

GUÍA DE ATENCIÓN DE CRISIS Y URGENCIAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

AUTORIDADES

Axel Kicillof
Gobernador de la Provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak
Ministro de Salud

Julieta Calmels
Subsecretaria de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública

Mariano Rey
Director Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos

Sebastián Holc
Director de Prevención y promoción de la salud mental y los consumos problemáticos

Martín Taramasco
Director de Asistencia en salud mental y consumos problemáticos

1

Equipo de redacción

Analía Zanatta, Mercedes Uño Carreño, Karina Porco y Ana Julia Caporale.

GUÍA DE ATENCIÓN DE CRISIS Y URGENCIAS POR MOTIVOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2022

Se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Ley 26.657 Art. 3º

INTRODUCCIÓN

La guía se enmarca en la política de Salud Mental impulsada desde la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires iniciada en diciembre de 2019.

2 Esta guía es una herramienta específica que busca aportar al trabajo de atención de las urgencias en el marco de otras estrategias integrales impulsadas por el Ministerio de Salud Provincial como el incremento de recurso humano a través de incorporación de equipos interdisciplinarios para atención en hospitales generales, el aumento de camas de internación en los mismos, las adecuaciones y reformas edilicias, la formación de trabajadores y trabajadoras, el impulso de un sistema de registro y monitoreo, así como estrategias interministeriales vinculadas a un abordaje intersectorial de las problemáticas de salud mental. Asimismo, la atención de las urgencias configura parte de los temas priorizados que se definieron en el Plan Provincial de Salud Mental 2022-2027 para nuestra provincia.

Las políticas de salud mental provinciales se despliegan en un doble movimiento. Por un lado el fortalecimiento y priorización de los cuidados y asistencia en salud mental dentro de las políticas sanitarias y por otro lado el proceso de transformación y reforma del modelo de atención en cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental y de los objetivos sociales más generales tendientes a la inclusión social y garantía de derechos de todas las personas de nuestra provincia.

Consideraciones Generales

Los servicios de atención en crisis, guardias e internación de los hospitales generales públicos de la provincia son receptores frecuentes en lo que respecta a una demanda de atención de situaciones de urgencia en salud mental o de problemas de salud atravesados por componentes causales o derivados de problemas de salud mental.

La intervención oportuna ante las urgencias en salud mental resulta decisiva para la evolución de las personas con tales problemáticas. Un abordaje adecuado que incluya aspectos de cuidado y de promoción de la salud puede facilitar que las situaciones de urgencias resulten una oportunidad para mejorar las condiciones de bienestar y de vida preexistentes.

En muchas ocasiones, las crisis representan el emergente del estado de malestar. No son un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, en el que la persona debe ser asistida de manera integral en el ámbito socio-sanitario requiriendo de un seguimiento para evitar la recurrencia.

Ahora bien, el desafío para el logro de un proceso continuo de cuidado de las personas con problemáticas de salud mental radica en el hecho de que las intervenciones no deben verse aisladas unas de otras, sino que deberían integrarse en las estrategias de Atención Primaria de la Salud y abordaje comunitario. Se suma el hecho de que no todas las personas con problemas de salud mental reciben asistencia en el sistema de salud. Los motivos por los cuales las personas no acceden al sistema de salud o ingresan tarde se debe entre otras razones a factores inherentes al estigma social asociados a las personas con padecimiento mental y la consecuente evitación a buscar ayuda porque no se reconoce el problema o se cree que van a ser rechazados, percibiendo además que los tratamientos no son efectivos. Es decir, el estigma junto con otras barreras de acceso a los servicios de salud, constituyen obstáculos para garantizar la atención en Salud Mental.

Por su parte, las personas con problemáticas de salud mental severas y complejas, sufren no sólo de las discapacidades y dificultades inherentes a ese evento, sino también de reacciones sociales negativas que dificultan su bienestar e inclusión social, limitando su autonomía e interfiriendo en el acceso a los servicios de salud de forma permanente. Ignorancia, prejuicio y discriminación en torno a estas problemáticas se articulan en un complejo proceso que construye barreras y levanta muros invisibilizados que separan, excluyen, clasifican y aíslan a aquellos que más lo necesitan.

A su vez, las intervenciones comunitarias también resultan beneficiosas, en tanto está

demostrado que reducen hasta un 50% las admisiones hospitalarias, son convenientes a nivel costo/efectividad y reducen el estigma de la institucionalización que se produce en los hospitales neuropsiquiátricos tanto para la persona que padece como para su red vincular afectiva¹. Es decir, las intervenciones tanto de las situaciones de urgencia como aquellas que hacen a la continuidad de los cuidados en el propio domicilio o medio más próximo donde se encuentren las personas, reducen el número de admisiones en los hospitales, la fatiga familiar y es una forma satisfactoria de atención para las personas con problemas de salud mental y sus familias o redes afectivas. Asimismo reducen el riesgo de desenlaces graves o trágicos para las personas que suelen salir de los hospitales por ausencia de red de contención y junto a ello alivia al sistema, porque los “falsos egresos” o abandonos contra opinión del equipo de salud de las personas produce el reingreso de las mismas en el sistema con un mayor agravamiento o involucra largas búsquedas de las fuerzas de seguridad, nuevos traslados, gestión de camas, etc.

De acuerdo a lo establecido en los artículos 27 y 28 de la Ley de Salud Mental 26.657, queda expuesto que el camino de la plena implementación de la misma, implica ejecutarlo en términos de un proceso de transformación y reorganización del sistema sanitario y del conjunto de los componentes del sistema relacionados y vinculados entre sí.

4

Es así, que la construcción e implementación de lineamientos para la atención de las urgencias en Salud Mental, se enmarca en el proceso más amplio que se viene llevando adelante desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires de adecuación, sustitución, reconversión y operativización de estrategias y acciones para la atención de la salud mental de la población en los distintos niveles de atención del sistema sanitario y de la comunidad general. Es decir, una perspectiva de atención centrada en las personas con anclaje comunitario y un modelo de gestión en red. Por cuanto las nociones de participación, interdisciplina, articulación intersectorial, profesionalización de la gestión y la evaluación en donde se promueva a la vez la participación activa de las personas usuarias, son aspectos claves para su desarrollo e implementación.

