

## **PROTOCOLO DE CONTENCIÓN Y SUJECCIÓN DE PACIENTES**

Rev 4. (25 de marzo de 2009)

El uso excepcional de medidas de aislamiento y sujeción física en personas ingresadas en el Centro, requiere de un protocolo que valore tanto la oportunidad e idoneidad en la aplicación de estas medidas, como su carácter transitorio y la atención constante a los derechos y dignidad de las personas afectadas.

### **1. INDICACIONES DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA:**

- 1.1** Es frecuente dentro del cuadro clínico que los trastornos psiquiátricos presentan, que se planteen situaciones en las que el propio paciente sea incapaz de poner límite a sus actuaciones.
- 1.2** El objeto de la sujeción es proteger al propio paciente, al resto de pacientes de la unidad, y al personal de la misma de cualquier daño.
- 1.3** La sujeción mecánica estará indicada en aquellas situaciones en las cuales el abordaje verbal ha sido incapaz de contener dichas actuaciones, como sucede en la mayoría de las situaciones clínicas que se presentan. Se trata siempre de una medida excepcional y esencialmente clínica. Nunca su aplicación obedece a razones pedagógicas o disciplinarias
- 1.4** La valoración de la indicación de la sujeción mecánica será realizada siempre por personal facultativo. En caso de alto riesgo, se procederá según protocolo, asegurando la presencia del personal facultativo en cuanto sea posible.
- 1.5** En todo caso, la decisión de aplicar sujeción mecánica exigirá siempre autorización facultativa y orden médica que deberá especificar:
  - a) Tipo de sujeción.
  - b) Duración de la misma.
- 1.6** Se consideran indicaciones de sujeción mecánica las siguientes:
  - 1.6.1 *Agitación Psicomotriz:*** Estado de tensión, con ansiedad que se manifiesta en el área psicomotora por hiperactividad y perturbación general.
  - 1.6.2 *Agresión:*** Sentimientos, pensamientos o acciones hostiles o irascibles dirigidas contra un objeto o persona.
  - 1.6.3 *Ideación autolítica persistente:*** Siempre y cuando el riesgo de pasaje al acto suicida sea inminente y grave, no pudiendo ser evitado por medidas de contención verbal y vigilancia continua. Suele darse en casos de descompensación psicótica con agitación psicomotriz.
  - 1.6.4 *Riesgo de fuga:*** Siempre y cuando se observe en un contexto de pasaje al acto que implique severo riesgo para su persona o para los demás. En general, este caso puede

resolverse con medidas de contención de otro orden, pero en el extremo, llegado el caso, estaría justificada la aplicación de la sujeción mecánica.

**1.6.5 A petición del paciente:** En algunos casos de psicosis, no es infrecuente observar que el paciente mismo solicita la sujeción mecánica como forma de poner límite a su malestar, tras haberlo intentado de otras maneras.

Debemos ser sensibles a esta demanda, siendo responsabilidad del personal facultativo establecer las condiciones de tiempo y forma en la que se va a proceder.

**1.6.6 Como medida de Seguridad:** En aquellos pacientes que por sus características clínicas puedan sufrir accidentes mientras permanecen encamados:

- Estados de sedación profunda.
- Minusvalías
- Deterioro cognitivo
- Otros: la valoración será realizada por personal facultativo

**1.7** Durante el tiempo que dure la aplicación de sujeción física, se cuidará de manera especial el no introducir mayores restricciones que afecten a los derechos del usuario, que aquellas que se deriven del procedimiento adoptado.

## **2. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN**

### **2.1 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN (EQUIPO PARA LA CONTENCIÓN):**

- 1 Médico responsable del paciente o medico psiquiatra de guardia (responsable y coordinador de la actuación).
- 1 Enfermera/o asignada.
- 1 Aux de enfermería del servicio
- 4 miembros equipo sujeción como mínimo (celadores del retén o del Servicio Urgencias) hasta completar el número.
- Staff de seguridad, (en su caso, y a requerimiento ante posible riesgo grave de la integridad física del propio paciente o de los profesionales actuantes).

El personal de la planta no designado para realizar la contención estará con el resto de los paciente acompañándoles hasta que finalice la medida

## 2.2 PROCEDIMIENTO (check list):

**1º. Comunicar:** el coordinador de la actuación-procedimiento se encargará de comunicar al paciente que será aislado por su seguridad y la del resto de sus compañeros, hasta que se tranquilice y recupere el control.

**2º. Valorar la posibilidad** de que pueda ser convencido de desistir en su actitud mediante técnicas de persuasión y utilización de tales técnicas (en los casos en los que tal posibilidad sea factible).

