



Protocolo de *Contención* de Movimientos de Pacientes

ceas

Comité de Ética
para la Asistencia Sanitaria
Hospital Clínico San Carlos



Hospital Clínico San Carlos

 Comunidad de Madrid

Atención Especializada. Área 7



Hospital de La Fuenfría

 Comunidad de Madrid



Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes

Hospital La Fuenfría
Hospital Clínico San Carlos

*Edita Hospital Clínico San Carlos
Mayo 2010*

*Dirección y Redacción
Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y
Grupo de trabajo en Contención de Movimientos
de Pacientes*

*Coordinador
Andrés Santiago Sáez
Servicio de Medicina Legal
Hospital Clínico San Carlos*

*Coordinación y Diseño
Unidad de Comunicación*

*Impresión
Imprenta del Hospital Clínico San Carlos*

I.S.B.N. : 978-84-693-3342-6

Índice

	Pág.
PROLOGO <i>del Dr. Rafael Suárez</i>	7
PROLOGO <i>del Dr. Andrés Santiago</i>	8
I. INTRODUCCIÓN	9
A. <i>Antecedentes</i>	9
B. <i>Marco Teórico y definiciones</i>	9
II. OBJETIVO	11
III. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	13
A. <i>Consideraciones éticas en la contención de movimientos de pacientes</i>	13
B. <i>Consideraciones médico-legales en la contención de movimientos de pacientes</i>	14
IV. PROCEDIMIENTOS EN SUJECIÓN Y CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS	21
A. <i>Contención verbal como medida principal. Indicaciones y procedimiento</i>	21
B. <i>Contención farmacológica en paciente agitado o confuso. De elección y como medida coadyuvante</i>	23
C. <i>La contención mecánica general: indicaciones y procedimientos. Reducción y contención de movimientos: autoprotección del personal y protección del paciente</i>	23
D. <i>Contención del paciente agitado/confuso</i>	31
E. <i>Consideraciones especiales en la contención física en Pediatría y Geriatría</i>	35
F. <i>El paciente contenido. Seguimiento médico. Observación y cuidados de Enfermería</i>	35
G. <i>Dispositivos de contención mecánica: descripción y recomendaciones</i>	37
H. <i>Intervención del Área de Seguridad del Hospital. El paciente contenido con ingreso no voluntario en situación de privación de libertad</i>	39
V. CONCLUSIONES SOBRE LA SUJECIÓN/CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS	43
VI. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	
Anexo 1	51
Anexo 2: <i>Hoja de seguimiento de pacientes sometidos a medidas de sujeción contención</i>	53
GRUPO DE TRABAJO	55



Hospital Clínico San Carlos

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

Prólogo

CONTENCIÓN FÍSICA

La contención física consiste en la intervención “terapéutica” extrema mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su mayor seguridad y/o la de otros, personal sanitario incluido. Tal protección inicial y teórica de la seguridad del paciente y ajena conlleva la intención terapéutica de mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales implementados (catéteres, sondas, mascarillas..).

El procedimiento está incluido como estándar de cuidados en el armamentario asistencial, más por consenso que por haber demostrado científicamente que sus beneficios superen a la iatrogenia que puede acompañarlo con potencial y severa repercusión física, psicológica, ética y legal.

Indudablemente, la contención física supone un enfrentamiento ético 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). Una aplicación basada exclusivamente en el autoritarismo coercitivo conculcaría, asimismo, el Principio de No -Maleficencia

El citado conflicto ético, los riesgos descritos de esta restricción e inmovilización (incluso fracturas y muertes por asfixia) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa, como la que se presenta en guía de bolsillo, que

contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como el lugar trascendental de la familia que, por representar el mejor interés del paciente, debe ser correcta y exhaustivamente informada del proceso.

Sería una recomendación, al menos prudente, que en tanto que no se demuestre fehacientemente su validez científica como coadyuvante terapéutico, la aplicación cuidadosa y respetuosa de la contención física se contemple actualmente como un último recurso y un mal menor.

Dr. J. Rafael Suárez Álvarez

*Presidente del Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria
HCSC*

PRÓLOGO DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES

La realización del presente documento ha supuesto la coordinación de dos instituciones públicas, Hospital de la Fuenfría y Hospital Clínico San Carlos. El grupo de trabajo designado en parte por el Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos, se ha constituido de forma multidisciplinar por personal de todos los estamentos relacionados con la asistencia al paciente. Esto ha supuesto un enriquecimiento del documento, considerando aspectos clínicos, éticos y legales jamás abordados por ninguna otra guía.

Como novedad importante el protocolo incorpora aspectos específicos de la atención al paciente pediátrico y geriátrico.

Esperando sea de utilidad para todos aquellos profesionales interesados, ambos Hospitales ponen a disposición del resto de Centros asistenciales, el resultado de presente trabajo.

Dr. Andrés Santiago Sáez

Coordinador Responsable del Protocolo

Capítulo I

Introducción

Se ha detectado una oportunidad de mejora de procesos intrahospitalarios realizando un protocolo con las recomendaciones sobre contención mecánica de pacientes en el ámbito del Hospital Clínico San Carlos y el Hospital de La Fuenfría.

A. Antecedentes

Se parte de un protocolo de enfermería de 1991 del Hospital Clínico, que fue actualizado en 2001 y validado entonces por la Unidad de Calidad y el CEAS. En este protocolo se abordan directamente el procedimiento a seguir para efectuar la contención mecánica así como el seguimiento especial que debe hacerse a estos pacientes. Asimismo se parte de un protocolo que remite la Comisión de Riesgos Clínicos del Hospital de La Fuenfría para su validación en el CEAS del H. Clínico. Este segundo protocolo aborda la contención mecánica desde un punto de vista médico-legal, y hace mayor énfasis en las medidas de contención verbal previas a la contención mecánica. Por otra parte se cuenta con un protocolo de contención mecánica elaborado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos. Se estudian igualmente protocolos de otros Hospitales (12 Octubre, Ramón y Cajal, y Príncipe de Asturias). Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar con las tareas de identificar situaciones de aplicación, homogeneizar la indicación, potenciar las medidas alternativas, así como establecer el procedimiento y las medidas de seguimiento especial. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia a pacientes y prevenir riesgos legales derivados de la intervención de los profesionales implicados.

B. Marco teórico y definiciones¹

En la mayor parte de los Servicios de un hospital general pueden producirse episodios de agitación o violencia

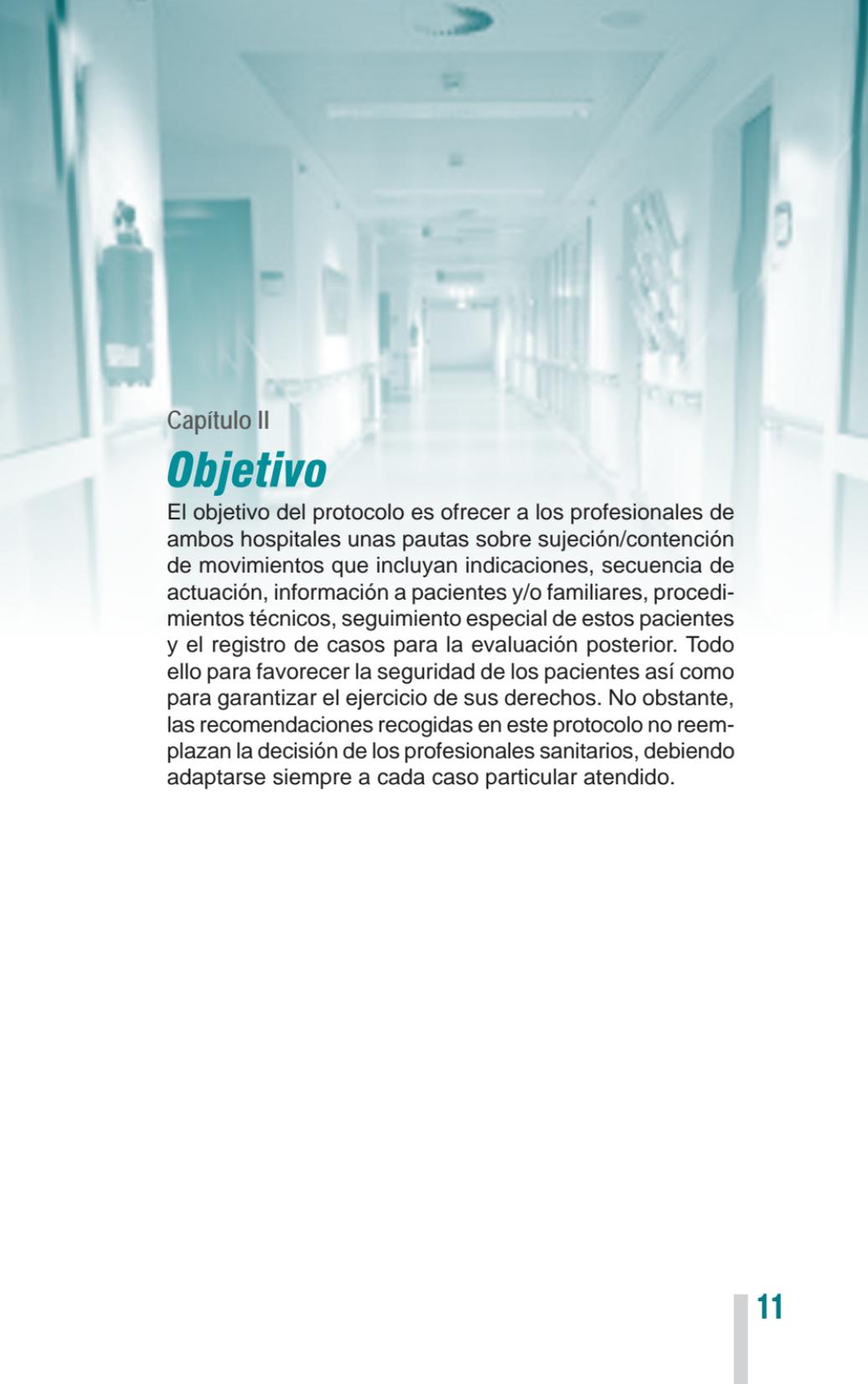
protagonizada por pacientes, tanto con patología orgánica como psiquiátrica.

