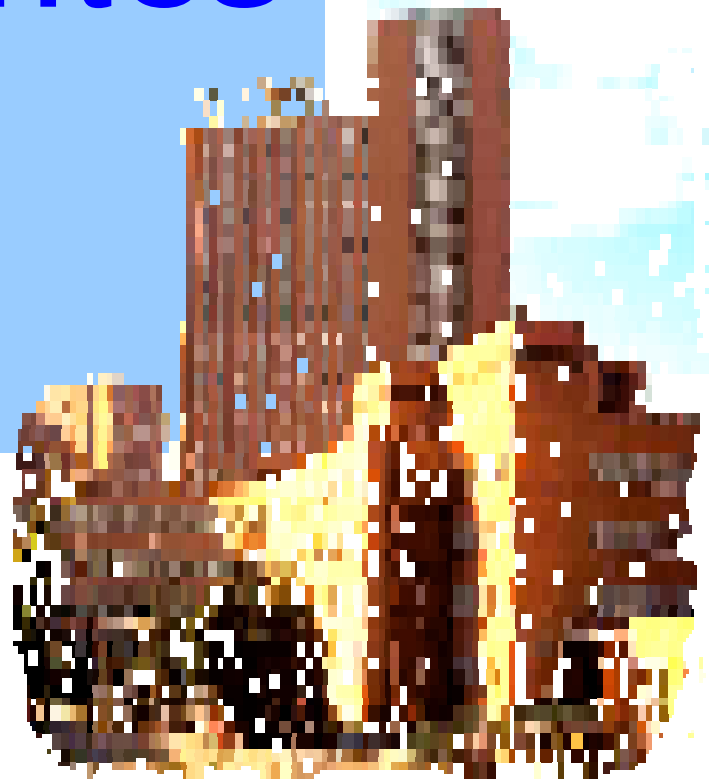




Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos

Septiembre 2003



Grupo de Trabajo de Contención Mecánica

INDICE

1.	<u>Prólogo</u>	1
2.	<u>Introducción</u>	2
	<i>I. Conceptos generales</i>	
	<i>II. Necesidad Clínica</i>	
	<i>III. Magnitud del problema</i>	
3.	<u>Objetivos</u>	3
4.	<u>Indicaciones, Contraindicaciones, Abordajes Alternativos</u>	4
5.	<u>Procedimientos</u>	11
6.	<u>Prevención</u>	13
7.	<u>Aspectos legales</u>	15
8.	<u>Evaluación</u>	16
9.	<u>Bibliografía</u>	17
10.	<u>Anexos</u>	18
	<i>I. Pautas farmacológicas</i>	
	<i>II. Formulario</i>	
	<i>III. Diagrama de flujo</i>	
	<i>IV. Comunicación al Juez</i>	
	<i>V. Solicitud de intervención del Servicio de Seguridad</i>	

PRÓLOGO

En nuestro Hospital, con frecuencia, se debe recurrir a la contención mecánica de movimientos de pacientes. Por ser una medida que requiere ser tomada tras haber valorado otras posibles actuaciones, que una vez aplicada conlleva seguimiento y vigilancia intensos por parte de personal cualificado y que implica la restricción de la libre circulación y movimientos de las personas, se deben tener en cuenta determinados aspectos legales.

La Dirección Médica, consideró importante la elaboración de un protocolo para nuestro Centro.

Desde la Unidad de Calidad, se convocó a un grupo de personas de diferentes Servicios y que por su especialización o/y su puesto de trabajo específico podían aportar sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo la elaboración del protocolo.

Así las reuniones de trabajo comenzaron en noviembre de 2002 y han finalizado en marzo de 2003.

El grupo de trabajo, por tanto autores de este protocolo, ha estado constituido por:

- Y Mercedes Amador.- *Enfermera Medicina Interna*
- Y Sonia Arias.- *Supervisora de Urgencias H. General*
- Y Jesús Porta.- *Neurología Planta baja*
- Y M^a José Durá.- *SAF. Unidad de Calidad.*
- Y M^a Luisa Gómez .- *Supervisora de Psiquiatría*
- Y Carmen González.- *J. de Sección M. Preventiva/U. Calidad*
- Y Eva Hernández. *J. de Servicio. Asesoría Jurídica*
- Y M^a José López-Pedraza . *MIR de Medicina Preventiva*
- Y Ignacio Moya.- *Medicina Interna*
- Y Carmen Perpiñá. *Coordinadora de Urgencias*
- Y Pedro M. Ruiz.- *Coordinador de U. Calidad*
- Y Carlos Ruiz –Vilumbrales.- *J. Personal Subalterno*
- Y Javier Sanz.- *FEA del Servicio Psiquiatría*
- Y Alicia Segoviano.- *Enfermera de Psiquiatría*
- Y Carmen Solla.- *Supervisora Planta 14 Neurología*
- Y Nuria Tejada.- *Enfermera de Urgencias*
- Y Daniel Troncoso.- *MIR de Medicina Preventiva*
- Y Rocio García Pina.- *MIR de Medicina Preventiva*

INTRODUCCIÓN

I. Conceptos generales.

Antes de desarrollar los diferentes apartados resulta imprescindible precisar los conceptos que vamos a manejar. Se trata de términos de uso común que, como tantas veces en medicina, tienen un significado muy concreto al emplearse en clínica.

Así, cuando nos planteamos las situaciones de **“hiperactividad psicomotora”** podemos diferenciar, en función de la intensidad y direccionalidad de la conducta, la **“Agitación psicomotriz”** franca de la mera **“Inquietud psicomotora”**.

