

1. OBJETIVO

Garantizar la seguridad del propio paciente, de otros usuarios del servicio o del personal encargado de su atención, mediante una serie de actuaciones regladas dirigidas a conseguir un abordaje adecuado y eficaz de las conductas de agitación, agresividad o violencia.

2. ALCANCE

El presente protocolo aplica a todos los pacientes atendidos en la ESE que presenten episodios de agitación psicomotriz, agresividad, conductas violentas y/o antisociales que puedan representar un riesgo para sí mismos o para otras personas.

Su aplicación comprende las diferentes áreas y servicios de la ESE en los que pueda encontrarse un paciente en estado de agitación, incluyendo los servicios de urgencias, hospitalización y demás unidades o sedes de la institución, adecuando las condiciones del entorno de acuerdo con cada situación clínica.

3. RESPONSABLE O RESPONSABLES

Responsable	Responsabilidad
Médico	Realizar la valoración clínica del paciente, determinar la conducta terapéutica y realizar o ratificar la indicación de contención mecánica según corresponda.
Profesional de Enfermería	Valorar continuamente la situación del paciente, identificar cambios en su condición, participar en las intervenciones y coordinar la aplicación de la contención cuando sea necesaria.
Auxiliar de Enfermería	Apoyar las intervenciones de manejo del paciente agitado y participar en la aplicación, vigilancia y cuidado durante la contención mecánica.
Demás profesionales y personal auxiliar de la ESE	Identificar oportunamente signos de agitación o riesgo de agresividad y aplicar las pautas generales establecidas en el protocolo.
Psiquiatra	Determinar la aplicación de la contención mecánica o ratificarla cuando haya sido indicada por enfermería en una situación de extrema urgencia.

4. ENFOQUE DIFERENCIAL

La atención del paciente agitado debe realizarse mediante una valoración individualizada, teniendo en cuenta su condición clínica, características particulares, factores asociados al episodio de agitación, nivel de riesgo y contexto en el que se presenta. La intervención deberá orientarse a preservar la seguridad, dignidad, autonomía y derechos del paciente, utilizando inicialmente las medidas menos restrictivas y recurriendo a la contención mecánica únicamente cuando las estrategias de manejo de la conducta hayan sido infructuosas y exista riesgo para el paciente, otras personas o el entorno.

El protocolo contempla la valoración de factores **personales, clínicos, interpersonales y contextuales**, así como la identificación de posibles causas orgánicas, psiquiátricas o situacionales de la agitación, con el propósito de establecer la intervención más adecuada para cada paciente.

5. GENERALIDADES

5.1. Escenarios clínicos de la aplicación

Cualquier localización de la ESE en las que se encuentre un paciente en estado de agitación. En cada caso se intentara adecuar las condiciones del entorno para poder abordar la situación de la mejor forma posible.

5.2. Procedimientos del protocolo y Fases de aplicación

5.3. Identificación del riesgo de violencia/agitación:

Identificación de factores favorecedores/inhibidores

Más allá del diagnóstico psiquiátrico, nos interesa entender por qué un paciente determinado se agita en un momento y circunstancias concretas y no en otras. El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento (riesgo), como en la inhibición (protección) de los episodios de agitación nos ayudara, no solo al abordaje específico de cada caso, sino también a la valoración y prevención del riesgo de violencia futura.

Estos factores deben ser conocidos por el personal y su valoración será realizada por los facultativos y/o enfermeros, a través de la observación de la conducta, la información aportada por los acompañantes y la historia clínica previa del paciente, quedando registrado el resultado en la historia clínica del paciente, así como las medidas pertinentes adoptadas en función del riesgo detectado.

5.4. Factores favorecedores e inhibidores

En la literatura encontramos la descripción de una serie de **factores favorecedores** que debemos tener en cuenta, ya que su presencia puede indicar un riesgo más elevado de que se presenten conductas agresivas, son

- **Factores demográficos:**

Los pacientes con más riesgo de presentar un episodio agresivo son los varones, jóvenes (menores de 40 años), con un bajo nivel educativo, problemas económicos y procedentes de ambientes socio familiares desestructurados. Las mujeres serían más propensas a la autoagresión.

- **Factores personales:**

- Una historia personal y/o familiar de conductas violentas o disruptivas
- Antecedentes de abuso de alcohol y tóxicos.
- Impulsividad, baja tolerancia a la frustración.
- Falsedad, rasgos asociales de personalidad.
- Circunstancias vitales estresantes, sobre todo de pérdidas reales o Imaginarias.

- **Factores clínicos:**

- Rasgos de personalidad antisocial o borderline.
- Tienen mayor posibilidad de presentar agitación:

Psicosis descompensadas con síntomas catatónicos, Alucinaciones que les ordenan realizar actos violentos, delirios de control, preocupaciones con fantasías violentas, irritabilidad (más que la euforia), suspicacia u hostilidad. Dentro de este grupo son los pacientes maniacos los que tienen mayor riesgo de violencia si se comparan con el resto de trastornos mentales,

especialmente cuando presentan estados de ánimo disfóricos, en los que pueden pasar con facilidad de una fácil amigabilidad al enfado.