Se entiende la contención de pacientes como un procedimiento clínico utilizado como medida dirigida a restringir la movilidad en diferentes ámbitos sanitarios, sin que su uso sea por tanto exclusivo de la atención psiquiátrica. Su indicación sólo esta justificada ante el fracaso de otras alternativas, 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 por las intervenciones corporales (artículo 15 de la Constitución “derecho a la integridad física y artículo 17 de la Constitución “derecho a la libertad”)

Estos procedimientos se caracterizan por ser medidas terapéuticas, que en la mayoría de los casos obligan a actuar en contra de la voluntad del paciente, y en un contexto frecuente de apremio o urgencia; de tal forma que en su utilización **pueden concurrir dos circunstancias: por un lado se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y por otro lado se le priva de libertad de movimientos de forma temporal.**

La sujeción/contención mecánica de los movimientos de un paciente puede llegar a ser necesaria en situaciones en las que la presencia de inquietud o agitación psicomotriz supongan un peligro. Con ella se persigue la limitación de movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente (autolesiones, etc.), lesiones a otras personas (enfermos, familiares o personal sanitario), o daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos o terapéuticos, etc.), siempre que otras medidas (**contención verbal, contención farmacológica**) hayan fracasado o no sean aplicables. Se trata por tanto de una medida excepcional que debe aplicarse en casos seleccionados.

Cualquier otra medida que forme parte del plan terapéutico, cuya finalidad sea aumentar la seguridad del paciente, no se considerará contención mecánica.



Capítulo II

Objetivo

El objetivo del protocolo es ofrecer a los profesionales de ambos hospitales unas pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan indicaciones, secuencia de actuación, información a pacientes y/o familiares, procedimientos técnicos, seguimiento especial de estos pacientes y el registro de casos para la evaluación posterior. Todo ello para favorecer la seguridad de los pacientes así como para garantizar el ejercicio de sus derechos. No obstante, las recomendaciones recogidas en este protocolo no reemplazan la decisión de los profesionales sanitarios, debiendo adaptarse siempre a cada caso particular atendido.



Aspectos Éticos y Legales

A. Consideraciones Éticas en la contención de movimientos de pacientes

Los seres humanos tenemos dignidad y no precio², lo que supone que ninguna persona puede ser utilizada exclusivamente como medio para obtener beneficios ni se le puede tratar con falta de respeto a su imagen, intimidad, valores y en definitiva a su libertad. Es el propio paciente quien puede decidir en función de lo que considera bueno o malo para él, sin manipulación ni coacciones. Este derecho innato, que la Bioética reconoce como principio de Autonomía, se encuentra amparado por la Constitución Española en su artículo 17.1, por la Ley Reguladora de la Autonomía del paciente y por el Convenio de Oviedo³.

La contención mecánica de un paciente pudiera vulnerar, en principio, un derecho fundamental de la persona -la libertad- y una cualidad inherente al ser humano como es la dignidad. Restringir esta libertad solo se entendería cuando el beneficio para el paciente superase ampliamente el perjuicio que esta limitación pudiera causar (Autonomía vs Beneficencia).

Nuestras acciones con los pacientes deberían poderse elevar a norma universal, o lo que es lo mismo: trata a los demás como te gustaría ser tratado. Este derecho al respeto a la dignidad está también protegido en nuestra Constitución en su artículo 18.1 y se cita expresamente en el Convenio de Oviedo⁴ para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano.

Para que la contención de movimientos sea admisible desde un punto de vista ético debe cumplir ciertos requisitos como son:

- Que se respeten en los procedimientos la dignidad del paciente; privacidad, adecuación de medios físicos y humanos.

- Que los familiares o representantes del paciente sean informados del procedimiento y a ser posible con carácter previo al mismo.
- Que la contención no se prolongue más allá de lo necesario.
- Que se ajuste a un protocolo establecido en el Centro.

B. Consideraciones médico-legales en la contención de movimientos de pacientes

no existe precepto legal alguno que regule los procedimientos de contención mecánica de pacientes, por lo que para analizar jurídicamente esta materia tenemos que remitirnos a lo preceptuado para el internamiento involuntario (artículo 211 del Código Civil y 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil)⁵ y para otras actuaciones clínico-sanitarias en general.

B.1. Aspectos Generales⁶

a) Información sanitaria

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, por lo que ante una indicación médica de realizar una contención o sujeción física se debe informar al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, tanto en el supuesto de incapacidad (de hecho o legal) como de minoría de edad. Cuando el paciente, según el criterio médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se facilitará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o en su caso, a los representantes legales si los hubiera (artículos 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Si no existen acompañantes para transmitir la información, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Lex Artis.

El médico responsable de la indicación de contención o sujeción deberá informar de la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias del procedimiento.

La información se facilitará con carácter previo a la adopción de la medida terapéutica, siempre que las circunstancias lo permitan, y durante el tiempo que se mantenga la misma.

b) Consentimiento

El paciente debe participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial. Cuando el estado físico o psíquico del paciente no le permita hacerse cargo de su situación clínica (incapacitación de hecho), esté incapacitado legalmente o sea menor de edad, y no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, corresponde prestar el consentimiento a los representantes o a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

En el caso de los menores de edad, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. No obstante, corresponderá prestar el consentimiento al paciente cuando éste estuviera emancipado o tuviera dieciséis años cumplidos, con la única salvedad de informar a los padres en caso de actuación de grave riesgo.

También cabe la posibilidad de que sea el propio médico quien decida la intervención, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente o para terceros, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, siempre que las circunstancias lo permitan, a sus familiares o allegados (artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y artículos 6 y 8 del Convenio de Oviedo).

c) Documentación Clínica

La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos.

Toda actuación relacionada con el procedimiento de contención o sujeción debe quedar registrada, conforme a los formularios establecidos al efecto en el presente protocolo, integrándose en la historia clínica del paciente.

B.2. Situaciones específicas de contención mecánica de pacientes^{7,8}

Ante la necesidad terapéutica de privar a un paciente de libertad, restringiendo o limitando sus movimientos, mediante

procedimientos de contención o de sujeción debemos distinguir los siguientes supuestos:

- a) Contención o sujeción física en Psiquiatría
 1. Contención mecánica en pacientes con ingreso involuntario
 2. Contención mecánica en pacientes con ingreso voluntario
- b) Contención o sujeción física en Geriatria y en procesos orgánicos con afectación mental
- c) Contención o sujeción física en Pediatría
 1. Paciente que precisa asistencia psiquiátrica
 2. Paciente que precisa asistencia pediátrica en general
- d) Otras situaciones de ingreso involuntario (Salud Pública, etc.)

a) Contención o sujeción física en Psiquiatría

Cuando una persona sufra un trastorno mental grave u orgánico con repercusión mental, sólo podrá ser sometida sin su consentimiento, a una intervención médica que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud o la de terceros, con reserva de las condiciones de protección previstas en la Ley, con los correspondientes mecanismos de supervisión y control, así como los de recurso (artículo 7 del Convenio de Oviedo).

a.1.- Contención mecánica en pacientes con ingreso involuntario

Para efectuar un ingreso no voluntario de un paciente es necesario disponer de una autorización judicial al efecto. El procedimiento legal se encuentra recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Dicho precepto establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, requerirá autorización judicial aunque esté sometida a la patria potestad o tutela.