**3º. Dar tiempo** al paciente para que se dirija a la habitación por su propio pie; a partir de este momento no dirigirse a él, ya que generalmente suele desencadenar discusión violenta por parte del paciente.

**4º. Seleccionar el lugar para la contención y preparar** la habitación y recursos necesarios para que se destine para el aislamiento con la cama dispuesta por si se precisa sujeción mecánica (sistema de sujeción SEGUFIX). Retirar del lugar seleccionado cualquier tipo de objeto potencialmente peligroso.

**5º. Constituir el equipo** para la contención y **reunión para la coordinación** de la actuación, valorando las características del paciente y especificidades en su caso de la actuación a desarrollar:

**5.1 Distribuir los papeles a desarrollar por cada miembro del equipo** especificando lugar por el que abordara cada miembro del equipo al paciente y parte del cuerpo objeto de su actuación de sujeción (cabeza, miembros superiores y miembros inferiores).

**5.2 Preparar los recursos materiales** necesarios para realizar la actuación.

**5.3 Valorar la necesidad de utilizar medios tipo EPI** (equipos para la protección individual) para la actuación.

**5.4 Cubrir las pegatinas de identificación personales** de los miembros del equipo para **dificultar la identificación** personal de los trabajadores.

**5.5 Retirar todo tipo de objeto** personal que siendo portado por alguno de los miembros del equipo pueda provocar daño a si mismo o a los demás miembros del equipo.

**6º. Actuación** (ver "Normas de Uso").

- Si el paciente ha respondido al operativo disuasorio previo, se actuará sin previa discusión con él de tal forma que cada miembro del equipo tomará una de sus extremidades y se colocará al paciente de espaldas al suelo controlando la cabeza para evitar que se golpee.
- **Contención previa:** sujetar las piernas a la altura de las rodillas y los brazos a la altura de los codos con apoyo de los mismos, sin forzar las articulaciones; sujetar la cabeza.
- **Reducción definitiva del paciente:** una vez tumbado en la cama (en decúbito supino) o en el suelo:

En la sujeción completa: consiste en la inmovilización del tronco y las 4 extremidades. Se colocará primero el cinturón ancho abdominal y después las 4

extremidades en diagonal, brazo izquierdo y pierna derecha y brazo derecho y pierna izquierda, asegurándose que los botones funcionen correctamente.

En la sujeción parcial: consiste en la inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero el cinturón ancho abdominal y después las 2 extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.

- **Mientras se realiza la sujeción**, una persona debe tener en cuenta la sujeción de la cabeza, evitando que el enfermo se golpee o pueda agredirnos.
- Comprobar y revisar cada uno de los puntos de sujeción.
- **Explicarle**, cuando acabe la sujeción, que todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.
- Si es posible, habrá **otra persona que despeje el área de otros pacientes y que observe y controle** como se lleva a cabo el procedimiento.

En todo momento la actitud del personal debe ser segura, no provocativa y tranquilizadora. Evitar dirigirse la paciente.

**7°. Valoración de la contención:** Finalizada la contención, se posibilitará, posteriormente y en habitación aparte, que el personal que ha participado en la misma pueda exponer y evaluar las acciones llevadas a cabo, con el fin de mejorar la intervención en lo sucesivo, y sobre todo verbalizar los sentimientos que inevitablemente emergen en situaciones tan críticas.

**8°. Registrar** al paciente en búsqueda de cinturones, relojes, mecheros, corta uñas y otros objetos peligrosos. Se le vestirá con pijama cuando su estado lo permita.

**9°. Anotar** en el evolutivo de enfermería:

- los factores precipitantes, situación, etc.
- que acciones previas se han llevado a cabo.
- puntos de ajuste de la sujeción (piernas, brazos, etc).
- duración de la misma.

**10°. En función** de la situación legal de ingreso del paciente, queda a criterio facultativo el solicitar el cambio de la misma.

En cualquier caso si la situación se prolonga más de 48 horas será obligatorio proceder a la solicitud de autorización judicial de ingreso.

**11°. Durante** la 1ª hora, el paciente será observado por el personal de enfermería cada 15 minutos, registrando en su evolutivo lo observado de forma objetiva. Después, la enfermera pasará a verle como mínimo una vez por turno. A partir de la 2ª hora, el control será horario y registrado por el personal que hace la observación en la hoja, (ANEXO 3) anotando si se le han administrado líquidos, si ha orinado, etc.

Se realizará valoración facultativa como mínimo M., T. y N.

**12°. Si el paciente** toma neurolépticos o se le ha medicado mucho (sedación), se hará toma de constantes (T/A, Tª y F/C) 3 v/día, para evitar complicaciones como el "SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO" u otras.