Trastornos mentales orgánicos: Traumatismos craneoencefálicos, demencias y episodios confesionales, epilepsia, retraso mental, sobre todo si está presente un menor control de los impulsos.

Abuso de sustancias, sobre todo intoxicaciones por alcohol y/o estimulantes, o bien síndromes de abstinencia de sedantes. Poca adherencia al tratamiento.

- **Factores interpersonales o contextuales:**

- El 50% de los episodios de agitación o agresividad se producen en la primera semana de ingreso.
- Es más frecuente en pacientes ingresados de forma involuntaria.
- Ingresos en unidades poco confortables, masificadas y con un entorno poco estructurado (ausencia de horarios y normas claras).
- Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes.
- El riesgo aumenta cuando el personal es inexperto y temporal, o el paciente percibe que el trato que recibe es descortés o inoportuno.
- Un exceso de personal puede también incrementar el riesgo.
- Existencia de posibles víctimas y disponibilidad inmediata de armas potenciales.
- Trato percibido por el paciente como excesivamente intrusivo, frustrante o distante (con evitación del contacto, charla o saludos por parte del personal).

Existen también **factores inhibidores** de la agresión, cuyo conocimiento puede ayudarnos en la prevención de los episodios de agitación.

- **Factores personales:**

- Capacidad de adaptación.
- Buenas habilidades sociales y de comunicación.

- **Factores Interpersonales o contextuales:**

- Mayor contacto directo planificado con los pacientes.
- Disponibilidad de actividades sociales alternativas.

- Personal bien entrenado, con tiempo de dedicación suficiente y con funciones bien definidas.
- Confortabilidad del espacio físico.
- Objetivos bien marcados y organización de horarios y actividades clara y predecible

5.5. Valoración inicial del riesgo de hetero agresividad/violencia

La valoración del riesgo de conducta violenta debe ser lo más objetiva posible, considerando el grado con el que el riesgo percibido por los profesionales puede ser verificado.

Siempre que se pueda, se utilizarán herramientas como escalas o entrevistas estructuradas que apoyen la evaluación, sin olvidar que no existe un patrón de oro. En base a las recomendaciones encontradas en la literatura, en nuestra ESE hemos seleccionado la Escala de Riesgo para la Valoración del Riesgo de Conductas violentas para su aplicación por el personal durante la exploración.

5.6. Plan de intervención ante un paciente agitado:

Identificación del paciente inquieto/agitado (todo el personal)

Los actos agresivos pueden estar precedidos en los tres días anteriores de un aumento de la actividad en general, motora y verbal y de la presencia de amenazas verbales, aunque la presencia de estos en muchas ocasiones no se sigue de un acto agresivo nos interesa conocer los *Signos prodrómicos*, una serie de síntomas y signos que nos pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación.

Entre otros nos podemos encontrar con:

- Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado.
- Hiperactividad musculo-esquelética, aumento de la inquietud, paseos constantes por la unidad.
- **Signos de ansiedad:** respiración rápida, jadeo, pupilas dilatadas, hipertensión arterial y taquicardia.
- Aislamiento, irritación.

- Mutismo, negativa a comunicarse, o bien elevación del tono de voz, uso de lenguaje mal sonante (insultos, amenazas y palabras groseras).
- Alucinaciones de contenido violento.
- Pensamientos extraños, pobre concentración.
- Discusiones con otros residentes o personal. Golpes contra la mesa y otros objetos, u otros gestos agresivos.

Cuando cualquier miembro del personal detecte estos signos en un paciente, debe seguir las pautas generales de actuación.

5.7. Pautas generales ante el paciente potencialmente agresivo

Los pacientes agitados o agresivos despiertan emociones intensas en los profesionales: miedo, irritación, malestar; de forma que el temor subjetivo que provocan puede servir de orientación sobre el potencial de violencia del paciente y ayudar a formular un juicio de estos signos en cualquier paciente, por parte de

Algún miembro del personal asistencial que en el curso de su trabajo interaccione con él, trataremos de adoptar las siguientes pautas generales:

- Permanecer en nuestra propia “sintonía” emocional, independientemente de las emociones negativas que pueda aportarnos en un momento determinado el paciente.
- No intentar razonar con el paciente hostil.
- Aceptar el derecho del paciente a mostrarse airado, y refugiarnos en una escucha relajada, confiando que opere el contrabalanceo emocional y nos dé la oportunidad de actuar.
- Evitaremos pronunciarnos sobre lo que el paciente nos diga. Todo lo que digamos lo interpretara de la manera que más le interese.
- Evitar las provocaciones, reconocer la situación como una crisis y no responder a los desafíos
- Debemos transmitirle interés y aceptación por lo que nos dice, pero no pronunciarnos en un primer momento. El reconocimiento de un error puede Desactivar de inmediato a un paciente agresivo.
- Mostrar tranquilidad y control sin llegar a ser sobre-protectores o desconsiderados
- Si persiste la agitación y/o hetero agresividad avisar al médico a fin de Valorar al paciente y establecer objetivos concretos, progresivos y asumibles que marquen la pauta a seguir, tanto en el aspecto de control clínico, como el nuevo marco comunicacional que se establezca.

