Protocolo de

Contención mecánica

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

Protocolo de
Contención mecánica

Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

EASP 1985 2010

{t}

Protocolo de

Contención mecánica

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad y Política Social
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elabora Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico
Edita Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud
y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública
Diseño Catálogo
Imprime Alsur S.C.A.
Depósito Legal GR-3.176/2010
ISBN 978-84-693-4562-7

Todos los derechos reservados

equipo de revisión y actualización del protocolo

Mariam El-Khabit Vázquez
Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén

Francisco Navarro Domínguez
Celador. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Valme. Sevilla

Mª José García del Río
Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Jerez. Jerez

Ginés Navarro Lamarca
Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Torrecárdenas. Almería

Juan Guedes Ocaña
Enfermero Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Jerez. Jerez

Adolfo Rendón Acosta
Psicólogo Clínico. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Puerto Real. Cádiz

Evelyn Huizing (Coordinadora)
Enfermera Especialista en Salud Mental. Asesora Técnica Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

Cesar Robles Pérez
Usuario. Federación Andaluza de Asociaciones de usuarios y usuarias de Salud Mental. «En Primera Persona»

Carmen Iglesias Ruiz
Familiar. Federación Andaluza de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. FEAFES-Andalucía

Rosa Terrón Barrios
Enfermera Especialista en Salud Mental. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Valme. Sevilla

Rocío Lara Aliaga
Enfermera. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Virgen Macarena. Sevilla

José Mª Villagrán Moreno
Psiquiatra. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Hospital Jerez. Jerez

Javier Lozano Sánchez
Auxiliar de enfermería. Trabajador Social. Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Virgen del Rocío

---

revisión de aspectos bioéticos

Javier Romero Cuesta
Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Norte de Málaga. Antequera

Carlos Dueñas Abril
Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud mental Hospital Virgen Macarena. Sevilla

---

revisión editorial

Begoña Isac Martínez
Técnica. Escuela Andaluza de Salud Pública

Almudena Millán Carrasco
Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

índice

1 Introducción 11

2 Aspectos legales 17

Preceptos legales de aplicación 17

Actuaciones reguladas 18

3 Indicaciones 21

Situaciones susceptibles y criterios de inclusión 21

Contraindicaciones 25

Proceso deliberativo 25

4 Medidas preventivas 27

Abordaje verbal 27

Medidas ambientales y/o conductuales 29

Medidas farmacológicas 29

5 Competencias profesionales 31

Facultativo/a 31

Enfermero/a 32

Auxiliar de Enfermería 33

Celador/a 33

Personal de seguridad 33

Formación continuada 34

6 Instauración de la contención mecánica 35

Personal necesario 35

Duración 35

Instrumental para la contención mecánica 36

Procedimiento 36

7 Cuidados **43**
Acompañamiento familiar 46

8 Supresión de la contención mecánica **47**

9 Registro **49**

Bibliografía **51**

Anexos **57**
Anexo 1. Preceptos legales 59
Anexo 2. Recomendaciones farmacológicas 67
Anexo 3. Instrumentos y técnicas 73
Anexo 4. Plan de cuidados de enfermería 79
Anexo 5. Registros 93

protocolo de contención mecánica

1

introducción

Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son situaciones que se pueden presentar en cualquier servicio de hospitalización. Los posibles daños y consecuencias que pueden derivarse de estas conductas justifican la preocupación en torno a este problema. Estos episodios de agitación y comportamientos disruptivos son protagonizados tanto por pacientes con patología psiquiátrica como por pacientes con patología orgánica, ya que pueden presentarse como síntoma aislado, o asociados a distintas enfermedades.

Garantizar la seguridad en estas situaciones es un objetivo fundamental e implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias. Por ello, el equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitado/a y quiénes la rodean en el momento de la agitación, y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.

En el caso de producirse un cuadro de agitación, las intervenciones que procede realizar están habitualmente jerarquizadas, debien-

do aplicarse sistemáticamente las medidas terapéuticas oportunas (contención verbal y/o contención psicofarmacológica) para resolver el cuadro inicial sin recurrir, en la medida de lo posible, a la contención mecánica.

Según se indica desde la OMS[1], la contención mecánica debe entenderse como «*métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos*».

La contención mecánica (en adelante, CM) es la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al/a la propio/a paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea[2].

Esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. La persona que sufre estos episodios no es capaz, en el estado de alteración psíquica en que se encuentra en ese momento, de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los y las profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la CM sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el o la paciente.

Una vez seleccionada está técnica, es preciso asegurar el cumplimento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los y las profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada a paciente y familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra.

En todo caso hay que seguir el principio de tratar a la persona atendida con el menor grado de restricciones posible, siempre garantizando la suficiente seguridad para las personas de su entorno. Asimismo, sólo se puede contemplar esta intervención enmarcada en una estrategia más amplia de funcionamiento y organización de las unidades de hospitalización, basada en el ambiente terapéutico y cuyo objetivo es que el uso de la CM sea el mínimo necesario.

Las consideraciones anteriores constituyen las razones básicas que han conducido a la elaboración del presente protocolo y que inspiran cada uno de sus apartados. A su vez, con la aplicación de sus directrices, el **protocolo de contención mecánica** pretende contribuir a la mejora de esta delicada práctica clínica.

Los protocolos de CM son utilizados en la mayoría de los países desarrollados. En el ámbito de Salud Mental, todas las unidades de hospitalización disponen de protocolos con una orientación muy similar, aunque con grados de desarrollo diferentes. Estas diferencias son especialmente importantes en los sistemas de registro, lo cual resulta de gran trascendencia a la hora de evaluar las condiciones de su aplicación práctica.

Este protocolo fue elaborado en el año 2005, y revisado y actualizado en 2009, por un grupo de personas, tanto profesionales como personas usuarias y familiares, con experiencia adquirida en Unidades de Hospitalización de Salud Mental de Andalucía. El objetivo del grupo de trabajo inicial era producir un documento que incluyera criterios de calidad mínimos, basados en los de protocolos ya existentes en Andalucía, así como de otros vigentes en hospitales del resto de España y otros países. Cuatro años después de su elaboración, y en el contexto del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, se estimó importante evaluar la implantación del protocolo y revisarlo, con el objetivo de incorporar mejoras en el mismo.

Este protocolo puede ser utilizado tanto por profesionales de salud mental, como por profesionales de Servicios de Urgencias y otros Servicios del Hospital General, que tienen que manejar situaciones en las que se hace necesaria la prevención y/o contención de conductas disruptivas.