En el primer caso el grado de hiperactividad es severo y escasamente lógica la secuencia e intencionalidad de los actos que se objetivan.

Un individuo **agitado** puede ser o no ser **“violento”**, en función de que exista una **agresividad** que **dirija** esa hiperactividad contra sí mismo, contra otros o contra objetos. El individuo violento resultará **“peligroso”** en el caso de que las circunstancias permitan que esa situación se traduzca en **daño**.

El objeto de este protocolo son dos de las **medidas** que se emplean para modificar esas circunstancias y evitar que estas situaciones resulten en daños:

- Y El **“Aislamiento”** supone el apartamiento del paciente a un espacio apropiado.
- Y La **“Contención mecánica”** (y en general las medidas de restricción de movimientos) mantienen al paciente más o menos inmóvil mientras persiste la situación de riesgo aludida.

Estas medidas son **excepcionales** y soluciones **urgentes** ante las situaciones especificadas en este protocolo.

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

II. Necesidad clínica.

La necesidad de contención mecánica de un paciente deriva de su estado de agitación:

- a) Pone en peligro su integridad física y la de los que le rodean (personal sanitario, parientes, etc.);
- b) Puede imposibilitar el programa terapéutico (retirada de sondas, catéteres, drenajes, etc.) y
- c) Puede deteriorar el mobiliario y aparataje médico.

III. Magnitud del problema.

Esta situación se da con mayor frecuencia entre los enfermos ingresados en áreas médico - quirúrgicas que en las unidades psiquiátricas, en contra de lo que pudiera pensarse.

Según la información disponible, en el conjunto de nuestro hospital, las actuaciones de contención mecánica de pacientes, en las que intervino el Servicio de Seguridad durante el año 2002, fueron 912. La media mensual resultó en 76 intervenciones. Las actuaciones se concentraron principalmente en los períodos: 10-12 y 16-20 horas.

Por la información facilitada por el Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital correspondiente a un año (periodo 01 /08/97 a 31/07/98), relativa a pacientes agitados ingresados en su Unidad de Hospitalización, se aplicó contención al 8,2% de los ingresos.

OBJETIVOS

El objetivo de este protocolo es la disponibilidad por parte de los profesionales de unas **pautas** que ayuden a la **toma de decisiones** en relación a la contención mecánica, con referencia a:

1. **Indicaciones** de la contención mecánica.
2. **Fases** o secuencias de actuaciones.
3. **Procedimientos** técnicos.
4. **Registro de datos** de utilidad clínica y para la evaluación posterior.

Además, se pretende que este protocolo sea un instrumento **docente** y que sirva para el aprendizaje y mejora continua de los profesionales.

Es imprescindible asegurar en todo momento el cumplimiento de las normas, que se detallarán en un apartado específico del protocolo, así como los principios **éticos** propios de toda actuación con el paciente y, con especial relevancia en estos casos, ya que requieren una especial sensibilización de los profesionales no sólo en relación al propio procedimiento técnico, sino también, a la cuidadosa indicación, a la información adecuada al paciente y a su familia y al seguimiento del paciente.

Estos aspectos se cumplirán más fácilmente si los profesionales asumen unas pautas comunes de actuación y se coordinan correctamente. Por tanto, este protocolo pretende facilitar, no solo los aspectos técnicos, sino también, los éticos y legales.

INDICACIONES GENERALES, CONTRAINDICACIONES Y ABORDAJES ALTERNATIVOS.

A) Pacientes susceptibles. Criterios de inclusión.

Aunque pueda parecer obvio, es preciso recordar que las acciones recogidas en este protocolo (restricción y contención mecánica) son **actuaciones sanitarias en un medio sanitario: actos médicos sobre pacientes**. La misma actuación llevada a cabo por el Servicio de Seguridad sobre un ciudadano furioso por la atención recibida no es objeto de nuestro trabajo. La consideración de la conducta objeto de contención como “conducta sintomática” es la única justificación de una actuación contra la voluntad del individuo, y adjetiva el acto como médico, y al sujeto como paciente.

La valoración de la conducta como resultante de una patología no supone sofisticadas especulaciones psiquiátricas sino, por lo general, la rápida aplicación del sentido común y la experiencia de cualquier sanitario.

La **indicación inmediata** será planteada por lo general por el **personal de enfermería**, y la evaluación y confirmación de la actuación realizada por el médico responsable del caso. *Con carácter absolutamente excepcional será precisa una evaluación psicopatológica más detenida por parte del psiquiatra.*

En general, podemos esquematizar las situaciones patológicas que producen agitaciones susceptibles de actuación de la siguiente forma:

1. Pacientes con cuadros sindrómicos confusionales (“Delirium”), de etiología conocida o no (recordemos que para definir un síndrome no es preciso tener identificada la causa...), y severidad variable (para que un cuadro confusional produzca agitación basta un déficit cognitivo modesto que impida al sujeto afrontar las circunstancias). **Es la situación más frecuente en el hospital general.**

Resulta imprescindible:

A) Recordar que la **causa es siempre “orgánica”**, y que su filiación y tratamiento serán el objetivo último, pues a menudo supondrán riesgo vital.

