

# PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA



**Diseño de Portada:** José Azerrad Campa  
Área de Diseño. Unidad de Imagen y Comunicación  
Hospital Universitario Virgen del Rocío

# **Protocolo de Contención Mecánica**

Hospital Universitario Virgen del Rocío

**2018**

*Este Protocolo de Contención Mecánica es una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.*

*Este documento puede ser reproducido en todo o en parte, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.*

**Cita sugerida:** *Grupo de trabajo sobre Contención Mecánica de la Comisión de Seguridad Clínica. Protocolo de Contención Mecánica. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud, Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2018*

**Fecha de edición:** marzo de 2018.

**Edita:** *Dorado García Remedios, Jiménez Casado Carmen;* Grupo de trabajo sobre Contención Mecánica de la Comisión de Seguridad Clínica. HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

© 2018 HU Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Avda. Manuel Siurot, s/n. 41013

<http://www.huvr.es>

**Depósito Legal:** SE

**ISBN:** 9-78-84-09-00617-5

# Presentación

Es para mí un honor, siendo la directora gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío, escribir estas líneas que presentan un trabajo que supone mucho más que un simple protocolo.

En nuestro hospital, hablar de calidad es hablar de compromiso, de excelencia asistencial; hablar del buen hacer de nuestros profesionales y de su preocupación por superarnos a diario. La Calidad, entendida como pilar básico de nuestra implicación con la ciudadanía, hace mucho tiempo que forma parte de la cultura que día a día impregna nuestro ámbito, condicionando todas nuestras estrategias.

Tal y como quedó reflejado en nuestro último plan de calidad, garantizar la seguridad de nuestros pacientes y sus familias es un objetivo irrenunciable en nuestro día a día, y es por ello que la Comisión de Seguridad goza de la importancia y relevancia que todo el hospital conoce. Sus actuaciones nos han permitido poner en marcha mejoras muy significativas, a las que sin duda alguna se suma hoy el protocolo a seguir ante el planteamiento de una contención mecánica.

La aplicación de una contención mecánica se decide tras haber agotado todas las medidas con las que evitamos muchas de estas contenciones, y exige una mayor dedicación de nuestros profesionales porque hace preciso estrechar el seguimiento y la vigilancia de los pacientes sometidos a la misma. Pero siempre se hace pensando en la seguridad del paciente ante los diversos escenarios donde dicha seguridad puede estar comprometida, y debe limitarse al menor tiempo posible.

La elaboración de un protocolo así no es una tarea fácil, mucho más si se tienen en cuenta todos los aspectos que entran en juego, incluyendo los condicionantes legales. Por eso quiero elogiar de manera muy destacada el trabajo que han realizado todos sus autores, incluyendo a todos los miembros de la Comisión de Seguridad, a la Comisión Central de Calidad, a la Unidad de Hospitalización de Salud Mental y al experto revisor externo con cuya inestimable ayuda hemos contado. Se trata de un protocolo muy necesario, fruto de una profunda reflexión y de la exhaustiva revisión de diferentes situaciones acontecidas en el hospital, y que sin duda viene a mejorar nuestra labor asistencial en las situaciones más delicadas.

Nieves Romero  
Directora Gerente



# Autoría y colaboraciones

## **Coordinadora**

Remedios Dorado García. FEA de Psiquiatría. Directora de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Virgen del Rocío. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

## **Grupo de trabajo sobre Contención Mecánica de la Comisión de Seguridad Clínica**

Carmen Jiménez Casado. FEA de Psiquiatría. Coordinadora de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Virgen del Rocío.

Manuel Fernández Elías. FEA de Pediatría. Secretario de la Comisión de Seguridad Clínica.

María del Prado Plaza Corrales. FEA de Documentación Clínica. Responsable del Área de Reclamaciones Patrimoniales. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

Carmen Peinado Barraso. Enfermera Gestora de Casos Hospital Infantil. Enfermera de Pediatría. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

María del Carmen Gutiérrez Galán. Enfermera Jefa de Bloque de Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricas. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

Virtudes Navarro García. Enfermera de Cirugía Mayor Ambulatoria. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

José Antonio Ponce Hernández. Enfermero de Salud Mental. Supervisor de Enfermería de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental Virgen del Rocío.

Jaime Torelló Iserte. FEA del Servicio de Farmacología Clínica del HU Virgen del Rocío. Vocal del Centro Andaluz de Farmacovigilancia. Vocal de la Comisión de Seguridad Clínica.

## **Revisor Externo de Aspectos Legales:**

Herminio Maíllo Pedraz. Magistrado del Juzgado de Primera Instancia nº 11 de Málaga





## **INDICE**

1. PRÓLOGO	11
2. INTRODUCCIÓN	11
• OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	13
• DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA	13
3. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA	13
3.1. PRECEPTOS LEGALES DE APLICACIÓN	13
3.2. INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	15
4. INDICACIONES	16
4.1. SITUACIONES SUSCEPTIBLES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN	16
4.2. CONTRAINDICACIONES	18
4.3. LA TOMA DE DECISIONES (PROCESO DELIBERATIVO)	18
5. MEDIDAS PREVENTIVAS	19
5.1. ABORDAJE VERBAL	19
5.2. CONTENCIÓN VERBAL	19
5.3. MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES	19
5.4. MEDIDAS FARMACOLÓGICAS	21
6. COMPETENCIAS PROFESIONALES	21
6.1. FORMACIÓN CONTINUADA	22
7. INSTAURACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA	23
7.1. PERSONAL NECESARIO	23
7.2. DURACIÓN	23
7.3. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS	23
7.3.1. INSTRUMENTAL PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA	
7.3.2. PROCEDIMIENTO	
7.3.3. SUJECIÓN COMPLETA	
7.3.4. SUJECIÓN PARCIAL	

8. CUIDADOS	26
8.1. CONSECUENCIAS PERJUDICIALES DE LA INMOVILIZACIÓN	27
8.1.1. COMPLICACIONES POTENCIALES	27
9. SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA	27
9.1. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL USO Y RIESGO DE LA INMOVILIZACION	28
10. REGISTRO	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33
1. ALGORITMO DE DECISIONES	34
2. ALGORITMO RESUMEN	35
3. FORMULARIO DE INDICACIÓN/RETIRADA	37
4. REGISTRO	38
5. ASPECTOS LEGALES	39
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO	40
7. COMUNICACIÓN AL JUZGADO	42
8. MENORES: CONSIDERACIONES ESPECIALES EN CM EN PEDIATRÍA	44
9. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	46
10. INDICADORES DE EVALUACIÓN	49
11. LISTADO DE VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO	50

## 1. PRÓLOGO

En un hospital, con frecuencia, se debe recurrir a la contención mecánica de los pacientes. Por ser una medida que se toma tras haber valorado otras posibles actuaciones, que una vez aplicada conlleva seguimiento y vigilancia intensos por parte de personal cualificado para esta tarea y que implica la restricción de la libre circulación y movimientos de las personas, se deben tener en cuenta determinados aspectos legales<sup>1</sup>.

La Comisión de Seguridad Clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) consideró importante la elaboración de un protocolo para dicho Centro. En 2016 se plantea como objetivo la puesta en marcha de un Protocolo de Contención Mecánica (CM), como medida que garantice la seguridad de los pacientes que requieran restricción de movimientos por diversas causas. Para ello, desde la Comisión del Seguridad del Paciente, se convocó a un grupo de personas de diferentes Servicios y que por su especialización o/y su puesto de trabajo específico podían aportar sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo la elaboración del protocolo, que se inició en julio de 2016 y finalizó en diciembre de 2017, tras un largo periodo de revisión desde 2017.

## 2. INTRODUCCIÓN

En el curso de su evolución, y en la medida que pueden provocar falta de control de movimientos, algunas patologías pueden comprometer severamente la seguridad de los pacientes o la de su entorno, y hacen preciso, para su manejo clínico correcto, de la adopción, entre otras, de medidas de **contención mecánica**.

El conocimiento preciso del procedimiento y de su técnica de ejecución proporcionan más eficacia y garantizan mayor seguridad para los pacientes a los que se aplica, por lo que propuestas como la que nos ocupa no pueden tener mayor sentido y pertinencia.

En contra de lo que pudiera pensarse, esta situación se da con mayor frecuencia entre los enfermos ingresados en áreas médico-quirúrgicas que en unidades de salud mental, pero son estos servicios los que mayor iniciativa han mostrado en la elaboración de procedimientos normalizados de trabajo específicos, que han sido las fuentes desde las que habitualmente se han venido elaborando los correspondientes al resto de las unidades clínicas donde se han desarrollado.

Del acierto de tal orientación da buena cuenta el refrendo institucional obtenido del Defensor del Pueblo que, en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y en el marco de una de las visitas giradas en el año 2016 a un hospital de nuestra Comunidad, emitió informe recomendando extender la **buena práctica del protocolo y del registro de contenciones** de la Unidad de Salud Mental a las practicadas en otros servicios del hospital con las debidas adaptaciones.

El presente protocolo se ha elaborado siguiendo las directrices marcadas por el Protocolo de Contención Mecánica de la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud<sup>2</sup>, adaptándolo a las necesidades de la población general de pacientes de nuestro centro. Pretende ser una herramienta que nos ayude a la hora de tomar decisiones y aunque estamos seguros de que no existen propuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica clínica diaria, la adaptación local del protocolo permite establecer un procedimiento operativo personalizado para cada escenario clínico donde proceda su uso. Esperamos sirva como referencia para:

- Indicaciones de la contención mecánica
- Fases o secuencia de actuaciones
- Procedimientos técnicos
- Registro de datos de utilidad clínica y su evaluación posterior
- Herramienta de utilidad docente para el aprendizaje y mejora continua de los profesionales.

