

**GRUPO DOCUMENTAL**

PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

**PROCEDIMIENTO GENERAL SOBRE  
EL USO DE LA CONTENCIÓN  
MECÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE  
PACIENTES PSIQUIATRICOS  
HOSPITALIZADOS**

HISTORIAL DE REVISIONES	FECHA	FECHA IMPLANTACIÓN
Elaboración	Diciembre 1997	Enero 1998
1ª Revisión	Marzo 2003	Abril 2003
2ª Revisión	Septiembre 2007	Diciembre/2007
3ª Revisión	Octubre 2008	Noviembre 2008
<b>PRÓXIMA REVISIÓN</b>	<b>2011</b>	

RESPONSABLE ELABORACIÓN	RESPONSABLE REVISIÓN	RESPONSABLE APROBACIÓN
UGS: Enfermera	Directora Médica Directora de Enfermería	Comité de Dirección
<b>GRUPO DE ELABORACIÓN</b>		
Dª Margarita Hernanz		
Dª Ana B. Yoller		
Dª Marixa Larreina		
Dª Rocío Goig		
Dª Mónica Eisenhofer		
Dª Isabel Vaquerizo		
D Rafael Hernández		

CUSTODIA	DISTRIBUCIÓN	LISTA DISTRIBUCIÓN
UGS: Técnico de Calidad	UGS: Técnico de Calidad	Directora Médica
		Dirección de Enfermería
		Supervisores Hospitalización
		Supervisores Noche
		M. Internista
		Psiquiatras Hospital
		Cuarto de Guardia
		Secretaria de Dirección

REGISTROS ASOCIADOS	RESPONSABLE DE REGISTRAR	RESPONSABLE DE CUSTODIA	TIEMPO DE CUSTODIA
Registro de indicación	Psiquiatra/Enfermera	Enfermera	Historia Clínica
Registro de actividad de enfermería	Enfermera / turno	Enfermera	Historia Clínica

ANEXOS	TITULO	REVISIÓN

## **INTRODUCCION:**

Ante un paciente agitado con conducta violenta el primer objetivo es su contención psíquica, mecánica y/o química, con objeto de minimizar el riesgo de autolesionarse, dañar a otros o deteriorar las instalaciones. Dada la ansiedad que movilizan estas situaciones de crisis, el personal sanitario debe tener claras las medidas de intervención.

- La contención mecánica es una alternativa terapéutica que se utiliza en situaciones extremas para garantizar la seguridad del paciente y del medio.
- Desde el punto de vista ético la contención mecánica es un procedimiento útil e incluso necesario siempre que se ajuste a indicaciones clínicas. Debe adaptarse a un protocolo establecido y la medida debe de llevarse a cabo por personal entrenado.
- El sentido de este protocolo es proporcionar unas normas y procedimientos como guías para actuar de forma coherente, eficaz y rápida, sabiendo que en ningún caso suplen los cuidados individuales que requiere cada persona que atendemos. Serviría además para mejorar la calidad de la intervención.
- Es importante informar al paciente de cualquier actuación que se prescriba y su motivo, siempre que sea posible.

## **1. DEFINICION:**

Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo con sujeción a una cama en un paciente que lo precise para tratar de garantizar la seguridad del mismo o de los demás.

## **2. OBJETIVO:**

Garantizar la seguridad del paciente, la de los otros pacientes, la de los familiares y la del personal asistencial.

## **3. CONDICIONES LEGALES:**

La contención mecánica como acto terapéutico impuesto al paciente debe considerarse vinculada a los mismos condicionamientos legales que el ingreso involuntario.

Solo se podrá sujetar a un paciente cuando lo indique el psiquiatra siempre que su ingreso sea involuntario.

En el caso de un ingreso voluntario, se procederá igual, siempre que sea una medida urgente y puntual; cuando se prolongue (+ 24 horas) o se repita, se modificará el tipo de ingreso, solicitando del juez la autorización de ingreso involuntario.

#### **4. INDICACIONES:**

Seguendo a la APA 1985, se consideran indicaciones:

1. Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios han resultado ineficaces.
2. Prevención de daño al entorno.
3. Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
4. Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
5. Otras:
  - Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
  - Episodio de agitación en psicóticas embarazadas.
  - Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
  - Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

Estas indicaciones suelen ser más frecuentes en las tres condiciones clínicas siguientes:

- Estados de agitación psicomotriz.
- Estados confusionales.
- Estados de auto/heteroagresividad.

#### **5. CONTRAINDICACIONES:**

No se debe utilizar la contención mecánica en las siguientes situaciones:

- Como un castigo al paciente por una trasgresión de las normas establecidas.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento.
- Como sustitución de un tratamiento ya en curso.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento de su estado general de salud.
- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.
- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ej.: uso de la sedación medicamentosa).
- Se ha de tener especial precaución si se aplica en pacientes en tratamiento con neurolépticos en habitaciones muy cálidas y con escasa ventilación.

## **6. PLAN DE ACTUACION:**

Si el paciente pierde el control y adopta conductas físicamente peligrosas, para sí mismo o para los demás, nuestro objetivo será evitar el daño inminente y lograr la seguridad de todos los pacientes.

Para ello enfermería valorará la situación y dará aviso al psiquiatra y llamará al número establecido de personas.

En situaciones excepcionales por su urgencia y siempre que cumpla los criterios de sujeción antes indicados, el personal de enfermería procederá a sujetar al paciente avisando inmediatamente al psiquiatra o médico de guardia para que confirme o no tal medida.

### **6.1. Profesional responsable de la indicación:**

- Será el médico psiquiatra responsable del paciente o el psiquiatra de guardia quien valore y firme la indicación.
- La indicación debe figurar por escrito en el evolutivo médico.
- Una vez tomada la decisión de sujetar al paciente, se asignará una enfermera responsable del procedimiento, que decidirá el lugar de la contención, si se realiza en la habitación del propio paciente o en otra designada a tal efecto.

### **6.2. Personal que la realiza:**

- El psiquiatra debe valorar la conveniencia de su presencia durante la sujeción.
- Mínimo de 4 personas entre las que se encontrará una enfermera y 3 ó 4 auxiliares.
- Si, excepcionalmente, no es suficiente con el personal de la propia Unidad, se reforzará con personal de otras Unidades.

### **6.3. Recursos materiales:**

Deberá haber un juego completo en cada botiquín de:

- Cinturón ancho abdominal (tipo segufix).
- Cintas para manos y pies.
- Botones magnéticos de fijación (según tipo de segufix).
- Llave magnética (imán).

### **6.4. Consideraciones previas:**

- Se informará al paciente de las medidas terapéuticas que vamos a tomar, dándole tiempo a que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a reducirle.
- El personal que no interviene estará con el resto de los pacientes acompañándoles en el salón hasta que acabe la medida.

### **6.5. Precauciones:**

- Preparar la cama, colocando la sujeción de cintura previamente en la misma, asegurándose de que la cama esté frenada.
- Retirar de las prendas de vestir los objetos que puedan dañarle.
- Alejar del alcance del paciente cualquier objeto peligroso.
- El personal que vaya a intervenir en la sujeción no llevará objetos que puedan producir daño o romperse.

## 6.6. Ejecución:

- Una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales para que colabore y se tumben en la cama. Si no accediese a ello, sin lugar a la discusión verbal se procederá a reducirle y tumbarle en la cama.
- Evitar, en lo posible, hablar con el paciente mientras se realice la sujeción, y si es necesario, que sea una única persona la que se dirija al paciente, todo ello con el fin de evitar que puedan surgir comentarios críticos o provocativos hacia el paciente.
- Para reducir al enfermo: una vez tumbado en la cama (en decúbito supino):
  - a) 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.
  - b) 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 de 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.
- 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.

## 6.7. Seguimiento de la medida:

### 6.7.1. Seguimiento psiquiátrico:

- El psiquiatra visitará al enfermo, preferiblemente dentro de la primera hora tras la sujeción y siempre dentro de las tres primeras horas, y valorará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir en lo sucesivo (recomendaciones de la Task Force de la APA).
- Para prevenir riesgo de tromboembolismo se pauta en toda la inmovilización Clexane 40mgr/día
- Se visitará y valorará el estado del paciente al menos cada 12 horas.
- Diariamente se revisará la indicación de la medida.

### 6.7.2. Seguimiento de enfermería:

- El control horario pautado será como mínimo cada hora, comprobando el estado del paciente, siempre que se pueda el control será permanente bajo monitorización. Este control implica entrar en la habitación y observar y valorar al paciente. Comprobar el estado de la piel y las posibles lesiones, actuando en consecuencia.

- Control de constantes vitales según pauta prescrita y en su ausencia una vez por turno.
- Revisión de las sujeciones dos o tres veces por turno.
- Debe constar por escrito, por parte de la enfermera, la realización y revisión de los controles efectuados, en la hoja de evolutivo y hoja de gráfica.
- Control de ingesta, deposición y diuresis en cada turno.
- Profilaxis de enfermedad tromboembólica.

### **6.8. Finalización de la medida:**

- La finalización del episodio restrictivo tendrá lugar tras la indicación médica, cuando la necesidad de tal medida haya cedido.
- Deberá siempre figurar por escrito en el evolutivo médico.
- Posteriormente, sería conveniente que el psiquiatra encargado del paciente comente con él la idoneidad de la medida y los sentimientos que ha generado en el paciente.
- Si otros pacientes han presenciado el episodio de sujeción, es conveniente hablar con ellos después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.

### **7. REGISTRO Y EVALUACION:**

La aplicación de este protocolo se evaluará a través de la hoja diseñada a tal efecto, cada vez que se proceda a una contención mecánica.

Con los resultados de esta evaluación y las sugerencias del personal que ha realizado la contención mecánica y los pacientes a los que se ha aplicado el protocolo, se llevará a cabo la evaluación anual de las contenciones realizadas para mejorar la calidad de la medida.

## **BIBLIOGRAFIA UTILIZADA PARA LA REALIZACION DEL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN:**

1. Hales, R.E.; Yudofsky, S.C.; Talbott, J.A... Tratado de Psiquiatría. The American Psychiatric Press. 1996, 2ª Edición, 1340-1344
  2. Vila Blasco, B.; Pacheco Zorrilla, G.; Jaime Jiménez, F.; Rubio González, M.A.. La Sujeción Física del Paciente Psiquiátrico. Enfermería Clínica, vol. 4 nº 3. 142-143.
  3. Kaplan, Sadock B.. Restraint en Pocket handbook of emergency psychiatric medicine 1993; 324-326.
  4. Naber, A.; Kircher, T.; Hessel, K.. Actitudes retrospectivas de los pacientes esquizofrénicos con respecto al tratamiento psicofarmacológico no voluntario y la restricción. Eur. Psychiatry. Ed. Esp. 1996, 4, 240-245.
  5. Hyman, S.E.. El paciente violento. El paciente suicida. En: Manual de Urgencias Psiquiátricas. Serie Manuales Espiral. Salvat. Pag. 27-35.
  6. Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratamientos inhumanos o degradantes. B.O.E., 5 de julio de 1989, nº 159, 4586-4590.
  7. Calfee, B.E.. ¿Está Vd. Limitando los derechos de sus pacientes?. Nursing 89, febrero, 50-51.
  8. Pedersen, L.M.; Fingerote, E.; Powell, C.; Edmund, L. ¿Porqué no utilizar sujeciones puede significar una buena práctica?. Nursing, 90, mayo, 40-45.
  9. Sullivan – Marx, E.M.. Psychological response to psysical restraint use in older adults. Journal of Psychosocial Nursing 1995, vol. 33, 6, 20-25.
  10. Aislamiento y contención. Informe de la Comisión Promotora de Bioética de Salud Mental de Alava, 1996.
  11. Jobe, T.H.; Winer, J.A.. El paciente violento (capítulo 18). En: Psiquiatría: Diagnóstico y tratamiento. Flaherty, J.A.; Chanon, R.A.; Davis, J.M.. Editorial Panamericana. Buenos Aires 1991; 256-265.
  12. Díaz González, R.J.; Hidalgo Rodríguez, I.. Actuación Protocolizada en la Contención en: Guía de programas y actuaciones protocolizadas en la práctica clínica psiquiátrica. Nosby 1996: 7-13.
  13. “Protocolos terapéuticos en agitación psicomotriz” en Protocolos de Terapéutica Psiquiátrica. Hospital Mutua de Tarrasa. Servicio de Psiquiatría. Mayo 95: 185-192.
  14. Molina Alén, E.. Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Ed. Glosa. Barcelona 2002.
  15. Ramos Brivera, J.A.. Contención mecánica: restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Ed. Masson. Barcelona 1999.
  16. Mayoral, F. Torres, F. Grupo EUNOMIA. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):331-338
- Revisión de Protocolos de: Hospital Logroño, Hospital Galdakao, Hospital Santiago Apóstol y Hospital Aita Menni.
  - Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en psiquiatría: diseño del estudio y datos preliminares. FUENTE: WORLD PSYCHIATRY. 2005 DIC;3(3) Thomas W. Kallert; Matthias Glöckner; Goergi Onchev...(et.al).