B) Formar a todo el personal:

1. En su **prevención**: alertas en pacientes médicamente susceptibles; medidas generales (mantener la orientación temporoespacial y la estimulación básica de pacientes con demencias incipientes o en aislados, p. ej.)
2. En su **detección precoz**: aparición de déficits atencionales leves, desorientación, confabulaciones...
3. En **tratamiento temprano**:

Etiológico: de la referida causa “orgánica” responsable

Sintomático: de la inquietud/agitación en su caso

2. Pacientes con cuadros psicóticos. Excepcionales en el conjunto del hospital: los pacientes, en **ausencia de un Delirium**, presentan **semiología psicótica** (delirios y/o alucinaciones) a través de la cual valoran anormalmente la realidad, generalmente en el sentido de ser objeto de una agresión, de la que tratarán de defenderse produciéndose situaciones de agitación.

3. Pacientes en los que la **situación estresora** (ingreso, encamamiento, rigidez de normas respecto a sus hábitos culturales, etc...) **desborda la capacidad** o las habilidades

de **afrentamiento** del individuo, ya sea por la **gravedad del estrés** (inminencia de la muerte, dolor...), o por la **escasez de sus recursos** para encararlo (limitación intelectual, rasgos de personalidad, particularidades socioculturales...).

B) Indicaciones concretas de la contención.

1. Para **prevenir lesiones al propio paciente** (autolesiones, caídas accidentales, etc.)
2. Para **prevenir lesiones a otras personas** (enfermos o personal sanitario)
3. Para evitar disrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
4. Para **evitar daños** físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc)
5. Para **reducir estímulos sensoriales** (aislamiento)
6. Si lo solicita **voluntariamente** el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende
7. Como parte de un **programa de modificación de conducta** previamente explicitado.

C) Contraindicaciones

1. Siempre que exista la posibilidad de aplicar **abordajes alternativos**.
2. **Orden expresa** del facultativo de no contención mecánica.

D) Abordajes alternativos y/o complementarios a la contención mecánica.

Las medidas alternativas que se pueden adoptar antes de aplicar una contención mecánica, se tomarán cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento. En primer lugar el profesional responsable se informará tanto de la historia del paciente como de sus circunstancias actuales.

Dependiendo de esta información, del medio en que nos movemos y los recursos de que dispongamos, podremos tomar alguna o varias de estas medidas:

a) Abordaje verbal

Siempre que sea posible, el abordaje verbal tiene como finalidad el “enfriamiento” de la situación. Para ello será importante:

Invitar y conducir a la persona a un área privada dónde poder hablar, si es posible. Allí, siempre que se pueda, tomarán asiento a la misma altura.

Escuchar atentamente dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.

Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.

Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la Institución ó de tí mismo.

Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, pero sí reservándote tus propios juicios sobre lo que debería o no hacer.

Expresar tus propios sentimientos respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo.

Si se percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas.

b) Medidas ambientales y / o conductuales

Y Restricción de estímulos: eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (pe: esperar en una sala silenciosa).

Y Cambiar de entorno social:

1. Introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas (pe: figura de autoridad, una figura de fuerza, una figura significativa para el paciente).
2. Sacando del contexto a las personas provocadoras, querulantes o que presenten confrontación con el paciente.

Y Posibilitar y/o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas (pe: realizar alguna actividad física como pasear, fumar, llamar por teléfono,..).

Y Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos...: tanto verbalmente como por escrito (pe: escucharle, remitirle a “Atención al paciente”, citarle con el Juez.....)

Y Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: como relajación muscular, técnicas respiratorias,....

Y Formalizar en el ámbito verbal contrato conductual en el que se explicita tanto las conductas no permitidas como las esperadas, así como las consecuencias que se seguirán de la emisión o no de tales conductas, dentro del marco de la Institución donde nos movemos.

c) Manejo psicofarmacológico de la agitación: contención química.

Procederemos a medidas de contención química sobre la base de dos **premisas fundamentales**:

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

Procedimientos:

a. Pacientes agitados con alta sospecha o confirmación de patología “orgánica” como factor causal o intercurrente:

Vía de administración (oral, i/m o i/v): en función de la colaboración del paciente, intensidad/urgencia del efecto y tipo de patología médica de base.

Sustancias:

1. Antipsicóticos convencionales/Neurolepticos (NL):

Van a ser **generalmente los más indicados**. La elección de la sustancia dependerá de la intensidad de la agitación, la condición médica del paciente y los efectos secundarios de los distintos NL. Así, sustancias con excelente capacidad de sedación como la Clorpromacina o Levomepromacina se verán limitadas en ciertos pacientes por su efecto anticolinérgico, hipotensor y de reducción del umbral de convulsión.

La alternativa básica en pacientes agitados con alta sospecha o confirmación de patología “orgánica” como factor causal o intercurrente es el Haloperidol (gotas 1 mg/gota, comp 10 mg, amp 5 mg):

PAUTA GENERAL A: 2,5-5 mg oral o i/m cada 30 min - 6 horas en función de la situación médica, intensidad del cuadro y respuesta obtenida.

- **TÉCNICA DE TRANQUILIZACIÓN RÁPIDA, PAUTA B:** en casos de agitación severa con violencia importante: Vía i/m habitualmente: 2,5-10 mg (1/2-2 amp) cada 30 – 60 min hasta controlar la situación. Una vez sedado el paciente sólo repetir si reaparece la agitación. Dosis máxima diaria entre 40 - 100 mg .
- Si se mantiene la sedación emplear como pauta de mantenimiento desde el día siguiente la mitad-tercio de la dosis total precisada, repartida en 3-4 tomas, con reducción paulatina en días sucesivos en función de evolución.
- Control estricto de constantes. Haloperidol es no obstante un fármaco muy seguro a nivel cardiovascular. Atención a la aparición de efectos extrapiramidales: Disonías (Biperideno-Akineton, amp 5 mg, 2,5-5 mg i/m, máx 15 mg/24h; alto riesgo de efectos anticolinérgicos, manejo cauteloso en confusión), y Acatisia (Biperideno, Propanolol o Benzodiacepinas).