La contención física es un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y procedimientos específicos. En su aplicación es imprescindible asegurar el cumplimiento de las normas, así como los principios éticos propios de toda actuación con el paciente, que adquieren especial relevancia en estos casos<sup>1</sup>, sin olvidar que dicha medida entra en colisión directa no sólo con el derecho fundamental a la libertad personal, sino con otros derechos y principios básicos que han de guiar nuestra actuación profesional, como son el respeto a la dignidad de la persona, a su autonomía, autoestima y bienestar personal, suponiendo en todo caso y por regla general, una excepción al principio básico de la autonomía del paciente, al no poder recabar su consentimiento informado. A pesar de ello, y de la trascendencia que tiene la medida de contención o sujeción, no existe una regulación legal que nos proporcione un marco normativo claro que guíe nuestra actuación profesional.

Resultado de todas las anteriores reflexiones es el presente protocolo, que puede ser utilizado por los profesionales de todos los Servicios del Hospital U. Virgen del Rocío (HUVR), que tienen que manejar situaciones en las que se hace necesaria la prevención y/o contención de conductas disruptivas. Además, pretende conseguir una especial sensibilización de los profesionales en la indicación y procedimiento técnico, en la información adecuada al paciente y su familia y en el seguimiento posterior de los pacientes.

No consideraremos en este protocolo actuaciones similares (aislamientos y restricciones de movimientos) que son empleadas en el medio sanitario con otra finalidad (aislamiento para evitar contagios, inmovilizaciones para ofrecer el mejor campo quirúrgico...)<sup>1</sup>

## 2.1 OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

- Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y la aplicación de contención mecánica en el HUVR.
- Garantizar la seguridad de los pacientes, la de los familiares y la del personal implicado y mejorar la calidad asistencial.
- Dotar a los profesionales sanitarios y no sanitarios del HUVR de los conocimientos y pautas a seguir en el caso que se establezca la necesidad de utilizar contención mecánica y/o inmovilizar a pacientes.
- Potenciar la utilización de medidas alternativas a la contención mecánica para reducir así su uso.
- Dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales que tiene el aplicar contención mecánica e inmovilización de pacientes en la práctica asistencial para prevenir los riesgos derivados de estas intervenciones<sup>3</sup>

## 2.2 DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención mecánica debe entenderse, según la OMS<sup>4</sup> como *«métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos»*.

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

## 3. ASPECTOS ETICO-LEGALES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

### 3.1 PRECEPTOS LEGALES DE APLICACIÓN

La contención física supone una confrontación ética entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (deseo bienintencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, muertes por asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso<sup>3</sup>. La contención física e inmovilización nunca se ha de aplicar como una medida de castigo o control, cuando exista alguna contraindicación, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún

tratamiento. Hay que valorar siempre que puede existir la posibilidad de una opción alternativa como la contención verbal o la administración de medicación, entre otras. Siempre que sea posible se informará al paciente de la necesidad del procedimiento y si no es posible, se consultará con los familiares o personas que estén vinculadas. Además, las técnicas y dispositivos deben ser los adecuados y estar homologados.

Aun cuando esté justificada la contención física hay que respetar unos principios éticos que van desde la autonomía, la justicia, el principio de beneficencia (hay que asegurarse que los beneficios superan al perjuicio), el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan los pacientes con contención mecánica, lo que requiere una atención superior por parte de los profesionales sanitarios.

En cuanto a los **preceptos legales** de aplicación<sup>2</sup>, deben tenerse en cuenta los siguientes (ver ANEXO 5):

- **Constitución Española: Art. 17.1** *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.*
- **Ley 1/2000 de 7 de Enero, de enjuiciamiento civil.**
- **Art. 763**; Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Art. 768. Internamiento de menores con trastornos de conducta.
- **Ley 41/2002 de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:**
  - Art.5** Titular del derecho a la información asistencial
  - Art. 8** Consentimiento informado
  - Art. 9** Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.  
Introduce la apreciación sobre la capacidad intelectual y emocional del menor maduro (12-16 años) para comprender el alcance de una intervención, como criterio para la solicitud .
- **Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.**
- **Resolución: 261/2002, de 26 de diciembre** de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.
- **Convenio de Asturias de bioética 1987**, “... cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada”.
- Convención de Nueva York de 13 de diciembre de 2006, sobre derechos de las de las personas con discapacidad, cuyo artículo 14 impone a los estados parte la *obligación de asegurar que las personas con discapacidad en, igualdad de condiciones con las demás, disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona, de tal modo que no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.*

En cuanto a las **actuaciones reguladas**<sup>2</sup>:

- **Garantía judicial.** Si un paciente al que se le indica la medida no se encontrará en situación de “ingreso involuntario”, se tipificará como tal, notificándose al juzgado correspondiente.
- **Información sobre la adopción de la medida.** La autorización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento. También se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (Art. 5.1 y 5.2 Ley 41/2002). La información deberá darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.
- **Historia clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos propuestos. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida. (Ley 41/2002).

### 3.2 INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

El acompañamiento familiar de pacientes hospitalizados es una práctica habitual en los hospitales del Sistema Público Sanitario de Andalucía. A lo largo de este protocolo se menciona a la familia acompañante, especialmente relacionada con el derecho a la información (en el artículo 5 de la Ley 41/2002). Aun así, parece oportuno hacer una mención específica al acompañamiento familiar en el contexto de los cuidados.

Es importante diferenciar entre el derecho a recibir información y acompañamiento durante la CM. La ley establece que se debe informar a las personas que se encuentren acompañando al/a la paciente, y que estén vinculadas a él/ella por razones familiares o, de hecho, acerca de la adopción de la medida, con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

Sin embargo, el acompañamiento familiar durante la CM es difícil de protocolizar porque cada caso necesita ser valorado cuidadosamente, ya que puede estar desde claramente indicado a totalmente contraindicado. La indicación al respecto se hará tras una valoración conjunta entre el/la facultativo/a y el equipo de enfermería, contemplando todas las variables e informando posteriormente a paciente y familia.

## **4. INDICACIONES**

Las acciones recogidas en este protocolo (restricción y contención mecánica) son actuaciones sanitarias en un medio sanitario, actos médicos sobre pacientes. La consideración de la conducta objeto de contención como “conducta sintomática” es la única justificación de una actuación contra la voluntad del individuo, y adjetiva el acto como médico, y al sujeto como paciente<sup>1</sup>.

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas (estrategias basadas en la relación terapéutica, contención farmacológica), ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas<sup>3</sup>.

Se trata de una medida excepcional. La contención mecánica es una medida sanitaria, por lo tanto, deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una conducta disruptiva que se considera originada por una patología clínica (orgánica o psiquiátrica).

Las indicaciones serían:

- Prevención de conductas autolesivas.
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario).
- Para evitar interferencias graves en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (retirada de vías, sonda nasogástrica, etc.)
- Evitar daños materiales significativos en el servicio donde se encuentra el paciente.
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe esta posibilidad y que el paciente corre riesgo clínico y no está capacitado para tomar tal decisión.
- Solicitud voluntaria del paciente (siempre que su facultativo considere que existen criterios clínicos de indicación).
- Traslado de pacientes.

El Protocolo de CM de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía<sup>2</sup> distingue entre situaciones susceptibles y criterios de inclusión, teniendo en cuenta su aplicación en cualquier unidad de hospitalización.

### **4.1 SITUACIONES SUSCEPTIBLES Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Episodios de inquietud/agitación psicomotriz derivados de:
  - Estados confusionales (“Delirium”) de etiología conocida o no, con importante riesgo vital para sí mismo o para el entorno. Es la situación más frecuente en el hospital general. Habrá que valorar la indicación durante la hospitalización.
  - Manifestaciones psicóticas, excepcionales en el conjunto del hospital, que comprometen seriamente el juicio de realidad o inducen conductas



desorganizadas.

- Episodios de desinhibición en el control de los impulsos, como graves trastornos de la personalidad y cuadros maníacos.
- Cuadros de déficit intelectual y profundos deterioros.
- Efectos o abstinencia de sustancias psicoactivas.
- Desbordamiento de los mecanismos adaptativos del paciente ante situaciones de estrés a las que se encuentra sometido.

- Indicaciones concretas:

- Prevención de conductas, intencionadas o impulsivas, que puedan significar algún daño para el propio paciente, terceras personas o de forma importante para elementos de su entorno y que no cedan ante la adopción de otras medidas terapéuticas.
- Riesgo de autolesiones y suicidio tras haberse demostrado insuficiente la contención emocional con otras medidas y ante el riesgo vital de la persona afectada y su entorno.
- Instauración, mantenimiento, administración de medidas terapéuticas necesarias que estén interferidas por el estado mental del paciente (mantenimiento de catéteres, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).
- Administración de medidas terapéuticas necesarias, determinadas por la aparición de conductas disruptivas o inadecuadas, derivadas del estado mental alterado del paciente, y que impliquen igualmente un riesgo para el mismo o para terceras personas.
- Riesgo de fuga: siempre y cuando se observe en un contexto de pasaje al acto que implique severo riesgo para su persona o para los demás. En general, este caso puede resolverse con medidas de contención de otro orden, pero en el extremo, llegado el caso, estaría justificada la aplicación de la sujeción mecánica.
- De forma excepcional, cuando la propia persona pide ser contenida para evitar conductas agresivas hacia ella misma, o hacia los demás, a modo de contención voluntaria. En este caso excepcional, se recomienda que la persona atendida firme un consentimiento de contención mecánica (ver Anexo 6)

En cada una de las situaciones enumeradas se insiste en la necesidad de agotar todas las posibilidades de manejo con diferentes estrategias, quedando la contención física como un último recurso, que será utilizado durante el menor tiempo posible y acompañado de las garantías sanitarias y controles que se indican en los apartados correspondientes.