5.8. Valoración por el medico

El **riesgo potencial de agresión** será valorado durante la entrevista Determinando:

- El grado de inquietud o agitación del paciente.
- La existencia o no del deseo de agredir
- El grado de impulsividad o de planificación de las amenazas.
- Los medios de que dispone el paciente para dañar a los demás.
- Los antecedentes de violencia previa o de conductas impulsivas (Conducción temeraria, actuaciones sexuales, gastos excesivos, etc.) Y los factores precipitantes, las víctimas y la gravedad de los danos. A veces será necesario entrevistar a otras personas (familiares, policía, médico de familia, etc.) dado que el paciente puede haber minimizando la existencia de conductas disruptivas o la presencia de factores de riesgo

Ante un cuadro de agitación y/o agresividad se ha de evaluar rápidamente la Etiología posible y valorar si es debida a la existencia de:

- **Causas orgánicas:** neurológicas, tóxicas (síndromes de intoxicación o abstinencia), metabólicas. El cuadro más grave, por el riesgo vital que puede entrañar la causa subyacente, es el Delirium. Se debe sospechar cuando se trate de un cuadro de inicio agudo o subagudo, en un paciente de edad avanzada, sin historia psiquiátrica previa. Un signo frecuente es la alternancia de periodos de calma con otros de agitación, sobre todo, nocturna.
- **Psiquiátricas:** No hay alteración del nivel de conciencia, no suele existir desorientación tempero-espacial y la fluctuación es escasa. Pueden ser:
 - **Psicóticas:** esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar.
 - **No psicóticas:** crisis de angustia, crisis histérica, retraso mental, trastorno de personalidad.
- **Situacionales o reactivas:** reacciones de estrés agudo como duelo, situaciones catastróficas (incendios, terremotos, violaciones,) o las desconexiones ambientales.

Esta distinción es importante dado que en el primer tipo de causas la aplicación de medidas de contención química puede resultar insuficiente (e incluso perjudicial en algunas situaciones) si no se trata el trastorno orgánico subyacente, mientras que en los otros dos casos la contención verbal adquiere mucha más importancia, incluso se puede ofrecer al paciente la opción de ser medicado con la finalidad de que pueda sentir mayor control sobre su entorno y disminuya su agitación y hostilidad

Es necesario **descartar las causas orgánicas o tóxicas** que generan cuadros de agitación y/o agresividad. Para ello es necesario realizar entre otros, y cuanto antes sea posible a lo largo del proceso, los **exámenes complementarios** pertinentes a juicio del médico.

5.9. Medidas de intervención ante la aparición de un episodio de agitación y/o violento:

- Distracciones lúdicas
- Contención verbal
- Tranquilización con psicofármacos
- Aislamiento
- Contención Mecánica

- **Distracciones lúdicas:**

Puede ser de utilidad como prevención de una crisis de agitación, o para la desactivación en lo posible de la misma, la ludoterapia. Esta medida facilita la liberación de la energía física, favorece el entretenimiento del paciente y aumenta su autoestima. También ejerce un efecto integrador del paciente mejorando el contacto social con otros pacientes y con el personal asistencial. **La invitación al paciente a llevar a cabo una actividad lúdica puede ser llevada a cabo por cualquier miembro del personal.**

- **Contención verbal:**

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgo, y **puede ser llevada a cabo por un enfermero y/o médico**. La meta de la Contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y emociones, y la implantación de límites de conducta claros. Es una medida terapéutica útil, en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total, para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un

comportamiento hostil. Existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

OBJETIVOS

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el Paciente y a las que puede brindarle la Institución.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad. Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.

5.10. Tranquilización con psicofármacos

Pautas de administración de los tranquilizantes

En el paciente moderadamente agitado, con crisis de ansiedad o situacional, que acepta medicación oral y no presenta síntomas psicóticos ni consumo de alcohol, se administrará una benzodiacepina vía oral, por ejemplo 1 o 2 mg. de Lorazepam. Se pueden repetir las dosis cada 30 minutos hasta conseguir la tranquilización. Cuando el paciente no acepta la vía oral, debemos tener en cuenta que la absorción de benzodiacepinas por vía intramuscular es irregular.

Si hay historia de consumo de alcohol o sedantes y se trata de una intoxicación con alteración de la conducta, se utilizarán de inicio y según el grado de agitación, dosis bajas de neurolepticos, preferiblemente los de alta potencia (5 mg de haloperidol 1 ampolla intramuscular) que se puede repetir a los 45 minutos en función de la evolución, hasta 3 ampollas).

Si se sospecha un Síndrome de abstinencia, la elección serán las benzodiacepinas como Diazepam 10 mg. cada 6 h. cada 6 h.; o Lorazepam 2 mg., cada 6 h. Otra opción es utilizar clometiazol 576 mg (3 capsulas) cada 6 h. En general no son aconsejables los neurolepticos, sobre todo Haloperidol, por disminuir el umbral convulsivo especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a Benzodiacepinas o agitaciones con fondo comicial.

Las complicaciones más frecuentes de la tranquilización rápida con psicofármacos son: pérdida de la conciencia, fallo de la vía respiratoria, colapso cardiorrespiratorio. Otras complicaciones pueden derivarse de las interacciones con tóxicos que el paciente hubiera podido ingerir o de la existencia de enfermedades médicas subyacentes.