En **agitaciones moderadas con posibilidad de emplear la vía oral** (lamentablemente se ha retirado del mercado la vía parenteral...) la Clotiapina produce una excelente sedación con bajo nivel de efectos secundarios aludidos

PAUTA C: Clotiapina (Etumina, comp 40 mg): 20-40 mg cada 30 min-6 horas.

Una alternativa interesante de este grupo de sustancias **en Delirium con agitación moderada-severa y patología respiratoria intercurrente** es el Tiapride:

PAUTA D: Tiapride (Tiaprizal, com y amp de 100mg): 200-300 mg oral o parenteral / 4-6 horas. I/venoso administrar lento en 50 ml Suero fisiológico.

2. En general evitaremos las **benzodiacepinas (BZD)** en estos cuadros pues al disminuir la alerta aumentan la confusión y empeora la agitación (ejemplo clásico la agitación “paradógica” por BZD de los ancianos dementes).

Estarán **indicadas** no obstante en los cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones, y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias BZD):

PAUTA E: Diacepam (Valium)i/v, Inicio : 5-10 mg /15-30 minutos o bien Cloracepato Dipotásico (Tranxilium) 7,5-15 / 15-30 minutos; disueltos en 50 ml. De S.Fisiológico hasta alcanzar sedación.

Atención a depresión respiratoria: disponibilidad de medios de asistencia ventilatoria y Flumacetil (Anexate): 0,5 mg (5 ml) cada 3 a 5 min hasta mejorar nivel de conciencia o alcanzar 2 mg.

Mantenimiento: 2-20 mg/h de Diacepam o 3-30 mg/h de Cloracepato según clínica. (máx 100 mg/día de Diacepam, 150-200 mg/día de Cloracepato).

b. Pacientes sin datos que sugieran patología”orgánica” como factor causal o intercurrente.

El *criterio de selección de sustancia será esencialmente cuantitativo*, en función de la intensidad del cuadro, aunque, lógicamente, el predominio de semiología ansiosa, y la sospecha de una psicopatología no psicótica sugerirán el empleo de BZD; mientras que la irrupción de síntomas psicóticos indicarán el empleo temprano de Antipsicóticos.

b.1. Cuadros de “Inquietud” o agitación leve-moderada, predominio ansiedad.

Las **Benzodiacepinas** son el grupo de elección. Los preparados disponibles en el mercado español presentan una absorción oral (especialmente con estómago vacío) mejor, más rápida y regular que la i/m (aunque la espectacularidad de esta forma de administración precipita en ocasiones su efecto por motivos no farmacológicos...), en esta indicación no es precisa la i/v.

La vía sublingual , de moda en algunos medios no ha demostrado mayor eficacia con los preparados disponibles en nuestro mercado (a considerar el efecto anteriormente aludido en paciente y prescriptor...).

Opciones básicas: PAUTA F:

Diacepam 5-20 mg (rápida absorción, excelente ansiolisis, acúmulo en dosis repetidas).

Loracepam (Orfidal, Idalprem) 1-5-10 mg,(no metabolización microsomal ,menor riesgo de acúmulo en dosis repetidas,)

b.2. Cuadros de Agitación severa-semiología psicótica.

b.2.1. Antipsicóticos Convencionales:

Pautas de Clotiapina y Haloperidol A, B y C.

PAUTA G:Es posible complementar dosis globalmente menores de Haloperidol con BZD: Diacepam 10 mg o Cloracepato 25-50 i/M.

PAUTA H: Existe la posibilidad de emplear Zuclopentixol , un antipsicótico convencional (Tioxanteno) en forma de Acetato (Clopixol Acufase, Cisordinol Acufase,), que mantiene concentraciones plasmáticas eficaces tras una aplicación durante tres días: permite la administración cada dos o tres días (50-150 mg i/m).Indicado en agitaciones psicóticas .

b.2.2. Antipsicóticos Atípicos. Indicados en principio en cuadros de agitación psicótica, resultan un alternativa muy esperanzadora por su perfil de efectos secundarios, que los abren a otros campos como ancianos, demencias por otras patologías médicas...

PAUTA I: Los Antipsicóticos Atípicos más asentados en la actualidad son Risperidona (Risperdal, solución y comp) y Olanzapina (Zyprexa, comp. y tabletas de absorción rápida). Las dosis iniciales oscilan en general en torno a los 3-6 mg de Risperidona, y 20-40 mg de Olanzapina. En las indicaciones anteriormente aludidas (con condicionantes médicos), las dosis iniciales serán mucho menores (riesgo de sobredosificación por Risperidona, efectos anticolinérgicos de Olanzapina...).

En el momento de elaboración de este protocolo se ha iniciado la comercialización de un nuevo Antipsicótico Atípico con una presentación intramuscular: Dosis de Ziprasidona 20-80 mg. (datos de bajo perfil de efectos extrapiramidales, a considerar posible interacción con fármacos que prolongan el intervalo QTc).

