

PROCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES

**ANA SEOANE LAGO
THAMAR ALAVA CASCON
MARGARITA BLANCO PRIETO
HELENA DIAZ MORENO**

ABRIL DE 2005

INDICE

1- PROLOGO

2- CONTENCIÓN MECÁNICA

- 2a. Objetivo**
- 2b. Indicaciones**
- 2c. Contraindicaciones**
- 2d. Procedimiento**
- 2e. Observación y seguimiento**
- 2f. Aspectos legales**

3- CONTENCIÓN VERBAL

- 3a. Objetivo**
- 3b. Procedimiento y técnica**
- 3c. Precauciones**

4- CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

- 4a. Objetivo**
- 4b. Selección del fármaco**
- 4c. Contención farmacológica en situaciones especiales**

5- BIBLIOGRAFÍA

6- ÁRBOL DE DECISIÓN

7- ANEXOS

- I. Formulario de indicación**
- II. Formulario de consentimiento del paciente**
- III. Formulario del consentimiento familiar**
- IV. Comunicación al juez**
- V. Normativa de mantenimiento del material**

1. PRÓLOGO

La presente guía/protocolo pretende ser una herramienta que nos ayude a la hora de tomar decisiones, sin embargo estamos seguros que no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica clínica diaria. Esperamos sirva como referente.

Es frecuente en la mayoría de los servicios de un Hospital General que se sucedan episodios de agitación/violencia protagonizados por pacientes tanto con patología orgánica como psiquiátrica. La agitación psicomotriz puede formar parte como síntoma de un numeroso volumen de enfermedades médicas.

Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos, entre otras medidas terapéuticas con la contención física. Se trata de un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y procedimiento específico. Es importante conocer dichos aspectos para su adecuada aplicación.

Sin olvidar que dicha medida terapéutica sitúa al paciente en un estado de privación de libertad con implicaciones legales. Esta circunstancia está regulada desde el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución, por lo tanto actuaremos bajo su autoridad.

Resultado de todas las anteriores reflexiones es la presente guía/protocolo, que pretende ser de utilidad, no solo a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental, sino también a aquellos que realizan su trabajo en la Unidad de Urgencia o en otros servicios del Hospital General.

2. CONTENCIÓN MECÁNICA

2a. OBJETIVO

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 de 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.

2b. INDICACIONES

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de 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 agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Las indicaciones por tanto serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retira de vías, sondas naso gástricas...).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente
- Como castigo negativo* en una terapia de conducta, siempre y cuando se haya pactado antes con el paciente.
- Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

*Técnica enmarcada dentro del condicionamiento operante que se usa para disminuir conductas disruptivas haciendo que estas sean seguidas de la desaparición de un reforzador.

2c. CONTRAINDICACIONES

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

- No exista indicación
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico.
- Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente.

- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las Fuerzas de Seguridad).
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado).

2d. PROCEDIMIENTO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA

La toma de decisiones.

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia.

Si en el momento de decidir y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el ATS/DUE esta expresamente autorizado para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al medico con la menor demora posible.

Se debe cumplimentar y firmar por parte del medico y del ATS el *formulario de indicación de contención física (Anexo I)*.

Si la indicación de SM la realiza el medico vía telefónica, la enfermera lo registrara en el formulario, quedando pendiente el facultativo responsable de firmar el formulario lo antes posible.

Personal y medios materiales.

El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo serian cinco, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. Se requerirá la presencia de los celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de seguridad. La colaboración para la contención será de todo el personal, sin embargo la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, así como del número de ganchos necesario para cada sujeción y al menos un imán, y por ultimo sin olvidar una cama con sistema de frenado. Deberá existir al menos un juego completo de sujeciones en cada unidad asistencial de ingreso y en el servicio de urgencias.

El mantenimiento del material citado quedará a cargo de la supervisora de enfermería de la unidad donde se requiera (Anexo V).

Medidas generales

- **Información al paciente**

El uso de la medida excepcional y urgente de la contención física en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias protagonizadas.

- **Actitud del personal**

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria y no

de una venganza o pelea. No forzar en los movimientos. Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos como las esquinas de los muebles u objetos con los que pueda dañarse. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.

Actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.

- Seguridad y comodidad del paciente

En la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.

En el caso que fuese imposible desvestir al paciente, se deberán retirar los cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, o favorecer los intentos de fuga.

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

- Hábitat de calma y confianza

Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde vaya a permanecer durante la contención será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o por medio de un timbre, no hay que olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.

Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarle lesiones cutáneas.

2e. OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones nos hacen afirmarlo, la primera la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en si misma, y la segunda por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

La valoración médica del paciente sujeto se realizará lo antes posible, aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica. En el caso de encontrar necesario prevención de riesgo tromboembólico se pautará heparina de baja peso molecular(Clexane o Fraxiparina) a dosis de 0,4 ml/d, vía subcutánea.

El paciente debe ser observado por el personal de enfermería al menos cada 15 minutos, dejando constancia en las hojas de seguimiento. Además cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las banda de sujeción y piel.

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado. Se ejecuta de forma progresiva, se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez. A continuación se valora conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron a la misma.

Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte

- Inmovilización de pacientes fumadores
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades
- Inmovilización de mujeres embarazadas

2f. ASPECTOS LEGALES

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (*internamientos involuntarios*) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (*consentimiento informado*).

1.Privación de la libertad del sujeto

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización de un paciente (no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia, e incluso cuando es el propio paciente quien la solicita), debe ponerse en conocimiento del juez.

- *Procedimiento general*

Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

- *Procedimiento en caso de urgencia*

En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesaran antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital (del servicio implicado), deberá comunicar la nueva situación del enfermo.

2. Acción terapéutica sin el consentimiento del paciente.

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

- a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

En los casos que requieren sujeción, lo frecuente es que se presenten simultáneamente las condiciones a) y c) anteriores. En estos casos, salvo si se puede recabar el consentimiento informado de un familiar y las circunstancias nos lo permiten, el personal sanitario puede actuar sin él, amparado en la eximente de responsabilidad penal que surge del *estado de necesidad* del artículo 20.5 del Código Penal, ya que se considera que la aplicación del procedimiento es un mal menor frente a la no aplicación del mismo. Tras superarse la situación de urgencia, debe informarse inmediatamente al paciente, a sus familiares o personas allegadas sobre la intervención terapéutica aplicada.

3. Actuación en la inmovilización de un paciente de acuerdo con la ley vigente.

Veremos los distintos supuestos:

- *Ingreso voluntario y consentimiento del paciente para su inmovilización.*

Si la contención mecánica es voluntaria o es solicitada voluntariamente por el paciente competente que se encuentra ingresado con carácter voluntario, tendrá que firmar el *Formulario de consentimiento (II)*. Como se priva de libertad al enfermo, aunque consienta en ello,

deberá comunicarse al juez enviando el *Formulario de comunicación (IV)*, acompañado del ejemplar del *Formulario de consentimiento* que le corresponde. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento. En este caso, se valorará de nuevo la situación y la indicación de inmovilización del paciente.

- *Ingreso voluntario y ausencia del consentimiento del paciente para su inmovilización.*

Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica contención mecánica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario (pues la sujeción en contra de su voluntad no estaba contemplado en el pacto previo entre la institución y el enfermo), debiéndose comunicar esta circunstancia al Juzgado (*Formulario de cambio del tipo de ingreso*). Así mismo, se enviará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física (IV)*. Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento (III)*. Cuando no sea posible recabar el consentimiento familiar, el facultativo podrá actuar directamente.

- *Ingreso involuntario.*

Si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de contención física ya era involuntario se remitirá al juzgado, que tiene conocimiento, únicamente el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física (IV)*.

- *Se avisa al juez antes de actuar.*

La opción de avisar al juez antes de actuar es prácticamente irreal. Si la ocasión se diese, se enviaría al juez el *Formulario de comunicación (IV)* (que en este caso es una solicitud de autorización). También se enviaría, si procediese, el *Formulario de consentimiento (III)* (consentimiento informado de un familiar). En estos casos sólo se actuaría cuando se recibiese la autorización del juez de guardia. Si la situación se agudizase sin haber recibido respuesta, se actuaría como en los casos 1, 2 o 3.