Estos lineamientos pretenden ser una herramienta común para todos los equipos interdisciplinarios de los Hospitales Generales, sean estrictamente del área y disciplinas de salud mental como del resto de las áreas. Del mismo modo, se asume como parte de la estrategia indispensable de brindar herramientas en la materia a todo el equipo sanitario de los Hospitales Generales y de todos los componentes que integran la red de salud mental y consumos problemáticos de la provincia de Buenos Aires.

¹ Mc Farlane WR, Susser E, et. al. (2014). Reduction in incidence of hospitalizations for psychotic episodes through early identification and intervention. Psychiatr Serv.

Relevancia epidemiológica de los padecimientos de salud mental y consumo problemático

En el plano epidemiológico, a nivel mundial, los problemas de salud mental poseen una prevalencia muy alta. Se estima que una de cada 4 personas padecerá un problema de salud mental a lo largo de su vida; y 1 de cada 10 presentará un cuadro que requiere tratamiento psiquiátrico específico y psicofarmacológico² (OMS, 2020).

Un estudio argentino, el único de alcance nacional en población general, (STAGNARO 2018. Vertex) evidencia que el 29,1% de las personas a lo largo de su vida experimenta algún padecimiento en salud mental que requiere atención por los servicios de salud.

En la Región de las Américas, los consumos problemáticos de sustancias y los problemas de salud mental se ubican entre las causas que más inciden sobre los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVADs). Las enfermedades no transmisibles representaron una proporción mucho mayor (78%) del total de AVAD, de las cuales las problemáticas de salud mental incluidos los derivados de afecciones neurológicas, intentos de suicidios y consumo de sustancias supusieron una fracción de los AVAD mucho más alta, siendo del 19%.

5

En la Argentina, el 17% de los AVAD corresponden a problemáticas de salud mental que incluye a las autoagresiones, suicidio, consumo problemático de sustancias y problemas neurológicos y el 34 % de los años de vida perdidos por discapacidad (APD). (OPS, 2018).

Pero aún más importante, las principales enfermedades crónicas no transmisibles, que son las más frecuentes y las principales causas de muerte poseen importante componente psicosomático. Esto significa que trae consecuencias en la salud la forma en que las personas vehiculizan sus conflictos y el estilo de vida y hábitos que adoptan, así como la capacidad de desarrollar y de tramitar los desafíos, las pérdidas, el padecer subjetivo y las somatizaciones.

Las prácticas de los equipos de salud incorporan lentamente estas nociones pero aún se trabaja escasamente lo preventivo en proporción al abordaje de las manifestaciones sintomáticas y complicaciones.

Modalidad de abordaje de las urgencias

El abordaje de las urgencias en salud mental requiere de la participación del equipo de salud, los referentes vinculares y la persona usuaria cuando su situación lo permita y en la medida de sus

² Atlas de Salud Mental 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

posibilidades. Implica también la posibilidad de realizar intervenciones comunitarias, por ejemplo, en el domicilio de la persona, el trabajo conjunto y articulado con otros sectores a nivel local (justicia, educación, desarrollo de la comunidad, seguridad, género, entre otros), dado que es necesario que el grupo de pertenencia y las otras instituciones involucradas acompañen a la persona usuaria con el fin de facilitar la inclusión sociocomunitaria para que el abordaje de la urgencia no signifique el inicio de un proceso de exclusión y separación de sus redes sociales y comunitarias.

Dar cuenta de las situaciones complejas que se presentan en el ámbito de las urgencias, teniendo en cuenta que las personas concurren principalmente a las guardias en numerosas oportunidades y que en ocasiones se transforman en lugar de alojamiento y seguimiento, es pensar desde una lógica de apoyo, evaluación, articulación y seguimiento de la población que asiste a los mismos. A su vez, esta estrategia pretende evitar la derivación a los hospitales neuropsiquiátricos.

La modalidad de abordaje así planteada se basará en la articulación prioritaria y necesaria con la **red provincial de salud mental y consumos problemáticos** extra hospitalaria (CPA, Centros de Día Comunitarios, Unidades Residenciales para el Abordaje de los Consumos Problemáticos) y **otras instituciones de salud** (Unidades Sanitarias y Dispositivos del Primer Nivel de Atención) y **así como también actores territoriales formales e informales** (por ej., organizaciones barriales, vecinos, iglesias, escuelas, etc.). De esta forma se promueve el acceso y continuidad asistencial, extendiendo la misma a otros ámbitos comunitarios priorizando la georreferenciación, es decir, una atención y seguimiento cercano a donde se encuentran las personas en articulación con otros recursos externos al hospital.

Si bien muchas de las situaciones de urgencia en salud mental no se resuelven sólo en el ámbito de una internación, resulta necesario contar con un equipo capaz de conducir una intervención que permita tratar el episodio agudo, el cual definimos como aquel que (no resultando todas las otras estrategias ambulatorias) sólo puede resolverse en el marco de un hospital, sea este abordaje por medio de atención en guardia y estabilización del cuadro, o bien intervenciones que concluyan en una internación breve en sala o espacio destinado a tal fin, sean las mismas de carácter voluntario o involuntario, procediendo en cada caso como lo indica el marco normativo vigente.

En el ámbito intrahospitalario, es deseable que los equipos puedan en el tiempo **construir una transferencia de conocimiento y articulación con el resto de la guardia general** que permita ampliar las capacidades de los equipos de salud en general (médicos, enfermeros y personal de salud en general). Esta estrategia pretende mejorar la accesibilidad de las personas con problemáticas de

salud mental (incluidos los consumos problemáticos), de cualquier franja etaria en cumplimiento con el art.28 de la ley de salud mental.

Los equipos de salud mental deberán destinar parte de su trabajo a la articulación fuera de la institución con otros efectores de salud que realizan la derivación y/o con familiares y redes de contención o apoyo.

Objetivos de la guía de atención

Objetivos generales:

- Proveer a los equipos de salud de los Hospitales Generales, las herramientas y recomendaciones para la atención de las situaciones de crisis y/o urgencias en salud mental de la población consultante.
- Unificar criterios en el abordaje de las urgencias en salud mental en los efectores que brindan atención en salud mental en el territorio de la provincia de Buenos Aires.

Objetivos específicos:

- Promover el ejercicio de buenas prácticas acorde a la legislación vigente en el marco de la protección de los derechos de las personas usuarias del sistema sanitario.
- Disminuir las barreras de acceso materiales y simbólicas al sistema sanitario.
- Brindar material de estudio y consulta en el marco de la formación permanente para los equipos hospitalarios.
- Desarrollar instrumentos técnicos para mejorar la calidad de la atención.
- Generar instrumentos para la sistematización de datos.
- Promover la participación de las personas usuarias en las estrategias de atención.