## 4.2 CONTRAINDICACIONES

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- No existe indicación.
- Si la situación se puede resolver con otros métodos menos coercitivos, como la contención verbal y/o farmacológica.
- Utilizar la contención mecánica como castigo.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad, sino con carácter delictivo (en este caso es competencia de las Fuerzas de Seguridad).
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente para llevarla a cabo o sea una situación que conlleve más riesgo que beneficios, o sea técnicamente imposible.

En resumen:

1. Siempre que exista la posibilidad de aplicar un abordaje alternativo.
2. Por orden expresa del personal facultativo de no contención mecánica.

## 4.3 LA TOMA DE DECISIONES (PROCESO DELIBERATIVO)

El Protocolo de Contención Mecánica del Servicio Andaluz de Salud<sup>2</sup> recomienda incorporar un espacio de deliberación ética en el procedimiento de CM, al tratarse de una intervención estrechamente relacionada con los derechos y la dignidad de las personas.

La deliberación, o reflexión compartida, es el instrumento que ayuda cuando surgen conflictos éticos. Este proceso se centra en los siguientes criterios:

- Incapacidad de la persona afectada.
- Valoración del posible daño a evitar.
- Proporcionalidad de la medida.

Para las indicaciones al respecto es importante separar la contención urgente de la no urgente. La urgente se plantea en situación de riesgo para la salud del paciente o de otras personas y hace referencia a los principios de beneficencia y no maleficencia. En esta situación la persona o se encuentra capacitada para tomar decisiones sobre su salud (principio de autonomía). En el caso de la CM urgente, el proceso de deliberación se hará a posteriori. Sin embargo, la CM no urgente permite la deliberación como proceso compartido entre profesionales responsables del tratamiento y cuidado, paciente y familiares, si se estima oportuno. Este proceso deliberativo podría llevar a una elaboración de directrices anticipadas en caso de volverse a repetir el episodio que ha provocado la CM.

## **5. MEDIDAS PREVENTIVAS**

### **5.1 ABORDAJE VERBAL**

Acompañamiento individual, invitación a que el paciente exprese verbalmente la irritación o la hostilidad. Esta medida puede ser adoptada por cualquier persona miembro del equipo de trabajo, teniendo en cuenta la relación terapéutica existente con la persona tratada.

### **5.2 CONTENCIÓN VERBAL**

Siempre que sea posible un abordaje o contención verbal, debe hacerse con la finalidad de enfriar la situación que ha provocado la agitación del paciente. Comprende, por un lado, una actitud terapéutica y por otro, la entrevista. Para ello, debemos ser capaces de transmitir al paciente, tanto de forma verbal como no verbal, que nuestra intención es la de protegerlo frente a su enfermedad. Por otra parte, evitaremos mostrar miedo; para ello tenemos que haber creado previamente unas condiciones de seguridad.

Características del abordaje verbal<sup>2</sup>:

- Sinceridad, calma y firmeza.
- Utilización de técnicas de comunicación: escucha activa, dejando que exprese sus temores y enfados, y emitiendo mensajes muy claros que no puedan ser malinterpretados por el paciente.
- Actitud de respeto incondicional.
- Cuidar aspectos no verbales. Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual y utilizando un tono de voz calmado, de bajo volumen.
- Cubrir las necesidades del paciente, evitando caer en la defensa de la Institución o de nosotros mismos.
- Empatizar con el paciente, reservándonos nuestros propios juicios de valor acerca de lo que debería hacer o no.
- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen el sentido de la realidad de la persona afectada.
- Establecer una negociación realista aportando alternativas para superar la situación, ofreciendo salidas airoas y ayuda.
- Pedir que, en sucesivas ocasiones, se conduzca de otro modo.

### **5.3 MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES**

- Modificación del contexto: procurar un ambiente tranquilo y alejado del resto de las fuentes de mayor estimulación.
- Inclusión o exclusión de alguna persona.
- Invitar a participar y facilitar tareas que ayuden a disminuir la agitación.
- Contención manual, siempre que sea posible.

- Enseñar técnicas de relajación (muscular, respiratorias...) para tratar de desactivar la respuesta agresiva o violenta.
- Tratar de orientar al paciente. En pacientes con confusión y agitación, disponer de objetos personales como fotografías o dejar la luz encendida por la noche, son hechos que pueden contribuir a minimizar la confusión.
- Cambios en el entorno como: mejorar la iluminación, luces fáciles de encender, prevención de caídas por suelos resbaladizos, evitar muebles que obstaculicen el paso, timbre al alcance de la mano de los pacientes, etc.
- Seguridad en la cama: colocar rodillos acolchados, manta enrollada debajo de las sábanas, almohadas o cojines delimitando los bordes de la cama evitando el deslizamiento del cuerpo y facilitando los cambios posturales, regular la altura de las camas según las necesidades, frenar las camas, proporcionar trapecios para facilitar la movilidad en la cama, recordatorios visuales para animar al paciente a que utilice el timbre de llamada cuando necesite ayuda, etc.
- Asientos e higiene postural en sillas: asientos profundos, reclinables, de respaldo alto, ruedas frenadas.
- Enseñar técnicas seguras de movilización y deambulación.
- Proporcionar ayuda en el aseo en pacientes que lo necesiten (incontinentes).
- Cubrir zonas de inserción de sondas gástricas, catéteres y demás dispositivos terapéuticos, para evitar su manipulación por parte de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes con riesgo en habitaciones próximas al control de enfermería.
- Alternativas psicosociales: aumentar la interacción social durante el día.
- Alternativas fisiológicas: reducir el dolor e insomnio, y reorientar al paciente en tiempo y espacio.

En definitiva, se busca favorecer un ambiente y entorno adecuados. Para ello se debe:

- Reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas disruptivas o violentas.
- Facilitar cambios en el entorno social. Para ello se puede:
  - Introducir una figura que represente autoridad o que dé confianza
  - Sacar a aquellas personas que puedan producir respuestas negativas.
- Posibilitar, en la medida de lo posible, actividades que puedan hacer disminuir la respuesta agresiva (pasear, una llamada telefónica, etc.).
- Ayudar a la práctica de respuestas desactivadoras como son las técnicas de relajación muscular, respiratoria, etc.

## 5.4 MEDIDAS FARMACOLOGICAS

Referido al empleo adecuado, seguro y juicioso de los fármacos prescritos con el objetivo de tranquilizar a la persona agitada lo antes posible, para evitar que se lesione a sí misma o a las personas que la rodean (ver Anexo 8).

La contención farmacológica de pacientes es un tema suficientemente importante como para ser desarrollado en un protocolo específico por la Comisión de Calidad de este hospital. En el Anexo 8 se esbozan, resumidamente, algunas consideraciones al respecto.

No obstante, se tendrán en cuenta dos premisas generales en la aplicación de contención química<sup>1</sup>:

- La primera consideración en una agitación ha de ser la existencia de patología “orgánica”, bien como factor etiológico o intercurrente. Este factor influirá en la decisión de aplicar o no fármacos, en la vía, el tipo y la dosis; además, lógicamente, del tratamiento de la situación clínica y del manejo general del cuadro (decisión sobre heparinización, control de temperatura, posición del inmovilizado, etc.).
- En caso de duda al respecto, es preferible ser conservadores: aplicar tan sólo contención mecánica o emplear la química con prudencia, pues los efectos de los fármacos (en especial la sedación) dificultarán el diagnóstico diferencial.

## 6. COMPETENCIAS PROFESIONALES

En lo siguiente se asumen las indicaciones recogidas en el protocolo del Servicio Andaluz de Salud<sup>2</sup>.

La contención mecánica de un paciente implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato, al margen de la categoría profesional.

### **Facultativo/a**

- Ostenta la máxima responsabilidad en la CM, por lo que tendrá la capacidad de decidir en caso de disparidad de criterios, debiendo considerar las medidas alternativas propuestas por el resto del personal.
- Indica la medida o la autoriza (o no), si ha sido instaurada por el enfermero, en caso de urgencia y/o en su ausencia.
- Ha de indicar la instauración y retirada de la CM, así como cada una de las valoraciones frecuentes que haga a la persona atendida mientras dure la CM, confirmando, por escrito, si ha de continuar o no y por cuánto tiempo.
- Ha de garantizar el cumplimiento del derecho a la información que tienen tanto el paciente como sus personas allegadas, acerca de los motivos y objetivos de la medida.
- Decide la finalización de la CM tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

### **Enfermero/a**

- Dirige la contención y coordina su ejecución.
- En ausencia del facultativo/a y, exclusivamente en casos de extrema urgencia, indica la CM y procura que sea autorizada y firmada por el personal facultativo en el menor tiempo posible.
- Es responsable del instrumental de la CM.
- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

### **Auxiliar de Enfermería**

- Coopera en la ejecución y supresión de la CM.
- Participa en los cuidados, el control y la observación de los pacientes.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento del instrumental de CM.

### **Celador:**

- Colabora en la instauración de la CM y eventual transporte del paciente y del instrumental.

### **Personal de seguridad:**

Si en algunos casos no es suficiente con el personal de la propia unidad, puede solicitarse el auxilio del personal de seguridad. La función de este personal será apoyar con su presencia física y, sólo en situaciones muy excepcionales, de intervención física. En este caso es importante valorar en todo momento el efecto de esta medida en el paciente.