La tranquilización con psicofármacos es una medida puntual y de carácter temporal: Siendo una intervención rápida, los efectos desencadenados favorables y especialmente los no favorables (complicaciones) deben de estar previstos de antemano, y en especial las medidas correctas para paliarlas, por ello es necesario tener acceso a un equipo médico que pueda intervenir con carácter de urgencia (psiquiatra, internista, intensivista, etc.) y una equitación de soporte vital adecuado (carro de paradas, medicación de urgencias, tomas de oxígeno etc.).

5.11. Aislamiento:

Cuando el estado de agitación del paciente es ocasionado por estímulos externos como la televisión, la radio, las personas que le rodean..., lo que puede ocurrir por ejemplo en los delirios autorreferenciales, puede ser efectivo el llevar al paciente a un lugar más tranquilo, alejado del estímulo que le está alterando. Esto no supone en ningún caso encerrar al paciente en la habitación lo cual estaría completamente contraindicado. Esta medida puede ser llevada a cabo por cualquier miembro del personal, informando siempre al facultativo responsable.

5.12. Contención mecánica

Se trata de una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado

La decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el psiquiatra de guardia. En caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión y comunicarlo inmediatamente al psiquiatra para que ratifique y se responsabilice de la decisión. En cualquiera de los casos, quedara siempre reflejado por escrito en la historia

Previamente a su realización debe informarse al paciente del motivo por el que se llevara a cabo, y cuáles son las opciones terapéuticas, sin demorarse más de lo necesario, pero permitiendo una posible colaboración por parte de aquel explicándole que tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo Una

vez iniciado el proceso no se debe dar marcha atrás, siendo preferible reevaluar la situación tras un breve periodo de sujeción y tras la administración de la medicación adecuada

El objeto de la contención mecánica es la protección del paciente, de otros pacientes, de la familia y/o del personal cuando han fracasado las anteriores medidas para contener la agitación. Su aplicación no siempre requiere que la situación violenta se haya producido, sino que los profesionales estimen de forma razonada que esta se puede producir de forma inminente.

Otras indicaciones para la Contención Mecánica pueden ser la prevención de una grave interrupción del programa de tratamiento (vías, sistemas de soporte, sondas,) o un daño al entorno, o cuando lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica o terapéutica.

En el caso de requerirse esta medida se seguirá el Protocolo de Contención Mecánica aprobado en la ESE, según el cual deben establecerse la pauta de seguimiento, de reevaluación de la medida de Contención, las variables físicas y mentales a monitorizar, etc., además de aplicar las medidas medico legales establecidas en el mismo y notificarlo a la familia con el consentimiento del paciente

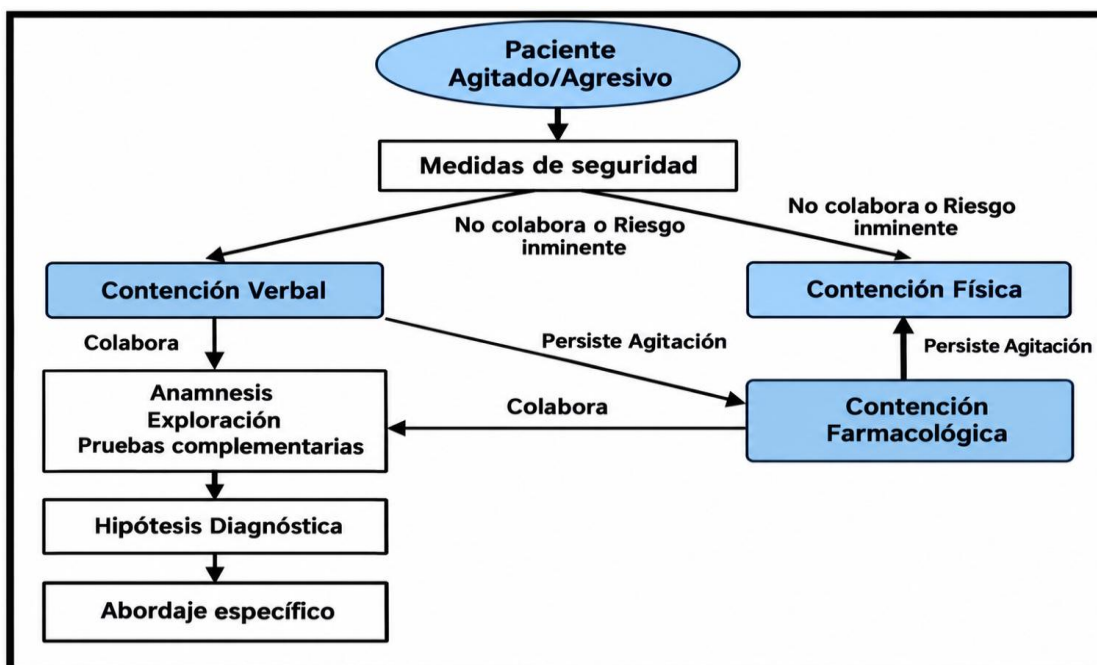
5.13. Registro informático de los episodios de agitación/hetero agresividad

- **Parte de comunicación de accidentes**

En caso de que algún miembro del personal, como resultado del episodio de agitación/agresión, sufra una **lesión física y/o psíquica**, deberá comunicarlo como accidente de trabajo. Para ello el inmediato superior deberá rellenar el parte de comunicación de accidente.