I. RECORRIDOS EN LA URGENCIA

La prioridad serán las situaciones de urgencias -en salud mental- definidas como toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas y el desempeño habitual que supone un alto grado de padecimiento y ruptura del equilibrio vital, de tal manera que la persona, el entorno y/o el equipo sanitario consideren que requiere atención inmediata³.

³ Lineamientos para la urgencia en Salud Mental (2013). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

II. 1.) Triage en Salud Mental

En el camino de la integración de las situaciones de salud mental a los abordajes en salud, se propone la implementación de un triage integrado y único como primer contacto hacia la población con la finalidad de priorizar y derivar situaciones en caso que corresponda, que afectan a la salud tanto en su aspecto físico como psicosocial. En este triage se contemplan componentes psicosociales y relacionales con el fin de construir desde el comienzo, estrategias vinculadas a no excluir de la comunidad a las personas usuarias desde el primer acercamiento al sistema de salud.

El triage es un dispositivo que tiene el objetivo de valorar y priorizar la situación de una persona que llega al efector para determinar su urgencia y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado. También responde a la idea de adecuar el abordaje de la urgencia de manera que las personas usuarias la reciban acorde a sus necesidades y por los motivos adecuados.

II. 2) Referencia, contrarreferencia y continuidad de cuidados

Es de fundamental importancia la articulación con la totalidad de los niveles de la atención sanitaria en el sistema de derivaciones, para dar continuidad y promover la integralidad de acuerdo a las necesidades y la complejidad que requieren las personas.

Las personas llegan al ámbito hospitalario de distintas maneras, a saber: voluntariamente por sus propios medios, desde algún otro efector sanitario de cualquier nivel de atención; derivados por vía judicial; por las fuerzas de seguridad a partir de una intervención en la vía pública; desde cualquier otro organismo público o privado.

Para promover un abordaje integral es preciso tener claridad respecto de las **Redes** sanitarias y comunitarias tanto a nivel individual como del sistema. El hospital con sus equipos intervinientes se considera un nodo estratégico de las redes anteriormente mencionadas. De modo que su rol en el abordaje de las personas usuarias en situación de crisis es fundamental y desencadenará una serie de acciones, estrategias y gestiones en otros actores como familias y redes afectivas, organizaciones barriales, otros efectores sanitarios y distintas instancias gubernamentales.

II. 3) Internaciones por motivos de salud mental

En el marco de la atención de las urgencias, puede resultar que se decida la internación en un establecimiento de salud.

La internación debe ser considerada como un recurso dentro de una estrategia terapéutica, cuando se hayan agotado otros abordajes ambulatorios o la inminencia de la crisis no diera tiempo al despliegue de las mismas.

Las internaciones deben ser de carácter transitorio, lo más breves posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis. Las mismas están indicadas como recurso terapéutico cuando aporten mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social y/o cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación, debiendo ser asistida de manera integral. La duración debe ser analizada en función de la evolución del cuadro clínico, de las redes afectivas y de contención con que se cuenta, de la particularidad de cada persona y de su momento vital.

Todas las internaciones, como cualquier otra intervención sanitaria, deben ser evaluadas e indicadas por el equipo de salud que será el responsable de la misma.

Las internaciones como es sabido, pueden ser **voluntarias o involuntarias**. Las internaciones involuntarias, sólo podrán realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Art. 20 de la Ley 26.657).

9

La definición de riesgo cierto e inminente está prevista legalmente: “*entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual, realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no deberá reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica. No se incluyen los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental*” (Art. 20 - Decreto 603/2013).

Las mismas deben ser informadas al juez en los tiempos y formas previstos en la Ley Nacional de Salud Mental y deberá contar con el control de legalidad de la medida por parte de instancia judicial tal como se detalla en la Ley Nacional de Salud Mental.

Las internaciones, voluntarias o involuntarias, deben pensarse en una trama de otras intervenciones de cuidado, asistencia y acompañamiento. Ello supone que el egreso de la institución hospitalaria debe realizarse en articulación con otras estrategias de continuidad de cuidados que deben ir construyéndose desde la estadía misma en la institución y no solo desde su egreso. Asimismo, el ingreso a la internación también puede darse en el marco de una estrategia ya

articulada con otro efector de salud o equipo que está a cargo de la asistencia y/o cuidados.

En el marco de la atención de la crisis por motivos de salud mental, puede ser necesario en casos extremos y cuando ninguna otra medida de contención haya resultado, la utilización de mecanismos de sujeción mecánica. Para ello se detalla en el anexo de esta guía las condiciones de cuidado estricto para la misma.

III. LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN EN SITUACIONES DE CRISIS Y URGENCIAS

III. 1 . Evaluación Integral de la persona y su contexto

Resulta relevante tener claridad respecto de las presentaciones clínicas contemporáneas, debiendo ubicar diferencias y continuidades en lo que hace a la problemática de salud mental y sus expresiones actuales.

Es importante considerar que el contacto inicial con los dispositivos de salud mental es fundante y muchas veces determinante para la percepción y comprensión de la problemática de salud mental.

Asimismo, es fundamental incorporar la *perspectiva de género* en el análisis de las situaciones, procurando contemplar diferencias para garantizar un abordaje integral que incluya a las dimensiones del cuidado.

Toda crisis tiene sus aspectos singulares, por lo tanto, una intervención nunca será igual a otra; podrán compartir algunas expresiones en común pero los factores desencadenantes son siempre diversos. La resolución y las intervenciones adoptadas posteriormente (de rehabilitación, inserción social, utilización de redes), facilitarán el desarrollo del proceso terapéutico, siendo preciso considerar en este la promoción y prevención en salud.

Las primeras medidas suponen: el comienzo de la intervención del equipo interdisciplinario a partir de la consulta; las consideraciones iniciales de cuidado; el despliegue del proceso de evaluación integral de la persona y de su contexto; y el proceso de toma del consentimiento informado, el cual resulta una herramienta clínica privilegiada para favorecer, en los casos en los que sea posible, la participación de las personas en la toma de decisiones sobre su salud. Estas se aplican desde el primer encuentro con la persona usuaria y se deben revisar durante todo el proceso de atención.

La intervención se inicia a través de la demanda de una persona usuaria en situación de crisis, su familiar y/o acompañante o, en su caso, por solicitud del poder judicial (para evaluación) u otro efector sanitario de los distintos niveles de atención. Esta situación inicial implica que el equipo tome conocimiento de la singularidad de la persona usuaria y de su contexto.