RÉGIMEN DE INTERNAMIENTO

	VOLUNTARIO	INVOLUNTARIO
SÍ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de consentimiento (II). 2. Formulario de comunicación (IV) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de comunicación (IV)
NO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación al juzgado del cambio del régimen de internamiento a involuntario 2. Formulario de comunicación (IV). 3. Formulario de consentimiento familiar (III). Si es posible recabarlo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario de comunicación (IV).

Los formularios deben ser firmados por cuadruplicados, un ejemplar para la historia clínica, otro para el servicio, otro para los servicios centrales pertinentes del hospital y otro para el juez.

3. CONTENCIÓN VERBAL

Es una medida terapéutica útil en aquellos casos en los que la pérdida de control no sea total.

Para afrontar adecuadamente situaciones donde un sujeto puede tener un comportamiento hostil, existen estrategias que pueden facilitar al profesional pasar de ser un estímulo potencialmente amenazante, a ser un apoyo más o menos inocuo.

3a. OBJETIVO

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

3b. PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA

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

- Antes de hablar con el paciente, informarse lo máximo posible sobre él: antecedentes, situación clínica..., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos), y del lado no dominante del paciente (el lado en el que no lleva reloj)
- Asegurarse una vía de salida accesible. Si es posible, hablar en un despacho que dé intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta y el profesional cercano a ella. No habrá obstáculos para salir del despacho, ni para el paciente ni para quien hable con él. Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
- Evitar que el paciente se interponga entre el profesional y la puerta.
- No realizar las intervenciones en solitario, siempre que sea posible.

Pautas de actuación no verbales

- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo y a la privacidad.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad de cualquier individuo, sin embargo, evitarlas lo puede interpretar como signo de debilidad y miedo. Mantener al paciente dentro del campo visual.
- Intentar que paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible

Pautas ambientales

- Invitar a otras personas, especialmente si irritan al paciente, a abandonar el despacho
- Reducir los posibles factores de irritación: luz, ruido, corrientes de aire...

- Evitar las interrupciones: llamadas de teléfono, dudas administrativas...

Directrices comunicacionales

- Escuchar con calma al paciente. Permitirle expresar los motivos de sus temores o enfados. No interrumpir el discurso del paciente.
- Hablar con el paciente en tono suave, relajado y seguro, y no de forma intimidatoria o provocativa. No elevar el tono de voz.
- Responder de forma tranquila, nunca con la misma hostilidad.
- Se ha de ser flexible en el diálogo. Sin embargo, los límites de la Institución y del personal que trabaja en ella deben estar bien esclarecidos.
- Reservarse los propios juicios acerca de lo que "debería" y "no debería" hacer el paciente.
- No buscar la confrontación de ideas, razones..., sino alianzas sencillas que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas y ayuda.
- Ante el riesgo de violencia inminente:
 - Advertir al paciente de que la violencia no es aceptable,
 - Proponerle la resolución de cualquier problema por la vía del diálogo,
 - Ofrecerle tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más Relajadamente,
 - Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica si la ocasión lo Requiere,
 - Hacer una exhibición de fuerza (que el paciente vea personal sanitario, e incluso vigilantes de seguridad dispuestos a poner en práctica la sujeción)

3c. PRECAUCIONES (lo que nunca se debe hacer):

- Rechazar la irritación.
- Negarse a escuchar.
- Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- Continuar la confrontación de gritos en un área pública..
- Elevar el volumen de voz para "*hacerte oír*".
- Continuar la negociación, habiendo comprobado que no se poseen las habilidades necesarias y/o que el paciente rechaza al profesional.
- Ofrecer medicación "*para que esté más tranquilo*". Normalmente el paciente responde que ya está lo suficientemente tranquilo y provoca más hostilidad. Por ello se aconseja ofrecer medicación "*para ayudar a ver las cosas más relajadas*", "*para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo*", "*para lograr que dialogue con el suficiente bienestar*" "*para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor*" ...

4. CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

Encontrar pacientes protagonizando una conducta agresiva o agitada puede suceder en cualquier centro, consulta o servicio hospitalario. Es necesario realizar una evaluación del estado clínico del sujeto, siempre y cuando sea posible y sin correr riesgos lesivos.