- **Registro de agresiones en la historia clínica**

Entendemos que **el concepto de agresiones debe ser interpretado en sentido amplio, registrando por tanto no solo las agresiones físicas, sino también los insultos, danos de material y equipos que se produzcan durante las mismas, las amenazas y las conductas análogas**. También se incluyen en este concepto las conductas que puedan considerarse como procaces e inmorales. No se consideran agresiones aquellas situaciones catalogadas exclusivamente como accidente de trabajo, ni aquellas que se produzcan entre compañeros de trabajo.



5.14. Talento humano que participa de las actividades esenciales

Descripción	Cantidad
Médico	Según disponibilidad institucional
Profesional de Enfermería	Según disponibilidad institucional
Auxiliar de Enfermería	Según disponibilidad institucional
Demás profesionales y personal auxiliar de la ESE	Según disponibilidad institucional

5.15. Equipos Biomédicos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad
Carro de paro / equipo de soporte vital	Según disponibilidad institucional
Equipo para valoración y monitorización de signos vitales	Según disponibilidad institucional
Toma o fuente de oxígeno	Según disponibilidad institucional

5.16. Medicamentos y dispositivos médicos (En los casos que aplique)

Descripción	Cantidad	
Lorazepam	Según institucional	disponibilidad
Haloperidol	Según institucional	disponibilidad
Diazepam	Según institucional	disponibilidad
Clometiazol	Según institucional	disponibilidad
Juego de correas de sujeción mecánica homologado	Según institucional	disponibilidad
Alargaderas	Según institucional	disponibilidad
Botones o anclajes con sus respectivos cierres	Según institucional	disponibilidad
Cintas para miembros inferiores	Según institucional	disponibilidad
Cintas para miembros superiores	Según institucional	disponibilidad
Cinturón ancho abdominal	Según institucional	disponibilidad
Imán para anclajes	Según institucional	disponibilidad

5.17. Otros insumos requeridos (En los casos que aplique)

No aplica

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

6.1. Pautas para mantener la seguridad el profesional, del paciente y de los que les rodean.

Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre este: antecedentes, 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 del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj).

Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que de intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierto y el profesional cercano a él. No habrá obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente para quien hable con él.

Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.

No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.

6.2. Pautas de actuación no verbales

Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.

La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al dialogo y a la privacidad.

No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas Aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo.

Mantener al paciente dentro del campo visual.

Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible.

6.3. Pautas ambientales

Un espacio adecuado puede tener un efecto mitigador de la conducta violenta debe intentar respetar la privacidad de la entrevista es prioritario salvaguardar la seguridad de los profesionales. Esto determinara las condiciones de la entrevista.

6.4. Directrices comunicacionales

Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.

Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma Intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.

Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.

Se ha de ser flexible en el dialogo. Sin embargo, los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.

Reservarse los propios juicios acerca de lo que “debería” y “no debería” hacer el paciente.

No buscar la confrontación de ideas, razones, sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.

6.5. Ante el riesgo de violencia inminente:

Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable, proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del dialogo,

Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más Relajadamente,

Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo requiere.

Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, e incluso vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción).

Precauciones (lo que nunca se debe hacer)

Rechazar la irritación.

Negarse a escuchar.

	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTE AGITADO Y SUJECCIÓN	Código: UR-P-003
		Versión: 03
		Fecha: OCTUBRE 2026

Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.

Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional Ofrecer medicación “para que este 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 suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”.

7. ANEXOS.

7.1. Anexos 1: escala de evaluación

ITEM	Si/No
Violencia previa	
Consumo de sustancia psicoactivas o alcohol	
Trastorno mental	
Presencia actual de síntomas de trastorno mental	
Alto nivel de estrés experimentado	

Si responde afirmativo a cualquiera de los ítems clasifique el paciente, como posible paciente agresivo con la tarjeta correspondiente

Tarjeta de clasificación de posible paciente agresivo



7.2. Anexo 2 : técnica de sujeción (contención mecánica)

DEFINICION

La sujeción terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas y los tobillos. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.

OBJETIVOS

- Inmovilización del paciente a la cama mediante sistemas de sujeción total o parcial, para garantizar la seguridad del mismo o de los demás.
- Evitar las consecuencias traumáticas para el paciente derivadas del acto de la sujeción, garantizando la protección de sus derechos.
- Mantener la integridad física, porque puede sufrir los riesgos de la inmovilidad.

RESPONSABLE:

Médico, enfermera, Auxiliares de enfermería

ELEMENTOS Y MATERIALES

- Juego de correas de sujeción mecánica completo homologado (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) compuesto por:
- Alargaderas (2 unidades).
- Botones o anclajes compuestos por los botones de sujeción y sus correspondientes cierres.
- Cintas para los miembros inferiores (2 unidades).
- Cintas para los miembros superiores (2 unidades).
- Cinturón ancho abdominal. Imán para anclajes.