En el primer acercamiento de la personas al servicio urgencias de salud mental deben registrarse los siguientes datos⁴:

- Fecha y lugar en donde se desarrolla la intervención y vía mediante la cual el equipo interdisciplinario fue notificado de la consulta;
- Nombre/s, domicilio laboral y profesión/es de los integrantes del equipo interdisciplinario que recibe la consulta;
- Datos filiatorios de la persona usuaria: nombre, género, edad, nacionalidad, DNI, domicilio, teléfono del usuario/a;
- Breve descripción del relato de la persona usuaria que consulta y de las circunstancias que motivaron la consulta y/o desencadenamiento de la crisis;
- Datos de contacto de los familiares, referentes vinculares y/o acompañantes de la persona usuaria.
- Valoración inicial realizada por el equipo de salud sobre sobre la familia, acompañantes o referentes vinculares, teniendo en cuenta las siguientes variables:
 - continente (con posibilidades de acuerdos en las estrategias terapéuticas);
 - vulnerable (lazos lábiles a nivel relacional, desafiliación, acuerdos: estarán atravesados por las contingencias cotidianas);
 - de riesgo (ruptura del lazo familiar, omisión de la situación: no es posible realizar acuerdos);
- Descripción de las redes de apoyo con las que cuenta la persona usuaria, incluyendo a otros equipos y servicios de salud mental que pudieran estar involucrados en el tratamiento, y otras observaciones que el equipo de salud considere pertinente mencionar.
- Primera estrategia terapéutica implementada considerando el diagnóstico clínico situacional e integral de la persona usuaria.

⁴ Las siguientes consideraciones deberán ser necesariamente documentadas en la historia clínica por parte del equipo de salud.

III.2. Pautas que deben acompañar todo el proceso de intervención.

- Las intervenciones en situaciones de crisis deben ser abordadas por un equipo interdisciplinario, se debe garantizar la complementariedad y articulación de conocimientos y estrategias que propendan a hallar soluciones conjuntas a las dificultades que podrían presentarse en este tipo de intervención. Se debe brindar atención integrando los aportes que cada disciplina ofrece al momento de intervenir en crisis. El abordaje interdisciplinario no supone que todos los miembros del equipo estén presentes en el mismo momento.

- Garantizar el acompañamiento de, al menos, un integrante del equipo de salud, hasta que se incorporen los demás miembros del equipo interdisciplinario.

- Evitar el desarrollo de acciones de forma aislada, dispersa o segmentada, por parte de los integrantes del equipo interdisciplinario.

- Brindar atención receptiva y humanitaria.

- Asistir a la persona en situación de crisis, sin ningún tipo de discriminación, atendiendo a su singularidad durante todo el proceso de intervención.

- Atender la situación de crisis oportunamente, para disminuir y/o evitar el sufrimiento de la persona.

- Habilitar siempre un espacio para la escucha.

- Disponer –y brindar– el tiempo necesario para la atención.

- Acompañar y sostener/prestar apoyo, durante el despliegue de malestar de la persona usuaria, la familia o acompañantes.

- Generar un vínculo de confianza con la persona y/o con sus acompañantes.

- Asegurar una comunicación clara, comprensiva y sensible a las diferencias de edad, género, condiciones de vida, cultura e idioma.

- Aclarar el resguardo de la privacidad durante la intervención.

- En la medida que las condiciones lo permitan regular los estímulos ambientales, los cuales no deben faltar ni ser excesivos.

- Si el equipo evalúa potencial auto o heteroagresividad el encuentro se puede realizar con la puerta abierta. En estas situaciones se recomienda la colaboración de otras personas durante la entrevista (otro miembro del equipo de salud, acompañantes y/o familia según la situación). No dejar al alcance elementos potencialmente riesgosos (bisturí, elementos corto-punzantes, medicamentos, etc.) y prestar atención a que no tenga consigo dichos elementos.

- Atender la reacción al miedo (esta es una variable frecuente, si se tiene en cuenta será más sencillo comprender las reacciones e intervenir en consecuencia transmitiendo serenidad, tanto del consultante como del equipo interviniente).

- Identificar a los referentes vinculares que pudieran resultar tranquilizadores y colaborar durante el proceso de atención. En caso contrario, deberán ser incluidos en momentos diferenciados.

- El acompañamiento de los referentes familiares o vinculares de la persona usuaria constituyen una parte fundamental de todo proceso de intervención en una situación de crisis.

- En el caso de que la persona llegue sola, localizar referentes vinculares. En caso de desconocimiento de su identidad deben realizarse averiguaciones tendientes al esclarecimiento.

- El hecho de que la persona llegue sola, o no cuente con referentes afectivos nunca puede ser excluyente para la atención en el sistema de salud y/o internación en caso de ser necesaria.

- Si la persona es llevada por las fuerzas de seguridad, se debe solicitar información al personal de seguridad con el fin de aportar datos referentes a las condiciones en la que se encontró a la persona, sin ser necesaria su presencia en el espacio donde se realice la consulta o entrevista con la persona.

- Los agentes profesionales del equipo deben conocer e identificar dispositivos institucionales para que al momento de recepción de una persona en crisis o urgencia puedan derivar de forma oportuna, adecuada y necesaria.

- Considerar la opinión de la persona usuaria con respecto al tipo de intervención que se está desarrollando o se desarrollará. Procurar la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones de la persona a lo largo del proceso de intervención, a través del consentimiento de la misma, respetando sus derechos en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

- Solo cuando la persona usuaria no pueda opinar sobre la intervención –porque su estado psico-emocional no lo permite y fehacientemente se encuentren agotadas las vías para lograr la participación de éste/a, de sus familiares y/o acompañantes-, podrá decidir de qué manera proceder –sin obtener dicha participación– el equipo interdisciplinario. Esta situación excepcional finaliza con el restablecimiento de su capacidad de decisión.

Cuando cede la crisis es preciso determinar los cuidados necesarios para su seguimiento en la comunidad.

III- 2. Evaluación global de la persona usuaria

En la evaluación general y el diagnóstico diferencial se espera tener en cuenta los contenidos mínimos que deben estar presentes en la valoración. La consideración de los componentes que se enumeran a continuación, posibilitará que la planificación de la estrategia terapéutica posterior sea la más adecuada para la persona.