En la comunicación al juzgado de un ingreso involuntario, se contemplará la posibilidad de adoptar medidas terapéuticas no consentidas por el paciente.

Esta autorización será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hagan necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso se deberá dar cuenta al tribunal competente lo antes posible y en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de la medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal (conforme al reparto civil establecido en la Comunidad de Madrid, corresponde al Juzgado de 1ª Instancia nº 65 autorizar los ingresos involuntarios que tengan lugar en el Hospital Clínico San Carlos), o al Juzgado de 1ª Instancia de Collado-Villalba en el caso del Hospital de la Fuenfría (aunque este hospital no realiza ingresos de pacientes por motivos psiquiátricos).⁹

a.2.- Contención mecánica en pacientes con ingreso voluntario

Aquellos pacientes, con ingreso voluntario, en los que no se haya contemplado la posibilidad de precisar un procedimiento de contención y que posteriormente lo requieran, se debe prestar especial atención a la evolución clínica del paciente (juegan un papel fundamental las anotaciones en la historia clínica del personal sanitario responsable del paciente con seguimiento horario de las incidencias en la evolución).

Si la medida de sujeción que precisa el paciente es de carácter puntual y durante un breve espacio de tiempo, se informará de la misma al paciente, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. No obstante, si éste careciera de capacidad suficiente para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se informará de la medida a adoptar a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Si la voluntad del paciente y/o de la familia, allegados o representantes difiere del proceso asistencial indicado hay que tener en cuenta que el ingreso, que en un principio era voluntario, se convierte en un internamiento no voluntario, lo que determinaría tener que proceder según lo especificado anteriormente para este tipo de ingresos.

b.- Contención o sujeción física en el paciente geriátrico y procesos orgánicos con afectación mental

En los pacientes de edad avanzada o en procesos orgánicos con afectación mental, independientemente de la edad, debemos prestar especial atención a la patología que presentan y a la agitación psicomotriz que justifica la necesidad de limitar temporalmente determinados movimientos.

Si durante el proceso asistencial el paciente necesitara algún tipo de medida que forme parte del plan terapéutico, cuya finalidad sea aumentar su seguridad, se informará al paciente, en función de sus posibilidades, así como a sus familiares, allegados o representantes según el caso.

Si se constatará rechazo de la medida propuesta, bien por parte del paciente (si tuviera capacidad suficiente para decidir) o por parte de los familiares, allegados o representantes, cabe entender que el internamiento voluntario del paciente en el Hospital se convertiría en un ingreso no voluntario y por tanto habría que proceder según lo especificado anteriormente para este tipo de ingresos.

c.- Contención o sujeción física en Pediatría

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

c.1.- Paciente que precisa asistencia psiquiátrica

Conforme a lo establecido en la normativa de aplicación el internamiento de los menores de edad tiene que realizarse en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor (artículo 211 del código civil modificado por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del menor y artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil).

En consonancia con lo expuesto, establecer que ni el Hospital Clínico ni el Hospital de la Fuenfría están dotados de una unidad psiquiátrica de ingreso para menores de edad, lo que determina que estos pacientes deban ser remitidos para su ingreso a los centros de referencia establecidos al efecto: Mayores de 12 años: H.U. Gregorio Marañón (Tlf. 915868000) Menores de 12 años: H.U. Niño Jesús (Tlf. 915035900)

No obstante, si un paciente, menor de edad, acudiera a la urgencia hospitalaria para valoración psiquiátrica y en función del grado de agitación que presentara fuera necesario limitar sus movimientos, mediante algún procedimiento de contención o sujeción, el médico responsable de la indicación del procedimiento informará 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. Del mismo modo, se procederá si la agitación del paciente tuviera lugar durante el ingreso en la planta o en consultas externas pediátricas. Valorando, en estos casos, el traslado del paciente a un centro adecuado de referencia, conforme a lo especificado anteriormente.

c.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 por que 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 mostrara 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.

d.- Otras situaciones de ingreso involuntario (Salud Pública, etc.)

Procedimientos en sujeción y contención de movimientos

A. Contención verbal como medida principal. Indicaciones y procedimiento

A1. Objetivo

Las medidas de contención verbal tienen como finalidad el “enfriamiento” de la situación, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y previniendo posibles ataques violentos.

A2. Indicaciones

Estas medidas se utilizarán en aquellos casos en los que la pérdida del control sea moderada. Cuando son insuficientes para controlar la agitación, se deben mantener y complementar con medidas de otra índole (contención farmacológica y mecánica), ya que contribuyen decisivamente al tratamiento.

A3. Procedimiento y técnicas^{10,11}

- a) **Signos de alerta de una situación inminente que pueda requerir contención:** Voz, Tensión Muscular, Hiperactividad Motora, Violencia Reciente, Agitación Creciente, Alucinaciones Auditivas Imperativas, Amenazas Paranoides.
- b) **Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que les rodean.**
 - Recabar información sobre los antecedentes, situación clínica actual y tratamiento que recibe antes de entrar en contacto con el paciente.

- No realizar la entrevista con el paciente en solitario cuando sea posible.
- Asegurar una vía de salida accesible tanto para el profesional como para el paciente.
- Si se percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas.

c) Medidas ambientales.

- Invitar y conducir a la persona a un área privada dónde poder hablar, si es posible.
- Eliminar o reducir los estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas como los excesos de luz o ruido.
- Sacar del entorno a las personas provocadoras, que se enfrenten al paciente o que lo irriten. A veces es conveniente introducir una figura de autoridad cuya presencia impida la realización de determinadas respuestas. En otros casos es preferible la presencia de alguna persona significativa para el paciente que le inspire confianza con el fin de disminuir la tensión y aliviar el temor.

d) Directrices para la comunicación

- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad. Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen. Los gestos no han de ser amenazantes ni defensivos.
- Escuchar atentamente al paciente antes de responderle, dejando que exprese la irritación y los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir su discurso.
- Se ha de ser flexible en el diálogo, aunque aclarando adecuadamente cuáles son los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella.
- Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo,

pero sí reservando las opiniones propias sobre lo que debería o no hacer.

- Facilitar la ejecución de respuestas alternativas a la agitación (p. Ej.: realizar alguna actividad física como pasear, llamar por teléfono,..).
- No debe buscarse la confrontación de ideas o de razones, sino alianzas sencillas que tranquilicen al paciente y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle ayuda y salidas airoas, como canalizar la manifestación de malestar, las demandas o los desacuerdos tanto verbalmente como por escrito (remitirle al responsable de la unidad o al Servicio de Atención al paciente, citarle con el juez,...)
- En cualquier caso, **lo que nunca se debe hacer** es avergonzar al paciente por su actitud, 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.

B. Contención farmacológica en paciente agitado o confuso. De elección y como medida coadyuvante^{12,13,14}

B1. Objetivo

Cuando las medidas de contención verbal no son eficaces en el paciente agitado, puede recurrirse al uso de fármacos con el objetivo de lograr su tranquilización. Es conveniente señalar que la contención farmacológica conlleva un elevado coste en términos de efectos adversos, accidentes, caídas y pérdida de la movilidad, debiendo evitarse en lo posible. La simple presencia de delirium en un anciano no es una indicación de tratamiento farmacológico. La indicación deberá estar perfectamente establecida y documentada y ser reevaluada constantemente. El objetivo de la contención farmacológica es tranquilizar al paciente lo antes posible mediante la utilización de fármacos con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean.

B2. Indicaciones

Su uso está indicado en aquellos casos de agitación severa en los que la contención verbal no es eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo, lo que pone en peligro su integridad física o la de los que le rodean o interfiere significativamente en su plan de cuidados.