## **6.1 FORMACIÓN CONTINUADA**

Para garantizar la adquisición y mantenimiento de las competencias necesarias para la aplicación de la CM se recomienda contar con un plan de formación continuada en los procedimientos de CM dirigido a todos los profesionales de todas las unidades donde se aplica esta medida. Para ello, cada Hospital o Unidad de Gestión Clínica debe contemplar este tipo de formación, incluyendo talleres de reciclaje periódicos.

Asimismo, la evaluación de los episodios de CM en el equipo multidisciplinar fomenta la mejora continua de las intervenciones e identifica las necesidades de formación de los profesionales, por lo que se recomienda incluir esta evaluación en la práctica clínica diaria.

## **7. INSTAURACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA**

### **7.1 PERSONAL NECESARIO**

Para garantizar al máximo la aplicación correcta de la técnica, es necesario contar con 4 personas como mínimo, preferentemente 5, si es posible, con independencia de la categoría profesional de cada una de ellas. Si fuese necesario, se valorará la posibilidad de incorporar a más profesionales.

### **7.2 DURACIÓN**

Un principio básico es que la CM debe ser siempre lo más breve posible. La duración prevista se especificará siempre su indicación necesitará ser revisada, como mínimo en las siguientes 4 horas tras la indicación.

Toda CM podrá ser prorrogada por un nuevo período con autorización expresa de un facultativo y siempre considerando la valoración enfermera. Es importante subrayar que el equipo, en su conjunto, debe garantizar el cumplimiento de la duración establecida, sin obviar que cada profesional es responsable de cumplir la parte del protocolo que le corresponde y ha de llevar a cabo.

### **7.3 PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS**

#### **7.3.1 Instrumental para la contención mecánica**

Los instrumentos con los que se realiza la CM estarán siempre homologados, con el objetivo de salvaguardar la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a contención y deberán estar en buenas condiciones de uso. El material específico a usar será el aprobado por la Institución y deberá existir en cantidad suficiente y en función de las dimensiones de la unidad (al menos un juego completo de contención por planta) y bajo la responsabilidad de la supervisión de enfermería.

#### **7.3.2 Procedimiento**

En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario, y evite en todo momento actitudes de provocación. En definitiva, el procedimiento debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y escrupuloso respeto hacia los derechos de la persona atendida. Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.

Siempre que lo permita la situación, se trasladará al paciente sin reducción a la habitación, teniendo en cuenta el siguiente procedimiento:

- 1 Solicitar y dejar el tiempo suficiente para que el paciente colabore de forma voluntaria en la sujeción.

- 2 Acompañar a la persona afectada a la habitación, si lo desea y su estado lo permite.
- 3 Sujetar al paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra mano tirando hacia abajo.
- 4 Se realizará con firmeza, pero sin extremarla para no lesionar a la persona inmovilizada.

Se preparará la cama, colocando previamente la sujeción de cintura en la misma y asegurándose de que esté frenada.

El personal que va a asistir en la contención deberá retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.

Se designará una persona miembro del personal de cuidados para dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es el enfermero referente, aunque no se descartan otras opciones, dependiendo de la situación que rodea la CM.

A partir de este momento la persona encargada de dirigir la contención será la que mantendrá la comunicación verbal con la persona inmovilizada, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios contradictorios o confundir más al paciente. La persona encargada explicará al paciente las intervenciones que se están aplicando en cada momento.

La persona que dirige la contención explicará a la persona atendida y a su familiar, en caso de estar acompañada, el procedimiento, propósito y duración de la intervención, en términos comprensibles y procurará garantizar el máximo respeto al paciente en todos los aspectos.

La persona encargada de la actuación seleccionará qué elementos de contención se colocarán en cada caso.

En la medida de lo posible, cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad de manera preestablecida, y en caso de disponer de una quinta persona, ésta se dirigirá a la cabeza para que no se autolesione o lesione al personal.

El paciente se colocará en decúbito supino sobre la cama, o en su caso se sentará en una silla y se procederá a la sujeción completa o parcial, siempre teniendo en cuenta la máxima seguridad de la persona contenida.

### **7.3.3 Sujeción completa**

Inmovilización del tronco y las cuatro extremidades: primero se colocará el cinturón abdominal y después las sujeciones de las cuatro extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo) y MSI (miembro superior izquierdo) y MID (miembro inferior derecho).



Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de aspiración.

### **7.3.4 Sujeción parcial**

#### **1. En cama**

Inmovilización del tronco y dos extremidades: primero se colocará el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID. Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y evitar una aspiración.

La sujeción parcial podría ser empleada en casos muy excepcionales, por ejemplo, en personas con discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas.

#### **2. En silla**

Inmovilización con un sistema de cinturones especial para sillas de ruedas/sillón: este tipo de CM puede estar indicado en pacientes con déficit cognitivos moderados-severos, o con sintomatología regresiva grave y con alto riesgo de caída. La aplicación de las sujeciones se hará siguiendo las indicaciones del fabricante del sistema de sujeción mecánica utilizado. En esta situación habrá que procurar el acompañamiento o máxima visibilidad por parte del personal para evitar lesiones por colgamiento y caídas.

El material estándar básico homologado suele estar compuesto por:

- Alargaderas transversales.
- Alargaderas cortas.
- Cinturón ancho abdominal.
- Sujeciones para muñecas.
- Sujeciones para tobillos.
- Llaves magnéticas.
- Tapones magnéticos y su correspondiente perno, que configuran el cierre de dicha sujeción.

Posteriormente se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción, estos se colocarán de manera firme y segura, pero teniendo en cuenta que no dañen la piel o impidan la circulación sanguínea.

Se comprobará que el paciente no lleve encima ningún objeto con los que se pueda dañar.

## 8. CUIDADOS

La contención mecánica obliga a incrementar la atención por parte del personal, identificando problemas reales y riesgos potenciales, teniendo en cuenta las intervenciones que ya se venían aplicando a cada paciente, y garantizando determinados cuidados que se especifican a continuación:

- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación, ocupando siempre que sea posible, una habitación con preferencia individual y cercana al control de enfermería.

- El personal facultativo debe valorar al paciente lo antes posible tras realizarse la contención (siempre antes de una hora) confirmando la prescripción. Transcurridas las cuatro primeras horas será reevaluado. Si se mantiene la indicación de contención, la evaluación será realizada por el facultativo al menos cada ocho horas<sup>1,2</sup>. El personal responsable del caso explicará a la persona afectada que va a ser cuidado, atendido y observado mientras dure la CM.

- El nivel de observación y vigilancia que precisa la persona será alto, haciendo especial hincapié en la prevención de los riesgos potenciales de la CM y cumpliendo, al menos, las siguientes pautas:

El personal de cuidados valorará de forma integral y registrará aproximadamente cada 15 minutos el estado general de la persona atendida<sup>2</sup>.

- Respiración, estado psicomotor y nivel de conciencia.
- Estado de las partes del cuerpo en sujeción. Se valorará la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros, y, especialmente, el estado de la piel: intacta (buena coloración y sensibilidad) o alterada (hematomas, abrasiones, inflamación, dolor, etc.).
- Alteración de la percepción.
- Alteración del contenido y curso del pensamiento.
- Comunicación.
- Actitud de la persona contenida ante la sujeción.

- Se monitorizarán los signos vitales del paciente. La frecuencia de los controles dependerá de su situación clínica y la previsión de posibles complicaciones orgánicas. Debería de hacerse al menos cada 8 horas<sup>2</sup>.

- Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.

- Se administrarán los cuidados, y vigilarán los riesgos relacionados con las necesidades de hidratación y alimentación, eliminación, movilidad, higiene, seguridad y comunicación.

- Se anotarán los cuidados realizados y observaciones al respecto (Anexo de registros)

## 8.1 CONSECUENCIAS PERJUDICIALES DE LA INMOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

### Complicaciones potenciales

- Úlceras por presión.
- Isquemia periférica.
- Compresión nerviosa.
- Luxaciones, fracturas.
- Tromboembolismos.
- Broncoaspiración.
- Insuficiencia respiratoria.

## 9. SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

- La finalización del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta de los responsables facultativo y enfermero del paciente, cuando la necesidad de tal medida haya cedido.
- Se hará siempre de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol. Lo habitual es proceder a una supresión gradual, pasando primero de una contención total a una parcial y después a la supresión total, explicando en todo momento el procedimiento al paciente y a la familia<sup>3</sup>.
- Se hará en presencia de personal suficiente (mínimo dos personas), valorando el comportamiento del paciente.
- Se debe intentar que la sujeción física dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo que se establece para todo episodio de sujeción y/o aislamiento de un paciente es de 12 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72 horas ininterrumpidas.
- Deberá siempre figurar por escrito en la hoja de órdenes médicas y en los cuidados de enfermería. Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las posibles incidencias acaecidas.
- Si otros pacientes han presenciado el episodio de sujeción, es necesario hablar con ellos después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.
- Conviene, a posteriori, evaluar con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida<sup>5</sup>.

## 9.1 Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las inmovilizaciones

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal esté sensibilizado e involucrado en este objetivo.