Determinar la causa de la agitación nos orienta a la pauta farmacológica a elegir. Si esto no fuera factible, seguiremos las recomendaciones generales expuestas a continuación.

4a. OBJETIVO

Su uso queda localizado en el momento que la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo. El objetivo es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño pero sin que pierda la conciencia.

4b. SELECCION FARMACOLOGICA

Selección farmacológica según:

- Las *características del fármaco* (eficacia sedativa, farmacocinética y seguridad), destacando:

- Rapidez en el inicio de la acción,
- Admón. v.o e i.m; siendo v.o de elección,
- Duración de acción no prolongada,
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco,
- Bajo riesgo de aparición de efectos adversos importantes,
- Pocas contraindicaciones.

BENZODIACEPINAS (BZD):

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; predominante en las manifestaciones ansiosas de miedo y pánico.

• Pautas más utilizadas:

- Lorazepam v.o: 0.5-2mg. Puede repetirse a intervalos de 30min.- 2h. hasta que el paciente se calme, siendo recomendable no superar 4-6mg en hora y media, ni de 10mg/día. Existe la vía sublingual, mayor rapidez de acción.
- Diazepam: 5-10mg, repitiéndose cada 1-2h si fuera necesario. La vía oral es la mas utilizada y de mejor absorción. La vía i.m se debe administrar en músculo deltoides, teniendo en cuenta una absorción errática, un efecto de larga duración y la posibilidad de acumulación. La vía i.v. también es posible, pero atención con la depresión respiratoria.
- Clorazepato dipotásico: 25-50mg/día. Buena absorción v.o e i.m, pero esta última con duración de acción prolongada y riesgo de acumulación.
- Flunitrazepam: 2-4mg, vía i.m.
- Midazolam: 1-15mg, vía i.m, i.v, intranasal

• **Efectos secundarios:**

Reacciones paradójicas (en pacientes con enfermedades psiquiátricas): sueños vívidos, irritabilidad, hostilidad. **Tratamiento:** haloperidol.

Intoxicación: somnolencia, obnubilación e hipotonía. **Tratamiento:** flumaceniolo (0.3mg) i.v en perfusión lenta.

ANTIPSICÓTICOS (AP):

Junto a las BZD es el grupo más empleado en situaciones de urgencia.

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

AP típicos:

- **Haloperidol:** 5-10mg, vía i.m (puede repetirse cada hora, hasta un máximo de 6-8 ampollas de 5mg/día). Es posible complementar dosis globalmente menores de haloperidol con BZD (diacepam 10 mg o cloracepato 25-50 i.m).
Efectos secundarios: SEP→las reacciones distónicas agudas no son necesariamente dependientes de la dosis, puede producirse entre la 1ª y 48h. después de la dosis. **Tratamiento con anticolinérgicos:** ampolla de biperideno 2mg i.m.→la acatisia (puede confundirse con un empeoramiento de la agitación). **Tratamiento con BZD.**
- **Clorpromacina:** 25-50mg, vía i.m. Inconvenientes respecto a haloperidol: mayor acción anticolinérgica e hipotensora, además de los posibles SEP.
- **Zuclopentixol:** en forma de Acetato (Clopixol o Cisordinol Acufase), que mantiene concentraciones plasmáticas eficaces tras una aplicación durante 3 días (50-150 mg i.m). Indicado en agitaciones psicóticas. Como inconveniente la sedación de larga duración que no permitirá una inmediata colaboración del paciente.

AP atípicos:

- **Olanzapina:** i.m. y vía oral. Dosis inicial: 10mg (ancianos 2.5-5mg; si alteración renal o hepática 5mg). Dosis máx. (incluyendo olanzapina v.o): 40mg. Máximo de 3 inyecciones en 24h. y hasta 3 días de tratamiento.
NOTA: La inyección simultánea de olanzapina i.m y BZD parenterales no está recomendada. Si fuera imprescindible administrar BZD se recomienda dejar pasar un intervalo de una hora entre un fármaco y el otro. Si el paciente ha recibido BZD parenterales, la admón. de olanzapina i.m se debe considerar cuidadosamente sólo después de la evaluación de su estado clínico.
- **Risperidona:** 3-6 mg, v.o. Comienzo gradual. Inicio de 3 mg, incremento de 2 mg/día. Reducir dosis en ancianos e insuficiencia renal y hepática.
- **Ziprasidona i.m:** 20-80 mg (datos de bajo perfil de SEP, a considerar posible interacción con fármacos que prolongan el intervalo QTc). Indicado para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento v.o no es apropiado, durante un máximo de 3 días consecutivos.