Asimismo, con la formulación intramuscular de la referida Olanzapina (pendiente de aparecer en el mercado) las dosis previstas son de 2,5 mg en demencias; 5-10 mg en psicosis. Ambas sustancias suponen una aportación muy significativa por el aludido perfil de efectos secundarios.

PROCEDIMIENTO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Decisiones.

La primera indicación de contención mecánica la hará, por lo general, el personal de enfermería responsable del caso. Éste se pondrá en contacto con el personal médico para acordar de forma conjunta el inicio del procedimiento.

Si por la urgencia de la situación el personal de enfermería no pudiera comunicarse con el médico, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito.

Formulario.

Se adjunta, en el Anexo, copia del formulario, elaborado tomando como modelo el contenido en el Libro “ Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento” de Ramos Brieva, J. A. Ed.Masson.

Tiempos.

Una vez iniciada la contención se valorará al paciente al menos una vez por turno a no ser que se le haya retirado antes la contención. En cualquier caso los tiempos quedarán reflejados en el formulario.

El médico responsable del caso evaluará al paciente dentro de la primera hora de aplicación de la contención. Transcurridas las cuatro primeras horas será reevaluado. Si se mantiene la indicación de la contención, el médico responsable lo indicará verbalmente y por escrito. Este tipo de evaluación será realizado por el facultativo al menos cada ocho horas.

Personal.

Debido a que es una situación de emergencia debería acudir el mayor número posible de personas, dejando el cuidado del resto de los pacientes con un mínimo de personal. En el caso de no disponer de todo el personal necesario el número mínimo debe ser de cuatro. Siempre se requerirá la presencia de los celadores y, si es necesario, de personal de seguridad, además del personal sanitario existente en el momento.

La implicación en la actuación de reducir al paciente debe ser de todo el personal independientemente del estamento profesional.

Actuaciones.

En una situación de emergencia lo más importante es que el personal se muestre protector y no autoritario, dejando constancia de las normas sociales y de los límites.

El personal debe dirigirse a los pacientes de una forma calmada, sin provocaciones y escuchando cuando hablan.

A medida que aumenta la tensión, antes de la aparición de la conducta violenta, incluso los pacientes más graves pueden responder a contacto interpersonal no provocativo y a una expresión de protección y cuidado.

Una vez se ha tomado la decisión de aislar o reducir al paciente debe elegirse un miembro del personal como director del procedimiento. Éste no tiene por qué ser la persona más experta entre el personal, pero si debe ser la más apropiada para este paciente. A partir de este momento el intercambio verbal con el paciente es inadecuado, excepto para el director del procedimiento que comunicará de forma clara al paciente que va a ser aislado o reducido, debido a que ha perdido el control.

El material específico a usar será el aprobado por la Institución y deberá existir en cantidad suficiente, y al menos un juego completo de contención por planta, bajo la responsabilidad de la supervisión de enfermería.

Si el paciente es aislado debe hacerse un meticuloso registro. Deben retirarse los cinturones, anillos, agujas, cerillas, mecheros u otros objetos. Es aconsejable despojar al paciente de su ropa y vestirlo con una bata apropiada.

El personal que va asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal (fonendoscopios, tijeras, pinzas etc.).

Observaciones de enfermería

El médico debe valorar al paciente lo antes posible tras realizarse la contención y antes de una hora como ya se ha indicado anteriormente.

El aislamiento y/o contención del paciente no es una razón para el abandono, sino que más bien debe incrementarse la atención por parte del personal.

El paciente será observado por el personal de enfermería al menos cada 15 minutos y su estado y conducta deben ser registrados después de cada observación.

Es necesario asear al paciente al menos una vez por turno. Se le proporcionarán las comidas necesarias como a cualquier otro paciente, dependiendo del estado de conciencia, retirando los cubiertos y a ser posible durante el tiempo que esté comiendo debería permanecer un miembro del personal con la intención de valorar el grado de control del paciente sobre su conducta.

El paciente no debe abandonar el aislamiento o reducción de forma brusca. Los pacientes con contención mecánica superior a 24 horas deberán tener medidas que prevengan posibles lesiones cutáneas o de otro tipo al estar tanto tiempo inmovilizados. Considerar si estas situaciones requieren profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular.

Una vez resuelta la contención resulta útil evaluar con el personal y el paciente las circunstancias que han rodeado la adopción de la medida.

PREVENCIÓN

Prevención Primaria. Medidas generales que evitan el episodio violento.

En principio, cualquier paciente internado en el hospital o atendido en urgencias podría ser susceptible de contención. La enfermedad y el propio internamiento ofrecen estímulos suficientes para constituirse en fuentes importantes de estrés emocional. Para los enfermos este es un acontecimiento singular y amenazante en sus vidas frente al que deben desplegar todos sus recursos, ya sean adaptativos o no adaptativos.

Existen medidas generales que pueden prevenir un encuentro violento:

- Pueden existir ciertos factores ambientales que favorecen las situaciones problemáticas (tiempo excesivo de espera, las interrupciones frecuentes, los fallos burocráticos) y que influyen especialmente en los pacientes más susceptibles, pudiendo motivar reacciones desproporcionadas. Saber pedir perdón aunque el problema sea organizativo del sistema, mantener una actitud de escucha atenta, evitar interrupciones, y en ocasiones intentar suplir las deficiencias, contribuyen a restaurar en parte el equilibrio perdido.
- Determinados pacientes, sobre todo ancianos u otros pacientes con algún tipo de demencia suelen desorientarse al variar su entorno habitual, por la noche o con determinada medicación. Intentar averiguar el grado de desorientación, ayudar al paciente a reorientarse temporo-espacialmente (diciéndole dónde se encuentra, la hora, por qué se encuentra en el hospital, etc), o evitar en la medida de lo posible aplicar medicación que favorezca esta situación, son elementos que pueden contribuir a disminuir la agitación de estos pacientes.
- En los pacientes psicóticos o con otras enfermedades mentales es importante la buena adherencia al tratamiento para prevenir episodios en los que se haga necesaria la contención física.