Aspecto general y presentación de la persona:

- › cómo llega la persona; con quién llega;
- › condiciones generales de acuerdo a su ámbito socio-cultural;
- › información preliminar recabada.

Examen físico general:

- › signos vitales (controlar con frecuencia);
- › probabilidad de embarazo;
- › signos de maltrato/abuso sexual;
- › signos de autolesión/intento de suicidio;
- › signos físicos de consumo de sustancias psicoactivas (alcohol y otras drogas).

Otras pruebas complementarias a ser consideradas en caso que correspondan:

- › electrocardiograma (ECG);
- › laboratorio;

Estado psíquico global (síntomas actuales y detección de otros síntomas):

- › estado de conciencia: despierto/dormido, lúcido/obnubilado;
- › grado de orientación global: ubicación témporo-espacial;
- › estado cognitivo global: atención, concentración y memoria;
- › actitud: colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida;
- › lenguaje: verborrágico, mutismo, neologismos;
- › pensamiento: *curso* (enlentecido, acelerado, interceptado, sin idea directriz, fuga de ideas); *contenido* (ideación coherente, delirante, de grandeza, de persecución, mística, pueril, obsesiones, ideas de desesperanza y muerte);
- › juicio: conservado, insuficiente, debilitado, suspendido;

- › alteraciones de la sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas;
- › afectividad: humor expansivo, humor deprimido, indiferencia afectiva, labilidad;
- › sueño: insomnio o hipersomnias;
- › actitud alimentaria: anorexia, negativa a comer, hiperorexia.

Desempeño funcional actual de la persona:

- › actividad motora: inquietud, desasosiego, hiperactividad, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía, coordinación motora gruesa, lateralidad, praxias, integración viso-motora, cruzar la línea media;
- › componentes neuromusculares: reflejo, amplitud de los movimientos, control postural, alineación postural, tono muscular.

Áreas ocupacionales en las que se desempeña de manera independiente:

- › actividades básicas de la vida diaria (ABVD): bañarse, vestirse, comer, higiene y arreglo personal, actividad sexual, descanso y sueño, etc.;
- › actividades instrumentales de vida diaria (AIVD): cuidado de los otros, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, uso de transporte, etc.;
- › actividades avanzadas de vida diaria (AAVD): educación, trabajo, juego, ocio/tiempo libre, participación social.

Áreas ocupacionales en las cuales necesitó/a asistencia al momento de la crisis:

- Actividades de la vida diaria.
- Roles ocupacionales al momento previo a la situación de crisis o urgencia: trabajo, actividades productivas, estudiante, cuidador/a, madre/padre, deportista, amigo/a, artista, etc.
- Desencadenantes de la crisis o urgencia: durante todo el proceso terapéutico se debe tener en cuenta el factor que desencadenó la crisis o urgencia actual, trabajar con estrategias que comprendan los aspectos integrales de la persona: familia-comunidad-trabajo, para evitar el aislamiento de quien consulta. Indagar sobre el contexto en el que ocurren, cambios en las costumbres, usos cotidianos o cualquier acontecimiento estresante en curso, tener en cuenta la coexistencia de múltiples factores.

Antecedentes:

- de episodios similares y/o tratamientos previos.
- familiares. Tener en cuenta factores de protección y de riesgo para abordar con la familia, como acción de promoción y prevención de la salud.

Condiciones de vida:

- Considerar vínculos existentes, empleo, vivienda, situación económica, entre otros; considerando factores protectores y de riesgo.
- Manifestaciones más comunes en situaciones de crisis y/o urgencia: **en las situaciones de crisis o urgencia no es imprescindible hacer un preciso diagnóstico psicopatológico.** Es importante realizar una valoración clínica global que permita actuar con eficacia y prudencia considerando la etapa del ciclo de vida en el cual se encuentra la persona.

III- 3 Recorrido psicofarmacológico.

Los psicofármacos son herramientas de utilidad en el marco de un abordaje integral de las crisis por motivos de salud mental en el ámbito hospitalario.

16

Es importante considerar que en el contexto de una guardia, la prescripción de psicofármacos no representa un tratamiento en sí mismo, sino una búsqueda de alivio rápido **en tanto los beneficios superen los riesgos de uso.**

En el momento de prescribir es importante brindarle a la persona que se encuentra atravesando una crisis de salud mental **información sobre sus derechos, los beneficios buscados y riesgos esperados.** Si la persona no logra comprender la información, se deberá comunicar a sus familiares, referentes vinculares y/o representante legal según corresponda a cada situación en particular.

El equipo de salud considerará en el marco de su intervención si la persona está realizando o realizó algún tratamiento y si conserva vínculo con los/as profesionales. También es preciso preguntar si la persona ha vivido con anterioridad una situación similar y, en caso afirmativo, cómo logró salir de la misma. El énfasis para la elección de fármacos debe estar puesto en el **caso por caso y sosteniendo la singularidad que cada situación impone.**

Principios generales de uso racional de psicofármacos en las situaciones de crisis:

A los fines de delimitar las prescripciones es preciso diferenciar:

1. Si la crisis corresponde a un cuadro orgánico (tóxico, metabólico, entre otros) o de origen psicógeno.

2. Cuáles son los síntomas preponderantes y los signos de alarma porque acorde a ellos será el tratamiento a instaurar en la urgencia.

3. Si se conocen los antecedentes de tratamientos y la urgencia constituye una descompensación, tener en cuenta el esquema previo, su efectividad y su cumplimiento.

4. En la definición del psicofármaco también se debe tener en cuenta informar a la persona usuaria sobre los efectos adversos de la medicación y que la misma responda a las necesidades fundamentales de salud de la persona.

5. En aquellas personas que cursan cuadros de excitación psicomotriz se podrá utilizar la vía intramuscular.

6. Priorizar la vía de administración oral. En caso contrario se procederá a utilizar la vía intramuscular de más rápida acción.

Principales principios activos utilizados en las crisis de salud mental:

Los mismos se encuentran en consonancia con el vademecum y estrategias priorizadas por el Programa de Uso Racional de Psicofármacos (PURPsi) perteneciente a la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública.

Principios activos	Dosis vía de administración
Risperidona	1 -2 - 3 mg oral
Olanzapina	5 - 10 mg oral
Haloperidol	5 - 10 mg oral - intramuscular
Clonazepam	0,5 - 2 mg oral
Lorazepam	2,5 - 4 mg oral - intramuscular
Biperideno	2 mg oral

En los casos en los cuales se priorice la utilización de la vía intramuscular el uso combinado de Haloperidol y de Lorazepam es la indicación más adecuada para atender la urgencia en los casos de agitación psicomotriz.

La combinación de ambos potencia el efecto incisivo antipsicótico del Haloperidol y el efecto sedativo del Lorazepam que poseen por separado, permitiendo utilizar menor dosis de cada uno. El Haloperidol posee el mayor efecto incisivo de todos los antipsicóticos y el Lorazepam, al ser relajante muscular, disminuye la aparición de disquinesias tempranas que se pueden presentar con el primero (distonías cervicofaciales, bucolingual y faríngea o de otros grupos musculares).

No es aconsejable el uso de antipsicóticos típicos sedativos como la Clorpromazina (Ampliacil), Levomepromazina (Nozinan) y Prometazina (Fenergan) por ser bloqueantes alfa adrenérgicos, pudiendo generar efectos contraproducentes (hipotensión, arritmias, etc.), sobre todo en personas con antecedentes cardiovasculares previos.

Se reserva el uso de Biperideno en las urgencias para el caso de distonías agudas y síntomas extrapiramidales derivadas del uso de antipsicóticos.

III-4. Sujeción Mecánica Terapéutica

Se considera una medida de carácter excepcional cuando se hayan agotado otras instancias menos restrictivas y persista una situación de riesgo de daño cierto e inminente para sí y/o terceros. Se debe tener en cuenta que es una medida restrictiva y su utilización se encuentra fundamentada en el cuidado de la salud y enmarcada en un enfoque de derechos (ver ANEXO).

III -5. Proceso de Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un proceso continuo que comienza luego de haber tomado las *medidas* explicitadas y antes de que se lleve a cabo cualquier procedimiento relacionado a las *estrategias terapéuticas*. Este proceso termina después de que la persona sale de la situación de crisis en la que se encuentra, momento en el que también se le deberá informar sobre el posterior plan de abordaje terapéutico. Es decir que, como toda herramienta dinámica, una vez concluida la situación de crisis será preciso obtener un nuevo consentimiento (cualificado y reiterado) acorde a dichas decisiones, atendiendo al proceso de la toma del Consentimiento Informado (CI).

La obtención *de la firma* del documento del CI es importante, pero sólo es una parte. Es fundamental tener en cuenta esto para una adecuada conducción del proceso. Mientras que la

persona está siendo asistida por el equipo interdisciplinario se le debe notificar toda nueva información relacionada con la intervención que se está desarrollando y que pudiese modificar la voluntad dada con anterioridad, actualizando también la información proporcionada, aún cuando no haya novedades. El proceso, en sí mismo, debe aportar al establecimiento del vínculo entre la persona y el equipo de salud; para esto se deben tomar las precauciones y consideraciones aquí expuestas, lo cual supone un espacio de contención en la situación de crisis o urgencia.

El proceso de CI consiste en:

- › intercambio dinámico y continuo de información entre los miembros del equipo de salud y la persona usuaria que accede a la intervención por situación de crisis y/o urgencia;
- › los profesionales del equipo interdisciplinario deben asegurarse que la persona comprenda la naturaleza, riesgos y beneficios de la intervención que se llevará a cabo, y sus derechos como usuario/a; ya que deben tomar una decisión informada.

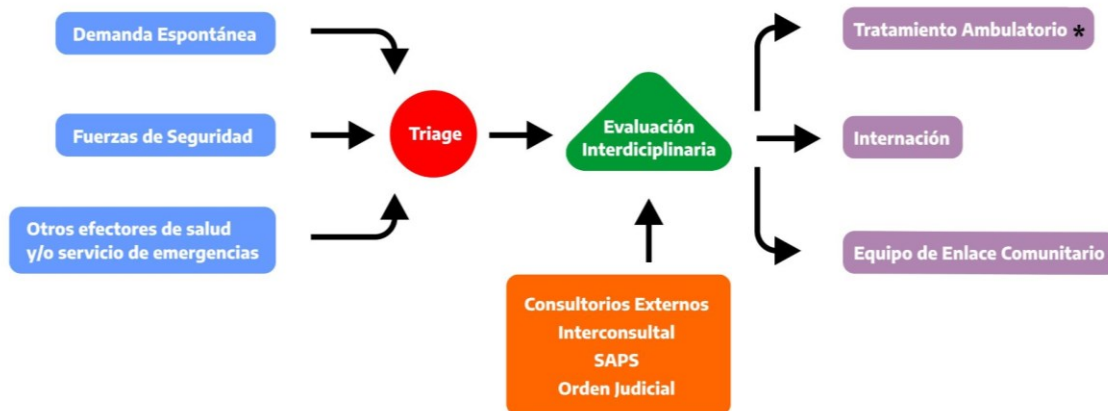
Infraestructura para la Atención en la Crisis en Salud Mental

La atención de las urgencias en salud mental en el ámbito hospitalario requiere que sea acompañada por la adecuación de los espacios de atención, con algunos requerimientos mínimos.

Todo hospital debe tener un espacio en guardia o próximo a la misma para la atención de situaciones críticas en salud mental. Dicha área debe permitir acceso a consultorios para evaluación y entrevista a familiares y personas usuarias. Asimismo disponer de al menos 1 habitación para los cuadros más agudos con 2 camas y un baño ubicados lo más próximo posible al office de enfermería, pudiendo trabajar los cuadros en remisión desde una lógica de cuidados progresivos.

Flujo de Atención

INGRESO DE PACIENTES A LA GUARDIA HOSPITALARIA



*CAPS municipales, Centros Provinciales de Atención, Unidades Residenciales provinciales, Centros Comunitarios Salud Mental y Consumos, Consultorios Externos de hospitales provinciales y/o municipales.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C. & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América latina: amenazas y perspectivas. Recuperado el 24 de mayo de 2022 en www.eutimia.com/ops/leg-stigmatization-eng.pdf
- Atlas de Salud Mental 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
- Collins P. et al. Grand Challenges in Global Mental Health: integration in research, policy and practice. Plos Medicine. 2013.
- Guía para la comunicación de internaciones de carácter involuntario dirigida a efectores con internación y unidades residenciales con internación públicos de la provincia de Buenos Aires (documento interno).
- La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 ISBN: 978-92-75-32028-0
- Ley 26.378/2008. Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 26.529/2009. Derechos del Paciente.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010 y su decreto reglamentario 603/2013.
- Ley 14.580/2014 de adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657.
- Lineamientos para la urgencia en Salud Mental (2013). Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Khon R, Levav I, Saxena S. & Saraceno B. (2004) Bulletin of the World Health Organization; 82 (11)
- Mascayano, F., Tapia, W., Castro, L., Mena Poblete, C. y Manchego Soza (2015) Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Mental, 38(1):53-58. ISSN: 0185-3325.
- Mc Farlane WR, Susser E, et. Al. Reduction in incidence of hospitalizations for psychotic episodes through early identification and intervention. Psychiatr Serv, 2014.
- Murphy S, Irving C, et. al. (2014). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev.
- Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el mundo, 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas
- Stagnaro JC., Cía A., Vazquez N., Vommaro H., Nemirovsky, M. Serafty E., Sustas E., Medina Mora ME., Benjet C., Aguilar-Gaxiola S., Kessler R., (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. VERTEX-Revista Argentina de

Psiquiatría. (XXIX), 275-299.