B3. Procedimiento y técnicas^{15,16}

La ausencia de ensayos clínicos diseñados para evaluar la eficacia de los diferentes fármacos en la tranquilización del paciente agitado determina que actualmente no exista un consenso formal sobre el tratamiento a utilizar. En consecuencia, existe una gran variedad de pautas empleadas con este fin basadas de forma casi exclusiva en la experiencia clínica. Tampoco existe consenso sobre la dosis inicial de fármaco, llegando en ocasiones a recomendarse dosis muy superiores a las establecidas por las autoridades sanitarias. Una revisión del tratamiento farmacológico de la agitación excede los objetivos de este protocolo, por lo que nos limitaremos a proponer una serie de recomendaciones generales.

a) Selección del fármaco.

Las características del paciente deben ser cuidadosamente valoradas con el objeto de individualizar el tratamiento. La selección del fármaco vendrá determinada por su eficacia sedativa, farmacocinética y seguridad, recomendando que posea las siguientes propiedades:

- rapidez en el inicio de la acción
- duración de acción corta
- ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco
- mínimos efectos secundarios
- escasas interacciones farmacológicas
- escasas contraindicaciones.

Es preferible la monoterapia frente al uso combinado de fármacos para minimizar las interacciones farmacológicas y los efectos adversos.

b) Dosis

Se debe utilizar la dosis mínima eficaz que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de lesión pero sin reducir el nivel de conciencia.

c) Duración

No existen evidencias sobre la duración óptima del tratamiento. Se recomienda reducir la dosis o suspender el fármaco una vez el paciente se ha estabilizado.

d) Vía de administración.

Siempre que sea posible, la vía oral será la primera opción, especialmente en los casos menos severos. Cuando ésta sea rechazada o resulte inapropiada, el fármaco se administrará por vía parenteral, concretamente por vía intramuscular. La vía intravenosa sólo se utilizará excepcionalmente y con extrema cautela, supervisando y monitorizando al paciente.

C.La contención mecánica general: indicaciones y procedimientos. Reducción y contención de movimientos: autoprotección del personal y protección del paciente

C1. Objetivo

El objetivo de las medidas de contención mecánica es la limitación de movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente o a otras personas, en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como la contención verbal o la contención química, o bien como coadyuvante de ambas.

C2. Indicaciones^{17,18}

La contención mecánica (CM) es un procedimiento de protección, **de última elección en pacientes** que se encuentran en estados de desorientación o agitación psicomotriz para, con **carácter general**:

- Evitar autolesiones.
- Evitar lesiones a terceras personas.
- Evitar interrupciones en el plan terapéutico de cada paciente.
- Evitar desperfectos en mobiliario del centro.

a) **Concretamente la CM está indicada para:**

- 1- Prevención de daño físico inminente a si mismo o a otros, cuando otros medios han resultado ineficaces

(contención verbal o farmacológica), o cuando se tiene la convicción de que tales medidas serán ineficaces.

- 2- Prevención de daños graves al entorno (familias, otros pacientes, personal asistencial e incluso las instalaciones del centro).
- 3- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito, cuando es imprescindible y han fracasado otras medidas: retirada de vías o SNG por el propio paciente, imposibilidad de administrar tratamiento en pacientes no competentes mentalmente.

b) La CM no está indicada:

- 1- La CM nunca debe usarse como castigo.
- 2- Como el sustitutivo de la falta de personal.
- 3- Si la situación puede resolverse por medidas alternativas (contención verbal o farmacológica).
- 4- Cuando no exista personal suficiente para realizar la contención o sea una situación peligrosa y técnicamente imposible (Ej.: paciente armado).

C3. Procedimientos y técnicas^{19,20}

a) Recursos Humanos:

Lo indicado es que estén presentes cinco personas para inmovilizar cada una de ellas una extremidad y la cabeza del paciente. Puesto que la carga asistencial del centro es elevada se considera factible realizar esta operación por cuatro personas. Una de estas personas será además la encargada de dirigir y coordinar la operación.

En general es preferible que el personal que no va a colaborar con la contención se mantenga apartado. No obstante, en algunos casos la presencia de más personas puede ser necesaria y actuar de forma coercitiva sirviendo como control de la conducta.

La realización de la contención es a priori responsabilidad de enfermería con la colaboración de celadores y auxiliares de enfermería. Como norma general el médico responsable de la indicación estará presente mientras se realiza la CM. En situaciones poco frecuentes, puede requerirse la impli-

cación en la actuación para reducir al paciente de todo el personal, independientemente del estamento profesional. Y excepcionalmente cuando se crea que esté comprometida la seguridad del personal más allá de la intervención de los miembros de seguridad del hospital, se debe comunicar con las Fuerzas de Seguridad de Estado para el control de la situación.

b) Recursos Materiales:

- Si es factible, utilizar una habitación aislada para explicar al paciente la maniobra que se va a realizar, evitando la presencia de personas ajenas a la situación y así proporcionar al paciente la intimidad adecuada para afrontar esta situación.
- Juego completo de sujeciones adecuado para la situación (corpulencia del paciente, patología del paciente...)

Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos, entre otras medidas terapéuticas, con la contención mecánica a través de la inmovilización del paciente en la cama con bandas y cinturones de sujeción. Debiendo utilizarse siempre un material homologado.

Material necesario

- Cinturón ancho abdominal.
- Cintas cruzadas tórax
- Cintas auxiliares
- Cinta para pies y manos
- Cinta anclaje pies
- Llave magnética
- Botones magnéticos

Las sujeciones deben estar preparadas para que la maniobra se lleve a cabo de la forma más efectiva posible, es decir, las sujeciones deben estar ancladas de forma correcta, los cierres de seguridad deben estar abiertos y todos sus componentes deben estar dispuestos en lugares cercanos y accesibles para acelerar la maniobra.

c) Técnicas de reducción y contención de movimientos: autoprotección del personal y protección del paciente ^{21,22}

Es importante no mostrar agresividad verbal o física hacia el paciente. Se debe actuar firmemente pero con tranquilidad. Es fundamental acompañar la CM de una adecuada contención verbal. Como se trata de un procedimiento de última elección no se intentará dialogar con el paciente para llegar a un acuerdo. El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su contención son fundamentales y pueden ayudar a desactivar su agitación psicomotriz.

Antes de llevar a cabo la contención y durante el acercamiento al paciente es necesario:

- Tener la mayor información posible de sus antecedentes y estado para conocer las posibilidades de manejo que ofrece.
- Situarse fuera de su espacio personal y del lado no dominante, que suele ser el que lleva reloj.
- Asegurarse una vía de escape, en caso de que fuese necesario.
- No perderle de vista, sin mirarle de forma directa y continuada.
- No enfrentarse nunca a solas con el paciente.
- Si la presencia de alguna persona irrita especialmente al paciente es conveniente que abandone la habitación.

El hospital cuenta con el material adecuado para la sujeción del paciente a cama o camilla, si bien es imprescindible que el personal tenga el conocimiento y la habilidad suficientes para que el acto de sujeción se realice con la rapidez y seguridad necesarias para que ni el paciente ni ningún trabajador sufran lesiones. La maniobra de contención debe realizarse de manera que se eviten contusiones con el mobiliario u otros objetos que puedan suponer un riesgo. Es fundamental que el personal sanitario que intervenga en la contención no porte tijeras, u otros objetos punzantes en sus uniformes.

Una vez finalizada la contención y antes de retirarse se debe comprobar siempre que las sujeciones están bien colocadas.

El personal que realice esta operación se despojará del material que potencialmente sea lesivo tanto para el paciente como para ellos mismos (gafas, anillos, relojes, tijeras...). También solicitaremos al paciente que haga lo mismo, y si no colabora, será el personal quien retire estos objetos para evitar lesiones y aumentar la confortabilidad del paciente.

Siempre se invitará al paciente a que colabore con el personal para realizar esta operación, indicándole que es una medida de protección transitoria y que no se trata de un castigo.

En caso de que el paciente no colabore, cada una de las personas cogerá una de las extremidades del paciente, de forma que le sujeten por las articulaciones distales (Pierna.- rodilla y tobillo. Brazo.- codo y muñeca) para realizar una extensión forzada, de modo que se limiten en todo momento los movimientos del paciente. La persona que este en la cabeza, deberá estar siempre dentro del campo visual del paciente e intentará tranquilizarlo.

d) Orden de fijación de sujeciones

1º.- Cintura

2º.- Extremidades inferiores.

3º.- Extremidades superiores.

4º.- Tórax.

5º.- Dispositivos accesorios: alargaderas anti-rotación, sujeción de muslos, sujeción de hombros,...

Siempre hay que comprobar que los cierres de seguridad de la sujeción estén bien cerrados, para ello debemos girar y tirar de los botones para comprobar que no se pueden soltar.