IDENTIFICACIÓN Y ACTUACIÓN PRECOZ

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA

- Características socio-demográficas relacionadas con mayor riesgo de conducta violenta: sexo masculino, edad 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales.
- ¿La amenaza está bien planeada? (ideación, deseo, intención y planificación)
- ¿Dispone de los medios para dañar a otros?
- ¿Existen antecedentes de violencia previa o de otras conductas impulsivas?
- Si existen, ¿cuáles fueron los factores precipitantes?
- ¿Quiénes fueron las víctimas?
- ¿Cuál fue la gravedad de los daños?
- ¿Presencia de factores estresantes? (conflictiva familiar, conyugal,...)
- ¿Presencia de abuso de alcohol u otras drogas?
- ¿Presencia de psicosis?
- Aumentar el tono muscular (pe. apretar los puños o sentarse en el borde de la silla)
- Hiperactividad motora (pe. golpear un puño sobre la palma de la otra mano o golpear el mobiliario u objetos próximos).
- Empleo de un tono de voz grave, amenazante y con expresiones vulgares o soeces.

PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS FUTURAS

Para encauzar algunos aspectos de la psicodinámica del personal así como de los pacientes, es importante comentar el episodio una vez finalizado. Los comentarios deberían llevarse a cabo entre el personal que ha estado implicado en el episodio. Se trata de realizar un análisis rápido de la situación en términos de:

- ¿qué desencadenó la situación?.
- ¿qué factores lo hubieran prevenido?.
- ¿qué tipo de actuación se realizó?.
- ¿fue la más correcta?.
- ¿cómo se sienten el personal y el paciente en relación a los métodos utilizados?.

ASPECTOS LEGALES

Contención Mecánica. Aspectos legales.

Preceptos Legales de Aplicación:

- **Constitución: Art. 17.1** “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.
- **Ley 41/2002** reguladora de la Autonomía del Paciente. Arts.5, 8 y 9
- **Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art 763 LECivil expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”

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

La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

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

Consentimiento

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

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

Comunicación al Juez de 1ª Instancia (Incapacidades)

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

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

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO

Se evaluarán periódicamente los siguientes apartados de la ejecución del protocolo:

1. La indicación correcta.
2. Si se intentaron medidas alternativas.
3. Procedimiento correcto.
4. La cumplimentación del formulario.
5. Información a familia.
6. Si la contención es prolongada, si se notificó al juez.
7. Seguimiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Jesús A. Ramos Brieva. "Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento". Libro.Ed.Masson.1999.
- " Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards". Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.2002.
- "Current Treatments of Agitation and Aggression". CME (Continuing Medical Education). Citrome, L. Maintenance of Certification program of the Royal College of Physicians and Surgeons. Canada. Medscape.com. May 28.2002
- Sentinel Event Alert. "Preventing Restraint Deaths". Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.1998.
- "Safety and efficacy of physical restraints for the elderly. Review of the evidence". Frank.C, Hodgetts. G, Puxty.J; Can Fam Physician 1996; 42: 2402 – 9
- "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Lavoie FW. Ann Emerg Med 1992 21 (1): 25-32.

• ANEXO I

P A T O L O G Í A	INDICACIÓN	PAUTA	PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDAD FARMACEUTICA	DOSIS	PRECAUCIONES EFECTOS 2º
	ELECCIÓN	PAUTA A	HALOPERIDOL	HALOPERIDOLÒ (Gotas 1mg/gota, Comprimidos 10 mg, ampollas 5 mg.)	2,5-5mg/VO/IM/30'-6 horas	Control de la dosis según clínica
	"TÉCNICA DE TRANQUILIZACIÓN RÁPIDA"	PAUTA B	HALOPERIDOL	HALOPERIDOLÒ (Gotas 1mg/gota, Comprimidos 10 mg, ampollas 5 mg.)	IM ½ - 1 ampolla / 30 minutos hasta control agitación	Una vez sedado, repetir sí reaparece agitación. Dosis máxima diaria = 40-100 mg.
	AGITACIÓN MODERADA + POSIBILIDAD DE VIA ORAL	PAUTA C	CLOTIAPINA	ETUMINAÒ (Comprimidos 40 mg.)	20 - 40 mg. 30' - 6 horas	
	AGITACIÓN MODERADA-SEVERA + PATOLOGIA RESPIRATORIA	PAUTA D	TIAPRIDE	TIAPRIZALÒ (Comprimidos/Ampollas 100 mg)	200-300 mg. VO / IV / IM 4 - 6 horas	IV lento en 50 ml SFL
	DELIRIUMS RIESGO CONVULSIONES, Y POR DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA O DE BZD	PAUTA E	DIACEPAN	VALIUM Ò (Comprimidos 5 - 10 mg. Ampollas 10 mg)	5-10 mg./VO/IV/15'-30' Mantenimiento 2 - 20 mg/hora según clínica	IV lento en 50 ml. SFL/ hasta alcanzar sedación. Dosis de mantenimiento ¡Atención a depresión respiratoria¡
	COLORACEPATO		TRANXILIUM Ò (Cápsulas 5 - 10 - 20 - 50 mg. Vial 20 - 50 - 100 mg)	7,5 - 15 mg. /VO/IV/ 15'-30' Mantenimiento 3-30 mg/hora/según clínica		