**IDENTIFICACIÓN**

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE INGRESO:** VOLUNTARIO  INVOLUNTARIO

**INICIO:** Día: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**FINALIZACIÓN:** Día: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

**TIEMPO DE APLICACIÓN DE LA MEDIDA:** \_\_\_\_\_ H

**INDICADO POR:**

PSIQUIATRA UNIDAD:  PSIQUIATRA GUARDIA:  DUE (URGENCIA):

**MOTIVO:**

AGITACIÓN:  CONFUSIÓN:  AUTOAGRESIVIDAD:  HETEROAGRESIVIDAD:

OTROS (ESPECIFICAR): \_\_\_\_\_

**TIPO DE SUJECCIÓN:**

COMPLETA:  PARCIAL:  CONTINUA:  INTERMITENTE:

**INCIDENCIAS:** LESIONES PACIENTE: SI  No   
LESIONES PERSONAL: SI  No   
COMPLICACIONES: SI  No

**SE SIGUE PROTOCOLO:** SI  No

A- INDICACIONES:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
B- PLAN DE ACTUACIÓN:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
C- RECURSOS MATERIALES:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
D- RECURSOS PERSONALES SUFICIENTES:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
E- Nº PERSONAL IMPLICADO: _____		
F- EJECUCIÓN CORRECTA:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
G- SEGUIMIENTO ADECUADO:	SI <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**IMPRESIÓN DEL PACIENTE:**

MEDIDA JUSTIFICADA:  M. ALGO JUSTIFICADA:  M. INJUSTIFICADA:

**IMPRESIÓN DEL PERSONAL IMPLICADO:**

Nombre del Médico Psiquiatra: \_\_\_\_\_

Firma Psiquiatra



Hospital Psiquiátrico y Salud  
Mental Extrahospitalaria de  
Álava

**PROCEDIMIENTO GENERAL SOBRE EL  
USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN  
EL TRATAMIENTO DE PACIENTES  
PSIQUIATRICOS HOSPITALIZADOS**

**DOC-ASIS-02**

Revisión: 3  
Fecha: Octubre-08

Página 10 de 10



Hospital Psiquiátrico y Salud  
Mental Extrahospitalaria de Álava

**INDICACIÓN DE CONTENCIÓN  
Seguimiento de Enfermería**

**DOC-ASIS-02**

Fecha: Noviem-08

Identificación

**INDICACIÓN DE CONTENCIÓN:**

Descompensación Psicótica \*   
Seguimiento programa individual

FECHA:

TURNO	MAÑANA				TARDE				NOCHE			
HORA												
<b>CONSTANTES</b> T.A. Pulso Temperatura												
<b>ALIMENTACIÓN</b> Come con Ayuda Precisa Hidratación Vajilla Desechable												
<b>ELIMINACIÓN</b> Diuresis DPS												
<b>HIGIENE</b> BAÑO Cama Estado piel												
<b>TIPO DE SUJECCIÓN</b> Completa 5 puntos Cruzada 3 puntos Completa + Tórax												
<b>REVISIÓN</b> Mano D. o I. Pie D. o I. Cintura												
<b>MEDICACIÓN</b> Oral Inyectable (Hora) Profilaxis TVP (Clexane 40)												
<b>ENFERMER@</b>												

\* Requiere la apertura completa del Protocolo de Contención Mecánica con la firma del Médico Psiquiatra