Una vez puesta la sujeción debemos posicionar al paciente un poco incorporado, para evitar broncoaspiraciones, y verificar que todos los miembros estén sujetos de tal forma que no se fuercen posiciones anatómicas y que se puedan manipular fácilmente accesos venosos así como sondas y drenajes.

En caso de que no se ponga una sujeción completa (cinco puntos), se deberán sujetar tres puntos de modo que se sujete un miembro superior, el tórax y el miembro inferior contralateral. De todos modos siempre se debe valorar el

motivo por el cual se pone la sujeción para limitar la movilidad del paciente en la medida que sea necesario.

Un adecuado seguimiento del paciente contenido disminuirá el riesgo de complicaciones derivadas de la inmovilización.

D. Contención del paciente agitado o confuso²³

D1. Objetivo

La contención mecánica (CM) puede ser aplicada en cualquier unidad donde surja la necesidad, aunque suele ser más frecuente su utilización para este tipo de pacientes en la unidad de hospitalización de psiquiatría y en urgencias.

D2. Indicaciones

Al tratarse de una medida sanitaria, la CM deberá realizarse siempre en un contexto sanitario y ante una conducta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

La inquietud psicomotriz es, en el ámbito hospitalario, mucho más frecuente que la agitación psicomotriz (ésta última con mayor hiperactividad y secuencia de intencionalidad escasamente lógica), y dentro de este cuadro es el síndrome confusional agudo la causa más frecuente.

En casos en los que la agitación psicomotriz no pueda ser controlada por el personal sanitario, excepcionalmente se podrá recurrir al Personal de Seguridad únicamente como medida disuasoria.

D3. Procedimientos de la CM en el paciente agitado/ confuso²⁴

a) Decisión:

La indicación de CM la hará el médico responsable del caso o el facultativo de guardia. Si no pudiese contactar urgentemente con el médico o resulta imposible su presencia, el/la enfermero/a está expresamente autorizado a iniciar el procedimiento de contención por su cuenta ante una situación de riesgo inminente para el paciente o para su entorno, debiendo comunicárselo al médico inmediatamente o con la menor demora posible para recibir su conformidad, que deberá ser por escrito y en el plazo máximo de una hora.

Siempre que sea posible, tras aplicar la medida, hay que informar a los familiares o allegados de la necesidad de su

instauración explicando la situación que la motivó y describiendo someramente el procedimiento.

Se solicitará verbalmente o por escrito la aceptación de la medida a los familiares si fuera necesario reflejándolo posteriormente en la historia clínica.

b) Información al paciente y a la familia:

Debe informarse al paciente de la intervención que se vaya a prescribir y de su motivo. Así mismo debe informársele sobre los criterios que se utilizarán para retirar la contención.

En todos los casos es necesario proporcionar una información adecuada al respecto, tanto al paciente como a sus familiares o representantes legales.

c) Ejecución de la contención mecánica en el paciente agitado:

c.1.- Comprobaciones previas a la CM

- Todo el material deberá quedar guardado en un lugar de acceso fácil y cómodo.
- Comprobar el estado de la cama y del material necesario para llevar a cabo la contención.
- Es necesario comprobar que cada sistema de sujeción esté completo, limpio y en buen estado de uso.
- Alejar del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar de las prendas de vestir cualquier objeto que pueda dañarle.
- Asegurar un hábitat de calma y confianza que preserve la intimidad y seguridad del paciente.
- Se deben extremar las medidas de protección del personal participante en la contención como la utilización de guantes o retirada de objetos potencialmente peligrosos.

c.2.- Ejecución de la contención

- Es necesario explicar la razón de la contención al paciente, de forma clara y sencilla y dependiendo de su estado, y al resto de pacientes si ésta se ha producido en zonas de uso común y en presencia de otros pacientes.

- El tono de voz para dirigirse al paciente debe ser calmado y tranquilizador.
- El personal debe evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida terapéutica.
- Actuar con tranquilidad y serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.
- El personal que intervenga en la contención, deberá actuar de forma organizada y profesionalmente. No responderá a insultos, agresiones o provocaciones.
- Debe darse tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales para que colabore y se tumben voluntariamente en la cama.
- Evitar toda expectación posible, alejando a los demás pacientes y personal que no colabore en la sujeción.
- Una vez decidida la CM, tras el fracaso de las demás opciones previas, no se debe insistir en el diálogo con el paciente para evitar reacciones inesperadas por parte de éste.
- Debe elegirse un miembro del personal como director del procedimiento, este no tiene que ser la persona más experta del personal, pero si debe ser la más apropiada para el paciente.
- Es preferible iniciar la sujeción del paciente en su propia cama y conducirlo a pie hacia ella, si es posible, en tal caso serán suficientes dos personas para el traslado. Se sujetará al paciente por las axilas con una mano, empujando hacia arriba y, con la otra mano por las muñecas tirando hacia abajo.
- En el caso de que el paciente no pueda ser conducido a su cama, se iniciará la sujeción en la cama más accesible al lugar donde se encuentre.
- Si el paciente no colabora, será necesario reducirlo entre los miembros del equipo según el plan previamente marcado y trasladarlo a la habitación. Se realizará preferentemente cuando la atención del paciente esté distraída. Uno de los miembros del equipo sujetará la

cabeza y los otros cuatro un brazo o una pierna cada uno. La acción se ejecutará a la voz de “¡ya!” de uno de los miembros.

- Si es preciso reducir al paciente en el suelo, deberá ser situado en decúbito supino, controlando su cabeza para evitar que se la golpee o que golpee a algún miembro del equipo. Una persona sujetará cada extremidad, para la superior se sujetarán hombros y antebrazos, y para las inferiores presionando por encima de las rodillas y los tobillos. **NUNCA SE FORZARÁ LA ARTICULACIÓN NI SE EJERCERÁ PRESIÓN SOBRE ELLAS** (siempre o por encima o por debajo de ella).
- La sujeción, ya en la cama, se realizará en decúbito supino y por este orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores, y tórax si fuese necesario.
- Colocar la faja abdominal transversalmente sobre la cama, encima de la sábana inferior, ajustándola a la medida de la cama por ambos lados y cerrar los botones magnéticos.
- Colocar a continuación al paciente, rodeándole con la faja a nivel de la cintura abdominal, ajustar a su medida y cerrar con el botón magnético de forma que le permita comodidad., sin poderse salir de la misma.
- Para sujetar los tobillos, disponer y ajustar a la medida de la cama la cinta de anclaje de pies; ajustar las tobilleras a la medida del paciente y fijar el botón magnético, que previamente se había dispuesto en la cama, según la altura del ojal en que se ha fijado el extremo de la tobillera, permitirá una libertad de movimiento de la pierna o una sujeción total, sin posibilidad de movimiento.
- La sujeción de manos: colocar las muñequeras al paciente y ajustar a su medida mediante los ojales dispuestos a tal fin, cerrando a continuación el botón magnético. Deberán introducirse en los pasadores situados en la parte del cinturón que corresponde a la cama.
- Si la inmovilización es parcial se debe efectuar en diagonal: brazo izquierdo – pierna derecha, o bien brazo derecho y pierna izquierda.

- La retirada del personal se realizará de modo escalonado y pausado. El director del procedimiento será el último en retirarse.

c.3.- Medidas de seguridad general

- Se comprobará si las sujeciones están bien aseguradas.
- Verificar que los puntos de contacto, presión y fricción de las sujeciones con la piel del paciente no estén excesivamente apretadas.
- Se sustituirá la ropa personal, por un pijama de uso hospitalario cuando sea posible.
- Deberán retirarse del paciente y de su entorno, cinturones, zapatos, anillos, pendientes, collares, relojes, así como objetos punzantes, cortantes o incendiarios (mecheros, cerillas...) y cualquier otro potencialmente peligroso.
- Garantizar que otros pacientes no le proporcionen objetos potencialmente peligrosos.
- Evitar situar su cabeza en la proximidad a esquinas de muebles.
- Se mantendrá la cabecera de la cama elevada para permitir al paciente el contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.
- Retirar el cabecero y piecero de la cama.
- Nunca se sujetará a un paciente agitado en un sillón o silla de ruedas. Existe un riesgo de caídas muy elevado.