N O P R A G M A T O L O G Í A	INQUIETUD PSICOMOTRIZ Y/O PREDOMINIO ANSIEDAD	PAUTA F	DIACEPAN	VALIUM Ò	5-20 mg.	Acúmulo en dosis repetidas	
			LORACEPAM	ORFIDALÒ (Comprimidos 1 mg.) IDALPREMÒ (Comprimidos 1 - 5 mg)	1 - 5 - 10 mg.	Menor riesgo de acúmulo	
	AGITACIÓN MODERADA - GRAVE Y/O SIGNOS PSICOTICOS	PAUTAS A,B,C					
		PAUTA G	HALOPERIDOL + BZD (DIACEPAN, CLORACEPATO)	VALIUM Ò	10 mg/IM	Se reduce dosis de neuroleptico	
				TRANXILIUM Ò	25-50 mg/IM		
		PAUTA H	ZUCLOPENTIXOL, ACETATO	CLOPIXOL, ACUFASEÒ CISORDINOL, ACUFASEÒ	50 - 150 mg/IM/ 48 - 72 horas		
		PAUTA I	RISPERIDONA	RISPERDALÒ (Solución 1mg / ml comprimidos 1-3 mg)	3 -6 mg. / 12 horas	Comienzo gradual (inicio 2 - 3 mg. Incremento 2 mg/día.Reducir dosis en ancianos e insuf. Renal Hepática (0,5 - 1mg / 12 horas).	
				OLANZAPINA	ZYPREXAÒ (Comprimidos, tabletas de absorción rápida 2,5 - 5 - 7,5 - 10 mg)	20 - 40 mg / 24 horas / VO/IM.Dosis: demencia 2,5 mg; 5-10 mg en psicosis.	
	ZIPRASIDONA			ZELDOXÒ (Cápsulas 40 - 60 - 80 mg; Ampollas 20 mg.	10 - 20 mg /IM. Max: 40 mg/día (IM)		

ANTIDOTOS Y MEDIDAS COMPLEMENTARIAS	DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR BZD	FLUMACENILO	ANEXATEÒ (Solución iny 0,5 - 1 mg)	0,5 mg (5 ml)/IV / 3 - 5'	Hasta recuperar nivel conciencia o alcanzar 2 mg. Vida media corta posibilidad de rebote.
		DISTONÍAS	BIPERIDENO	AKINETÓNÒ (Ampollas 5 mg)	Máx: 15 mg/ 24 horas. Manejo cuidadoso en confusión
	ACATISIA	PROPANOLOL	SUMIAL Ò	10 mg / 8 - 12 horas	
		BZD	VALIUM Ò	10 mg / 8 horas	



CONTENCIÓN MECÁNICA DE MOVIMIENTOS. FORMULARIO DE INDICACIÓN

Nombre y Apellidos de paciente.....

Nº de Historia..... Fecha de Ingreso.....SERVICIO..... Cama.....

Se ha explicado la necesidad de la contención.

Al paciente , a la familia , no fue posible en ningún caso

Fecha de indicación.....turno: Mañana Tarde Noche

Hora de indicación.....

Nombre y firma de los responsables de la indicación

Fdo.....

Fdo.....

Personal de enfermería

Personal Médico

¿ Se precisó la colaboración del Personal de Seguridad ? Sí No

Se cumplimentó el formulario de prescripción médica

Indicaciones de la contención (márquese la casilla correspondiente)

Cualquier indicación de restricción de movimientos se entiende, inicialmente, para un plazo máximo de 8 horas. Un turno.

Si es necesario prolongar el tiempo se deben confirmar las sucesivas indicaciones al dorso.

- Riesgo de lesiones a terceras personas (enfermos o personal sanitario)
- Riesgo de lesiones a si mismo (autolesión, caídas accidentales, etc.)
- Riesgo de interrupción grave de proceso terapéutico. (arrancarse vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.)
- Para evitar daños físicos significativos en el servicio.(Mobiliario, equipos diagnósticos, etc.)
- Refuerzo negativo de un tratamiento conductista, pautado previamente o solicitud voluntaria
- Para reducir estímulos sensoriales (para aislamiento)
- Otra (especificar según manual de uso)

Tipo de sujeción

- Miembros superiores
- Miembros inferiores
- Cintura
- Las tres anteriores

Situación clínica del paciente

Diagnóstico.....