Algunas medidas encaminadas a disminuir el uso de las inmovilizaciones y el riesgo de lesiones son:

- Fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada; es necesario disponer de un protocolo donde se establezcan las normativas y procedimientos, además de poseer profesionales bien formados y el apoyo de los líderes de la organización. Por lo que es necesario dar a conocer este protocolo a todos los potenciales usuarios del mismo y evaluar su cumplimiento.
- Desarrollar estrategias de gestión alternativas para aquellos grupos de pacientes en los que la sujeción mecánica se emplea comúnmente:
  - Deterioro cognitivo:
    - Orientación continua en tiempo, espacio y persona.
    - Alentar su participación en autocuidados.
    - Animar a escuchar la radio o la televisión, conversar con familiares, amigos y/u otros pacientes.
    - Ubicar a los pacientes con confusión cerca del control de enfermería.
  - Riesgo de caídas y problemas de movilidad:
    - Valoración del riesgo de caídas.
      - Identificación de factores de riesgo.
    - Seguir recomendaciones establecidas en protocolo de prevención de caídas del hospital.
  - Personas con deambulación errática:
    - Comprobar que llevan pulsera identificativa.
    - No dejarles solos.
    - Proporcionarles actividades recreativas.
  - Usuarios que manipulan los equipos médicos:
    - Terapia intramuscular en lugar de intravenosa.
    - Proteger canales terapéuticos (vías, sondas,) para evitar su manipulación
- Evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas. La sujeción mecánica debería utilizarse solamente como último recurso, y sólo cuando los beneficios potenciales sean

mayores que el daño potencial.

- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones y en las pautas a seguir en caso de tener que utilizar la contención y/o inmovilización de pacientes. La formación sobre sujeción mecánica puede reducir, con seguridad, su uso.
- Sólo utilizar las restricciones de movimiento como medida terapéutica y durante cortos periodos de tiempo.
- Si debe usarse sujeción mecánica, se recomienda que solamente se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente, o que facilite el tratamiento.
- Evaluar continuamente a los pacientes inmovilizados, valorando la posibilidad de retirar la contención cuando ésta ya no sea necesaria.
- La intervención debe quedar siempre registrada.
- Mantener el material de contención localizado y en perfectas condiciones para su uso. (comprobar el material cuando se recibe de lavandería, revisando botones, anclajes, velcros...)

### **Lo que nunca se debe hacer<sup>3</sup>:**

- Avergonzar al paciente por su actitud.
- Utilizar estrategias como: decirle que se calme, ofrecerle medicación “para estar más tranquilo”, negarse a escucharle, elevar el volumen de la voz, mantener una discusión en público o empeñarse en seguir hablando, aunque se esté en vía muerta.
- Sujetar a un paciente agitado en una silla de ruedas o en un sillón por el elevado riesgo de caída.
- Usar la restricción física como sustituto de vigilancia.

## **10. REGISTRO**

El registro de la actividad de CM es esencial y tiene dos objetivos:

- Garantizar la incorporación a la historia clínica de todo lo relacionado con los motivos, indicación, procedimientos, medicación, información al paciente y familia/allegados, controles y evolución clínica, hasta la supresión de la CM.
- Disponer fuera de la historia clínica, de la información más relevante para evaluar la práctica de la CM, a nivel local o general (Ver Indicadores en Anexo 10)

Debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han motivado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión de los documentos señalados en este protocolo, y que procede sean homologados como documentos integrantes de la Historia Clínica. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida llevada a cabo (Ley 41/2002) (Ver Anexo10).

## BIBLIOGRAFÍA.

1. **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DE MOVIMIENTOS**, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Septiembre 2003
2. **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Edita Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz y Área de dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010
3. **INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECCIÓN MECÁNICA**. Protocolo consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
4. **Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas. Auckland, 1989.**  
<http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
5. **Lanzan Sancho, M.** PRESENTACION ORAL: "CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. X Jornada de trabajo sobre calidad en salud y VIII Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial.

### Otra bibliografía consultada:

- **Documento de Consenso sobre sujeciones Mecánicas y Farmacológicas**. Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. 2014. Madrid
- **Guía de Seguridad en la Atención a Personas con Trastornos Mentales**. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009
- **Joanna Briggs Institute, 2002 Physical Restraint – Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice, Vol 6 Iss 4, Blackwell Publishing Asia, Australia**
- **Joanna Briggs Institute, 2002 Physical Restraint – Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice, Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia**
- **Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes**. Centro de Investigación para la seguridad clínica de los pacientes. ALERTA DE SEGURIDAD EN ATENCIÓN SANITARIA. Alertanº5
- **Protocolos de actuación**. Residencias de personas mayores. Servicio Foral Residencial. Diputación Foral de Bizkaia. 2011, Bilbao
- **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Edita Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz y Área de dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2010
- **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES**. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2005
- **PROTOCOLO ASISTENCIAL DEL HOSPITAL DE CIUDAD REAL**. Revisión 2010
- **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Y TERAPÉUTICA**. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Psiquiatría. Julio 2004
- **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DE MOVIMIENTOS**, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, Septiembre 2003
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA E**

**INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES. DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. HOSPITAL  
UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA, 2007**

- **Urrutia Beaskoa, A. Fundación Cuidados Dignos. Norma Libera-Ger.** Restricciones físicas ¿Deben usarse? ¿Cuáles, cuándo y cómo?. [www.cuidadosdignos.org](http://www.cuidadosdignos.org)

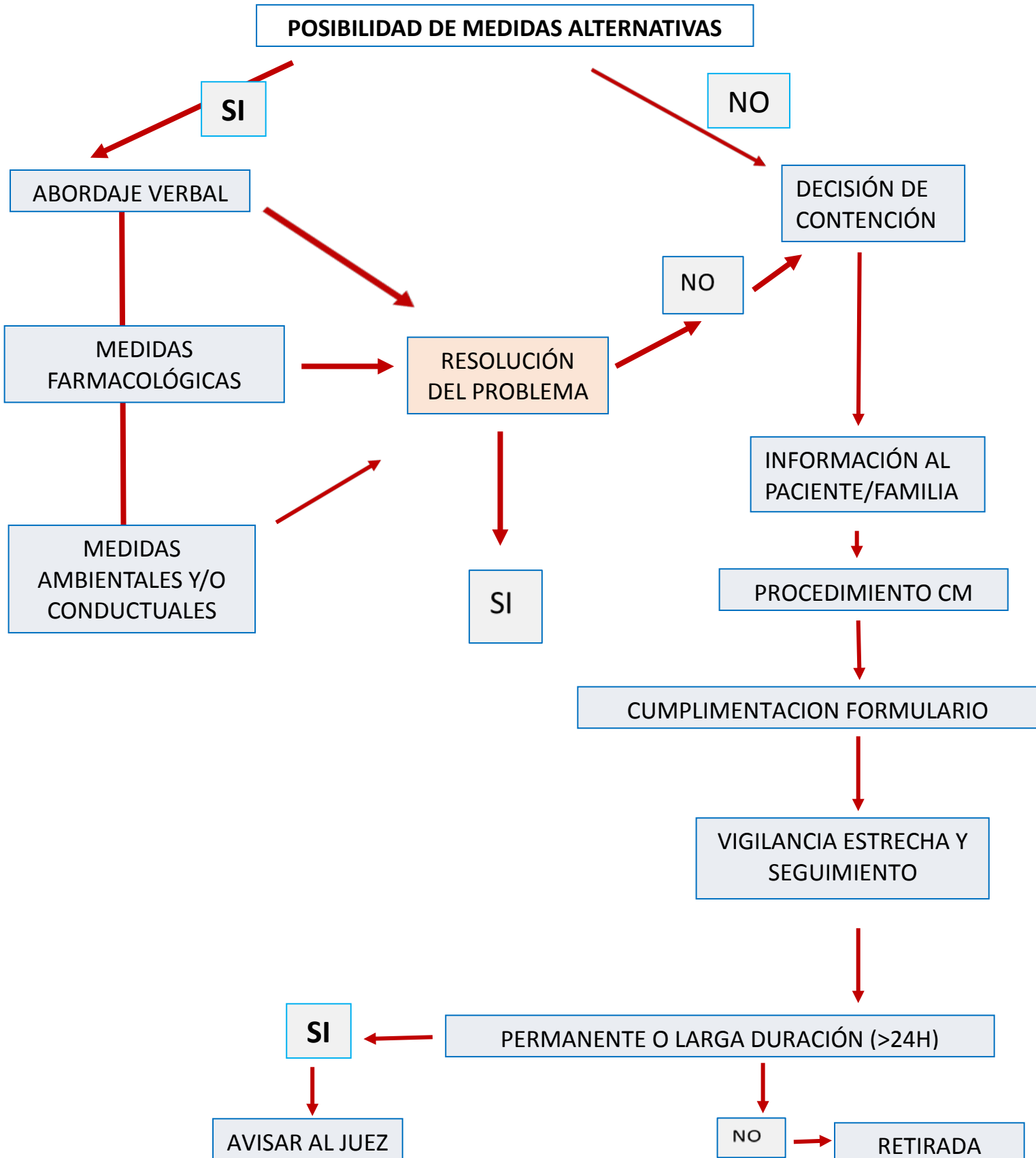




## **ANEXOS**

1. ALGORITMO DE DECISIONES
2. ALGORITMO RESUMEN
3. FORMULARIO CON LA INDICACIÓN/RETIRADA
4. REGISTRO
5. ASPECTOS LEGALES
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO
7. INGRESO INVOLUNTARIO
8. MENORES: CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA CONTENCIÓN FÍSICA EN PEDIATRÍA.
9. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA
10. DÍPTICO PARA LAS UGC
11. INDICADORES DE EVALUACIÓN

**ANEXO 1: ALGORITMO DE DECISIONES**



## ANEXO 2: ALGORITMO RESUMEN

<b>VALORACIÓN DEL/DE LA PACIENTE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Médico/a: Reevaluar indicación al menos a la primera hora, en las 4 horas posteriores y cada 8h.</li><li>• Enfermería cada 15 minutos<ul style="list-style-type: none"><li>- Estado general</li><li>- Nivel de conciencia, agitación, ansiedad.</li><li>- Constantes vitales</li><li>- Necesidades básicas</li><li>- Riesgos de la contención.</li></ul></li></ul>
<b>REGISTRO DEL PROCESO</b>

<b>PACIENTE CON INDICACIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA</b>
<b>INDICACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pacientes agitados por causas orgánicas, psiquiátricas o derivadas del abuso-deprivación de sustancias tóxicas.</li><li>- Prevenir:<ul style="list-style-type: none"><li>• Lesiones en el propio paciente (caídas,..)</li><li>• Lesiones a otras personas</li><li>• Disrupción del tratamiento</li><li>• Daños en el entorno</li></ul></li></ul>
<b>CONTENCIÓN MECÁNICA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales.</li><li>• Indicación solo justificada si fracasan o no son aplicables las medidas alternativas (contención verbal, medidas ambientales y/o conductuales, farmacológica...)</li></ul>
<b>CONTRAINDICACIONES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Orden médica expresa de NO APLICAR</li><li>- Si la situación puede resolverse con medidas alternativas</li><li>- Si no hay personal suficiente</li><li>- Como medida punitiva represiva</li></ul>
<b>PROCEDIMIENTO</b> <p>La contención física precisa prescripción médica. En caso de urgencia, el/la enfermero/a puede iniciar el procedimiento.</p> <b>CONSIDERACIONES PREVIAS:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar al/a la paciente y familiares o allegados.</li><li>• Respetar la intimidad.</li><li>• Disponer un entorno seguro.</li><li>• Valorar el sistema de contención a utilizar.</li><li>• Valorar los riesgos relacionados con el/la paciente y el tipo de contención.</li><li>• Designar a una persona para dirigir el procedimiento: Reducción. Traslado. Tumbarencama. Contención.</li></ul> <b>APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CONTENCIÓN:</b> <p><b>Posición del paciente:</b> Decúbito supino, excepto: pacientes intoxicados o con disminución de conciencia (Decúbito lateral izquierdo - posición de seguridad-).</p> <p><b>Secuencia del proceso de inmovilización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inmovilización total:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Colocación de cinturón abdominal.</li><li>2. Sujeción de miembros inferiores.</li><li>3. Sujeción de miembros superiores.</li></ol></li><li>• Inmovilización parcial: Sistema de contención en diagonal: brazo izquierdo –pierna derecha o viceversa. <i>No se debe inmovilizar un único miembro.</i></li></ul> <p><b>Posición del paciente una vez contenido:</b> Mantener la cabecera de la cama ligeramente elevada</p>
<b>SUPRESIÓN DE CONTENCIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Valoración multidisciplinar.</li><li>• Supresión progresiva lo antes posible (conveniente antes de las 12h -máximo 72h-).</li><li>• Mínimo 2 personas</li></ul>

## ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO

### Contención verbal

Enfriar la situación, disminuir la agresividad:

- Vigilar signos de alarma
- Mostrarse firme y con seguridad
- Evitar contacto visual fijo
- Mantener actitud terapéutica
- Dejar que hable, no discutir ni confrontación.
- Empatía pero no conformidad
- Evitar juicios de valor
- Mantener distancia de seguridad

### Medidas ambientales y/o conductuales

Reducir o limitar estímulos provocadores de conductas agresivas o violentas.

- Introducir una figura de autoridad o confianza.
- Actividades de distracción, relajación, interacción.
- Orientación en tiempo, espacio y persona.
- Seguridad del entorno. **Contención farmacológica:** Prescripción médica

### **ANEXO 3: FORMULARIO DE INDICACIÓN/RETIRADA**

#### **REGISTRO DE CONTENCIÓN** (Items valorados en el registro):

##### **a. Datos de filiación**

- Nº de historia clínica
- Nombre del médico asignado
- Nombre del paciente
- Habitación y cama
- Fecha de ingreso
- Edad y sexo

##### **b. Diagnóstico y código CIE-10**

##### **c. Motivo de la contención**

- Agitación/inquietud psicomotriz
- Heteroagresividad
- Protección del paciente de sus propios trastornos psicopatológicos
- Protección del resto de personas del trastorno psicopatológico del paciente
- Incumplimiento de cuidados con riesgo para la salud
- Protección del entorno
- Intento de fuga/fuga frustrada
- Orden médica
- Transgresión continua de las normas de funcionamiento de la unidad
- Perturbar el reposo/sueño de otros pacientes
- Petición del paciente
- Mayor efectividad del tratamiento
- Riesgo de lesión en pacientes obnubilados, confusos, sedados o de avanzada edad

##### **d. Descripción de la contención**

- Contención total, parcial o sillón. Croquis descriptivo.
- Fecha y hora de indicación
- Duración estimada
- Breve descripción
- Profesionales que intervienen
- Estado del paciente

##### **e. Controles clínicos**

- Hora de controles
- Constantes valoradas

##### **f. Responsabilidad de contención**

- Firmas de facultativo y enfermero que la instauran
- Firmas de facultativo y enfermero que la suprimen
- Fecha y hora de retirada

## **ANEXO 4: REGISTRO**

### **Debe contemplar:**

#### **- Identificación paciente:**

*NUHSA/número de historia clínica*

*Datos de filiación*

*Diagnóstico y código CIE-10*

*Fecha de ingreso*

#### **- Indicación: Contención Mecánica:**

*Fecha indicación*

*Hora indicación (de 0 a 24 horas)*

*Duración estimada*

#### **- Profesionales que intervienen:**

*Facultativos*

*Enfermeros*

*Otros*

#### **- Valoración por facultativo:**

##### **Motivos:**

- *Agitación psicomotriz*
- *Grave riesgo de autolesión o autolesión consumada*
- *Administración/mantenimiento de medidas terapéuticas (caídas, vías, sondas...)*
- *Grave riesgo de heteroagresión a agresión consumada*
- *Por petición propia del/de la paciente/contención voluntaria*

##### **Estado del paciente:**

- *Agitado*
- *Violento o agresivo, con impulsividad autolesiva*
- *Confuso o desorientado*
- *Otros, especificar*

##### **Intervenciones asociadas a la CM realizada:**

- *Intervenciones psicológicas*
- *Intervenciones ambientales*
- *Intervenciones farmacológicas*
- *Comunicación de la necesidad de CM a paciente*
- *Comunicación de la necesidad de CM a familiares/allegados*
- *Notificación judicial*

##### **Acompañamiento familiar durante la CM**

##### **Producción de lesiones al paciente durante la CM**

##### **Producción de lesiones en personal antes/durante CM**

## **ANEXO 5: ASPECTOS LEGALES**

### **Preceptos Legales de Aplicación:**

- **Constitución (Art. 17.1)** “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.
- **Ley 41/2002** reguladora de la Autonomía del Paciente (**Arts.5, 8 y 9**)
- **Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma. En efecto, el art 763 LECivil expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”

**Información sobre la adopción de la medida:** La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento; también se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente (art. 5,1 y 2 Ley 41/2002). La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

**Historia Clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo, y que proceda sean homologados como documentos integrantes de la Historia Clínica. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida llevada a cabo.

## **ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Consentimiento**

El consentimiento de la medida de contención mecánica de persona con capacidad y en condiciones de decidir, sería válido de conformidad con el art.8.2 de la Ley 41/2002 antes citada. En los supuestos excepcionales en los que el paciente (con capacidad y en condiciones de decidir) dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención mecánica, parece conveniente que este consentimiento se recoja en un documento escrito firmado por el paciente.

En otro caso (paciente que no sea capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación) se consultará cuando las circunstancias lo permitan a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con el paciente.



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Del inicio de Contención Mecánica**

D./Dña. \_\_\_\_\_ mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_, ingresado/a en el Servicio de \_\_\_\_\_ del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**DECLARA:**

Consentir ser sujetado/a temporalmente, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado.

Mis médicos/as me han informado que es el único medio de conseguir controlar mi agitación y/o violencia y que seré liberado inmediatamente después de recuperar mi control.

Me han explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar, aplicados a mi caso, así como la existencia de otros tratamientos diferentes al mismo.

Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto se considere oportuno médicamente y/o yo lo solicite voluntariamente.

SEVILLA a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Fdo.: \_\_\_\_\_

El/La paciente (firma, nombre y apellidos)

Los/as abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción referida por el paciente arriba firmante, por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_ Médico Enfermero

## **ANEXO 7: COMUNICACIÓN AL JUZGADO**

### **Comunicación al Juez de 1ª Instancia (Incapacidades)/Juzgado de Guardia**

Debe valorarse la comunicación al Juez de 1ª Instancia solicitando la ratificación de la medida, cuando se trate de una medida de larga duración, pues en este caso podría asimilarse la situación de grave alteración de la conducta en que se encuentra el paciente con contención mecánica (evidentemente no consentida) a un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

La comunicación debería efectuarse por parte del médico responsable del caso, bien porque desde el momento de su adopción se prevea que se va a prolongar en el tiempo, bien porque así se prevea con posterioridad, fijando como plazo orientador la permanencia de la medida durante más de 24 horas.