Salvo en casos excepcionales, nunca deberá ponerse sólo el cinturón ancho abdominal como único mecanismo de contención, el paciente puede salirse de él o caerse de la cama.

d) Retirada de la contención mecánica:

La CM debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado (sedación farmacológica, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno,... etc.). La decisión de retirar la contención corresponde al médico, tras consulta consensuada con el equipo de enfermería, salvo indicaciones consideradas previamente que ya estuvieran anotadas, y deberá consignarla en la hoja de tra-

tamiento. En el momento de la retirada estarán presentes al menos dos personas, aunque de ser posible estarán cuatro personas por si se debe volver a realizar la contención. Se explicará al paciente el procedimiento y en ocasiones puede ser necesario negociar con él, ciertas pautas de conducta. Puede requerirse la presencia del médico si la enfermera/o lo considera necesario.

E. Consideraciones especiales en la contención física en pediatría y en geriatría

El paciente geriátrico con deterioro cognitivo, el pediátrico y en general cualquier deterioro cognitivo en cualquier edad, tienen unas consideraciones especiales comunes en cuanto a contención de movimientos se refiere, siempre y cuando nos encontremos fuera de los supuestos anteriores (agitación, confusión, etc.). 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.

F. El paciente contenido. Seguimiento médico. Observación y cuidados de enfermería²⁵

Es preciso estandarizar las observaciones que deben hacerse durante la CM., para evitar las complicaciones en el procedimiento y para atender las necesidades que genera la situación clínica del enfermo.

Se trata de una medida terapéutica preventiva con indicaciones y contraindicaciones. Es una prescripción médica y como tal exige un sistema de registro específico para la reevaluación del estado del paciente. Es necesario controlar su incidencia como indicador de calidad. Por ello cada indicación de CM deberá estar reflejada por el médico en la historia clínica del enfermo dentro del apartado de prescripciones, además de en el registro mencionado.

Para cada CM, el médico que la indica y el enfermero responsable de llevar a cabo el procedimiento consignarán en la historia clínica y en el registro, la fecha y hora en la que se realiza la contención, la razón de su indicación y la situación clínica del paciente.

La indicación médica de contención mecánica será revisada por el facultativo responsable del paciente o por el médico

de guardia, consignando por escrito en la historia clínica cualquier incidencia relevante, así como en el registro establecido a tal efecto (ANEXO 1)

F.1. Seguimiento médico

Una vez contenido el paciente, se valorará la utilización de otras medidas (por parte del personal médico) si se mantiene la agitación (Ej.: tto. farmacológico) si no hubiese sido posible con anterioridad.

Todo paciente agitado y/o violento o confuso que haya sido sujetado, deberá ser atendido, en una primera observación, por el personal médico que se encuentre a cargo de él. Dicha observación estará dirigida a conocer la situación clínica del paciente y si fuera posible determinar el origen de dicho comportamiento. Puede ser preciso solicitar pruebas complementarias y exploraciones para poder esclarecer dicha situación clínica.

La primera valoración del enfermo se realizará durante la primera hora de la CM. El tiempo máximo que se establece para cada valoración se corresponde con los tiempos máximos establecidos para ratificar las sucesivas indicaciones de contención, es decir:

- 1ª valoración: antes la 1ª hora.
- 2ª valoración: máximo a las 4 horas de la primera
- 3ª valoración: máximo cada 8 horas.

El enfermo será valorado por el médico a petición de enfermería, cuando se producen cambios en la situación clínica del paciente, y en general siempre que surjan incidencias

F.2. Observación y cuidados de enfermería

Para disminuir el riesgo de lesiones en pacientes con sujeción mecánica el personal responsable del paciente deberá estar formado y entrenado en el uso correcto de los mecanismos de sujeción, así mismo el material utilizado deberá estar homologado por la legislación vigente.

Nuestros cuidados deberán ir orientados a prevenir los **posibles efectos adversos** que a continuación detallamos:

- Derivados de la inmovilidad: dolor, estreñimiento, impactación fecal, incontinencia, úlceras por presión,

contracturas, trombos, pérdida de fuerza, pérdida de tono muscular, inestabilidad en la deambulación e impotencia funcional, neumonía hipoestática...

- Derivados de la contención abdominal: dificultad respiratoria, compresión venosa, compresión nerviosa y asfixia.
- Derivados de la contención de extremidades: alteración de la integridad de la piel, interrupción de la circulación sanguínea así como del tratamiento intravenoso, edemas, hematomas, trastornos neurológicos...
- Otros: broscopiración, efectos psicológicos negativos y compromiso de órganos...

La contención del paciente no es una razón para el abandono, sino que más bien se debe incrementar la atención por parte de los profesionales responsables.

- El personal de enfermería deberá extremar el control y asegurar una **vigilancia continuada a la persona según el grado de necesidad y el grado de contención (vigilancia intensa -<20min-, moderada -<1 hora o leve -<2 horas-)**. **La observación se realizará con intervalos predefinidos variables según la evolución del cuadro clínico:** cada 15-30 minutos durante la primera hora y siempre que lo necesite el paciente dependiendo de su estado, después un mínimo de cada 2 horas.
- Mantener la alineación corporal, se colocara al paciente en posición decúbito supino y con el cabecero incorporado a 30º para evitar bronco aspiraciones , las extremidades se colocaran en posición anatómica para evitar problemas funcionales.
- Siempre que la situación del paciente nos lo permita, facilitar periodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de los miembros al menos cada 2-4 horas.
- Comprobar que las sujeciones están bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; cambiar las sujeciones húmedas o manchadas por higiene y para evitar laceraciones de la piel.

- Comprobar que el paciente tiene libertad de movimiento pero que no puede producirse lesiones.
- Realizar cambios posturales para evitar la aparición de UPP, protegiendo las zonas de riesgo.
- Controlar la temperatura de la habitación y disponer de una buena ventilación que facilite la regulación térmica.
- Atender las necesidades básicas del paciente: hidratación, alimentación, eliminación, higiene corporal, cuidados de la piel...según valoración individualizada del paciente, implicando en la medida de lo posible al paciente en su auto cuidado, siempre bajo la supervisión del personal responsable.
- Si es posible se implicará a la familia en su plan de cuidados, con objeto de minimizar y/o retirar las restricciones físicas.
- El uso de la contención mecánica puede potenciar la confusión y desorientación del paciente, así pues siempre que el estado mental y el nivel de conciencia de este nos lo permita, hablaremos con él reorientándole y proporcionándole una estimulación sensorial adecuada.
- Valorar el nivel de conciencia y el grado de agitación y/o confusión, así como la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la contención mecánica, y proceder a su retirada cuando esté indicado por el médico en la historia clínica.

El personal de enfermería hará constar las acciones realizadas en los registros especiales habilitados en el programa GACELA, y anotará las incidencias en las anotaciones de enfermería o donde esté establecido en cada unidad.

G. Dispositivos de contención mecánica: descripción y recomendaciones

En el mercado se encuentran diversos dispositivos de contención mecánica los cuales se diferencian por el sistema de cierre que tenga cada uno.

Pueden ser:

- con velcro
- con velcro y anillas
- con cierres de seguridad magnéticos
- con lazada

Siempre que sea posible se deben utilizar este tipo de dispositivos y evitar sujeciones más rudimentarias y peligrosas, como atar al paciente con sábanas, vendas de crepé, compresas...

Todos estos dispositivos están fabricados con tejidos hipoalergénicos y de texturas suaves para evitar posibles lesiones por fricción.

El sistema más seguro valorado por los responsables de la elaboración del presente protocolo, es el que utiliza una **llave magnética** para cerrar las sujeciones. De este modo, ni el paciente ni ninguna persona sin autorización, puede manipular la sujeción.

Si ordenamos estos dispositivos en **grado de seguridad de sujeción**, pondríamos en primer lugar los que llevan **cierre magnético**, en segundo el cierre **con velcro y anillas** y por último los que llevan **cierre con velcro** o lazada

DISPOSITIVOS ACCESIBLES EN NUESTROS HOSPITALES

Cinturón Abdominal

- Por su sistema articulado permite al paciente movimientos de giro hacia ambos lados, incorporarse parcialmente o sentarse en la cama sin riesgo a caer.
- Se puede instalar fácilmente antes o después de que el paciente se haya acostado.
- La parte inferior, con cinchas de sujeción, se fija al bastidor de la cama o camilla, la superior se coloca alrededor de la cintura del paciente.
- Las bandas de sujeción lateral sirven para controlar y fijar el giro a derecha e izquierda o ambos a la vez, así como permiten mantener los cambios posturales a voluntad.

Bandas cruzadas para el tórax

Son bandas configuradas en aspa con un refuerzo superior que impiden la incorporación

Peto torácico-abdominal

Impide desplazamientos laterales, permitiendo la incorporación.