Estado Agitado Violento/agresivo Confuso/desorientado Impulsividad suicida

OBSERVACIONES:



Medios fracasados antes de contención (pueden marcarse varios)

- Desactivación verbal Medicación oral Medicación parenteral
 Conversación con un familiar (si era posible)
 No había otra opción y no se intentó nada de lo anterior

Tratamiento Farmacológico

Medicación	Vía	Hora	Firma

Confirmación de la indicación de la contención

La ausencia de dos firmas de confirmación, indica el levantamiento de la contención en la fecha y el turno correspondiente

Fecha	Turno	Firma Médico responsable	Firma enfermera
	<input type="radio"/> mañana		
	<input type="radio"/> tarde		
	<input type="radio"/> noche		
	<input type="radio"/> mañana		
	<input type="radio"/> tarde		
	<input type="radio"/> noche		
	<input type="radio"/> mañana		
	<input type="radio"/> tarde		
	<input type="radio"/> noche		

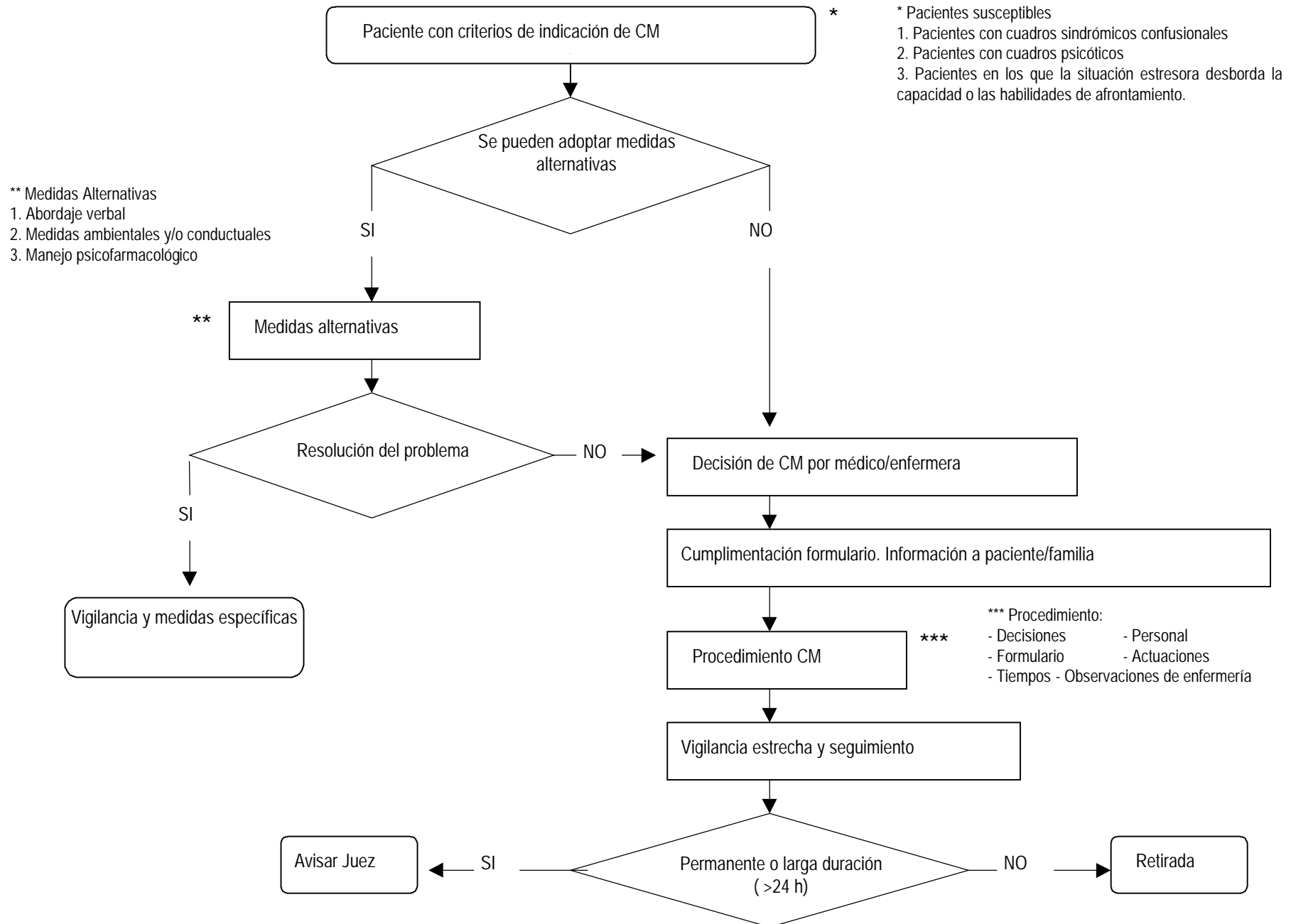
¿Ha sido necesario realizar Parte de lesiones **previo** a la contención mecánica de movimientos?

- Sí (comunicación al Ilmo. Sr. Juez de guardia de Madrid y guardar duplicado en Historia Clínica)
 No

¿Se han producido lesiones **durante** la contención (caídas, erosiones, laceraciones, quemaduras....)?

- Si (detallar en la Historia clínica)
 No

Protocolo de Contención Mecánica (CM) de Pacientes





ILMO. SR.

D. Licenciado en
Medicina, médico del Hospital “12 de Octubre” de Madrid, 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 urgente, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos, aprobado en su día por la Dirección de este Hospital.

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

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

Fdo: Dr.

En Madrid, a de de dos mil

ILMO. SR. JUEZ DE PRIMERA INSTANCIA (Incapacidades) – MADRID -



SOLICITUD DE INTERVENCIÓN
DEL
SERVICIO DE SEGURIDAD

TIPO DE INTERVENCIÓN:

- CUSTODIA
- TRASLADO
- CONTENCIÓN

SOLICITANTE:

- MÉDICO
- ENFERMERÍA

FECHA Y HORA DE PETICIÓN:de de, a las

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN:

- URGENCIA – BOX A
- URGENCIA-OBSERVACIÓN
- UHB – PSIQUIATRÍA
- OTRAS PLANTAS:

Firma del solicitante: