

20

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





Dirección Médica

**Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Ciudad de México**

VERSIÓN 3: ABRIL DEL 2024

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

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

VERSIÓN	MODIFICACIÓN	PÁGINA	COMENTARIO
1	04 de octubre 2021	Totalidad	Publicación
2	21 de enero 2022	Directorio (3).	Actualización
3	21 de marzo 2024	Directorio (3,4); Introducción (7-11); Objetivos específicos (14); 6.3 Estrategias Farmacológicas (25-26); 5. Adecuaciones (16), 5.1 Personal Sanitario (17), 5.2 Adecuaciones en primer nivel de atención (17), Adecuaciones en segundo y tercer nivel de atención (17), 5.4 Adecuaciones del espacio (18); 5.4.1 Señalética (21); 6.4 Manejo pediátrico (27-29); 6.4.1 Pautas de tratamiento farmacológico pediátrico (31); 6.5 Indicaciones para sujeción terapéutica (32).	Actualización

Correspondencia:

saludmental@issste.gob.mx



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Dra. Bertha María Alcalde Luján
Directora General

DIRECCIÓN MÉDICA

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Médico

Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguia
Subdirectora de Prevención y Protección a la Salud

Dra. Selene Martínez Aldana
Subdirectora de Regulación y Atención Hospitalaria

Dr. Valentín Herrera Alarcón
Subdirector de Gestión y Evaluación en Salud

Mtra. Laura Minerva Hernández Herrera
Subcoordinadora de la Dirección Médica

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
Jefe de Servicios de Programas de Prevención y Atención de
Enfermedades Crónico-Degenerativas

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres
Jefa Nacional de Salud Mental y Adicciones



Grupo Técnico

Dr. Miguel Ángel Nakamura López

Jefe de Servicios de Programas de Prevención y Atención de
Enfermedades Crónicas-Degenerativas

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres

Jefa Nacional de Salud Mental Dirección Médica

Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal

Jefa del Servicio de Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología y
Neuropsicología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

Dra. Karla Cristina Barrera Marín

Médico Psiquiatra adscrito a la Dirección Médica

Dr. Daniel Martínez Cabrera

Director de la Clínica de Especialidades de
Neuropsiquiatría Tlatelolco

Dra. Ana Eugenia Barrera Vivanco

Coordinadora del Servicio de Psiquiatría del
Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro"

Dr. José Alberto Téllez Martínez

Coordinador de Servicios de Salud Mental y Adicciones del Hospital
General "Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua" Tláhuac

Dr. José Luis Pozos Saldívar

Médico Psiquiatra y Paidopsiquiatra del
Hospital Regional "1o de Octubre"

Dr. Ricardo Guzmán Aburto

Médico Psiquiatra del Hospital Regional "1º de Octubre"

Dr. Emmanuel Enrique Chávez Toledo

Médico Psiquiatra del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"





Dr. Benigno Valdez Castro

Coordinador de Urgencias
Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Luis Homero Vargas Torrescano

Jefe de Medicina Interna
Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Rafael Basurto Méndez

Médico Psiquiatra y Paidopsiquiatra del
Hospital General Querétaro ISSSTE

Dr. Jesús Enrique Chávez Jaimes

Médico Urgenciólogo
Hospital General Querétaro ISSSTE

Mtra. Cecilia Flores Mendieta

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Mtra. Liliana Cruz Hernández

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Dra. Cristina Aguillón Solís

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica

Mtra. Maricela Sandoval Olivares

Psicóloga y Neuropsicóloga Clínica
adscrita a la Dirección Médica



CONTENIDO

1. Introducción.....	8
2. Marco Jurídico.....	12
3. Justificación.....	15
4. Objetivos.....	17
4.1 General.....	17
4.2 Específico.....	17
5. Adecuaciones.....	17
5.1 Personal Sanitario	18
5.2 Adecuaciones en primer nivel de atención	18
5.3 Adecuaciones en segundo y tercer nivel de atención.....	18
5.4 Adecuaciones del espacio	19
5.4.1 Señalética.....	21
6. Código Morado.....	21
6.1 Técnicas de De-escalada	24
6.2 Identificación de la probable etiología de la Agitación Psicomotriz	24
6.3 Estrategias Farmacológicas	26
6.3.1 Pautas de tratamiento farmacológico (restricción química)	27
6.4 Manejo pediátrico.....	28
6.4.1. Pautas de tratamiento farmacológico Pediátrico.....	30
6.4 Recomendaciones generales del procedimiento ante el Código Morado	30
6.5 Indicaciones para sujeción terapéutica	31



6.5.1 Sujeción terapéutica	31
6.5.2 Contraindicaciones para la sujeción terapéutica	33
Anexos	34
Anexo a: Escala de Agresión Explícita	34
Anexo B: Señalética	35
.....	37
7.Referencias	38



1. Introducción

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

Por tanto, la salud mental además de ser un derecho humano fundamental es un aspecto primordial para el bienestar y el desarrollo de las personas; y los países por lo que la OMS reconoce que ***“No hay salud sin salud mental”***, por lo que las acciones para el cuidado de la salud mental son vitales para el bienestar individual y colectivo.

La salud mental es resultado de un proceso multifactorial complejo; y que cada persona experimenta de manera diferente. Si existe una afección en la salud mental esta comprenderá un trastorno mental y discapacidad psicosocial, así como otros estados mentales asociados, pudiendo existir discapacidad funcional o riesgo de conductas autolesivas (OMS, 2022).

Los trastornos mentales son un grupo de patologías que afectan por distintas causas de tipo biopsicosocial a la salud de las poblaciones sin distinción de edad, género o nivel socioeconómico. La prevalencia en el mundo de cualquier diagnóstico de trastorno mental es de 22.3% en mujeres y de 15.1% en hombres. Esta prevalencia es mayor en adultos jóvenes entre los 18 a 25 años reportada en 25.8% (Organización Mundial de la Salud, 2013), siendo una de las principales causas de años perdidos por discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y bidireccional. Hay una influencia mutua entre los trastornos mentales el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, de acuerdo con el Informe de la Comisión independiente de alto nivel de la OMS sobre enfermedades no transmisibles del 2018, las personas con trastornos mentales



graves, tienen una esperanza de vida reducida en 10 a 20 años, debido principalmente a enfermedades transmisibles no tratadas.

De manera paralela el riesgo de suicidio o los intentos autolesivos se incrementan en estas poblaciones clínicas, por lo que resulta fundamental emprender acciones acordes a las necesidades de las personas en las que su salud mental se encuentra vulnerada (OMS, 2009).

Es de relevancia señalar que el confinamiento mundial por la pandemia COVID-19 (2020- 2023), tuvo como consecuencia un aumento del 25% en los trastornos de ansiedad y depresión, lo anterior, a consecuencia de diferentes factores como el estrés, aislamiento, limitaciones para trabajar, miedo al contagio y alto número de descensos (Kupcova et al., 2023).

Los datos de la Encuesta Nacional de Bienestar (INEGI, 2021a) ha indicado que el 15.4% de la población adulta ha presentado síntomas de depresión, las mujeres tienen una mayor proporción con 19.5%. Además, el 19.3% de la población adulta vive con síntomas de ansiedad severa, mientras el 31.3% presenta este tipo de sintomatología solo que en menor grado.