PROCEDIMIENTO

- **Verifique la prescripción de médico.**

- Informe al paciente y familia de las medidas terapéuticas, dándoles tiempo a que acepten, colaboren y den su consentimiento. (Grado B).
- La orden de sujeción inicial dura sólo 24 horas. Será su médico o el de guardia quien reevalúe al paciente y emita una nueva orden si precisa continuar con la sujeción (Nivel IV). La indicación debe figurar por escrito en las órdenes médicas.
- Valore la situación del paciente, ésta es competencia de la enfermera responsable, dado que tiene un contacto más estrecho con el paciente. Avise al médico si la situación sufre alguna modificación. (Nivel IV).
- Identifique los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. Aleje del alcance del paciente cualquier objeto peligroso. (Nivel IV).
- Asegúrese que existe personal suficiente para llevar a cabo la sujeción y que cada profesional sabe su función para realizarla.
- Compruebe que están preparados todos los recursos materiales y se encuentren en buen estado.
- Retire al enfermo las prendas de vestir y los objetos que pudieran dañarle (joyas, relojes, adornos del cabello, etc.).
- Prepare la cama, coloque previamente la sujeción de la cintura, asegurando que la cama tenga el freno puesto.
- Verifique que el personal que va a asistir en la sujeción retire de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal. Si es necesario, designar un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la sujeción. La persona más cualificada para ello, normalmente, es la enfermera.

- **Seleccione el material de sujeción:**

- Asegure que se aplique correctamente el dispositivo de sujeción. (Nivel III).
- Mantenga comunicación verbal con el enfermo y explíquele en términos comprensibles al paciente y su familia, en caso de que esté acompañado, el Procedimiento, su propósito y duración.

- Cada miembro del equipo de contención se dirigirá, según el plan preestablecido, a una extremidad.
- Mientras se realiza la sujeción, un miembro del equipo se encargará de sujetar y controlar la cabeza para evitar que el paciente se golpee o pueda agredirse.
- No fuerce las articulaciones más allá de sus límites fisiológicos.
- No coloque las rodillas sobre sus miembros, tórax ó cualquier otra parte de su organismo.
- Coloque al paciente en decúbito supino en la cama, manténgale la cabeza ligeramente levantada (30-40 grado) para disminuir la sensación de indefensión y la posibilidad de aspiración. (Nivel IV).
- **Coloque la sujeción, sea completa o parcial, según lo indicado:**
 - En la **sujeción completa**, que implica la inmovilización del tronco y las cuatro extremidades, primero coloque el cinturón abdominal y después las extremidades en sentido diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda. (Nivel IV).
 - En la **sujeción parcial**, que limita la inmovilización al tronco y dos extremidades, fije primero el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal: miembro superior derecho (MSD) y miembro inferior izquierdo (MII) ó miembro superior izquierdo (MSI) y miembro inferior derecho (MID).
 - Para inmovilizar los miembros inferiores: extendida las piernas ligeramente abiertas y sujételas por los tobillos con las correas de sujeción.
 - **Para los brazos:** extiéndalos a lo largo del cuerpo, sepárelos ligeramente de éste y sujete por las muñecas.
 - Afiance el tronco firmemente a la cama con la correa especial diseñada para ese efecto (más ancha).
 - La sujeción debe permitir administrar perfusión endovenosa, así como recibir líquidos o alimentos.
 - Compruebe que los sistemas de inmovilización no estén demasiado apretados para evitar lesiones al paciente, ni demasiado holgados que permitan al paciente quitárselos. Para ello es útil, mientras se coloca, introducir un dedo entre la sujeción y el miembro del enfermo, y dejarla con esa amplitud.

- Fije los sistemas de sujeción a la cama de manera que permitan al enfermo mantener sus extremidades sobre ésta, pero sin demasiada libertad de movimientos, no permitiéndole alcanzar objetos ni manipular la propia cama. Evite atar las sujeciones a la barandilla de la cama
- Fije las sujeciones fuera del alcance del paciente.
- Mantenga la observación durante el período de tiempo que el paciente tenga la sujeción. (Nivel III).
- Registre la valoración del enfermo, el tipo de sujeción, la hora que se inicia y quien la prescribió.

7.3. Observaciones durante la sujeción:

- Valore constantes vitales cada 4 ó 6 horas. (Nivel IV).
- Valore el nivel de conciencia, alteración de la percepción, alteraciones del contenido y curso del pensamiento y la comunicación. (Nivel I).
- **Vigile las zonas de sujeción:**
 - Valore la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular; pulsos periféricos y temperatura.
 - Coloración, entumecimiento, movilidad de los miembros y las posibles lesiones por fricción. (Nivel I).
 - Vigile que la sujeción no esté floja porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte que le dificulte la respiración. (Nivel I).
 - Evalúe si el paciente presenta agitación, agresividad o ansiedad.
 - Valore la aparición de síntomas de trombo embolismo pulmonar (TEP) y/o trombosis venosa profunda. (Nivel I).
 - Ayude al paciente en las necesidades de alimentación, hidratación, eliminación y aseo. (Nivel IV).
 - Inicie medidas de prevención de úlceras por presión. (Grado A).

- **Determine, aproximadamente, cada 20 o 30 minutos el estado del paciente, observando: (Nivel IV).**
 - Estado general del paciente.
 - Permeabilidad de la vía aérea y expansión pulmonar en enfermos en decúbito prono.
 - Ingesta, eliminación y estado de hidratación.
 - Actitud del paciente ante la sujeción.
 - Las extremidades en sujeción, estimando la necesidad de rotación de la sujeción.

Recuerde que las indicaciones de sujeción del movimiento son para un **período máximo de 24 horas**. Puede prorrogarse a un plazo que no debería ser superior a 48 horas y revisado siempre cada 8 horas por su médico.

• **Retirada de la sujeción terapéutica. (Nivel IV).**

- La supresión del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del profesional y enfermera.
- La retirada será de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol.
- Observe, tras su retirada, el estado del paciente y su comportamiento.
- Evalúe con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida.
- Registre la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma. (Nivel IV).

7.4. Advertencia y recomendaciones

Está indicada en conductas violentas de un paciente con peligro para sí mismo o para los demás, en la agitación no controlable con medicamentos, negativa a portar drenajes o sondas, situaciones que representen una amenaza para su integridad física, por su negativa a descansar, beber, dormir, recibir la medicación, realizar técnicas, insertar sondas, etc. La sujeción sólo se debe utilizar como último recurso, y cuando los beneficios potenciales son mayores que los posibles daños secundarios a la inmovilidad forzosa. (Nivel III).

La comisión conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) Afirman que sólo hay dos razones para el uso de sujeciones aceptadas:

Para evitar y/o prevenir el daño intencional o accidental para el paciente. Ejemplos de estas situaciones son: la prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones), prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes o personal sanitario), evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra, evitar la fuga si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro no estando capacitado para tomar tal decisión. (Nivel IV).

Para proporcionar el tratamiento necesario, que no se podría Proporcionar a través de cualquier otro medio. Como: evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente (la retira de vías, sondas naso gástricas,), prevenir daños durante la administración urgente de medicamentos. (Nivel IV).

La necesidad de sujeción terapéutica debe estar bien documentada, incluyendo el uso de medidas menos restrictivas antes de la aplicación de la sujeción. (Nivel IV).

La necesidad de sujeción debe ser revisada de forma regular. (Nivel III).

La sujeción siempre debe terminar lo antes posibles. (Nivel I).

Las enfermeras, en el uso de sujeciones, desempeñan un papel importante en la evaluación y técnicas de gestión, que incluyen: la identificación del problema, verificación del consentimiento, las intervenciones alternativas, la evaluación de los riesgos, los derechos y la dignidad del paciente, las políticas de organización (que contienen el plan de actuación), el seguimiento y la revisión. (Nivel IV).

Las enfermeras son los profesionales responsables de asegurar que todos los derechos, incluida la documentación, y todas las acciones de todos los integrantes del equipo de salud en la sujeción se llevan a cabo con un nivel aceptable. (Nivel IV).

El uso de sujeciones está asociado con: agitación creciente, deterioro cognitivo, aumento en la desorientación, reducción de la movilidad e interacción social, desarrollo de úlceras por presión, incontinencia urinaria y fecal, riesgos de tromboembolismo, bronco aspiraciones, lesiones isquemias y muerte súbita. (Nivel I).

Deben utilizarse los niveles mínimos de sujeción para garantizar la seguridad de los pacientes. (Nivel I).

Las sujeciones deben ser aplicadas con cautela y sólo cuando todas las estrategias de manejo de la conducta han sido infructuosas. (Grado B).

Deben aplicarse programas educativos sobre sujeción física que reflejen la política hospitalaria en relación a este tema y para minimizar su uso. (Grado A).

La necesidad de sujeción no debería ser escrita como una orden permanente, sino de revisión periódica. (Grado B).

Si los pacientes están físicamente restringidos deben estar a la vista de personal de enfermería para garantizar su seguridad. (Grado B).

La dignidad y la autonomía del cliente deben ser respetados en el uso de las sujeciones. (Grado B)

TIPO DE SUJECIONES

Sujeción abdominal:

La sujeción abdominal permite al paciente la mayor libertad de movimientos en la cama, pero requiere una mayor movilidad en la parte distal de las extremidades inferiores. Se hace colocando una faja o cinturón alrededor de la cintura del paciente.



Sujeción lateral:

La sujeción lateral se puede regular individualmente. Impide que el paciente gire hacia la derecha, hacia la izquierda o hacia abajo. Se realiza mediante la tira de cambios posturales que se acopla por debajo del colchón.



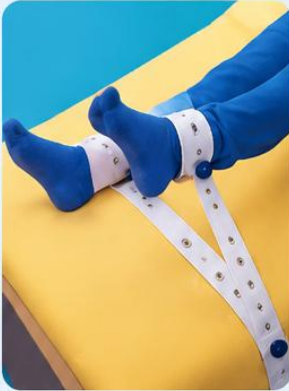
Sujeción de las manos (muñequeras):

Las muñequeras sirven para sujetar una o ambas manos a la cama. La utilización de muñequeras previene que el paciente se autolesione, se arranque dispositivos o que provoque lesiones a otras personas.



TIPO DE SUJECIONES

Sujeción de los pies:



La sujeción de los pies sirve para fijar de forma relajada o firme uno o ambos pies. De igual funcionamiento y características que la muñequera. Fijando relajadamente, es posible determinar una cierta libertad para los pies, pudiendo girar el cuerpo, en posición lateral o boca abajo.