**13°. Realizar** con la frecuencia necesaria y siempre que sea posible con una persona referente, las acciones que aseguren la cobertura de las necesidades básicas y derechos de los pacientes: liberar algunos miembros, frecuencia de control de la sujeción (asegurarse que las sujeciones son las indicadas, que no opriman en exceso y que le permitan una circulación y respiración normales (fisiológicas), liberarle cada cierto tiempo, administrarle líquidos y alimentos, fumar con seguridad, que pueda ir al W.C. u otra alternativa, etc.

**14°. Registro** de la conducta del paciente durante el tiempo que ha durado la situación (se ha tranquilizado, se ha agitado, etc.).

**15°. Momento** en el que se libera al paciente siguiendo, como siempre, las indicaciones facultativas y manteniendo una actitud tranquilizadora.

**16°. El paciente** no debe abandonar su aislamiento bruscamente. El personal debe supervisar el grado de control, el cumplimiento de demandas simples, etc., liberarle miembros gradualmente, dejarle sin sujeción en la habitación y posteriormente en la Unidad, siguiendo siempre las indicaciones médicas.

### **3. SITUACIONES EXCEPCIONALES:**

Se produce una situación excepcional en circunstancias de ausencia de facultativo responsable.

Si no existen indicaciones al respecto, o bien si el paciente no ha sido aún evaluado, en dependencia de la situación creada, se procederá:

**a) Si riesgo real e inmediato.**

Se produce un riesgo real inmediato cuando el paciente está ya agrediendo a los demás o así mismo, o paciente en fuga cuyas características inducen a pensar en una patología mental grave que precisa tratamiento sin demora en ese momento, haciéndose necesaria una intervención eficaz y rápida.

En tales casos, el/la D.U.E., comunicará al equipo de sujeción la necesidad de ésta, a la vez que pondrá en conocimiento del psiquiatra o médico de servicio de urgencias más cercano tal circunstancia, quien una vez de haberla consignado en hoja de órdenes médicas, recabará los datos necesarios sobre el caso y determinará la pertinencia o no de continuar con la sujeción, así como las condiciones en que ésta habrá de mantenerse.

**b) Si riesgo posible (no presente):**

Se produce un riesgo posible no presente, cuando la familia o acompañantes del paciente informan sobre la peligrosidad del mismo o sobre la necesidad de un ingreso inmediato.

En tales casos, el/la D.U.E., avisará al psiquiatra y/o médico del servicio de urgencias, quien recogiendo los datos que la familia le aporte junto con los antecedentes obrantes en el hospital, tomará una decisión al respecto.

En el caso , no excepcional de que el paciente se halle en el exterior del edificio de urgencias, negándose a entrar y la familia o acompañantes reclamen la intervención del personal de urgencias para que se le obligue involuntariamente a penetrar en las instalaciones, el personal de la entrada avisará a el/la D.U.E. del área de triage, poniendolo en conocimiento del médico psiquiatra y/o del médico del servicio de urgencias, éste recabará los datos precisos decidiendo en consecuencia.

### **4. MATERIAL DE UTILIZACIÓN**

#### **4.1 SISTEMA DE SUJECCION SEGUTIX**

**Consta de:**

- 1 cinturón abdominal, con 3 botones magnéticos
- 2 tiras cambios posturales
- 2 muñequeras de sujeción, con 2 botones magnéticos
- 2 tobilleras de sujeción, cincha especial para sujetar tobilleras y 4 botones magnéticos.
- 2 llaves magnéticas

#### **4.2 EPI (MECANISMOS DE AUTOPROTECCIÓN)**

- Colchón de defensa

**5. HOJA DE REGISTRO (ANEXO I):**

Cada episodio de sujeción mecánica requerirá la apertura de al menos una hoja de registro.

La hoja de registro anexo I será cumplimentada por el coordinador del equipo de sujeción, en el momento inmediatamente posterior a la sujeción y recogerá la valoración que hace el equipo que realizó la misma. Permanecerá con la historia clínica del paciente mientras éste se encuentre en el servicio de urgencias. Posteriormente, una vez dado de alta o trasladado, será entregada a la supervisión para su clasificación y archivo. El médico que haya indicado el procedimiento revisará este documento y lo firmará, si estuviera en desacuerdo con alguno o algunos de los aspectos reseñados en él, lo señalará en la propia hoja de registro.

Cruces, a 9 de Diciembre de 2008

Fdo.: Dr. J. I. Eguiluz Uruchurtu  
Jefe de Servicio de Psiquiatría

Fdo.:  
Supervisora del Servicio de  
Psiquiatría