Respecto al suicidio, una de las principales urgencias en salud mental, es una preocupación mundial; De acuerdo con la OMS, en el mundo mueren anualmente aproximadamente 700 000 personas a causa del suicidio, lo que se podría traducir en que cada 40 segundos una persona consume el suicidio y 20 quedan en intentos fallidos. A nivel mundial, entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse (Hernández-Bringas & Flores-Arenales, 2011); en México, la tasa de suicidios en 2017 se reportó en 5.2 por cada 100 mil habitantes, en el 2019 de 5.6 por cada 100 mil habitantes y en 2020 fue de 6.2, notando un aumento constante de este fenómeno conductual (INEGI, 2021b).

En relación con la población pediátrica, se reconoce hoy en día, que niñas, niños y adolescentes presentan alteraciones en la salud mental que se pueden manifestar a edades tempranas, donde la ansiedad y la depresión representan alrededor del 40% de estos trastornos de salud mental diagnosticados; los demás incluyen el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, el trastorno de la conducta, la discapacidad intelectual, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios, el autismo, la esquizofrenia y un grupo de trastornos de la personalidad (UNICEF, 2022).





Existen diversos factores de riesgo que vulneran la salud mental del infante, como una falta de calidad de atención por parte de los padres, carencias afectivas y emocionales; y actividades centradas en rendimiento y eficacia, (López et al., 2023). De igual forma la población pediátrica está expuesta a dificultades educativas, estigmatización, violaciones de derechos humanos (OMS, 2021) que dificulta su reconocimiento, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Asimismo, la pandemia SARS-COVID, hizo evidente el deterioro de la salud mental en este grupo, revelando un alto índice de síntomas depresivos, autolesiones, adicciones y conductas suicidas (Neumann et al., 2021).

Respecto a urgencias en salud mental, se deberá poner énfasis en los intentos suicidas, reconociendo que el suicidio a nivel mundial es la quinta causa de muerte más frecuente entre los adolescentes de 10 a 19 años (UNICEF, 2021), en México, las tasas de suicidios aumentan en la transición de la niñez a la adolescencia, presentando en un rango de edad de 10 a 14 años un 2.1 suicidios por cada 100 mil habitantes, a un 7.7 por cada 100 mil entre los 15 a 19 años (INEGI, 2021b).

Ante el panorama anterior, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (**ISSSTE**) ha tenido que hacer frente a estas necesidades en materia de salud mental, es por ello, que su Dirección Médica por medio de la Junta Directiva el 25 de marzo del 2021 aprobó el Programa Integral de Salud Mental en los tres niveles de atención, qué a través de la Jefatura Nacional de Salud Mental, se ha buscado establecer una implementación integral a todos nuestros derechohabientes (Dirección Médica, 2021).

A partir de la publicación de la 1a. Edición de la Guía Operativa para el Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental: Código Morado en 2021, se logró su implementación en todo el país, en los tres niveles de atención. Las unidades médicas que se incluyeron en esta iniciativa de la Dirección Médica fueron: el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, los 14 Hospitales Regionales, los 26 Hospitales Generales y 52 Clínicas Hospitales del país. Hasta este momento se alcanzaron más de **5,000 mil casos atendidos** en el marco de una urgencia de salud mental, que incluyeron la atención de niñas, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores en situación de alta vulnerabilidad emocional.



A la par, se logró implementar más de 140 camas en nuestras unidades médicas en todo el país; Así como la apertura de dos unidades completas de hospitalización de mediana estancia en salud mental, con equipos altamente especializados, ejemplo de ello, es el Hospital General “Dra. Matilde Petra Montoya Lafragua” en Tláhuac con 16 camas censables y en el Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, de igual forma, a través de la **Guía 32 Para el Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en los Tres Niveles de Atención**, se refuerzan las acciones en la atención de salud mental.

Cabe destacar que estos alcances institucionales, se incluyeron como experiencia de éxito y quedaron plasmados en el **Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023- 2024**, como un modelo referente para el sector salud.

Es por ello, que la presente actualización, busca continuar con los esfuerzos realizados, reforzando las acciones que deben ser incorporadas o mejoradas en todas las unidades médicas del Instituto en los tres niveles de atención, con el objetivo de fortalecer e integrar de manera articulada nuestra red de atención; y buscando que todo el personal de salud cuente con los lineamientos de Atención en Urgencias en Salud Mental con pleno apego a los Derechos Humanos.

2. Marco Jurídico

INTERNACIONAL

- Declaración de Caracas, 1990.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
- Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, suscrita el 12 de octubre de 2006.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados el 25 de septiembre de 2015.

NACIONAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, párrafo cuarto.
- Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación, cap. VII, art. 72-76; publicada en el D.O.F el 16 de mayo de 2022.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, cap. I, art. 7-10; publicada en el D.O.F el 30 de mayo de 2011, última reforma publicada en el D.O.F el 06 de enero de 2023.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cap. II, art. 33-41; publicada en el D.O.F el 31 de marzo de 2007, última reforma publicada D.O.F el 08 de mayo de 2023.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012 que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada publicada el 22 de junio de 2010.



- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013 Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica publicada el 22 de febrero de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica con fecha de publicación del 15 de diciembre de 2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad. DOF 14-IX-2012 con fecha de publicación del 14 de septiembre de 2012.
- Reglamento de los Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, cap. I, art. 8-11; cap II, art. 12-19; cap. III, art. 20-27; cap. IV, art. 28-32; cap. V, art. 33-35; título III del Seguro de Salud, cap. I, art 36-49; cap. II, art 50-52 y sección primera de la prestación del servicio de medicina familiar, art. 53-62, publicado en el D.O.F el 31 de octubre de 2016.
- Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, publicado en el D.O.F el 12 de julio de 2019, que establece el compromiso del Gobierno Federal para realizar las acciones necesarias tendientes a garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención a la salud gratuita integral y de calidad, incluido el suministro de medicamentos, materiales de curación y los exámenes clínicos.
- Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado publicado en el D.O.F el 15 de junio de 2020.
- Programa Integral de Salud Mental 2021, Dirección Médica, ISSSTE, 2021. Aprobado el 25 de marzo de 2020 ante la Junta Directiva.





- Reforma a la Ley General de Salud Mental en Materia de Salud Mental y Adicciones, publicada el 16 de mayo de 2022.
- Pronunciamiento DGDDH/037/2022: Posicionamiento de la CNDH ante la reciente reforma a la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones, publicada el 14 de junio del 2022.
- Guía 32: Para el Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en los Tres Niveles de Atención.



3. Justificación

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

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

Los episodios de agitación psicomotriz o conducta violenta pueden presentarse en diversos escenarios clínicos, incluyendo la consulta externa de cualquier especialidad, el servicio de urgencias, o el hospital general. Por este motivo, es importante que personal de medicina, enfermería, administrativo, de seguridad y trabajo social estén capacitados para su reconocimiento y un manejo oportuno. Lo anterior, requiere del establecimiento de un sistema de reconocimiento y manejo del paciente o usuario que presenta agitación psicomotriz y/o agresividad (Molina-López et al, 2017).