**FORMULARIO DE COMUNICACIÓN AL JUZGADO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO**

**ILMO. SR.**

**D/Dña.....**  
**Licenciado/a en Medicina, médico/a del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla,**  
**con el debido respeto**

**COMUNICA A V.I.**

**Que en el día de la fecha, a las.....horas, se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente**

**D/Dña. .... de.....**  
**años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgente, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos, aprobado en su día por la Dirección de este Hospital.**

**La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente lo permita.**

**Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.**

**Fdo: Dr/a.....**

**En Sevilla, a..... de..... de 20.....**

**ILMO. SR. JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA –SEVILLA -**

## **ANEXO 8: MENORES: CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA CONTENCIÓN FÍSICA EN PEDIATRÍA.**

### **A. Consideraciones especiales en la contención física en pediatría**

El paciente pediátrico tiene unas consideraciones especiales comunes en cuanto a contención de movimientos se refiere. Son pacientes que pueden requerir, dentro de su plan terapéutico, medidas de seguridad orientadas a evitar su caída o evitar la pérdida de vías, sondas, etc.

Debemos distinguir entre los pacientes, menores de edad, que precisan asistencia psiquiátrica y los que requieren asistencia pediátrica en general.

#### **A.1.- Paciente que precisa asistencia psiquiátrica**

El ingreso de los menores de edad tiene que realizarse en la USMIJ (Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil) del Hospital Infantil, previo informe de los servicios de asistencia al menor (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

#### **A.2.- Paciente que precisa asistencia pediátrica en general**

Dadas las características especiales de los pacientes pediátricos la restricción física o limitación de movimientos tendría lugar en dos tipos de situaciones:

- De manera excepcional, ante agitaciones de origen orgánico o cuadros relacionados con el consumo de sustancias.
- De manera ordinaria, ante posibles interferencias con las medidas terapéuticas empleadas (goteos, sondas, vías, intubación, etc.) sobre todo en unidades de cuidados intensivos, bien por la corta edad del paciente o porque presente algún déficit intelectual.

Considerando que cada técnica asistencial lleva implícita una restricción determinada de movimientos, se utilizarán las medidas de sujeción adecuadas a cada situación clínica, procurando que el procedimiento empleado sea siempre el menos traumático para el paciente. La duración de la sujeción estará condicionada al tiempo que dure el tratamiento a realizar.

Los profesionales sanitarios responsables de la indicación de sujeción informarán del procedimiento a los padres o representantes legales del paciente, contemplando la posibilidad de trasladar la información al menor, en función de su edad y capacidad de entendimiento. Si los padres o representantes legales mostraran rechazo a las medidas de sujeción propuestas, procedería solicitar autorización judicial al efecto, conforme a lo establecido en el citado 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil.

Es imprescindible la reevaluación cada media hora por parte de enfermería y replantear la indicación de continuar o no con la medida cada 2 horas.

## **B) Indicaciones:**

Paciente pediátrico con agitación psicomotora, riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o drenajes, o cuando se vaya a realizar algún procedimiento que requiera que el niño esté sin movimiento.

## **C) Preservar la seguridad del paciente**

Se tomarán medidas que:

- Favorezcan un ambiente tranquilo (uso de un tono de voz suave).
- Promuevan la relajación y mejora del sueño mediante musicoterapia y/o masajes.
- Satisfagan las necesidades de eliminación y alimentación del lactante.
- Valoren datos de sobrecarga emocional como: hipertensión arterial sistémica, taquicardia, fatiga, irritabilidad excesiva, diaforesis, hiperventilación, etc.
- Movilicen al lactante cada dos horas y permitan valorar el estado de la circulación en la extremidad inmovilizada cada 15 minutos.
- Valoren constantemente el estado neurológico con escalas de confort, así como la presencia de dolor. Puede ser útil la escala de valoración del dolor en menores de tres años, la cual, a través de datos como la tensión arterial sistólica, el llanto, la actividad motora, la expresión facial, la evaluación verbal y el lenguaje corporal, permite determinar el grado de dolor: 1 a 2, dolor leve; de 3 a 5, dolor moderado; de 6 a 8, dolor intenso; de 9 a 10, dolor insoportable. La otra escala, útil en niños menores de tres años, es la visual analógica que por medio de la observación y de una forma subjetiva de la expresión facial que el niño muestre, determinará el grado de dolor.
- Optimicen el manejo en caso de dolor con terapia farmacológica bajo prescripción médica.
- Realicen las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
- Si las condiciones del lactante mejoran y el método de sujeción ya no se requiere, permitan anotar la hora en que se retira y/o evaluar las medidas aplicadas.

## **RIESGOS**

- Dificultad respiratoria, contracturas al forzar la movilización, lesión isquémica, úlceras por presión, edema e irritabilidad excesiva.
- La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations desde 1998 establece estrategias específicas para reducir el riesgo de las inmovilizaciones, como: redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones; valorar el riesgo existente e intervenir precozmente con medidas menos restrictivas; formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones; valoración continua a los pacientes que se encuentran inmovilizados.

## **ANEXO 9: CONTENCION FARMACOLOGICA**

Cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente se debe recurrir al abordaje farmacológico. Generalmente una contención mecánica va a conllevar la necesidad de administrar tratamiento farmacológico y siempre será bajo prescripción médica, debiendo quedar registrada.

Deben conocerse las precauciones a tener en cuenta a la hora de administrar fármacos sedantes y valorar cuidadosamente sus riesgos y beneficios, teniendo en cuenta los problemas clínicos del enfermo, para poder detectar cualquier efecto adverso que pudiera aparecer. El objetivo no es la sedación profunda a cualquier precio, sino conseguir un grado de sedación suficiente que permita el manejo adecuado de la situación.

El/La médico/a responsable del paciente en cada Unidad establecerá la pauta a seguir en estos casos, tras valorar las posibles causas de agitación: orgánicas, psiquiátricas y/o causas derivadas del abuso o privación de sustancias tóxicas.

A modo de generalidad indicar que:

- El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas y con mínimos efectos secundarios.
- La vía de administración más recomendable es la oral; pero en la práctica, tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes.
- La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios.
- La vía intramuscular, aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura.

En todo caso se recomienda ser siempre conservador si existe duda.

Los grupos de fármacos empleados son:

### **a) Benzodiazepinas (BZD)**

Las benzodiazepinas poseen una buena relación eficacia/seguridad.

Es el grupo de fármacos cuya administración ofrece mayor margen de seguridad.

Indicadas en cuadros de agitación si el paciente no presenta actividad delirante o alucinatoria ni problemas respiratorios; predominantemente en las manifestaciones ansiosas de miedo y pánico.

Efectos adversos que pueden producir: reacciones paradójicas, con aumento de hostilidad e irritabilidad, sueños vívidos, inquietantes o pesadillas.

Intoxicación: somnolencia, obnubilación e hipotonía, seguida de letargia y disminución de reflejos. Antídoto: Flumazenilo.

Otras reacciones: pueden producir desinhibición y llegar a desencadenar conducta violenta en pacientes con historia de abuso de este tipo de sustancias.

La BZD más adecuada es el Midazolam que se absorbe bien, tanto por vía IM como IV, siendo preferible la segunda cuando se desee un efecto inmediato. Hay que tener en cuenta que se trata de una BZD de vida media muy corta y de alta potencia, por lo que conviene tener presente sus efectos depresores respiratorios.

Con mayor potencia que el anterior, con efectos anticonvulsivos, y de vida media larga, se usa el Clonazepam, también disponible en viales para su administración parenteral.

El Diazepam se absorbe algo peor por vía IM pero lo hace mejor que el Clorazepato. Puede ser útil como sostenimiento del estado en perfusión continua o cuando por sus potentes efectos anticonvulsivantes se requiera especialmente esta acción en perfusión continua.

El Clorazepato tiene tres características que la desaconsejan por vía IM: La primera es que por su escasa hidrosolubilidad del preparado, se absorbe mal y de forma errática, siendo irritante y doloroso. La segunda, es su débil potencia, y la tercera: su vida media larga. Por estos motivos este fármaco debería ser utilizado en su administración por vía IV en las crisis de ansiedad, donde sí es muy útil.

El Lorazepam no está comercializado en nuestro país en vía parenteral, de extendido uso en otros países; pero su buena absorción oral le hace un fármaco útil en cuadros de inquietud/ansiedad leve/moderada. Como ventaja adicional, este fármaco no tiene metabolización microsomal, lo que le aporta menor riesgo de acumulo en dosis repetidas, (además de otras ventajas, como su uso en pacientes con vulnerabilidad hepática).

La ventaja de las BZD es disponer de un antagonista específico: Flumazenilo, que rápidamente puede revertir el efecto, aunque por poco tiempo, dada su corta vida media, lo que obliga a repetir dosis cuando hay que antagonizar BZD de larga vida media.

## **b) Antipsicóticos**

Estos fármacos son los preferidos para inducir una sedación segura por ser más selectivos en sus lugares de acción y producir menos efectos de potenciación con depresores inespecíficos del SNC como el alcohol, los barbitúricos o las benzodiazepinas.

Indicación preferente en agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias.

Se ha de tener especial precaución si se realiza contención a pacientes en tratamiento con neurolepticos en habitaciones muy cálidas y con escasa ventilación (los neurolepticos interfieren en la regulación de la temperatura corporal).

De los antipsicóticos clásicos los más utilizados son:

Haloperidol inyectable: Este fármaco puede utilizarse por vía IV o Intramuscular (IM), y aunque tiene menos potencia sedativa, sí posee importantes efectos sobre las manifestaciones violentas y la psicopatología de base, en su caso. Sus menores

efectos sobre el SN vegetativo (adrenolíticos y anticolinérgicos) lo hacen especialmente indicado en pacientes ancianos, alteraciones de conciencia, déficits cognitivos e inestabilidades del SN autónomo. Sus menores efectos hipotensores y anticolinérgicos lo hacen seguro por vía IV.

Levomepromazina inyectable: aquí sí es preferible la administración IM por poseer este fármaco mayores efectos anticolinérgicos (cardiotóxicos) e hipotensores que el anterior. Posee menos potencia de efectos antiagresivos y antipsicóticos pero es más sedativo.

### **c) Antipsicóticos atípicos:**

Risperidona. Resulta útil, pero su uso para esta indicación se limita a la vía oral, bien en forma de comprimidos o solución oral.

Otros antipsicóticos atípicos con esta indicación, como Aripiprazol inyectable IM y Ziprasidona inyectable IM, no están disponibles actualmente en la guía farmacológica del hospital. Tampoco la Loxapina por vía inhalatoria, cuyo uso también se ve limitado porque requiere cierta colaboración del paciente, que no siempre es posible.

### **d) Antipsicóticos + Benzodiazepinas**

#### **e) Anticoagulantes**

Se deben utilizar heparinas de bajo peso molecular, vía subcutánea, en pacientes que vayan a estar inmovilizados de forma prolongada.

## **CONTENCION FARMACOLOGICA EN SITUACIONES ESPECIALES**

- Gestante: Intentar siempre el control mediante medios no farmacológicos. En caso de requerirse tratamiento con fármacos, como antipsicótico podría usarse de elección Haloperidol, aunque su seguridad no ha sido establecida. Las BZD deberían evitarse, usándose si fuera necesario las de vida media corta (Lorazepam).
- Cuadros sindrómicos confusionales: Como regla general, los fármacos de elección son los antipsicóticos y se debe evitar las BZD, sobre todo en los ancianos con demencia. No obstante, sí están indicadas en aquellos cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones (pacientes con daño cerebral previo) y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes.
- Delirium: tratamiento etiológico de la causa orgánica responsable y sintomático de la inquietud/agitación en su caso.

Una alternativa interesante en delirium con agitación moderada/severa y patología respiratoria intercurrente es el Tiapride, con presentación en comprimidos y ampollas.

- Niños y adolescentes: se prefiere la monoterapia por vía oral, sublingual o rectal, y si no es posible se utilizará la intramuscular. Los fármacos más utilizados son las benzodiazepinas (Lorazepam, Midazolam y Diazepam), los neurolepticos típicos (Haloperidol, Levomepromazina y Clorpromazina) y los atípicos (Olanzapina y Risperidona).



## ANEXO 10.

### INDICADORES DE EVALUACIÓN

#### - **Cumplimiento de protocolo:**

Criterio: se debe verificar la realización de las actividades programadas en el protocolo (se detalla una lista de comprobación para su verificación al final de este anexo).

Indicador:

Nº de pacientes contenidos con protocolo cumplimentado adecuadamente  $\times 100 /$  Nº de enfermos con contención mecánica

Estándar:  $\geq 95\%$

#### - **Control de la agitación eficaz:**

Criterio: Con la atención, el enfermo con agitación psicomotriz con contención verbal o mecánica, y tratamiento farmacológico se llega a conseguir el control de la agitación en 2 horas.

Indicador: Nº de enfermos agitados con contención verbal o mecánica y tratamiento que a las 2 horas están controlados  $\times 100 /$  Nº de enfermos con contención verbal o mecánica y tratamiento farmacológico

Estándar:  $\geq 95\%$

#### - **Evaluar retirada de la sujeción mecánica:**

Criterio: Los enfermos con agitación psicomotriz controlada durante al menos 6-12 horas requerirá la retirada de la contención mecánica.

Indicador:

Nº de enfermos con retirada de contención mecánica a las 6-12 horas de estabilización de la agitación  $\times 100 /$  Nº de enfermos tratados con contención mecánica

Estándar:  $\geq 95\%$

#### - **Adecuación del proceso de consentimiento informado / comunicación a juzgado:**

Criterio: Los documentos de consentimiento informado y de comunicación al juzgado deben estar adecuadamente cumplimentados.

Indicador:

Nº de documentos consentimiento informado / comunicación al juzgado cumplimentados y firmados / Nº de documentos evaluados

Estándar:  $\geq 95\%$

**ANEXO 11 LISTA DE COMPROBACIÓN PARA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA (INDICADOR 1 DE EVALUACION)**

UNIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA PACIENTE:

FECHA:

HORA:

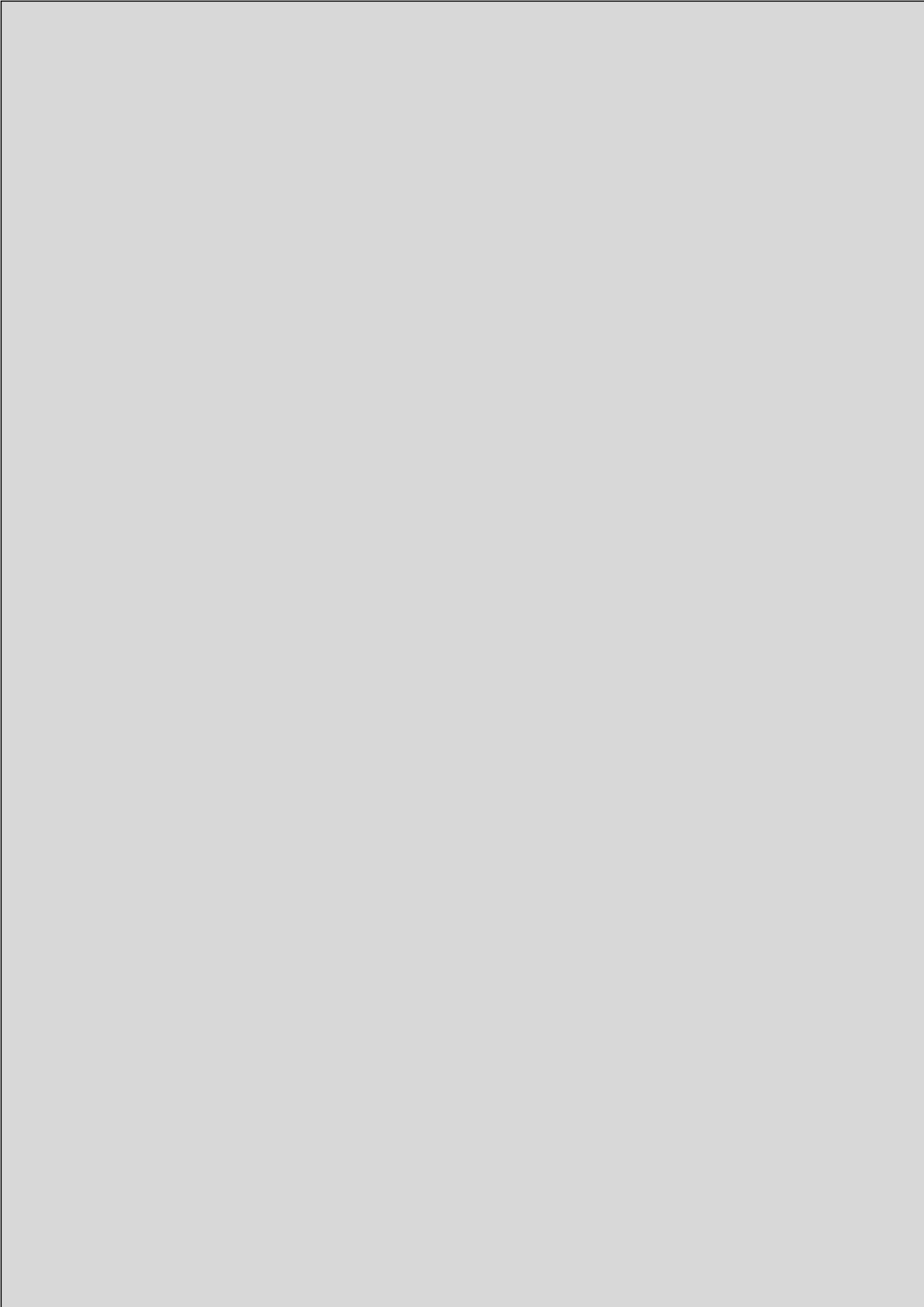
DURACIÓN DE LA CONTENCIÓN:

	SI	NO
¿SE HA INFORMADO AL PACIENTE Y LA FAMILIA DEL MOTIVO DE LA CONTENCIÓN?		
¿SE HA EVITADO LA VIOLENCIA?		
¿SE HA EVITADO LA PRESENCIA DE PACIENTES Y PERSONAL AJENO?		
¿HAN INTERVENIDO EL NÚMERO CORRECTO DE PERSONAS SEGÚN EL PROTOCOLO?		
¿SE HAN FIJADO PREVIAMENTE A LA CAMA LOS CINTURONES DE SEGURIDAD?		
¿SE HA COMPROBADO LA CORRECTA COLOCACIÓN DE LAS CONTENCIÓNES AL PACIENTE?		
¿SE HA COMPROBADO QUE EL PACIENTE NO PUEDE PRODUCIRSE LESIÓN?		
¿SE HAN COMPROBADO LOS ASPECTOS LEGALES TENIDOS EN CUENTA A LA HORA DE LA CONTENCIÓN?		
¿SE HA COMUNICADO DE FORMA INMEDIATA AL FACULTATIVO/A RESPONSABLE?		
¿SE HA COMPROBADO QUE EL REGISTRO DE VALORACIÓN DEL ENFERMO CONTENIDO ES CORRECTO?		
¿SE HA REALIZADO REUNIÓN CON EL PERSONAL AL TERMINAR LA CONTENCIÓN?		
¿SE LE HA PREGUNTADO AL PACIENTE (YA DESCENTENIDO) SOBRE SU IDEA DE LA CONTENCIÓN?		
OBSERVACIONES:		

Marzo 2018









Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE SALUD**