., Ledesma Torres, L., Gracia de Alba Verduzco, J. (2021). Programa Integral de Salud Mental. Dirección Normativa de Salud, ISSSTE.
11. Mills, P. D., King, L. A., Watts, B. V., & Hemphill, R. R. (2013). Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: Avoiding environmental hazards. General Hospital Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.02>
12. Madoz Gúrpide, C., Martínez Moreno, M. (2008). El paciente agitado. Libro electrónico de temas de Urgencia Psiquiátrica. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.
13. Molina-López, A., Cruz-Islas, J. B., Palma-Cortés, M., Guizar-Sánchez, D. P., Garfias-Rau, C. Y., Ontiveros-Urbe, M. P., & Fresán-





- Orellana, A. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-11.
14. Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C., & Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 914-922.
15. Nonviolent Crisis Intervention. (2009) CPI specialized offering. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion/ Nonviolent Crisis Intervention. Training Program.
16. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
17. Osorio, J. P., Parrini, J., Galdames, F., & Dinamarca, F. (2016). Duración de días de hospitalización psiquiátrica en pacientes con diagnósticos GES con y sin comorbilidades. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(1), 19-26.
18. PA-PSRS Patient Safety Advisory. (2007). Diligence and Design in Behavioral Health Impact Patient Safety. September, Vol. 4, No. 3.
19. Shepley, M. M., Pasha, S., Ferguson, P., Oproescu, G., Huffcut, J. C., Young, J., Kiyokawa, G., Zadeh, R. S., Martere, J., Zborowsky, T., Meyerhoeffer, T., Zimring, C., & Mcdermott, B. (2013). Design Research And Behavioral Health Facilities. *The Center of Health Design*.
20. Watts, B. V., Young-Xu, Y., Mills, P. D., DeRosier, J. M., Kemp, J., Shiner, B., & Duncan, W. E. (2012). Examination of the effectiveness of the mental health environment of care checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1514>
21. Wilson, M. P., Pepper, D., Currier, G. W., Holloman Jr, G. H., & Feifel, D. (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26.
22. World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. *Mental Health Policy and Service Guidance Package- World Health Organization*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.04.021>