- Thornicroft, G. (2007) Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. Norte de Salud Mental, 28, 16–22.
- Thornicroft, G. (2008) Stigma and discrimination limit access to mental health care Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17, 1

Bibliografía general

- Plan Provincial de Salud Mental 2021-2022. Página Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/plan-provincial-salud-mental/>

Acto de presentación. <https://www.youtube.com/watch?v=WEx4prlGdok>

- Pautas generales para el abordaje intersectorial de urgencias en salud mental. Resolución conjunta Salud- Seguridad. IF-2022-19229956-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP.

Anexo

Sujeción Mecánica Terapéutica

La sujeción mecánica es una medida de carácter excepcional y restrictivo que se utiliza para extremar el cuidado de personas que presentan un riesgo inminente de daño y/o lesión para ellos mismos o para terceras personas. Dado que son técnicas que restringen la libertad de movimientos, los derechos de las personas usuarias pueden ser vulnerados. Para evitar esto, existen diversos protocolos y preceptos que deben respetarse.

En este apartado se definen parámetros de aplicación de esta práctica frente a determinadas condiciones para lo cual, es fundamental contar con criterios decisorios y técnicas apropiadas que alivien dudas de los profesionales y prevengan consecuencias negativas en las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Es preciso establecer pautas mínimas concisas y claras en el momento de la toma de la decisión, para asegurar el resguardo de las personas usuarias, en un marco asistencial en el momento que debe utilizarse este tipo de intervenciones que comprometen la autonomía y la libertad de una persona en situación de vulnerabilidad.

23

La Ley 26.657 en su art. 14 se expresa contraria a toda acción que restrinja libertades y habilita a ello sólo en caso de que la situación clínica de la persona usuaria así lo requiera, guiados por el principio de cuidado y beneficencia.

Definición

Sujeción implica el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de una persona, con el fin de controlar sus actividades físicas y de protegerlos de las lesiones que pudiera infligir a sí mismo o a otros ⁵. En sí misma, es una técnica que limita los derechos y libertades de una persona, por lo que deberá ser siempre utilizada con carácter excepcional, por el menor tiempo posible y siempre bajo estricto control. Se utiliza habitualmente en personas que se encuentren en estado de agitación o que muestren signos

⁵ Esta definición no incluye aquellos procedimientos de sujeción realizados de un modo habitual en otros procesos diagnósticos y/o terapéuticos, como la sujeción del cuerpo en intervenciones quirúrgicas o en algunos métodos diagnósticos, la inmovilización del miembro superior para facilitar el acceso a una vía venosa, etc.

reconocibles de agresión inminente, siempre y cuando otras instancias se hayan aplicado sin resultados o no hayan podido implementarse; o que tales métodos no resultaron efectivos o estén contraindicados. La acción implica una privación de la libertad por lo tanto no implica el consentimiento informado.

Previamente a la aplicación de la sujeción mecánica, hay que intentar otros abordajes tales como la contención verbal, el control ambiental, las medidas conductuales y la contención farmacológica.

La sujeción mecánica es un recurso restrictivo y por ello sólo se indica excepcionalmente al agotar otras estrategias, como último recurso y por el menor tiempo posible.

Indicaciones

Diferentes autores han consensuado las situaciones susceptibles de aplicación de las técnicas de sujeción mecánica:

- Cuando una persona se encuentra en estado de agitación y se expone a riesgo de daño a sí mismo y/o a terceros;
- Cuando una persona en estado de agitación (sea por cuadro descompensación psicótica, intoxicación o abstinencia) se muestra reticente y/u hostil a la terapéutica o internación y se agotaron otros recursos y medios de persuasión **presentando riesgo para sí o terceros**.
- Cuando se accede a una persona con sujeción mecánica previa debe valorarse la necesidad de continuidad de la medida, basado en la historia previa y la justificación de la sujeción.

Indicaciones relativas:

- Prevenir daños durante la administración de medicación urgente.
- Prevenir la agresión o autolesión en casos sin respuesta a otras intervenciones.

Es contrario a un acto en salud, vulnerador de derechos y sancionable la utilización de la

técnica de sujeción mecánica para otros fines que no sean sanitarios y de cuidado, como cuando la misma se utilice:

- Como castigo o en casos de transgresiones por parte de la persona usuaria.
- Que no esté indicada.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en personas conscientes y lúcidas.
- Como sustitución de un tratamiento en curso.
- Por dificultades de convivencia con otras personas.
- Si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa (por ej. paciente armado).
- Si la agresión tiene intencionalidad delictiva (será competencia de las fuerzas de seguridad).
- Por simple conveniencia del equipo.
- Por una reacción a la hostilidad profesional, de terceros o institucional.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento del estado general de salud de la persona usuaria.

Procedimiento/Técnica:

La implementación de la sujeción mecánica requiere la intervención del equipo interdisciplinario de salud, debiendo estar integrado necesariamente por médico y/o enfermero, pudiendo incorporar otras disciplinas del campo de la salud mental. Ocasionalmente se solicitará la colaboración de otros profesionales, como el personal de seguridad.

Es importante que uno de los miembros del equipo asuma la coordinación del procedimiento, garantizando el cumplimiento del protocolo.

Es preciso mantener una comunicación con la persona a quien se le está practicando la intervención, informando en todo momento de los acontecimientos que están ocurriendo con el fin de proporcionar la máxima tranquilidad posible. Explicitar cada acto del procedimiento, la intención de ayudar y cuidar, así como la transitoriedad y brevedad posible de esta medida, respetando en todo momento la dignidad humana. Considerar que se retirará, en forma gradual, cuando aparezca el efecto sedativo de los psicofármacos y remita el cuadro de excitación.

La intervención puede requerir diversos grados de complejidad, de acuerdo a cada situación

presentada. En líneas generales se recomienda:

- Eliminar objetos peligrosos próximos y prever, de ser posible, un espacio físico adecuado para dicha intervención.
- De ser posible, contar con la ayuda de 4 o 5 personas: una por cada extremidad y otra para el control de la cabeza.
- Sujetar primero un brazo y la pierna contralateral, hasta sostener todas las extremidades, así como la cabeza y, según la intensidad del cuadro, también la cintura.
- Colocar la cabeza ligeramente incorporada a 45 para evitar aspiraciones. Evitar la opresión del cuello y abdomen.
- Las sujeciones de cuero, material de consistencia similar o silicona son las más seguras para realizar la contención. Las vendas, sábanas o similares pueden desajustarse o producir lesiones. Las ligaduras deben permitir movimientos amplios y no obstaculizar la circulación.
- La persona deberá ser evaluada y acompañada en forma permanente.
- Controlar los signos vitales, hidratación, vía aérea, higiene y necesidades básicas.
- Aflojar y rotar periódicamente las ataduras para evitar lesiones.

26

Control y disminución de riesgos

Una vez efectuada la sujeción mecánica de una persona usuaria, y posteriormente sedada, pasará a ser considerada crítica y controlada frecuentemente.

Esta pauta previene la mayoría de las complicaciones provenientes de esta práctica. Se indicarán controles:

Controles de enfermería:

- Cada 20 minutos
- Control de signos vitales.
- Control de vía EV en caso de estar colocada.
- Estado de conciencia.
- Verificación de calidad de deglución, vómitos, ruidos o indicios de broncoaspiración.
- Perfusión periférica, especialmente extremos distales de los miembros.

- Evolución de la conducta frente a la sujeción

Controles médicos:

- Mínimo cada 2 horas
- Indicaciones farmacológicas.
- Estado clínico general.
- Remisión de síntomas.
- Efecto de la contención farmacológica (verificar sensibilidad a síntomas extrapiramidales del Haloperidol u otro si indicado especialmente por vía intravenosa).
- Rever persistencia de indicación de sujeción.

Es indispensable que todo el equipo de salud se encuentre involucrado en la observancia, seguimiento e intervención a fin de que la sujeción sea lo más breve posible priorizando las intervenciones alternativas.

27

Es recomendable:

- Efectuar siempre los controles de enfermería y médicos en tiempo y forma arriba indicados
- Identificar factores de riesgos en antecedentes particulares de la persona usuaria.
- Respetar las pautas de sujeción física, indicaciones y objetivos de la indicación.
- Utilizar fehacientemente el sistema de registro, prescripción y seguimiento.
- Evitar aislar al usuario inmovilizado, considerarlo siempre usuario crítico permaneciendo siempre vigilado y acompañado por familiar o cuidador.
- Verificar buena movilización de la cabeza para minimizar riesgo de aspiración, cama a 45°.
- En caso de decúbito prono, asegurar permeabilidad de vías aéreas.
- Revisar áreas de contacto de la piel, proteger y evitar lesiones.
- Utilizar material de contención homologado y seguir instrucciones del fabricante.
- Nunca cubrir el rostro del usuario, ni avergonzar, amenazar ni sustituir con sujeción a la vigilancia.
- Verificar estadística institucional de casos con contención y discutir propuestas de mejora.

Complicaciones potenciales de la implementación de sujeción mecánica

La existencia de complicaciones dependientes del uso de sujeciones físicas se encuentra suficientemente documentadas, de forma que podemos encontrar lesiones causadas directamente por el dispositivo de sujeción tales como asfixia, isquemia en miembros, lesiones neurológicas (compresión del plexo braquial) o laceraciones.

Entre los efectos adversos producidos indirectamente se encuentra el aumento de las úlceras por presión, aumento del deterioro cognitivo, mayor frecuencia de incontinencia urinaria y fecal, además de un incremento de las tasas de mortalidad.

Otras complicaciones también pueden ser aumento de las infecciones, así como de las complicaciones respiratorias y cardiovasculares, alteraciones musculoesqueléticas como disminución de la fuerza muscular y aumento de la rigidez articular, desnutrición, estreñimiento, aumento de la dependencia para las actividades de la vida diaria, e incluso aumento de la agitación psicomotriz. Asimismo, pueden aparecer lesiones que se asocian de manera más específica a un tipo concreto de restricción, como pueden ser las muertes por atrapamiento entre la baranda y el colchón de la cama.

28

Como reflexión principal, y a modo de conclusión la sujeción mecánica es una medida que se implementa con carácter excepcional, cuando otras instancias terapéuticas menos restrictivas no han funcionado. Se hace imperativo que los equipos de salud conozcan las bases legales y las implicaciones éticas de esta, así como las técnicas y protocolo para su implementación de modo excepcional, para lo cual se hace imprescindible la formación e información de los profesionales.

Es fundamental que todo el equipo de salud responsable de la indicación y ejecución de la sujeción mecánica estén familiarizados tanto con su práctica como con sus aspectos teóricos, así como con los aspectos éticos y legales. Asimismo, es fundamental que los profesionales conozcan el manejo de las personas que comienzan a agitarse, para poder llevar a cabo las actuaciones previas, y reducir de esta manera las restricciones físicas a las mínimas e inevitables.

Referencias bibliográficas

- Del Giudice, G. La contención mecánica: ¿tratamiento sanitario o violación de derechos humanos? Año 2017. Disponible en: <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2018/02/G.-Del-Giudice-La-contencion-mecanica-2017.pdf>
- Stubbs B. The manual handling of the aggressive patient: a review of the risk of injury to nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 395-400.
- Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 440-6. 24.
- Leadbetter D, Paterson B, Yorston G, Knight C, Davis S. Physical intervention: a review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 90-105. 25.
- Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental. Ministerio de salud
- Hawkins S, Allen D, Jenkins R. The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior-the experiences of service users and staff members. *J Appl Res Intellect Disabil* 2005; 18: 19-34
- Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal* 2012; 38: 28-31.
- Galán Cabello C, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Gregorio Alastruey Ruiz J, Onrubia Pecharroman A y cols. Sección Clínica. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43: 208-13
- Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica, Servicio Andaluz de Salud. 2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf 16.
- Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Díaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf 13. Grupo de trabajo de contención mecánica.