Botón de cierre magnético:



El cierre magnético y botón patentado Segufix, permite realizar las funciones de abrir y cerrar en décimas de segundo. El sistema no sería operativo si hubiera que perder tiempo atando lazos, llaves, pasadores, etc. Sólo puede ser abierto por la enfermera que es quien tiene la llave magnética. Ni el enfermo ni personas no autorizadas pueden abrirlo.

Cierre con Velcro:



El cierre con Velcro, permite realizar las funciones de abrir y cerrar en décimas de segundo. El sistema no sería operativo si hubiera que perder tiempo atando lazos, llaves, pasadores, etc. Ofrece una altísima seguridad y resistencia. Alta duración. Lavado resistente a alta temperatura.

ESCALA DEL NIVEL DE SEDACIÓN – RAMSAY

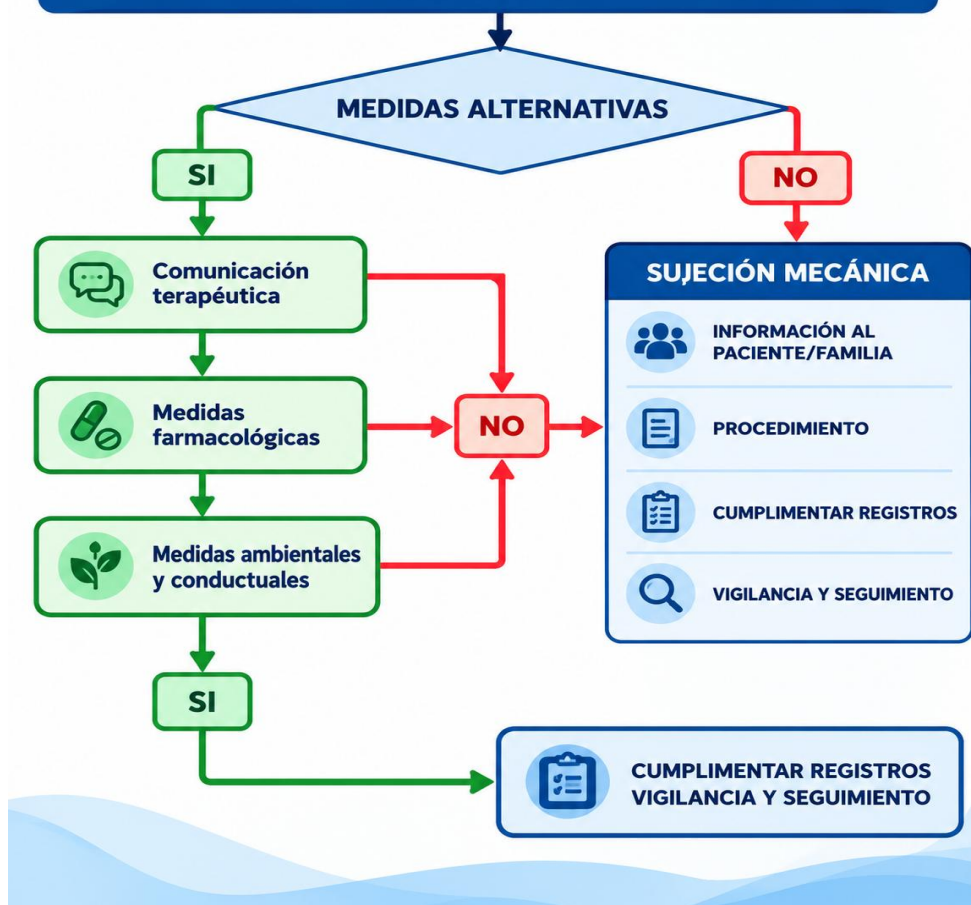
Nivel de sedación	Características
1	Paciente ansioso agitado
2	Paciente cooperador, orientado tranquilo
3	Paciente dormido que responde a las ordenes
4	Paciente con breves respuestas a la luz y sonido
5	Dormido, solo responde al dolor
6	No respuesta



Fuente:

- Ramsay, M.; Savage, T.; Simpson, B. & Goodwin, R. J. Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974; 2, 920(6566): 656.
- Ghisiotteri, A.; Giménez, G.; Aucela, M.; Sartoroni, N.; Arana, R. J. ¿Son todas las escalas de sedación igual de útiles para la valoración de enfermería?. Enfermería Intensiva. 1999; 10(1): 3-12.

DECISIÓN SOBRE LA SUJECCIÓN TERAPÉUTICA



	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTE AGITADO Y SUJECCIÓN	Código: UR-P-003
		Versión: 03
		Fecha: OCTUBRE 2026

8. CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha de Cambio	Descripción del cambio	Elaborado / Revisado	Aprobación
01	Enero de 2015	No aplica para la primera versión	Equipo de salud / equipo de calidad	Gerente
01	Febrero de 2017	Se agrega grafico tipo de sujeciones	Equipo de salud / equipo de calidad	Gerente
02	Octubre 2020	Se actualiza imagen institucional, se revisa procedimiento	Equipo de salud / equipo de calidad	Gerente
03	Octubre 2026	Actualización del formato y codificación	Equipo de salud / equipo de calidad	Gerente