La Dirección Médica del ISSSTE, a través de la Subdirección de Prevención y Protección a la Salud y la Jefatura de Salud Mental propone por primera vez acciones contundentes, mediante la presente Guía Operativa, para el manejo integral de urgencias en salud mental en los tres niveles de atención, mismas que están articuladas con el **Programa Integral de Salud Mental**.



4. Objetivos

4.1 General

Establecer un protocolo de reconocimiento y manejo integral intrahospitalario del derechohabiente que se encuentra psiquiátricamente descompensado, con la finalidad de brindar atención oportuna, incluyente y con pleno apego a los Derechos Humanos, atendiendo la urgencia en salud mental dentro de todas las unidades médicas del ISSSTE en los tres niveles de atención.

4.2 Específico

Establecer los lineamientos operativos y protocolarios en la admisión continua en áreas intrahospitalarias incluyendo áreas pediátricas, para el manejo integral de urgencias en salud mental de derechohabientes con sintomatología aguda, que pueda poner en riesgo su integridad o la de terceros y garantizar su seguridad.

5. Adecuaciones

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

- No estigmatiza ni excluye a la persona, pues se trata de un servicio más incorporado al hospital, a los que se ofrecen diversas atenciones médicas y/o paramédicas.

- Facilita el ejercicio interdisciplinario de personal directamente vinculado al campo de salud mental, y de aquel que coadyuva a la atención integral.
- Permite una mejor interacción entre el derechohabiente y el equipo tratante.
- Incorpora a la familia de manera activa, en la atención del usuario al mismo tiempo que sensibiliza sobre la problemática que se aborda como un problema de salud sin estigmas.
- Disminuye la brecha de atención en salud mental.

5.1 Personal Sanitario

Para los servicios de salud mental en el marco de una urgencia, se requiere de personal sanitario facultativo de acuerdo con los recursos humanos con los que cuente cada unidad médica en función del nivel de atención correspondiente. Por ejemplo, médico general, médico familiar, médico especialista en psiquiatría, en urgencias, medicina interna, entre otros; y personal paramédico, como es el caso de enfermería, psicología, camillería y trabajo social; Así como personal administrativo y de seguridad.

5.2 Adecuaciones en primer nivel de atención

En el caso del primer nivel de atención, todo el personal de salud tiene que contar con capacitación en Código Morado, así también tendrá que realizar los algoritmos de enlace hacia unidades hospitalarias, de igual forma deberán de promover entre los derechohabientes los servicios de urgencias en salud mental que puedan recibir en unidades hospitalarias del Instituto.

5.3 Adecuaciones en segundo y tercer nivel de atención

Deberá adecuarse al menos una cama para la atención de pacientes con sintomatología psiquiátrica descompensada o agitación psicomotriz en las



áreas de urgencias pediátricas y de adultos, así como al menos una cama en áreas de hospitalización pediátrica y de adultos para un manejo de corta estancia (6-8 días), buscando respuesta al tratamiento con remisión de síntomas agudos y/o contención de riesgo suicida (Babaloea et al, 2014).

Las áreas y el personal designado para este fin tendrán que implementar la presente Guía de Urgencias en Salud Mental integrando el botiquín de Código Morado.

5.4 Adecuaciones del espacio

Las personas con padecimientos psiquiátricos tienen un mayor riesgo de caídas, asociado en parte a la prescripción de medicamentos psicotrópicos, los cuales aumentan el riesgo en un 78%, así como el estrés que presentan en los padecimientos psiquiátricos y adicciones comparado con el resto de la población hospitalaria (Bayramzadeh et al., 2019), la evidencia muestra que un ambiente propicio para la reducción de estrés en medio hospitalario implica elementos que favorezcan la sensación de control sobre el cuerpo y el ambiente y reduzca la oportunidad de daño de la persona hacia si misma o a otros.

En la adecuación de los espacios deben tenerse en cuenta tres aspectos relevantes: características del espacio, ubicación y seguridad; bajo las consideraciones de análisis de la morbilidad y la disponibilidad de los recursos.

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

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

A continuación, se enlistan recomendaciones generales derivadas de guías de Seguridad y Seguimiento de Incidentes:

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

accesorios como ganchos, así como retiro de espejos. Se desaconseja el uso de cortinas de baño, ya que proporcionan simultáneamente un punto de fijación y una ligadura en forma de cortina.

- **Sistema de ventanas:** realizar adecuaciones que permitan resistir impactos (ejemplo, película de protección antiastillante, como un tipo de vidrio que evite romperse en pedazos pequeños y que pueda ser utilizado para evitar daño o lesiones. Restringir apertura de ventanas colocando límite (tope) para que la persona se no las pueda abrir o se asome.
- **Para evitar los riesgos,** en algunas unidades se han implementado protocolos de recolección de objetos potencialmente peligrosos, así como la implementación de listas de chequeo o listas de evaluación del riesgo (Watts et al., 2012).

5.4.1 Señalética

La señalética deberá incorporarse en el segundo y tercer nivel de atención, esto incluye las Clínicas Hospital, Hospitales Generales, Regionales, Centros Médicos de Alta Especialidad.

La señalética deber ser colocada para la ubicación de las camas designadas para Código Morado de acuerdo con lo que se propone en Anexo B.

6. Código Morado

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



Se distinguen tres ejes importantes para la seguridad hospitalaria: seguridad de la persona, gestión de riesgos de emergencias, urgencias o desastres, así como la seguridad interna y externa ante una contingencia (Figueroa y Hernández, 2021). Por lo que una intervención hospitalaria para identificar los riesgos se centra en identificar los componentes funcionales, que puedan poner en peligro al paciente y/o al personal de salud. Por lo anterior, el manejo de urgencias en salud mental, como puede ser la agitación psicomotriz, intento suicida, entre otros, se vuelve una necesidad primordial de atención con pleno apego a los Derechos Humanos; y para la identificación de dicha urgencia, se retoma el Código Morado propuesto por el Sistema Nacional de Protección Civil, en donde dicho Código se asocia a la conducta violenta (Orellana, 2016; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2022).

A través de la siguiente mnemotecnia el personal detectará un paciente en Código Morado:

HI GI GA

Grado I: Hostil, irritable.

Grado II: Grita, insulta.

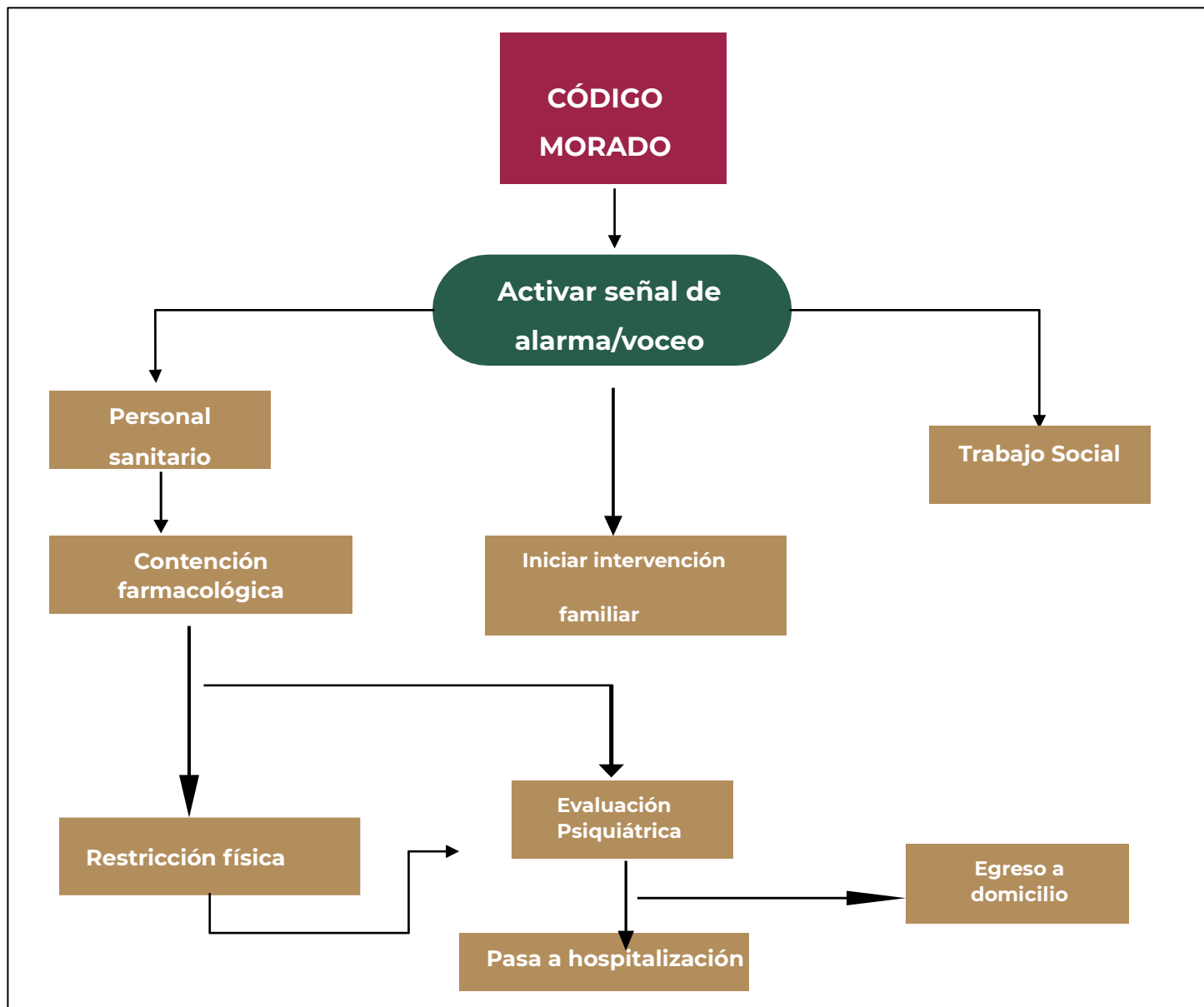
Grado III: Golpea, amenaza.

En cuanto el personal de salud identifique dicha conducta en un derechohabiente, activará de manera verbal el Código Morado y de contar con alarmas instaladas en el servicio de urgencias, medicina interna o consulta externa (consultorio de psiquiatría) hará sonar la alarma, con la intención de informar al personal y favorecer su participación en el manejo de la persona que requiera atención. En donde se definirá a una persona para ser encargada de la difusión vía perifoneo (por altavoces) del requerimiento de atención del “Código Morado” y su ubicación. A corto plazo, la finalidad del tratamiento es el reconocimiento temprano, la estabilización de las condiciones que amenazan la vida y el control rápido de la agitación, idealmente calmando al paciente sin la utilización de la fuerza excesiva o induciendo sedación

significativa para prevenir o minimizar el daño. En la Figura 1 se describe el protocolo de actuación.

Figura 1.

Diagrama de Manejo Inicia de Código Morado



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

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

6.1 Técnicas de De-escalada

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

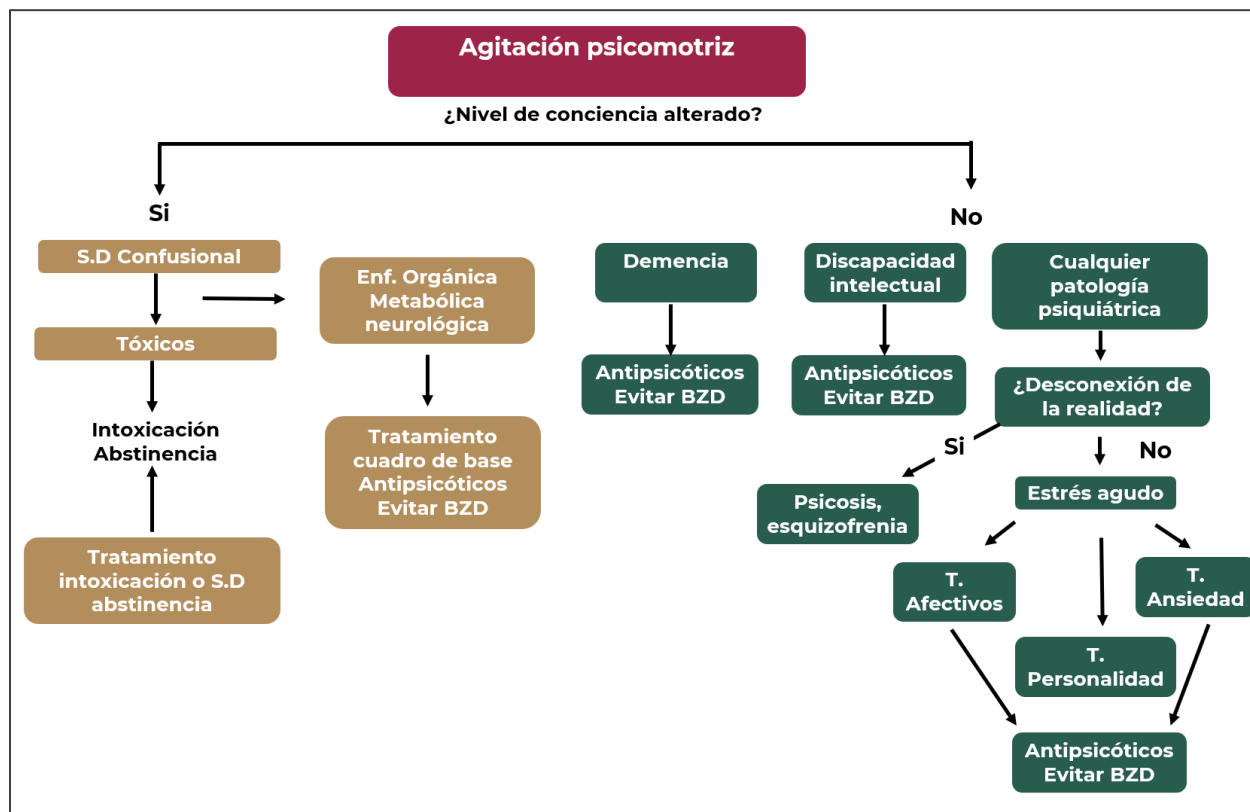
Algunas estrategias comunes para de-escalada efectiva, incluyen mantener la calma y una conducta respetuosa, teniendo en cuenta el espacio personal, con una distancia segura, evitando amenazar o presentar comportamiento de confrontación (evitando cruzar los brazos, pararse cerca del paciente o prolongar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

6.2 Identificación de la probable etiología de la Agitación Psicomotriz

Es indispensable identificar en la persona la probable etiología de la Agitación Psicomotriz, sea por descompensación metabólica como en el caso del síndrome confusional, neurológica como el caso de la demencia, secundario a un estado de intoxicación por sustancias o descompensación de síntomas psiquiátricos (Figura 2). Se sugiere durante la valoración implementar la Escala de Agresión Explícita que se encuentra en el Anexo A.

Figura 2.

Manejo de agitación psicomotriz

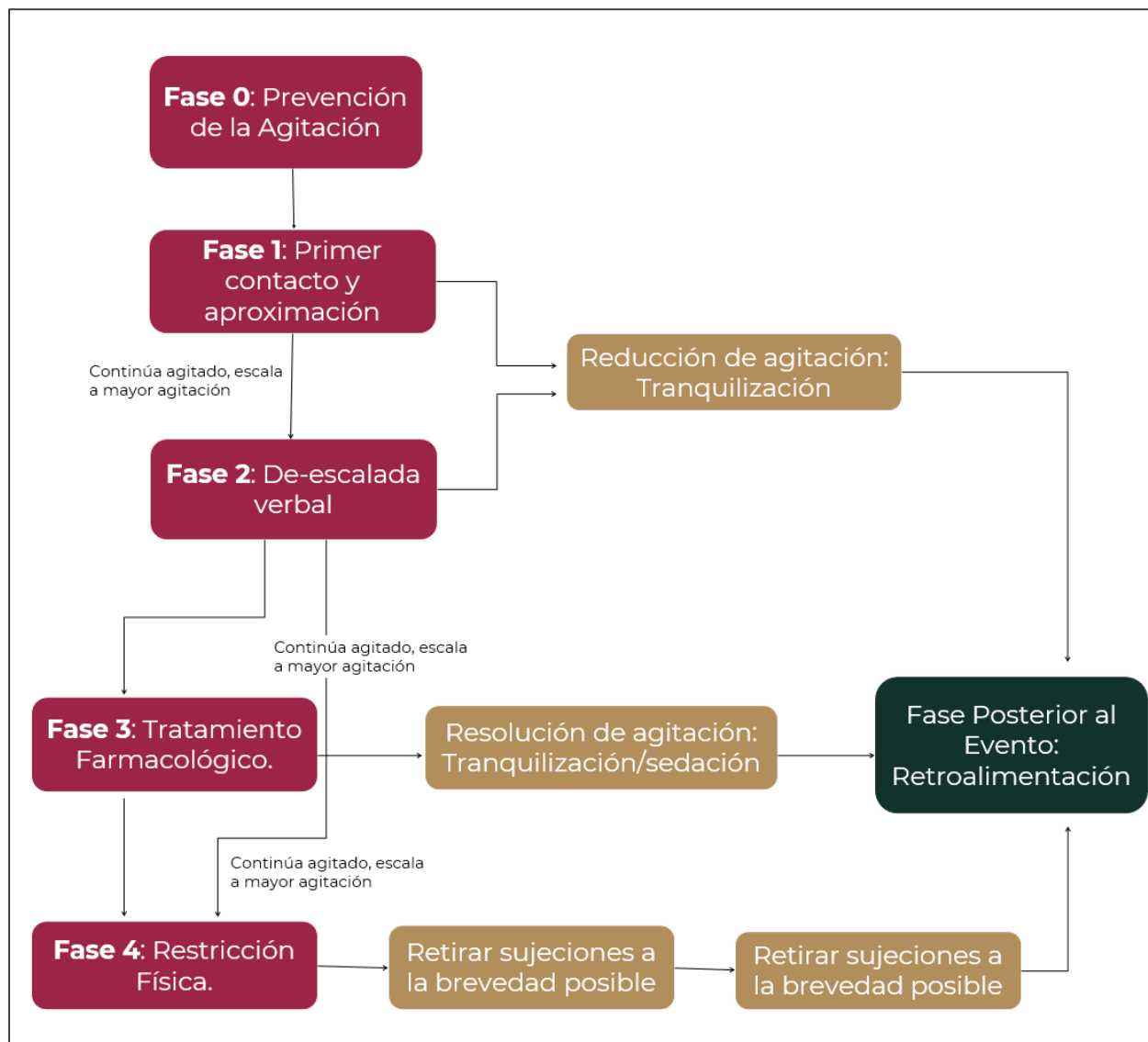


Nota: S.D: Síndrome Demencial; BNZ: Benzodicepinas; T: Trastorno. Fuente: Adaptado [Cuadro] de Wilson et al., 2012.

Una vez que ya se identificó el origen de la urgencia en salud mental, es indispensable conocer el tratamiento para mitigar dicha sintomatología; así mismo, debe explicarse a la persona que requiere la atención en urgencias en salud mental, así como a familiares que lo acompañen el tratamiento a seguir. Para ello es necesario el uso del consentimiento informado como lo indica el Artículo 51 Bis de la Reforma en Salud Mental en materia de Salud Mental y Adicciones (Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones, 2022). En la Figura 3, se establecen las fases de intervención.

Figura 3.

Fases de Intervención en Código Morado



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

6.3 Estrategias Farmacológicas

Cuando fallan los esfuerzos de intervención y de-escalada, el siguiente paso es el uso de agentes farmacológicos. Un agente ideal sería aquel de acción rápida, rentable, bien tolerado, no invasivo y sedante, con mínimas interacciones medicamentosas. Estos agentes pueden usarse en monoterapia o en

combinación, y se pueden administrar en una variedad de formulaciones que incluyen tabletas, tabletas de rápida desintegración, medicaciones intravenosas e intramusculares y nuevos agentes inhalatorios. En este sentido se sugiere el uso de medicamentos orales, ya que son menos invasivos y traumáticos. Y en caso de que la persona se encuentre con mayor grado de agitación se sugiere el uso de agentes parenterales (Dirección Médica, 2021).

Preferentemente se requiere de dos maletines de Código Morado, uno ubicado en el área de urgencias y otro en el Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, cada uno de los cuales tendrá el siguiente contenido:

- 1 frasco de 10 ml de Clonazepam solución oral 2.5 mg/ml.
- 40 tabletas de Lorazepam 1 mg.
- 30 tabletas de Alprazolam 2 mg
- 20 Tabletatas de Haloperidol 5 mg.
- 30 tabletas de Clonazepam 2 mg
- 4 tabletas de Olanzapina de 10 Mg
- 1 ampula de Olanzapina solución inyectable 10 mg/2 ml.
- 5 ampulas de Diazepam solución inyectable 10 mg/2 ml*
- 6 ampulas de Haloperidol solución inyectable 5 mg/1 ml.
- Equipo homologado de sujeción terapéutica

Para la adquisición de estos insumos, realizar gestiones con los jefes de farmacia.

6.3.1 Pautas de tratamiento farmacológico (restricción química)

AGITACIÓN PSIQUIÁTRICA NO PSICÓTICA	AGITACIÓN ORGÁNICA O PSICÓTICA
Pauta 1: Alprazolam 0.5-2 mg. Iniciar con dosis de 0.5 mg.	Pauta 1: Olanzapina tabletas 5-30 mg/día. Empezar con 1 una tableta de 10 mg en adultos y la mitad de la dosis en personas adultas mayores. En caso de no aceptar vía oral Olanzapina de 10mg i.m., repetible a las 2-4 horas, con un máximo de 30 mg/día.

Pauta 2: Lorazepam 2-5mg vía oral. Iniciar con 1 mg vía oral.	Pauta 2: Haloperidol 5-10 mg cada 30-45 min. hasta mejoría. Empezar con la mitad de la dosis en personas adultas mayores. En caso de no aceptar vía oral Haloperidol 2,5-10mg i.m. o iv. cada 30-45 min, hasta mejoría, con un máximo de 100 mg/día. Empezar con la mitad de la dosis en personas adultas mayores.
Pauta 3: Diazepam 5 a 10 mg i.m. o iv cada 6 a 8 min, hasta mejoría, con un máximo de 100 mg/día.	

6.4 Manejo pediátrico

El Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental: Código Morado en Niños, Niñas y Adolescentes se deberá aplicar en todas las unidades médicas, con el objetivo de fortalecer una atención integral e incluyente buscando contar con una evaluación concisa, sistemática y oportuna en la que se deben descartar complicaciones orgánicas agudas subyacentes, así como mantener la integridad del menor (Carandang et al, 2018).

En el caso de niños, niñas y adolescentes, los diagnósticos psiquiátricos más comunes asociados a la agitación psicomotriz incluyen el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, trastornos del ánimo (irritabilidad con depresión o manía) y abuso de sustancias (intoxicaciones). Otros diagnósticos asociados son las alteraciones del desarrollo (discapacidad intelectual mental, trastorno del espectro autista), psicosis y enfermedades médicas particularmente neurológicas.

Por lo anterior, se deberán tener presentes las siguientes consideraciones para una adecuada atención en urgencias en salud mental en población pediátrica:

- El nivel de desarrollo del niño: el cual permite considerar si los comportamientos y/o el funcionamiento son apropiados y acorde a la etapa de desarrollo, así como el desarrollo cognitivo, el cual influye en la percepción del concepto salud-enfermedad, encontrando que a mayor edad hay más recursos para afrontar los síntomas y limitaciones, así como una comprensión compleja de la enfermedad frente a los pequeños con un concepto mágico (Riaño, 2013).

- Dependiendo de la edad y del desarrollo, algunos niños serán incapaces de proporcionar información clínica necesaria, por lo tanto, los padres, tutores o cuidadores resultan ser la principal fuente de información, no obstante, los menores no deben ser excluidos como fuente de información.
- En el caso de los adolescentes, se debe considerar su intimidad e independencia, estos son más propensos a brindar información si saben que se mantendrá la confidencialidad. El personal de salud debe informar las condiciones bajo las que se compartirá información con los padres o cuidadores como situaciones de riesgo inminente (pensamientos suicidas y homicidas). (Carandang et al, 2018).
- El comportamiento suicida es de la presentación más común en los jóvenes en el servicio de urgencias, por lo que es importante preguntar directamente sobre los pensamientos y la planificación del suicidio; tomando en cuenta que esto no va a aumentar el riesgo (Gould et al, 2005).
- El personal de salud debe evaluar la presencia de planes suicidas y particularmente la existencia de un intento reciente, el cual es el principal factor de riesgo ya que representa un aumento de peligro de intentos sucesivos. El intento de suicidio se asocia a menudo con un evento estresante vital, en donde la anamnesis juega un papel de suma importancia para poder identificar los factores de riesgo asociado a dicho evento.

Los principios para la elección del método de contención son: optimizar la seguridad del paciente y del personal, ayudar al infante a manejar sus emociones y mantener o retomar el control de ellas, usar el método menos restrictivo posible y más adecuado a su edad, y minimizar acciones de coerción, que pueden exacerbar el estado de agitación (Chun et al, 2016).

El manejo debe incluir inicialmente técnicas verbales de contención, puede utilizarse la contención farmacológica únicamente en aquellos casos en los que el niño o adolescente representa un peligro para sí mismo o terceros. Para esto debe obtenerse el consentimiento parental. En primera instancia debe

ofrecerse la medicación vía oral, la vía intramuscular debe emplearse únicamente como último recurso (Carredano et al, 2021).

En las niñas, niños y adolescentes, se tiende a evitar antipsicóticos típicos (ejemplo, haloperidol) dada la elevada potencia de distonía aguda. Existe la posibilidad de reacciones paradójicas en niños y jóvenes produciendo un aumento de la agitación con el uso de benzodicepinas. (Carredano et al, 2021). Una opción de medicación para la contención química en niños y jóvenes sería el uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina. (Carandang et al, 2018).

6.4.1. Pautas de tratamiento farmacológico Pediátrico

FÁRMACO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS	COMIENZO DEL EFECTO
Olanzapina	Vía oral Vía Intramuscular	2.5-5mg (VO)) 2.5-5mg (IM)	15-30 min (IM)
Risperidona	Vía oral	0.25–2mg	1-2 horas
Haloperidol	Vía oral Vía Intramuscular	0.5-5mg (VO) 0.05-0.15mg/kg (IM) (máx. 5mg/dosis) Adolescentes >12 años pueden recibir la misma dosis que los adultos	45-60min (VO) 20-30min (IM)

Las contenciones físicas y químicas deben utilizarse únicamente como último recurso. La sujeción terapéutica debe ser empleada durante el mínimo tiempo necesario, los pacientes deben estar monitorizados frecuentemente, no solo para asegurarse de que no se están autolesionando o exista alguna otra situación médica, sino que también para encontrar de la forma más precoz posible y el momento en el que se pueden retirar las contenciones.

6.4 Recomendaciones generales del procedimiento ante el Código Morado

1. La restricción química o la sujeción terapéutica solo deben utilizarse cuando esté clínicamente justificado y después de considerar otras

opciones de tratamiento, será indicado únicamente por personal médico.

2. Un médico o un profesional autorizado debe evaluar a la persona dentro de la primera hora de haber iniciado la intervención.
3. Las personas usuarias de los Servicios de Urgencias en Salud Mental deben tener un monitoreo continuo y una evaluación periódica, con la intención de interrumpir la intervención lo antes posible.
4. Previo al consentimiento informado del paciente, la familia debe ser notificada con prontitud; o bien, en caso de que el derechohabiente no se encuentre en condiciones de otorgar su consentimiento, la familia, el familiar o tutor responsable, estará a cargo de las decisiones a tomar, previa orientación del equipo médico o de salud mental.
5. Se debe realizar una retroalimentación oportuna y veraz con la persona y el personal médico después de haber concluido la intervención.

6.5 Indicaciones para sujeción terapéutica

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

6.5.1 Sujeción terapéutica

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

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

Se deberá buscar la oportunidad de leer el consentimiento informado al paciente, en caso de no ser posible, se le deberá entregar al familiar responsable o en su último caso, sino es posible aplicar la sujeción terapéutica por la urgencia en salud mental y en cuanto la situación se evalúe como estable inmediatamente se deberá proporcionar el consentimiento a la persona y/o familiar. En el Anexo C podrá encontrar un ejemplo del mismo.

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

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



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

Es necesario mantener la relación médico-paciente ante cualquier urgencia en salud mental en donde también se espera que personal procure regresar al entorno anterior a la crisis, evaluando la necesidad de apoyo emocional, para el paciente, los testigos u observadores y el personal involucrado.

Cuando el tratamiento incluya restricción mecánica, la persona debe estar bajo observación y monitoreo continuo, realizado por un médico, enfermera u otro personal capacitado y competente, lo que es crucial para la prevención de lesiones o muerte del paciente; y para garantizar que el uso de la restricción o aislamiento se interrumpa lo antes posible, garantizando durante el proceso su seguridad y comodidad física, bienestar psicológico y el derecho del paciente a la privacidad. La revisión posterior a la restricción y aislamiento es una intervención compleja, que requiere una documentación cuidadosa y que tiene lugar después un episodio de restricción o aislamiento dirigido al paciente y realizado por los proveedores de atención médica, con la finalidad de mejorar la experiencia de cuidado del paciente, evitar futuros eventos de restricción, mejorar la calidad y la seguridad de la atención del paciente con comportamiento agresivo y documentar el episodio. Todo esto, puede contribuir a minimizar los efectos adversos de la restricción y restablecer la relación de confianza entre el personal médico y la persona (Dimitri et al, 2016).

6.5.2 Contraindicaciones para la sujeción terapéutica

Cómo se ha indicado la sujeción terapéutica debe ser autorizado por un médico tratante, el cuál deberá cerciorarse de que la persona no este cursando un cuadro de encefalopatía, que podría agravarse por la disminución de la información sensorial.

Asimismo, por ningún motivo se deberá ocupar la sujeción terapéutica como un sustituto del tratamiento, como castigo, como respuesta al rechazo de tratamiento o actividades, como respuesta al comportamiento desagradable, o cuando la persona lo experimenta como un refuerzo positivo para la violencia.



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

DIRECCIÓN MÉDICA

Anexos

Anexo a: Escala de Agresión Explícita



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

DIRECCIÓN MÉDICA

ESCALA DE AGRESIÓN EXPLÍCITA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
Nombre del evaluador: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: Masculino () Femenino () Fecha: ____/____/____ (día/mes/año) Hora: ____:____
Turno: Matutino Vespertino Nocturno

COMPORTAMIENTO AGRESIVO (Marcar todo lo que ocurra).

a) Agresión verbal.

0	Sin agresión verbal
1	Hace mucho ruido, grita con enojo
2	Grita con insultos personales leves: por ejemplo: "Eres un estúpido".
3	Maldice repetidamente, usa un lenguaje antisonante cuando se enoja, hace moderadas amenazas a otros o a el mismo
4	Hace claras amenazas de violencia hacia otros o hacia el mismo ("Te voy a matar") o pide ayuda para controlarse

c) física en contra de él mismo.

0	Sin agresión física contra si mismo
1	Se pica o se araña la piel, se golpea, se jala el cabello (sin ningún o con solamente un mínimo de daño)
2	Se golpea la cabeza, golpea los puños contra objetos, se aventa al suelo/contra objetos (se lastima sin daños serios)
3	Pequeñas cortaduras o raspaduras, quemadas menores
4	Se mutila el mismo, se causa cortadas profundas, mordeduras que sangran, daños internos, fracturas, pérdida de conciencia, pérdida de dientes.

b) Agresión física contra objetos.

0	Sin agresión física contra objetos
1	Da portazos, desparrama la ropa, hace tiraderos
2	Avienta objetos, patear muebles sin romperlos, pinta las paredes.
3	Rompe objetos, quiebra ventanas
4	Prende fuego, avienta objetos peligrosamente

d) Agresión física contra otras personas.

0	Sin agresión física contra otras personas
1	Hace gestos amenazadores, gira en torno a personas, jalones a la ropa.
2	Golpea, patear, empuja o jala el cabello (sin ningún daño a los demás)
3	Ataca a los demás causando daños de leve a moderada consideración (raspaduras, hematomas, torceduras)
4	Ataca a los demás causando severo daño físico (huesos rotos, profundas laceraciones, daños internos).

Hora en que empezó el incidente: ____:____ (am/pm)

Duración del incidente ____/____:____ (horas: minutos)

PUNTUACION TOTAL: _____

Para la puntuación total. Se considera **7 puntos** (sensibilidad 0,80; especificidad 0,97) únicamente se consideran del reactivo a) al d).

Intervenciones:

0	No exhibe conductas agresivas	6	Medicación inmediata vía intramuscular
1	Ninguna, se tranquiliza solo	7	Aislamiento sin reclusión
2	Entrevista con el paciente	8	Reclusión
3	Vigilancia estrecha	9	Uso de restricción física
4	Contención verbal	10	Los daños requieren tratamiento médico inmediato para el paciente
5	Medicación inmediata vía oral	11	Los daños requieren tratamiento para otras personas

Fuente Fresán, A., Apiquian, R., De la Fuente-Sandoval, C., García-Anaya, M., & Nicolini, H. (2004). Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*, 32(2),



GOBIERNO DE
MÉXICO



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

DIRECCIÓN MÉDICA

Anexo B: Señalética

UNIDAD HOSPITALARIA DE SALUD MENTAL



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



ISSSTE
SALUD



SALUD MENTAL
PROGRAMA INTEGRAL DE SALUD MENTAL
ECOS PARA EL BIENESTAR



Anexo C: Consentimiento informado de sujeción terapéutica



NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO _____
NO. EXPEDIENTE _____ PISO _____

HOJA DE CONTROL Y DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON SUJECCIÓN TERAPÉUTICA

SE BRINDO INFORMACIÓN DE LA SUJECCIÓN A:

PACIENTE ☐ RESPONSABLE ☐ NO FUE POSIBLE ☐

FECHA DE INDICACIÓN

HORA DE LA INDICACIÓN

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

Nombre del Médico

Responsable:

Firma:

Otros Profesionales:

Nombre:

Firma:

Nombre:

Firma:

Nombre:

Firma:

¿Participó el Personal de Seguridad?

Si:

No:

INDICACIONES DE LA SUJECCIÓN Y TIPO

☐ Riesgo de lesiones a terceras personas: (enfermos, personal del servicio...)

☐ Riesgo de lesiones a sí mismo: (autolesiones....)

☐ Riesgo de interferencia en el proceso terapéutico: (arrancamiento de vías, sondas, catéteres, soporte vital..)

☐ Riesgo de caídas Otras Especificar _____

Tipo de contención:

☐ COMPLETA (cintura, manos y pies)

☐ PARCIAL (indicar miembros) _____

Duración prevista: _____ (indicar tiempo minutos, horas)

ESTADO DEL PACIENTE

AGITADO ☐

VIOLENTO ☐

CONFUSO /
DESORIENTADO ☐

RIESGO SUICIDA ☐

RIESGO CAÍDA ☐



INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA SUJECCIÓN TERAPÉUTICA

Contención verbal

Si:

No:

Contención Farmacológica

Si:

No:

Medicación oral

Medicación
parenteral

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Medicamento

Vía

Hora

PRORROGAS DE LA SUJECCIÓN:

MOTIVO	FECHA	HORA	DURACIÓN	MEDICO	FIRMA

TÉRMINO DE LA SUJECCIÓN TERAPÉUTICA

MOTIVO	FECHA	HORA	MEDICO	FIRMA	DURACION

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON SUJECCIÓN TERAPÉUTICA

ACCIÓN

DÍA Y HORA

Estado de la piel y zonas de sujeción

Evolución del paciente respecto al

Signos Vitales

Necesidades de aseo e higiene

Necesidades de alimentación e hidratación.

Responsable:

7. Referencias

- Atención al paciente psiquiátrico en el servicio de urgencias (2014)
<https://www.riojasalud.es/files/content/servicios/urgencias/profesionales/atencion-pac-psiq.pdf>
- Babalola, O., Gormez, V., Alwan, NA., Johnstone, P., y Sampson, S. (2014) Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews Issue. DOI: 10.1002/14651858.CD000384.pub3.
- Bayramzadeh, S., Portillo, M., y Carmel-Gilfilen, C. (2019). Understanding Design Vulnerabilities in the Physical Environment Relating to Patient Fall Patterns in a Psychiatric Hospital: Seven Years of Sentinel Events. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. <https://doi.org/10.1177/1078390318776086>
- Carandang, C., Gray, C., Marval-Ospino, H., MacPhee, S., Irarrázaval, M., Martin, A, ... & Ortega, B. (2018). Urgencias psiquiátricas en niños y adolescentes. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP, 1-33.
- Carredano, M., & Abufhele, M. (2021). Guía práctica para el manejo de la agitación psicomotora en pediatría. Rev. chil. psiquiatr. neurol. infanc. adolesc.(Impr.), 79-87.
- Censo de Población y Vivienda (2020). Panorama sociodemográfico de México : Censo de Población y Vivienda 2020 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2021. (Se recomienda quitar parte del texto de esta referencia)
- Chun, T. H., Mace, S. E., Katz, E. R., American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, & American College of Emergency Physicians. (2016). Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. Pediatrics, 138(3).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2022). Posicionamiento de la CNDH ante la reciente reforma a la Ley General de Salud Mental en Materia de Salud Mental y Adicciones CN. Pronunciamiento DGDDH/037/2022. México.



Dimitri, G., Giacco, D., Bauer, M., Bird, V. J., Greenberg, L., Lasalvia, A., Priebe, Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., y Sorensen, R. (2016) Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Rev Méd. Chile 44(5), 643- 655. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872016000500013>

Dirección Médica (2021). Guía 20 para el Manejo Integral de Urgencias en Salud Mental: Código Morado. ISSSTE. México.

Figueroa, A., y Hernández, J. (2021). Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. Rev. Fac. Med. Hum 21(1), 169-178. DOI 10.25176/RFMH.v21i1.3490. <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

García-Portilla, M. P., & Grande, I. (2020). Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

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

Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M et al (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 293:1635-1643.

Grupo Técnico Interinstitucional de Salud Mental (2023). Plan Sectorial de Salud 2020-2024. Disponible en https://drive.google.com/file/d/1_0TKg7Bcty8of6SdJoy0lCXSS1A5ojnx/view

Guía 32 Para el Funcionamiento de los Servicios de Salud Mental en los Tres Niveles de Atención (2023). Disponible en <https://drive.google.com/file/d/1T2Ytaxz7g-OMagB7nuGKdrkyVkWtX9K/view?usp=sharing>

Hernández-Bringas, H., y Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. Papeles de población, 17(68), 69-101.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021a). Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado. Comunicado prensa 772/21, p. 1-3.

Insituto Nacional de Estadística y Geografía (2021b). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre) datos nacionales. Comunicado prensa 520/21, p. 1-5.

Ley General de Salud en Materia de Salud Mental y Adicciones. Comision de Salud. 2022, 31 de marzo. Gaceta Parlamentaria. Número. 5993-IV.

López, P. V., Pedreira, P. A., Martínez-Sánchez, L., Cruz, J. M. G., de Luna, C. B., Herrero, F. N., ... & de Pediatría Social, S. E. (2023, March). Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. In *Anales de pediatría* (Vol. 98, No. 3, pp. 204-212). Elsevier Doyma.

López, R., Ledesma, L., y Gracia de Alba, J. (20021). Programa Integral de Salud Mental. Dirección Médica, ISSSTE.

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

Mills, P., King, L., Watts, B., y Hemphill, R. (2013). Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: Avoiding environmental hazards. General Hospital Psychiatry. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.02>

Molina-López, A., Cruz-Islas, J., Palma-Cortés, M., Guizar- Sánchez, D. P., Garfias-Rau, C., Ontiveros-Urbe, M. P., Fresán-Nieto, R., Iribarne, C., Droguett, M., Brucher, R., Fuentes, C., y Oliva, P. (2017). Urgencias psiquiátricas en el hospital general. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(6), 914-922.

Neumann, C., Cancino, I., Salfate, C., & Sandoval, J. (2021). Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños/as y adolescentes: una revisión bibliográfica. Revista confluencia, 4(2), 53-58.

Newton, A. S., Ali, S., Johnson, D. W., Haines, C., Rosychuk, R. J., Keaschuk, R. A., ... & Klassen, T. P. (2009). A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. Canadian Journal of Emergency Medicine, 11(5), 447-454.

Nonviolent Crisis Interntion (2009). CPI specilized offering. Joint Commission Standards on Restraint and Seclusion/ Nonviolent Crisis Interntion. Training Program.



NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

Orellana, A. (2016). Validity and reliability of a novel Color-Risk Psychiatric Triage in a psychiatric emergency department. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-11.

Organización Mundial de la Salud (2018). informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272712/9789243514161-spa.pdf?ua>

Organización Mundial de la Salud (2021). Salud mental del adolescente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud (2022). Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos.

Osorio, J., Parrini, J., Galdames, F., y Dinamarca, F. (2016). Duración de días de hospitalización psiquiátrica en pacientes con diagnósticos GES con y sin comorbilidades. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(1), 19-26.

Páez, F., Licon, E., Fresán, A., Apiquian, R., Herrera-Estrella, M., García-Anaya, M., ... & Pinto, T. (2002). Estudio de validez y confiabilidad de la escala de agresividad explícita en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 25(6), 21-26.

PA-PSRS Patient Safety Advisory. (2007). Diligence and Design in Behavioral Health Impact Patient Safety. September, Vol. 4, No. 3. aS. (2018). Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries? *European Psychiatry*, 48(1), 6-12.

Riaño, I. R. (2013). Aspectos éticos en la atención del niño crónicamente enfermo o con necesidades especiales. *Anales de Pediatría Continuada*. Vol. 11, núm. 3 pag. 174-180.

Shepley, M., Pasha, S., Ferguson, P., Oproescu, G., Huffcut, J., Young, J., Kiyokawa, G., Zadeh, R., Martere, J., Zborowsky, T., Meyerhoeffler, T., Zimring, C., y Mcdermott, B. (2013). Design Research And Behavioral Health Facilities. The Center of Health Design.



UNICEF (2022). En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Estado Mundial de la Infancia.

<https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf> W. E. Examination of the effectiveness of the mental health environment of care checklist in reducing suicide on inpatient mental health units. Archives of General Psychiatry. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1514>

Wilson, M. P., Pepper, D., Currier, G. W., Holloman Jr, G. H., & Feifel, D. (2012). The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26.

World Health Organization (2009). Improving health systems and services for mental health. Mental Health Policy and Service Guidance Package- World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44219>