ANTIPSICÓTICOS + BENZODIACEPINAS

Puede ser útil para algunos pacientes, con menos efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos grupos por separado. Además, los AP disminuyen el riesgo de desinhibición Benzodiacepínica, y las BZD el riesgo de acatisia por AP. La BZD mejora la tolerancia del neuroleptico.

- *La etiología de la agresividad*

De forma muy general podríamos decir:

- Casos de agresividad aguda y especialmente cuando el diagnóstico es incierto , se recomienda el uso de BZD solas.
- Pacientes con sintomatología de estirpe psicótica, utilizar Antipsicóticos solos (efecto sedante) o BZD + AP (mayor rapidez en el inicio de acción, admón. de menor dosis y, por tanto, menor riesgo de aparición de efectos adversos, especialmente SEP).

4c. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA EN SITUACIONES ESPECIALES

- *Gestante*

Siempre intentar el control de la situación mediante medios no farmacológicos.

En caso de requerirse tratamiento con fármacos:

- AP:De elección, Haloperidol (a pesar de que su seguridad en el embarazo no ha sido establecida).
- BZD deberán evitarse. De utilizarse preferible de vida media corta (lorazepam).

- *Cuadros sindrómicos confusionales*

Como regla general, de elección los antipsicóticos y evitar las BZD. Estas últimas por su poder para disminuir el nivel de conciencia pueden aumentar la confusión del enfermo y empeorar la agitación (agitación "paradójica" por BZD de los ancianos dementes). 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 (incluidas las propias BZD)

- *Demencia senil, demencia-SIDA:*

Risperidona:2-6mg v.o. ; Olanzapina:5-20mg v.o.;Quetiapina 100-200mg

- *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: Tiapride (Tiaprizal®, comp. y amp 100 mg) 200-300 mg v.o o parenteral/4-6h, i.v lentamente en 50 ml suero fisiológico.

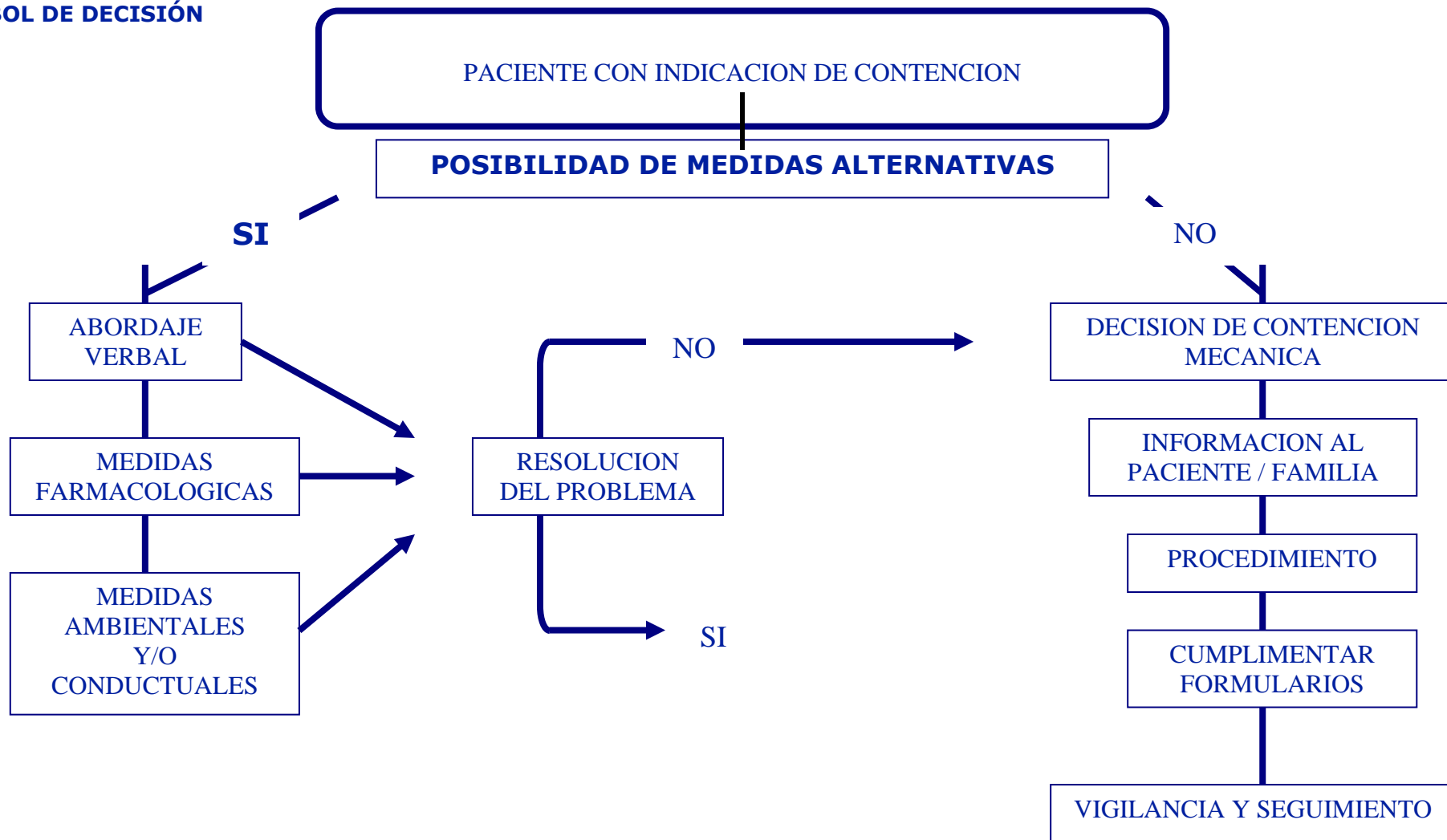
Delirium tremens. De elección las BZD. Una de las siguientes pautas:

- Diazepam iv, de 5-10mgr en bolus, continuando con dosis de 5mgr cada 5 o 10 minutos hasta llegar a la sedación.
- Clorazepato im, de 50-75mgr cada 30 minutos hasta sedación. Posteriormente,50mgr cada 6 horas, reduciendo progresivamente.

5. BIBLIOGRAFIA

- 1. Calcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005**
- 2. Cañas de Paz, F. "Urgencias Psiquiátricas". Monografías de Salud Mental. CAM. 1995**
- 3. Díaz González, R.; Hidalgo, I. "Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas". Edit Mosby. 1999**
- 4. Fernández, R. "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.**
- 5. Kaplan & Sadock´s. "Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J. ; Sadock, V.A. 2003.**
- 6. Lavore, F.W. "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Ann Emerg Med 1992; (1):25-32.**
- 7. Ramos Brieva, J.A. "Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento". Edit. Masson. 1999**
- 8. Sullivan, M. " La entrevista psiquiátrica". Ed. Psique. 1974**

6. ÁRBOL DE DECISIÓN



7. ANEXOS

I. CONTENCIÓN FÍSICA : FORMULARIO DE INDICACIÓN

Nombre:.....

.....

Apellidos:.....

.....

NHC:.....

.....

Servicio:.....

.....

Fecha indicación:...../...../..... **Turno:** Mañana Tarde Noche

Fdo.:.....

Fdo.:.....

DUE responsable

Médico que indicó la contención

Indicaciones de la contención

- Riesgo de lesiones a terceras personas**
- Riesgo de lesiones a si mismo**
- Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos (arranque de vías, sondas...)**
- Para evitar daños físicos significativos en las instalaciones del servicio (mobiliario...)**
- Refuerzo negativo de un tratamiento conductual pautado previamente o solicitud voluntaria.**
- Otros**

Tipo de sujeción

- Miembros superiores** **Miembros inferiores** **Tórax** **Todos**
- Un miembro superior y otro inferior** **Un miembro superior otro inferior y un torax**

Situación clínica del paciente

Diagnóstico:.....

Estado: Agitado **Violento/agresivo** **Confuso/desorientado**
Impulsividad suicida

Medios fracasados antes de la contención

- Contención verbal
- Contención farmacológica
- Distracción con una actividad
- Conversación con un familiar
- No fue posible intentar otra alternativa

Neuroleptización rápida

- Si
- No

Cual:.....
.....

Comunicación al juez

Enviada la comunicación al juez con fecha/...../..... a lashoras

Fdo.:
Médico

Enviada comunicación al juez de fin de la contención con fecha...../...../..... a las horas.

Fdo.:
Médico

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Día mes año
Del inicio de la

contención

D./Dña. _____ mayor de
edad,
Con DNI _____, internado en el Servicio de
_____ del Hospital Universitario Príncipe
de Asturias, Alcalá de Henares

DECLARA:

- Consentir ser sujetado temporalmente con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello, aceptando, si procede, el tratamiento farmacológico adecuado. Mis médicos 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.

Que solicita voluntariamente ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello. Bien entendido que así como acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, ésta podrá suprimirse en cuanto los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

Que acepta ser sujetado con correas a la cama y/o aislado en una habitación preparada para ello como parte de una terapia de conducta previamente acordada con los médicos que me atienden. Quienes 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 los médicos lo consideren oportuno o yo se lo solicite voluntariamente.

ALCALA DE HENARES _____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____
El paciente (firma, nombre y apellidos)

Los 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/a

DUE o ATS

ILMO. SR. JUEZ DE 1ª INSTANCIA Nº _____ DE ALCALA DE HENARES

III. FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO FAMILIAR

____ día ____ mes ____ año
del inicio de la

contención

D./Dña. _____ mayor de
edad,
Con DNI _____,

DECLARA:

Haber sido informado/a por el personal sanitario del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de la situación clínica de su familiar D./Dña. _____ internado/a en el Servicio de _____, y de la necesidad de controlar la misma mediante contención física y/o aislamiento en una habitación, de forma temporal

Se me ha informado que tal situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal sanitario. Será finalizada dicha medida terapéutica en el momento que la situación clínica así lo permita.

A todo lo cual doy mi conformidad.

Fdo.: _____
El familiar (firma, nombre y apellidos)

ALCALA DE HENARES _____ de _____ de 20 ____

Los abajo firmantes, hemos puesto en práctica el tipo de sujeción por considerar que existen razones clínicas que justifican así hacerlo.

Fdo.: _____
Fdo.: _____
Médico/a

DUE o ATS

ILMO. SR. JUEZ DE 1ª INSTANCIA Nº _____ DE ALCALA DE HENARES

IV. COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR.

**D./Dña. _____, Licenciado
Medicina, médico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, con el
debido respeto**

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha 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 urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos de este Hospital.

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

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

En ALCALA DE HENARES _____ de _____ de 20____

Fdo: Dr/a. _____

ILMO. SR. JUEZ DE 1ª INSTANCIA Nº _____ DE ALCALA DE HENARES

V. NORMATIVA DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL

- 1.- Siempre tiene que estar un juego completo: 2 manos, 2 pies, 4 alargaderas, un tórax, los pinchos correspondientes, 1 imán y tijeras.**
- 2.- En caso de uso de este juego, será repuesto (lo antes posible) en la pared, desde el cajón donde se almacena el material.**
- 3.- Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará a lencería en una bolsa debidamente rotulada, haciendo constar EL HOSPITAL Y LA UNIDAD DE DONDE PROCEDE.**
- 4.- SE RETIRARÁN las chinchetas de sujeción: EN NINGÚN CASO podrán ser enviadas a favor.**
- 5.- Cuando la unidad de Psiquiatría haya prestado un Set de sujeción (completo o no) lo dejará reflejado en el libro de incidencias, para su posterior reclamación.**
- 6.- Se realizará el recuento y revisión de material un día o la semana: LOS MIÉRCOLES, comunicando a la supervisora: deterioro y/o pérdida de algún elemento de los juegos.**