Muñequeras

- Permiten asegurar una o ambas manos del paciente.
- El acolchado grueso y envolvente de tacto suave elimina las lesiones por presión o abrasión que se dan con los sistemas tradicionales.
- Combinadas con el Cinturón Abdominal y sujetas a las presillas situadas en su base, limitan movimientos fuera del perímetro de la cama.
- La versión con velcro facilita su aplicación e incrementa la seguridad del sistema.

Tobilleras

- Permiten adecuar los niveles de sujeción a las necesidades clínicas del paciente.
- Los acolchados de protección son de características idénticas a las muñequeras.
- La versión con velcro facilita su aplicación e incrementa la seguridad del sistema.

H. Intervención del Área de Seguridad del hospital. El paciente contenido con ingreso no voluntario en situación de privación de libertad.

En relación a las acciones a llevar a cabo por el personal de vigilancia en los casos en los que sea necesaria su presencia para la contención o inmovilización de pacientes es importante destacar en primer lugar algunas consideraciones recogidas en el Informe de la Secretaría General Técnica de Seguridad Privada. Recogemos lo más significativo:

“A tal efecto, puede considerarse que si el personal técnico o propio del centro hospitalario, en el ejercicio de sus funciones y ante una situación concreta de riesgo, considerase necesario requerir la intervención de los vigilantes de seguridad, éstos deberán prestar el apoyo necesario en orden a evitar conductas o situaciones que alteren el normal funcionamiento

del centro hospitalario. Sin perjuicio de las funciones anteriormente reseñadas que, de forma directa o indirecta, tuviesen relación con la vigilancia y protección de los pacientes, cabe considerar que la custodia de aquellos, entendida en el sentido de tratamiento, protección personal o vigilancia directa del paciente (en orden a evitar fugas, comisión de actos delictivos, etc.), no correspondería realizarla a los vigilantes de seguridad, sino al personal propio del centro o al equipo técnico responsable del mismo.”

Teniendo esto presente, las actuaciones del equipo de seguridad deberán ser a requerimiento facultativo o de enfermería, y en presencia de personal sanitario, colaborando en la contención física del paciente, salvo que exista riesgo inminente y para prevenir lesiones al personal sanitario, familiares o al mismo paciente en las que actuarían sin las premisas anteriores.

Según Instrucción de contención mecánica para instituciones penitenciarias, tanto en los casos derivados de alteración regimental como de causa médica, la sujeción mecánica constituye una medida excepcional que se emplea ante una situación de urgencia, cuya duración ha de ser limitada en el tiempo y objeto de un seguimiento exhaustivo por parte del personal correspondiente.

Desde el punto de vista sanitario, puede ser objeto de aplicación de esta medida la persona que se halla en un estado de agitación psicomotriz grave de etiología orgánica o psíquica, o cuya actitud, no necesariamente violenta, puede dificultar o imposibilitar un programa terapéutico (administración de medicamentos, retirada de sondas o catéteres, etc.). En estos casos, la sujeción mecánica constituye un acto médico que se aplica a pacientes.

Sujeción mecánica de temporalidad reducida.

La utilización de las esposas estará indicada para inmovilizaciones marcadas por su temporalidad reducida. Este elemento puede ser de necesaria aplicación para impedir altercados violentos, resistencia activa a las órdenes recibidas de los funcionarios, cuando sea necesario adoptar esta medida durante el desplazamiento entre departamentos,

etc. Para el uso de las esposas se deberán respetar todas las garantías legales y de procedimiento ordenadas por la Instrucción 6/2006 (apartado 3,5º). Su aplicación deberá cesar en cuanto el interno deponga su actitud agresiva, desaparezcan las razones de seguridad que motivaron su aplicación, o sean sustituidas por correas homologadas.

Capítulo V

Conclusiones sobre la sujeción/contención de movimientos

- 1 No existe precepto legal alguno que regule de forma expresa los procedimientos de sujeción / contención de movimientos de pacientes.
- 2 Son medidas con elevado riesgo clínico y legal en caso de estar mal indicadas o aplicadas.
- 3 Debemos diferenciar medidas de sujeción orientadas a mejorar la seguridad del paciente dentro del Plan Terapéutico de medidas de contención mecánica propiamente dicha.
- 4 La contención mecánica no es la primera medida de elección en caso de agitación.
- 5 Son medidas terapéuticas preventivas con indicaciones y contraindicaciones.
- 6 La indicación es siempre a criterio facultativo salvo situación de urgencia. La identificación y comunicación de situaciones de riesgo debe ser realizada por cualquiera de los profesionales implicados en la atención al paciente.
- 7 En pacientes pediátricos, la permanencia de los padres junto al niño en hospitalización convencional, puede ser suficiente para garantizar el tratamiento sin necesidad de medidas de sujeción.
- 8 Aplicar este tipo de medidas implica un mayor grado de atención y seguimiento del paciente sobre el que se aplica.
- 9 Es fundamental una formación adecuada del personal que va a emplear las medidas de contención mecánica sobre pacientes.
- 10 Es fundamental contar con un registro detallado de las actuaciones realizadas.



Bibliografía

La sistemática de búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante el análisis de bases de datos de literatura científica (MEDLINE, EMBASE), protocolos asistenciales de otros centros e instituciones nacionales así como documentos de consenso y guías de sociedades científicas.

1. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Kant, I. *Grounding for the Metaphysics of Morals* «Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres»
3. Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina”, hecho en Oviedo el 4 de Abril de 1997 (Convenio de Oviedo).
4. Convenio de Oviedo.
5. Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
6. “Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards”. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. 2002.
7. Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence”. Frank C, Hodgetts G, Puxty J; *Can Fam Physician* 1996,42:2042-9.
8. Current Treatments of Agitation and Aggression”. CME (Continuing Medical Education). Citrome L. Maintenance of Certification Program of the Royal College of Physicians and Surgeons. Canadá. Medscape.com. May 28. 2002.
9. Ley 12/2001, de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

10. Grupo de trabajo de contención mecánica. Hospital XII de Octubre. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Septiembre 2003.
11. Seoane A, Álava T, Blanco M Y Díaz H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Príncipe de Asturias (Madrid). Abril de 2005.
12. Flacke JM, Marcantonio ER. Delirium in the elderly. *Drugs Aging* 1998; 13: 119-130.
13. Seoane A, Alava T, Blanco M Y Diaz H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Príncipe de Asturias (Madrid). Abril de 2005.
14. Nassisi D, Korc B, Hahn S et al. The evaluation and management of the acutely agitated elderly patient. *Mt Sinai J Med* 2006; 73; 973-984.
15. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Violence clinical practice guidelines. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Royal College of Nursing, 2005, London.
16. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The Assessment and Treatment of Delirium. National Guidelines for Seniors' Mental Health. Mayo 2006. <http://www.cagp.ca>
17. Joint Commission Improves Safety of Individuals with Revised Restraints Standards for Behavioral Health Care. <http://www.jcaho.org/news/nb262.html>
18. Ramos Brieva J.A. "Contención Mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento". Masson S.A. Madrid.1999.
19. Diez González R. J. e Hidalgo Rodrigo M. I. "Guía de actuación en la clínica psiquiátrica". You and Us S.A. Madrid.1999.
20. Soler Insa P. A. y Gascón Barrachina J. (eds). "Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales II". Masson. Barcelona. 1999.

21. Sentinel Event Alert. "Preventing Restraint Deaths". Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1998.
22. Grupo de Contención Mecánica del Hospital 12 de Octubre. "Protocolo de contención mecánica de movimientos". 2003.
23. Jesús A. Ramos Brieva. "Contención mecánica. Restricción de Movimientos y Aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento". Libro. Ed Masson. 1999.
24. "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Lavoie FW. An Emerg Med 1992; 21 (1):25-32.
25. Guía de actuación en contención mecánica para enfermería. Hospital Clínico San Carlos. Unidad de Calidad. 1999.



...AND FIRMLY
...AND SOLUTION
...PREPARED

...INDIVIDUALLY
...REQUIREMENTS
...IONS

...IN SERIES

...LAW RESTRICTS
...BY OR ON ORDER OF

...COMPANIES

-6

Anexos

-9





Hospital Clínico San Carlos

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

Anexo 1

Actualización del protocolo

Este documento será revisado de manera periódica (y al menos, anualmente) en función de la variación de los criterios clínicos y modificaciones legislativas que se produzcan. La subcomisión encargada de elaborar esta actualización será dirigida por el coordinador del grupo de trabajo.

Independencia editorial

Este grupo de trabajo manifiesta no tener conflicto de interés alguno, y mantener una independencia absoluta tanto desde el punto de vista científico como económico.

Indicadores de evaluación

- N° de pacientes con contención de movimientos y presencia del Registro en la Historia Clínica / N° de pacientes con contención de movimientos
- N° de pacientes con contención de movimientos y prescripción y firma del médico en el Registro / N° de pacientes con contención de movimientos.
- N° de pacientes con el seguimiento diario en el Registro, de la contención de movimientos, por parte de la enfermera / N° de pacientes con contención de movimientos.
- N° de pacientes con contención de movimientos y cumplimentación de la retirada de la misma, en el Registro por parte del médico / N° de pacientes con contención de movimientos
- N° de pacientes con contención de movimientos y constancia en la Historia Clínica de información a la familia / N° de pacientes con contención de movimientos

- N° de efectos adversos o incidentes tras el procedimiento de la contención de movimientos/ N° de pacientes con contención de movimientos

Lineas de actuación para su difusión

Un responsable del grupo de trabajo (Dra. Julia del Río) coordinará la estrategia de difusión.

En una primera fase se presentará el protocolo en sesión general para Jefes de Servicio y Supervisoras, incluido el equipo directivo del Hospital de la Fuenfría.

A partir de ese momento se establece un programa de formación por estamentos y servicios implicados.

Una vez pilotado el protocolo, se estimará la pertinencia de presentarlo en la Dirección General de Hospitales, como recomendación a otros centros de la red pública.

Anexo2: Hoja de seguimiento de pacientes sometidos a medidas de sujeción/contención



ANEXO 1: HOJA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES SOMETIDOS A MEDIDAS DE SUJECION/CONTENCION REGISTRO de CONTENCION /SUJECION MECANICA

SERVICIO _____

Espacio para PEGATINA de identificación paciente

En su defecto registrar N° HISTORIA CLINICA

Cama _____

Situación Clínica del Paciente:

DIAGNOSTICO : _____

Agitado Violento/Agresivo Confuso /Desorientado Riesgo de autolesión
 Delirium o síndrome confusional Deterioro cognitivo o demencia Menor

MOTIVO DE LA CONTENCION MECANICA

Riesgo de Lesiones a sí mismo
 Riesgo de Lesiones a Terceras Personas
 Riesgo de Disrupción de Procesos Terapéuticos (arranque de vías, sondas...)
 Evitar daños en el entorno hospitalario
 Otros (Especificar)

Fecha de la Prescripción _____ Hora de la Prescripción _____

TIPO DE SUJECION/CONTENCION

Miembros superiores Miembros inferiores
 Abdominal Completa Torácica
 Un miembro superior y otro inferior
 Un miembro superior, otro inferior y abdominal
 Otros

Se ha explicado la necesidad de la contención

Al paciente
 A la familia
 No fue posible

MEDICACIÓN EXCLUSIVA PRESCRITA Y ADMINISTRADA DURANTE LA CONTENCION /SUJECION

MEDICACION	VIA	HORA	FIRMA MEDICO	FIRMA ENFERMERA/O

MEDICO QUE PRESCRIBE LA CONTENCION /SUJECION

Firmado.....N° Personal

ENFERMERA QUE REALIZA LA CONTENCION/ SUJECION

Firmado.....N° Personal

APLICATIVO INFORMATICO

ESTE REGISTRO DEBE INCORPORARSE A LA HISTORIA CLINICA UNA VEZ RETIRADA LA CONTENCION

SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA RELACIONADOS CON LA CONTENCIÓN /SUJECIÓN MECÁNICA.																													
	DIA			DIA			DIA			DIA			DIA			DIA			DIA										
	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N								
Poner inmovilización 900014																													
Quitar inmovilización 900015																													
Mantener inmovilización 900016																													
Sujetar y/o proteger (especificar) 900032																													
Posiciones. Colocar en cama 400011																													
Mantener la alineación corporal 400010																													
Proporcionar medidas de comodidad/confort 900021																													
Adecuar entorno 900033																													
Regular temperatura ambiente 700008																													
Cuidados de la piel 800057																													
Valorar estado circulatorio 170082																													
Comunicación con el paciente. Contención psíquica 10.022																													
Agitación psicomotriz. Atención 900078																													
Signos neurológicos: Nivel de conciencia 170011																													
Valorar respuesta a tratamiento medicamentoso 170123																													
Permanecer junto al paciente en situaciones peligrosas y/o generadoras de riesgo 900082																													
Realizar observación personal permanente(según grado de necesidad) 900068																													
Instruir sobre prevención de acciones y/o lesiones 140037																													
Familia. Apoyo y orientación 900009																													

APLICATIVO INFORMÁTICO

VALORACION MEDICA : DE LA CONTINUIDAD/ RETIRADA		Fecha:			
	1ª Hora	4ª Hora	8ª Hora	Más de 8 horas	
Nombre del Médico y Nº Personal					
FIRMA					
INDICACION	Continúa con C/SM <input type="checkbox"/> Retirada de C/SM <input type="checkbox"/>	Continúa con C/SM <input type="checkbox"/> Retirada de C/SM <input type="checkbox"/>	Continúa con C/SM <input type="checkbox"/> Retirada de C/SM <input type="checkbox"/>	Continúa con C/SM <input type="checkbox"/> Retirada de C/SM <input type="checkbox"/>	
FECHA Y HORA de la retirada de la contención /sujeción mecánica					
MOTIVO de la retirada de la contención /sujeción mecánica					

ESTE REGISTRO DEBE INCORPORARSE A LA HISTORIA CLINICA UNA VEZ RETIRADA LA CONTENCIÓN

Grupo de Trabajo

Este documento ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes del área 7 de la Comunidad de Madrid y el Hospital de la Fuenfría y está formado por:

Benedicto Martí, Carmen. Supervisora de Enfermería del Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos.

Bustos Martínez, Jesús. Celador del Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

Cozar López, Gabriel. Enfermero del Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos.

Díaz Martínez, M^a Carmen. Enfermera del Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

García Vega, Amparo. Secretaria del CEAS. Hospital Clínico San Carlos.

Gil Cidoncha, Noelia. Jefe del Servicio Jurídico. Hospital Clínico San Carlos.

Gil Lázaro, María. Enfermera del Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos.

Gil López, Celia. Adjunto del Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos.

González Cordón, Lourdes. Enfermera del Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

Hernández Álvarez, Mercedes. Supervisora de Enfermería de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

Hernández Martín, Francisca. Vocal del CEAS. Hospital Clínico San Carlos.

Lillo Pérez, Tomás. Subdirector Médico. Hospital Clínico San Carlos.

Iloro Mora, M^a Isabel. Coordinadora.

Centro de Especialidades Avenida de Portugal

López-Dóriga Bonnardeaux, Pedro. Jefe del Servicio de

Geriatría. Hospital de La Fuenfría

Moreno Esgueva, Monserrat. Enfermera del Servicio de

Pediatría. Hospital Clínico San Carlos.

Reneses Prieto, Blanca. Adjunto del Servicio de

Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.

Río Vega, Julia del. Adjunto del Servicio de Psiquiatría.

Hospital Clínico San Carlos.

Sánchez Losada, Juan Antonio. MIR Medicina Legal y

Forense.

Santiago Sáez, Andrés. Responsable del Servicio de

Medicina Legal. Coordinador responsable del protocolo.

Hospital Clínico San Carlos.

Verdejo Bravo, Carlos. Adjunto del Servicio de Geriatría.

Hospital Clínico San Carlos.



**Comité de Ética
para la Asistencia Sanitaria**
Hospital Clínico San Carlos

ceas

Se ha detectado una oportunidad de mejora de procesos intrahospitalarios realizando un protocolo con las recomendaciones sobre contención mecánica de pacientes en el ámbito del Hospital Clínico San Carlos y el Hospital de La Fuenfría.

El objetivo del protocolo es ofrecer a los profesionales de ambos hospitales unas pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan indicaciones, secuencia de actuación, información a pacientes y/o familiares, procedimientos técnicos, seguimiento especial de estos pacientes y el registro de casos para la evaluación posterior. Todo ello para favorecer la seguridad de los pacientes así como para garantizar el ejercicio de sus derechos. No obstante, las recomendaciones recogidas en este protocolo no reemplazan la decisión de los profesionales sanitarios, debiendo adaptarse siempre a cada caso particular atendido.

ΣM
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

www.madrid.org