Para ello podrían utilizar:

1. Estrategias basadas en la relación terapéutica.
2. Psicofármacos.
3. Elementos de fijación mecánica.

Aún con el carácter excepcional de la última medida, es necesaria su protocolización con objeto de estandarizar las indicaciones y procedimientos de aplicación, con una especial atención a los registros como

indicadores de calidad, y manteniendo las garantías de seguridad y cuidados de la persona contenida.

Entendemos la conveniencia del conocimiento e implantación de este protocolo en los distintos servicios hospitalarios donde puedan presentarse, con mayor o menor frecuencia, estos episodios de agitación psicomotriz y conductas agresivas.

2

aspectos legales

Preceptos legales de aplicación

- **Constitución Española,** Art. 17.1 sobre el derecho a la libertad y seguridad (ver Anexo 1).

- **Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil.** Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico (ver Anexo 1).

- **Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:** Artículos 4, 5, 7,8 y 9 (ver Anexo 1).

- **Resolución: 261/2002, de 26 de diciembre** de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

Actuaciones reguladas

Garantía judicial

Es pertinente distinguir la actuación ante tres posibles situaciones:

1. Paciente que ingresa voluntariamente y presenta una agitación que precisa CM breve (≤ 2h). En el plazo de 24 horas se valorará la pertinencia de modificar o no el estatus legal del carácter del ingreso.

2. Paciente que ingresa voluntariamente y precisa CM de más de 2h: **precisa cambio** de estatus legal a ingreso involuntario (Ver Anexo 5, registro 5).

3. Paciente que ingresa voluntariamente y pide la contención mecánica ante fracaso de otras medidas de contención. **No precisa cambio** de estatus legal, pero la persona atendida debe firmar un documento de CM voluntaria. (Ver Anexo 5, registro 4).

En caso de cambio de estatus legal se hará notificación al juzgado correspondiente, en un plazo de 24 horas, y se informará, inmediatamente, de dicho cambio a la persona afectada, familiar o acompañante.

Información sobre la adopción de la medida

La autorización 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 comunicada a la persona a inmovilizar 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 ella por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañándola (art. 5.1 y 5.2, Ley 41/2002). La información debe darse con carácter previo a la contención, durante su mantenimiento y posteriormente.

Historia clínica y documentos del protocolo

En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han motivado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo, y que procede sean homologados como documentos de la Historia Clínica. Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida. (Ley 41/2002).

3

indicaciones

Teniendo en cuenta la aplicación en cualquier unidad de hospitalización es conveniente diferenciar entre situaciones susceptibles de aplicación de CM y las indicaciones concretas como tal (ver figura 1).

Situaciones susceptibles y criterios de inclusión

Episodios de agitación psicomotriz derivados de:

- Estados confusionales con importante riesgo vital para sí mismo o para el entorno.

- Manifestaciones psicóticas que comprometen seriamente el juicio de realidad o inducen conductas desorganizadas.

FIGURA 1. CONTENCIÓN MECÁNICA: SITUACIONES SUSCEPTIBLES E INDICACIONES CONCRETAS

- Episodios de desinhibición en el control de los impulsos, como graves trastornos de la personalidad y cuadros maniacos.

- Cuadros de déficit intelectivos y profundos deterioros.

- Efectos o abstinencia de sustancias psicoactivas.

- Desbordamiento de los mecanismos adaptativos del/de la paciente ante las situaciones de estrés a las que se encuentra sometido/a.

Indicaciones concretas

- Prevención de conductas, intencionadas o impulsivas, que puedan significar algún daño para el/la propio/a paciente, terceras personas o de forma importante para elementos de su entorno y que no cedan ante la adopción de otras medidas terapéuticas.

- Riesgo de autolesiones y suicidio tras haberse demostrado insuficiente la contención emocional con otras medidas y ante el riesgo vital de la persona afectada y su entorno.

- Administración de medidas terapéuticas necesarias, determinada por la aparición de conductas disruptivas o inadecuadas, derivadas del estado mental alterado del/de la paciente, y que impliquen igualmente un riesgo para él o ella misma o para terceras personas.

- De forma excepcional, cuando la propia persona pide ser contenida para evitar conductas auto o heteroagresivas, a modo de contención voluntaria.

En el caso de la contención voluntaria, las indicaciones tienen que estar previamente contempladas en el plan terapéutico del/ de la paciente y se aplicará únicamente por indicación facultativa y dejando constancia en la historia clínica de los siguientes ítems:

- Las medidas previas adoptadas.
- El tiempo indicado de la aplicación de la contención mecánica.
- La evolución de la persona atendida durante la CM.

Asimismo, en este caso excepcional, se recomienda que la persona atendida firme un consentimiento en contención mecánica (ver Anexo 5. Registro 4).

Igualmente, la supresión de está medida se hará únicamente por indicación facultativa, con el objetivo de evaluar el episodio con la persona tratada en el contexto de su plan terapéutico. En este caso no se contempla la indicación por parte de la enfermera o enfermero en ausencia del personal facultativo.

En cada una de las situaciones enumeradas se insiste en la necesidad de agotar todas las posibilidades de manejo con diferentes estrategias, quedando la contención física como un último recurso, que será utilizado durante el menor tiempo posible y acompañado de las garantías sanitarias y controles que se indican en los apartados correspondientes.

Contraindicaciones

En este sentido, y haciendo referencia a las contraindicaciones de la CM, es importante subrayar que éstas se pueden resumir en dos puntos, haciendo especial hincapié en el primero:

1. Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
2. Por orden expresa del personal facultativo de no contención mecánica.

Proceso deliberativo

Se recomienda incorporar un espacio de deliberación ética en el procedimiento de CM al tratarse de una intervención estrechamente relacionada con los derechos y la dignidad de las personas.

La deliberación, o reflexión compartida, es el instrumento que ayuda cuando surgen conflictos éticos. Este proceso se centra en los siguientes criterios:

1. Incapacidad de la persona afectada.
2. Valoración del posible daño a evitar.
3. Proporcionalidad de la medida.

Para las indicaciones al respecto es importante separar la contención *urgente* de la *no urgente*. La urgente se plantea en situación de riesgo

para la salud del/de la paciente o de otras personas y hace referencia a los principios de beneficencia y no maleficencia. En esta situación la persona no se encuentra capacitada para tomar decisiones sobre su salud (principio de autonomía). En el caso de la CM urgente, el proceso de deliberación se hará a posteriori. Sin embargo, la CM no urgente permite la deliberación como proceso compartido entre profesionales responsables del tratamiento y cuidado, paciente y familiares, si se estima oportuno. Este proceso deliberativo podría llevar a una elaboración de directivas anticipadas en caso de volverse a repetir el episodio que ha provocado la CM.

4

medidas preventivas

Abordaje verbal

Presencia

Acompañamiento individual, invitación a que el/la paciente exprese verbalmente la irritación o la hostilidad. Esta medida puede ser adoptada por cualquier persona miembro del equipo de trabajo, teniendo en cuenta la relación terapéutica existente con la persona tratada.

Contención verbal

Características del abordaje verbal:

1. Sinceridad, calma, firmeza.

2 Utilización de técnicas de comunicación:

- Escucha activa, dejando que exprese sus temores y enfados, y emitiendo mensajes muy claros que no puedan ser malinterpretados por el/la paciente.

- Actitud de respeto incondicional.

- Cuidar aspectos no verbales. Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.

- Cubrir las necesidades del/de la paciente, evitando caer en la defensa de la Institución o de nosotros/as mismos/as.

- Empatizar con el/la paciente, reservándonos nuestros propios juicios de valor acerca de lo que debería o no hacer.

- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que tranquilicen y refuercen el sentido de la realidad de la persona afectada.

- Establecer una negociación realista aportando alternativas para superar la situación, ofreciendo salidas airosas y ayuda.

- Pedir que, en sucesivas ocasiones, se conduzca de otro modo.

Medidas ambientales y/o conductuales

- **Modificación del contexto**: procurar un ambiente tranquilo y alejado del resto de las fuentes de mayor estimulación.
- **Inclusión o exclusión** de alguna persona.
- Invitar a participar y facilitar tareas **que ayuden a disminuir** la agitación.
- **Contención manual,** siempre que sea posible.

Medidas farmacológicas

Tratamiento psicofarmacológico: Referido al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos prescritos con el objetivo de tranquilizar a la persona agitada lo antes posible, para evitar que se lesione a sí mismo/a o las personas que le rodean (ver Anexo 2).

5

competencias profesionales

La reducción de un/a paciente y su inmediata contención mecánica implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido de modo inmediato, al margen de la categoría profesional.

Facultativo/a

- Ostenta la máxima responsabilidad en la CM, por lo que tendrá la capacidad de decidir en caso de disparidad de criterios, debiendo considerar las medidas alternativas propuestas por el resto del personal.

- Indica la medida o la autoriza (o no), si ha sido instaurada por el enfermero/a en caso de urgencia y en su ausencia.

- Ha de firmar la instauración y retirada de la CM, así como cada una de las valoraciones frecuentes que haga a la persona atendida mientras dure la CM, confirmando por escrito si ha de continuar o no y por cuánto tiempo.

- Ha de garantizar el cumplimiento del derecho a la información que tienen tanto el/la paciente como sus personas allegadas, acerca de los motivos y objetivos de la medida.

- Decide la finalización de la CM tras la valoración conjunta con el resto del equipo.

Enfermero/a

- Dirige la contención y coordina su ejecución.

- En ausencia del/de la facultativo/a y exclusivamente en casos de extrema urgencia, indica la CM y procura que sea autorizada y firmada por el personal facultativo en el menor tiempo posible.

- Es responsable del instrumental de la CM.

- Es responsable de los cuidados y controles posteriores.

Auxiliar de Enfermería

- Coopera en la ejecución y supresión de la CM.
- Participa en los cuidados, el control y la observación de los y las pacientes.
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento del instrumental de CM.

Celador/a

- Colabora en la instauración de la CM y eventual transporte del/de la paciente y del instrumental.

Personal de seguridad

Si en algunos casos no es suficiente con el personal de la propia unidad, puede solicitarse el auxilio del personal de seguridad. La función de este personal será apoyar con su presencia física y sólo en situaciones muy excepcionales, de intervención física. En este caso es importante valorar en todo momento el efecto de esta medida en el/la paciente.

Formación continuada

Para garantizar la adquisición y mantenimiento de las competencias necesarias para la aplicación de la CM se recomienda contar con un plan de formación continuada en los procedimientos de CM dirigido a todos los y las profesionales, en todas las unidades donde se aplica esta medida. Para ello, cada Hospital o Unidad de Gestión Clínica debe contemplar este tipo de formación, incluyendo talleres de reciclaje periódicos.

Asimismo, la evaluación de los episodios de CM en el equipo multiprofesional fomenta la mejora continua de las intervenciones e identifica las necesidades de formación de los profesionales, por lo que se recomienda incluir esta evaluación en la práctica clínica diaria.

6

instauración de la contención mecánica

Personal necesario

Para garantizar al máximo la aplicación correcta de la técnica, es necesario contar con 4 personas como mínimo, preferentemente 5, si es posible, con independencia de la categoría profesional. Si fuese necesario, se valorará la posibilidad de incorporar a más profesionales.

Duración

Un principio básico es que la CM debe ser siempre lo más breve posible. La duración prevista se especificará siempre y necesita ser revisado, como mínimo, cada 4 horas.

Toda CM podrá ser prorrogada por un nuevo período por autorización expresa de un/a facultativo/a y siempre considerando la valoración enfermera. Es importante subrayar que el equipo en su conjunto debe garantizar el cumplimiento de la duración establecida, sin obviar que cada profesional es responsable de cumplir la parte del protocolo que ha de llevar a cabo.

Instrumental para la contención mecánica

Los instrumentos con los que se realiza la CM estarán siempre homologados, con el objetivo de salvaguardar la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a contención y deberán estar en buenas condiciones de uso. Su número será el suficiente en función de las dimensiones de la unidad.

Procedimiento

En una situación de emergencia es importante que el personal se muestre protector y firme, aunque no autoritario, y evite en todo momento actitudes de provocación. En definitiva, el procedimiento* debe llevarse a cabo bajo los principios de profesionalidad y respeto escrupuloso de

* Ver anexo 3.

los derechos de la persona atendida. Una vez tomada la decisión de contener físicamente, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible.

- Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.

- Siempre que lo permita la situación, se trasladará a la persona agitada sin reducción a la habitación, tendiendo en cuenta el siguiente procedimiento:

  1. Solicitar y dejar el tiempo suficiente para que el/la paciente colabore de forma voluntaria en la sujeción.

  2. Acompañar a la persona afectada a la habitación, si lo desea y su estado lo permite.

  3. Sujetar al/a la paciente por las axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.

  4. Se realizará con firmeza pero sin extremarla para no lesionar a la persona inmovilizada.

  5. Se realizará bajo los principios de profesionalidad y respeto.

- Siempre que sea posible, y que exista esta tecnología en la unidad, se acomodará a la persona contenida en una habitación video vigilada.

- Se asegurará que la habitación donde se va a efectuar la contención esté vacía.

- Se procurará que sea siempre en una habitación individual y en ningún caso con otro/a paciente con CM en la misma habitación, por razones de dignidad e intimidad.

- Se preparará la cama, colocando previamente la sujeción de cintura en la misma y asegurándose de que esté frenada.

- El personal que va a asistir en la contención deberá retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el/la paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.

- Se designará una persona miembro del personal de cuidados encargada de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es el/la enfermero/a referente, aunque no se descartan otras opciones, dependiendo de la situación que rodea la CM.

- A partir de este momento la persona encargada de la contención será la que mantendrá la comunicación verbal con la persona inmovilizada, con el fin de evitar que puedan surgir comentarios contradictorias o confundir más al/ a la paciente. La persona encargada explicará al/ a la paciente las intervenciones que se está aplicando en cada momento.

- La persona encargada de la contención explicará a la persona atendida y a su familiar, en caso de estar acompañada, el procedimiento, propósito

y duración de la intervención en términos comprensibles, y procurará garantizar el máximo respeto al/a la paciente en todos los aspectos. Asimismo, el facultativo o facultativa responsable del caso debe de garantizar el cumplimiento del derecho a la información (Ley 41/ 2002, artículo 4).

- La persona encargada de la actuación seleccionará qué elementos de contención se colocarán en cada caso.

- En la medida de lo posible, cada miembro del equipo de contención se dirigirá a una extremidad preestablecida, y en caso de disponer de una quinta persona, ésta se dirigirá a la cabeza para que no se autolesione o lesione al personal.

- El/la paciente se colocará decúbito supino en la cama, o en su caso se sentará en una silla, y se procederá a la sujeción completa o a la sujeción parcial, siempre teniendo en cuenta la máxima seguridad de la persona contenida.

Sujeción completa

Inmovilización del tronco y las cuatro extremidades. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo) y MSI (miembro superior izquierdo) y MID (miembro inferior derecho). Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de una aspiración.

Sujeción parcial

1. En cama

(Inmovilización del tronco y dos extremidades)

Primero se colocará el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID*. Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y evitar una aspiración.

Los y las profesionales de salud mental no suelen utilizar la sujeción parcial en caso de agitación, por el riesgo de colgamientos y caídas, y suelen elegir la aplicación de sujeción completa por razones de seguridad. La sujeción parcial podría ser empleada en casos muy excepcionales, por ejemplo en personas con discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas.

2. En silla

(Inmovilización con un sistema de cinturones especial para sillas de ruedas/sillón)

Este tipo de CM puede estar indicado en pacientes con déficit cognitivos moderados-severos, o con sintomatología regresiva grave con alto riesgo de caída.

* La aplicación de las sujeciones se hará siguiendo las indicaciones del fabricante del sistema de sujeción mecánica utilizado.

En esta situación habrá que procurar el acompañamiento o máxima visibilidad por parte del personal para evitar lesiones por colgamiento y caídas.

El material estándar básico homologado suele estar compuesto por:

- Alargaderas transversales.
- Alargaderas cortas.
- Cinturón ancho abdominal.
- Sujeciones para muñecas.
- Sujeciones para tobillos.
- Llaves magnéticas.
- Tapones magnéticos y su correspondiente perno, que configuran el cierre de dicha sujeción.

- Posteriormente se comprobará y revisará cada uno de los puntos de sujeción. Estos se colocarán de manera firme y segura pero teniendo en cuenta que no dañen la piel o impidan la circulación sanguínea.

- Se procederá a la administración de fármacos según las recomendaciones del Anexo 2.

- Se asegurará que la persona agitada no lleve encima ningún objeto con los que se puede dañar, como encendedores, bolígrafos, cadenas, collares, etc.

- El personal que no interviene estará con el resto de pacientes acompañándoles en otro lugar. Asimismo se les indicará a los y las familiares

que se encuentran en la unidad que permanezcan en sus respectivas habitaciones con la puerta cerrada.

Si no se ha podido evitar que otros/as pacientes hayan presenciado el episodio de sujeción, es conveniente valorar la necesidad de hablar con ellos/as después de la crisis, permitiéndoles que expresen sus sentimientos al respecto y que entiendan la pertinencia de las medidas adoptadas.

7

cuidados

La contención mecánica obliga a incrementar la atención por parte del personal, identificando problemas reales y riesgos potenciales*, teniendo en cuenta las intervenciones que ya se venían trabajando con cada paciente, y garantizando determinados cuidados que se especifican a continuación:

- Se procurará crear un ambiente confortable en la habitación. Todo/a paciente con CM estará en una habitación cerca del control de enfermería, preferentemente monitorizado con cámara de vigilancia. Si previamente se encontrase en otra habitación, se trasladará a este lugar, ocupando con preferencia una habitación individual.

- El personal facultativo debe valorar al/a la paciente lo antes posible tras realizarse la contención y siempre antes de una hora. El personal responsable del caso le explicará a la persona afectada que van a encargarse de sus cuidados y que le van a estar atendiendo y observando.

* Ver Anexo 4. Plan de cuidados de pacientes con CM.

El nivel de observación y vigilancia que precisa la persona será alto, haciendo especial hincapié en la prevención de los riesgos potenciales de la CM y cumpliendo al menos las siguientes pautas:

1. El personal de cuidados valorará de forma integral y registrará aproximadamente **cada 15 minutos*** el estado general de la persona atendida:

   - Respiración, estado psicomotor y el nivel de conciencia.
   - Estado de las partes del cuerpo en sujeción; valorando la necesidad de rotación de la sujeción de los miembros, y, especialmente, el estado de la piel: intacta (buena coloración y sensibilidad) o alterada (hematomas, abrasiones, inflamación, dolor, etc.).
   - Alteración de la percepción.
   - Alteración del contenido y curso del pensamiento.
   - Comunicación.
   - Actitud de la persona contenida ante la sujeción.

   Se monitorizarán los **signos vitales** del/de la paciente ya que se encuentra en situación de alto riesgo: agitación sedación e inmovilización. La frecuencia de los controles dependerá de su situación clínica

* Ver Anexo 5. Registro 1 y 2.

y la previsión de posibles complicaciones orgánicas, pero debería de hacerse **al menos cada 8 horas.**

2. El personal facultativo valorará a la persona inmovilizada como mínimo cada hora.

3. Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.

4. Se administrarán los cuidados, y se vigilarán los riesgos relacionados con las necesidades de hidratación y alimentación, eliminación, movilidad, higiene, seguridad, comunicación.

5. Se anotarán los cuidados realizados y observaciones. Se cumplimentarán los registros.

La sujeción física tiene una serie de **complicaciones potenciales*** que necesitan intervenciones de vigilancia y control:

- Úlceras por presión.
- Isquemia periférica.
- Compresión nerviosa.
- Luxaciones, fracturas.
- Tromboembolismos.
- Broncoaspiración.
- Insuficiencia respiratoria.

* Ver Anexo 4. Plan de cuidados de pacientes con CM.

Acompañamiento familiar

En la actualidad, el acompañamiento familiar de pacientes hospitalizados/as es una práctica muy habitual en los hospitales del Sistema Público Sanitario de Andalucía, pero en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) no ha sido siempre así. Sin embargo desde hace algunos años el acompañamiento familiar se está contemplando en todas las UHSM, y en muchos de ellos con programas específicos al respecto. A lo largo de este protocolo se menciona a la familia acompañante, especialmente relacionada con el derecho a la información (en el artículo 5 de la Ley 41/2002). Aún así parece oportuno hacer una mención específica al acompañamiento familiar en el contexto de los cuidados.

Es importante diferenciar entre el derecho a recibir información y acompañamiento durante la CM. La ley establece que se debe *informar* a las personas que se encuentren acompañando al/a la paciente, y que estén vinculadas a él/ella por razones familiares o de hecho, acerca de la adopción de la medida, con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

Sin embargo, el *acompañamiento familiar* durante la CM es difícil de protocolizar porque cada caso necesita ser valorado cuidadosamente, ya que puede estar de muy indicado a totalmente contraindicado. La indicación al respecto se hará tras una valoración conjunta entre el/la facultativo/a y el equipo de enfermería, contemplando todas las variables e informando posteriormente a paciente y familia.

8

supresión de la contención mecánica

La supresión del episodio restrictivo tendrá lugar tras la valoración conjunta del personal facultativo y de enfermería, cuando la necesidad de esta medida haya remitido. En caso de discrepancias prevalece el criterio facultativo, aunque teniendo en cuenta la opinión de enfermería.

A continuación se listan algunas recomendaciones sobre cómo abordar este momento:

- La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debe extremarse la vigilancia en las horas posteriores hasta que se normalice la conducta.

- La supresión se debe hacer con el máximo personal posible y se obser-

vará el estado del/de la paciente y su comportamiento tras la retirada de la contención. Siempre que sea posible, será retirada por el mismo equipo de profesionales que la colocó.

- Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma.

- Una vez resuelta la contención es conveniente evaluar con el/la paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de la CM, para analizar el episodio e identificar medidas preventivas de futuras CM.

Se recomienda realizar un análisis rápido de lo ocurrido en los siguientes términos:

¿Qué desencadenó la situación?
¿Qué factores la hubieran prevenido?
¿Qué tipo de actuación se realizó?
¿Fue la más correcta?
¿Cómo se sienten el personal y el/la paciente en relación a los métodos utilizados?

9

registro

El registro de la actividad de CM es esencial, tanto para garantizar la calidad de la asistencia a los y las pacientes como para evaluar la práctica de la CM en su conjunto. Por ello, el registro de la CM tiene dos objetivos perfectamente diferenciados:

1. Por una parte, garantizar la incorporación a la historia clínica de todo lo relacionado con los motivos, indicación, procedimientos, medicación, controles y evolución clínica, hasta la supresión de la CM.

2. Por otra, disponer fuera de la historia clínica, de la información más relevante para evaluar la práctica de la CM, a nivel local o general.

En la actualidad, los protocolos que existen en las unidades, proponen el registro en la historia clínica de los aspectos fundamentales de la CM y, generalmente, estos documentos recogen un modelo impreso. No obstante, dichos modelos varían de un centro a otro y no facilitan, por tanto, la evaluación, más allá del ámbito local. La unificación del registro en el Sistema Sanitario Público de Andalucía facilita la evaluación de la CM a

nivel regional y podría aportar información importante de cara a adoptar posibles acciones de mejora.

Este protocolo propone diferentes registros (ver anexo 5), tanto generales relacionados con la propia práctica de la CM (motivo, indicación, monitorización etc.), como registros específicos que garanticen el adecuado cumplimiento de los requisitos asociados a la CM (revisiones periódicas, consentimiento informado, internamiento involuntario).

bibliografía

Citada

1. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas, Auckland, 1989. http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf

2. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventiones Classification (NIC).Barcelona: Elsevier; 2009.

Consultada

- Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Editorial Masson; 1999.

- Bogner J. The Agitated Behavior Scale. The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. 2000. http://www.tbims.org/combi/abs

- Bowers L. On conflict, containment and the relationship between them. Nurs. Inq.; 2006; 13(3): 172–180.

- Bowers L, Brennan G,.Flood C, Lipang M,.Oladapo P. Prelimary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2006; 13: 165-172.

- Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. 2009.

- Grigg M. Eliminating seclusion and restraint in Australia. Nurs. Inq. 2006; 13(3): 172–180.

- Holzworth J.R, Wills C.E. Nurses' Judgments Regarding Seclusion and Restraint of Psychiatric Patients: A Social Judgment Analysis. Res. Nurs. Health 1999; 22: 189–201.

- Huf G, Coutinho E, Adams C. TREC-Rio trial: a randomised controlled trial for rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms. BMC Psych. 2002; 2 :11.

- Liégeois A, Eneman AM. Ethics of deliberation, consent and coercion in psychiatry. J Med Ethics; 2008; 34:73-76.

- Martin B. Restraint Use in Acute and Critical Care Settings: Changing Practice. AACN Clin Issues. 2002; 13 (2): 294-306.

- Martínez Veny, S. Ramis Parets P. Contención Mecánica. 2002; Metas Enferm. 5 (47): 18-20.

- Molina Alén E. Manejo de Enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Barcelona: Editorial Glosa; 2002.

- Moorhead S. Jonson M, Maas M. Clasificación de Resultados Enfermeros (CRE) Nursing Outcomes Classification (NOC). Barcelona: Elsevier; 2005.

- North American Nursing Diagnosis Association. NANDA**:** Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Barcelona: Elsevier; 2008.

- Plan de cuidados estandarizado en restricción mecánica. Hospital Torrecárdenas. Almería. Enf/PC 2001 – GDR. 2001.

- Grupo de trabajo de contención mecánica Protocolo de Contención Mecánica. Hospital Universitario 12 de Octubre.. Madrid. 2001. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubre-protocolo-01.pdf

- Protocolo de Contención Mecánica Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Hospital Carlos Haya. Málaga. 2003 (documento interno).

- Protocolo de Contención Mecánica Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital de de Jerez. Jerez. 2008 (documento interno).

- Protocolo de Contención Mecánica. Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Virgen de la Nieves. Granada. 2005 (documento interno).

- Protocolo de Contención de Pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2005. http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf

- Ryan CJ, Bowers L. An analysis of nurses' post-incident manual restraint Reports. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2006; 13: 527–532.

- Dirección de enfermería. Seguridad del paciente: Protocolo de Contención Mecánica e inmovilización de Pacientes. Granada. Hospital Universitario San Cecilio 2007. http://www.distritometropolitano.es/ficheros/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCION%20DE%20PACIENTES.%20%20ADAPTADO%20PARA%20APLICACION%20EN%20EL%20DISTRITO%20METROPOLITANO.pdf

- Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia (Traducción de Lucía García Grande) Sujeciones mecánicas, 1ª parte. Uso en unidades de agudos y residencias. Best Practice. Evidence Based Practice Information Sheets for Health professionals. Best Practice. 2007; 6(3): 1-6. http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2002_6_3_SujecionesMecanicasI.pdf

- Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia (Traducción de Lucía García Grande) Sujeciones mecánicas, 2ª parte Disminución del uso en unidades de agudos y residencies. Best Practice. Evidence Based Practice Information Sheets for Health professionals. Best Practice. 2002; 6(4):1-6. http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2002_6_4_SujeccionesMecanicasII.pdf

- Taxis JC. Ethics and praxis.Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Issues Ment Health Nurs. 2002 Mar;23(2):157-70.

- Vatne S, Fagermoen MS. To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007 Feb;14(1):41-8.

- Winship G. Further thoughts on the process of restraint J Psychiatr Ment Health Nurs. 2006 Feb;13(1):55-60.

anexos

anexo 1.

preceptos legales

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 prevista en la ley.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil

Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1 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, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de

que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2 El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3 Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4 En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1 Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible so-

bre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2 La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3 El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1 El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2 El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3 Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4 El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Articulo 7. Derecho a la intimidad.

1 Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2 Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes

Artículo 8. Consentimiento informado.

1 Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2 El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3 El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4 Todo paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5 El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1 La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2 Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

A. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986), se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

B. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3 Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

A. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

B. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

C. Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4 La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5 La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

anexo 2.

recomendaciones farmacológicas

La aplicación de psicofármacos, una vez fracasados en sus efectos de prevención, tiene como objetivo lograr un estado de sedación y atenuar la agitación del/ de la paciente, reduciendo las incomodidades que la CM conlleva.

Siempre deberá de mantenerse el **predominio de la sedación sobre la contención física**. Cuando se induzca el sueño, éste deberá ser superficial para permitir un fácil despertar en el que se pueda llevar a cabo la administración de bebidas y alimentos con plena seguridad.

Los fármacos empleados para lograr este nivel optimo de sedación pertenecen a los grupos que se enumeran a continuación, habiéndose optado por no describir dosificaciones dada la amplitud del rango de éstas, derivada de factores individuales de respuesta en todo tipo de psicofármacos. Como indicación general se recomienda la administración parenteral (cuando sea posible intravenosa (IV), por su inmediatez de acción), una pauta ascendente de dosificación y siempre basada en la experiencia personal del personal facultativo que los utiliza. Aunque se recomienda, en general, una administración vía parenteral, no se debe descartar la administración oral.

Estas indicaciones van dirigidas a pacientes con patología psiquiátrica. En caso de aplicación en otras unidades de salud general es importante valorar la existencia de una patología orgánica como factor etiológico o intercurrente. En todo caso se recomienda ser siempre conservador si existe duda.

Los grupos de fármacos empleados son:

1. Antipsicóticos

Estos fármacos son los preferidos para inducir una sedación segura por ser más selectivos en sus lugares de acción y producir menos efectos de potenciación con depresores inespecíficos del SNC como el alcohol, los barbitúricos o las benzodiazepinas.

- De los **antipsicóticos clásicos** los más utilizados son:
  - *Haloperidol inyectable:* Este fármaco puede utilizarse por vía IV o Intramuscular (IM), y aunque tiene menos potencia sedativa, sí posee importantes efectos sobre las manifestaciones violentas y la psicopatología de base. Sus menores efectos sobre el SN vegetativo (adrenolíticos y anticolinérgicos) lo hacen especialmente indicado en pacientes ancianos, alteraciones de conciencia, déficits cognitivos e inestabilidades del SN autónomo. Sus menores efectos hipotensores y anticolinérgicos lo hacen seguro por vía IV.

- *Levomepromazina inyectable:* Aquí sí es preferible la administración IM por poseer mayores efectos anticolinérgicos (cardiotóxicos) e hipotensores que el anterior. Posee menos potencia de efectos antiagresivos y antipsicótios pero es más sedativo.

  Cuando se utiliza la vía simultanea IV para el *Haloperidol* e IM para la *Levomepromazina* se logra un efecto más sostenido, induciéndose un primer efecto con el primero y manteniéndose con el segundo.

  Esta acción de inducción rápida también se puede lograr de forma muy eficaz con *Benzodiazepinas IV,* cuando sea posible su administración segura por esta vía.

  También existe evidencia de la combinación de *Haloperidol* más *Prometacina IM.*

Antipsicóticos atípicos:

- *Ziprasidona inyectable:* Es un fármaco muy útil para la sedación neuroléptica por vía IM con unos efectos sostenidos y bastante seguros.

- *Olanzapina inyectable:* Como la anterior, ha demostrado su eficacia y seguridad en la sedación de personas en situaciones de agitación.

- *Aripiprazol inyectable IM*: Denominado como estabilizador del sistema «dopamina-serotonina». Se ha mostrado tan efectiva como el haloperidol.

2. Benzodiazepinas (BZD)

En España no está disponible el *Lorazepán en viales* por lo que el uso bastante generalizado de ésta BZD por vía IM (tiene buena absorción a este nivel) en otros países, pretende ser suplido por la administración IM de *Clorazepato* (práctica tan generalizada como inadecuada). El *Clorazepato* tiene tres características que la desaconsejan por vía IM: La primera es que por su escasa hidrosolubilidad del preparado, se absorbe mal y de forma errática, siendo irritante y doloroso. La segunda, es su débil potencia, y la tercera: su vida media larga. Por estos motivos este fármaco debería ser utilizado en su administración por vía IV en las crisis de ansiedad, donde sí es muy útil.

La BZD más adecuada es el *Midazolán* que se absorbe bien, tanto por vía IM como IV, siendo preferible la segunda cuando se desee un efecto inmediato. Hay que tener en cuenta que se trata de una BZD de vida media muy corta y de alta potencia, por lo que conviene tener presente sus efectos depresores respiratorios.

Con mayor potencia que el anterior, con efectos anticonvulsivos, y de vida media larga, se usa el *Clonazepán,* también disponible en viales.

El *Diazepan* se absorbe algo peor por vía IM pero lo hace mejor que el *Clorazepato*. Puede ser útil como sostenimiento del estado en perfusión continua o cuando por sus potentes efectos anticonvulsivantes se requiera especialmente esta acción en perfusión continua.

La ventaja de las BZD es disponer de un antagonista específico: *Flumazemilo*, que rápidamente puede revertir el efecto, aunque por poco tiempo, dada su corta vida media, que obliga a repetir dosis cuando tenga que antagonizar BZD de larga vida media.

3. Anticoagulantes

Se deben utilizar heparinas de bajo peso molecular, vía subcutánea, en pacientes que vayan a estar inmovilizados/as de forma prolongada.

- **Situaciones especiales:**

  - **Gestante:**
    Intentar siempre el control mediante medios no farmacológicos. En caso de requerirse tratamiento con fármacos, como antipsicótico podría usarse de elección *Haloperidol,* aunque su seguridad no ha sido establecida. Las BZD deberían evitarse, usándose si fuera necesario las de vida media corta.

  - **Cuadros sindrómicos confusionales**:
    Como regla general, los fármacos de elección son los antipsicóticos y se debe de evitar las BZD, sobre todo en los ancianos con demencia. No obstante, si 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.

- **Delirium con patología respiratoria intercurrente**:
  En este caso como alternativa se recomienda *Tiapride*, con presentación en comprimidos y ampollas.

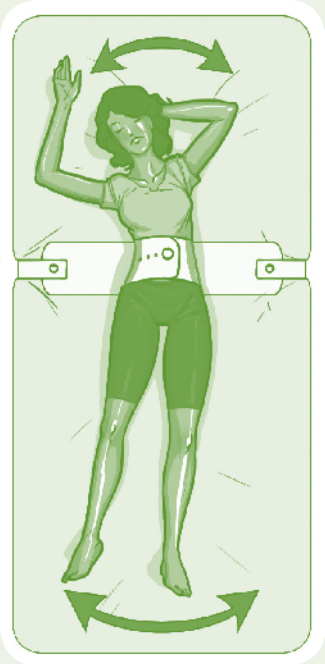
De manera suplementaria se aporta una escala de evaluación de los niveles de agitación, que puede orientar al facultativo hacia la mejor elección de vía, dosis y fármaco para la sedación. Se trata de la **Agitated Behavior Scale (ABS)**:

Agitado
Inquieto
Normal
Sedación superficial
Sueño profundo

anexo 3.

instrumentos y técnicas

1. Cinturón ancho abdominal

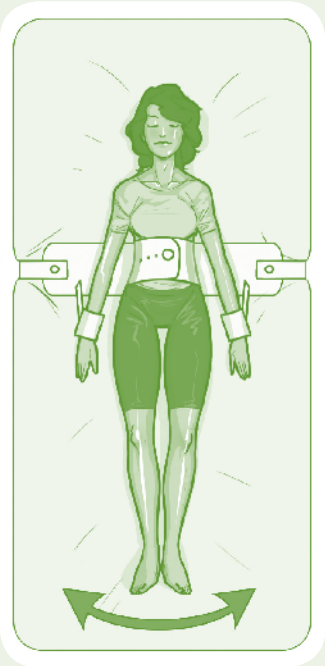


1. Consta de dos cintos unidos, uno va a la cama y otro al cuerpo del/de la paciente.

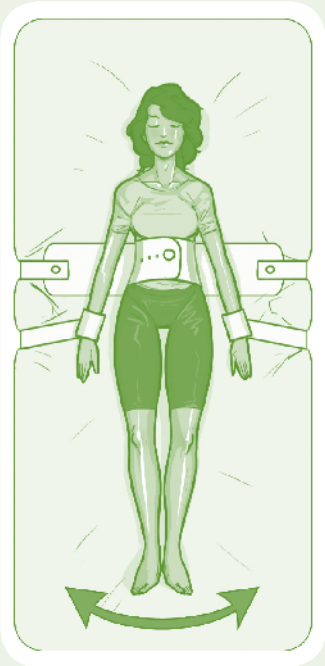
2. Mantiene a la persona en la cama permitiéndole los movimientos de rotación derecha e izquierda del tronco, piernas y tórax libres.

3. Se coloca el cinto que va a la cama, bien tensado ajustándose al somier, y se rodea el cuerpo de la persona agitada a la altura del abdomen con el otro cinturón, ajustarlo de forma que permita la respiración.

2. Cinturón ancho abdominal más contención de las manos



✓ CORRECTO



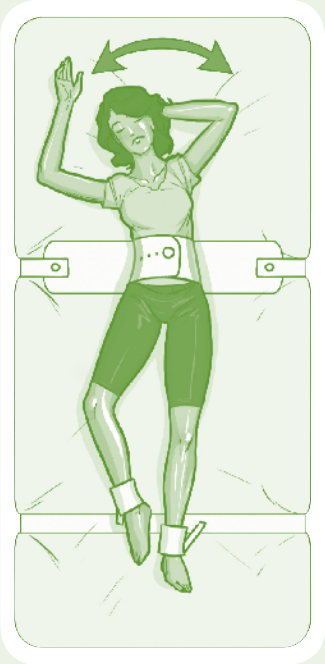
✗ INCORRECTO

1. Mantiene al/a la paciente en la cama e inmoviliza los brazos, permitiéndole rotar éstos pero no levantarlos.

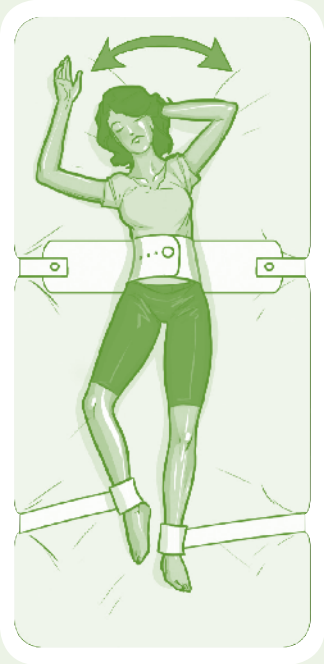
2. Se coloca el cinturón ancho abdominal según se indica en el apartado anterior.

3. Colocar las muñequeras, engarzadas por las dos argollas de la parte inferior del cinto abdominal que va sobre la cama y ajustarlo al somier ayudado por las alargaderas pequeñas. No debe unirse la sujeción mecánica de las manos al somier.

3. Cinturón ancho abdominal más contención de tobillos



✓ CORRECTO



✗ INCORRECTO

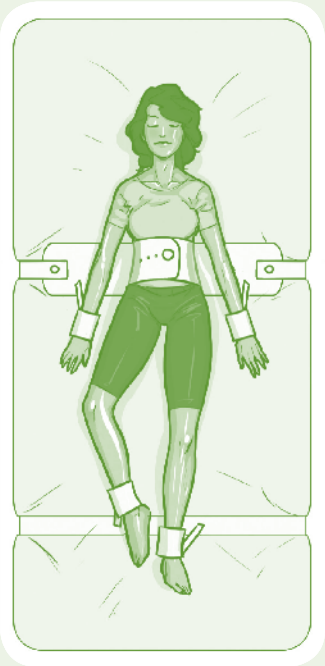
1. Fija al/a la paciente a la cama, limita los movimientos de las piernas (puede doblarlas parcialmente y rotarlas, pero no levantarlas).

2. Colocar cinto abdominal como en el apartado 1.

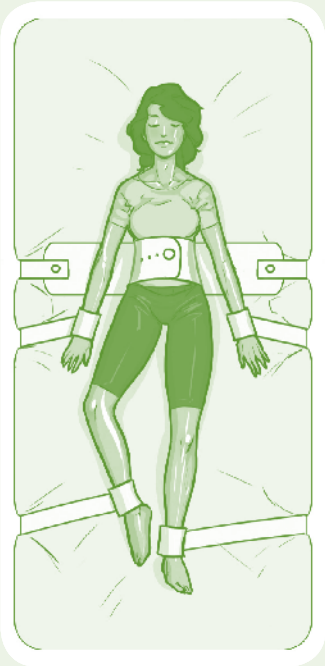
3. Fijar y tensar las cintas de cambios posturales o alargaderas grandes a la cama.

4. Colocar las sujeciones de tobillos (tobilleras) alrededor de éstos y unirlas a las alargaderas grandes por las tiras en forma de argollas que tienen éstas en su parte central. No debe unirse la sujeción mecánica de los tobillos al somier.

4. Abdominal más contención mecánica de tobillos y muñecas



✓ CORRECTO



✗ INCORRECTO

1 Limita prácticamente todos los movimientos bruscos que puede realizar la persona. Se utiliza en casos de gran agitación.

2 Colocar cinto abdominal, contención de muñecas y tobillos como se indica en los apartados anteriores.

5. Contención en sillón

1 Inmovilización con cinturón especial para sillas de ruedas/sillón.

2 Se coloca el cinto bien tensado ajustándose al respaldo del sillón, y se rodea el cuerpo de la persona a inmovilizar a la altura del abdomen con el otro cinturón, ajustándolo de forma que permita la respiración. Para el uso seguro y evitar al máximo que se resbale el/ la paciente, se recomienda completar el sistema con un cinturón multiuso que va sujeto al respaldar del sillón y una cinta que va entre las piernas, sujetada al cinturón abdominal.

3 Este tipo de CM puede estar indicado en pacientes con déficit cognitivos moderados-severos, o con sintomatología regresiva grave con alto riesgo de caída.

En esta situación habrá que procurar el acompañamiento o máxima visibilidad por parte del personal para evitar lesiones por colgamiento y caídas.

anexo 4.

plan de cuidados de enfermería

Plan de cuidados del/de la paciente con contención mecánica

Este documento tiene la intención de servir de guión para el plan de cuidados individualizado de cada paciente en situación de contención mecánica. El plan es un soporte para el equipo de enfermería, sin tener la intencionalidad de ser exhaustivo. El enfoque de este apartado conlleva limitaciones debido a que en él no se trabaja con individuos sino con abstracciones de personas que se encuentran en una situación clínica concreta.

Se han utilizado las taxonomías:

- **NANDA:** Diagnósticos de enfermería
- **NOC:** Resultados de enfermería
- **NIC:** Intervenciones de enfermería

Valoración de enfermería

Se presentan dos propuestas de valoración:

1. Una basada en las necesidades básicas de Virginia Henderson.
2. Una segunda opción, basada en los patrones funcionales de Marjory Gordon, que son idénticas en contenido.

Los ítems identificados son los imprescindibles en la valoración de la persona en situación de contención mecánica.

Cuatro diagnósticos NANDA son, probablemente, los más frecuentes en un/una paciente con necesidad de contención mecánica: *confusión aguda, riesgo de violencia dirigida a otros, riesgo de violencia autodirigida y riesgo de caídas*. Estos diagnósticos serán indicación de necesidad de contención mecánica en personas que presentan agitación, sobreexcitación, conductas de ataque, etc.

Planificación de cuidados

Las intervenciones de enfermería NIC comunes que se plantean para estos 4 diagnósticos son *sujeción física, orientación en la realidad, presencia y apoyo emocional.* Los resultados de enfermería NOC son específicos por cada diagnóstico planteado.

A continuación, en la segunda parte de este plan de cuidados, se abordan las complicaciones potenciales que necesitan intervenciones de vigilancia y control.

V. Henderson	M. Gordon
Necesidad 1: Respiración ■ Tensión Arterial ■ Frecuencia Respiratoria ■ Fumador **Necesidad 2:** Alimentación - Nutrición ■ Dificultad para masticar / beber / deglutir **Necesidad 3:** Eliminación ■ Número y frecuencia de las deposiciones ■ Síntomas urinarios ■ Otras pérdidas de líquido **Necesidad 4:** Movilización ■ Inquietud psicomotora ■ Nivel funcional de la actividad / movilidad ■ Alteraciones motoras **Necesidad 5:** Reposo - Sueño ■ Cambios en el patrón del sueño **Necesidad 7**: Temperatura ■ Temperatura **Necesidad 8:** Higiene - Piel ■ Estado de piel y mucosas **Necesidad 9:** Seguridad ■ Nivel de conciencia ■ Nivel de orientación ■ Alteración del contenido de la conciencia ■ Percepción amenazante del entorno ■ Alteración del contenido del pensamiento ■ Alteración de la percepción ■ Conductas violentas (hacia otros, hacia sí mismo) **Necesidad 10:** Comunicación ■ Dificultad en la comunicación ■ Alteraciones en el curso del pensamiento ■ Comunicarse con los demás **Necesidad 14:** Aprender ■ Pérdida de memoria ■ Desea más información sobre su salud	**Patrón 1:** Percepción - Control de la salud ■ Fumador **Patrón 2**: Nutricional - Metabólico ■ Temperatura ■ Dificultad para masticar / beber / deglutir ■ Estado de piel y mucosas **Patrón 3:** Eliminación ■ Tensión Arterial ■ Frecuencia Respiratoria ■ Número y frecuencia de deposiciones ■ Síntomas urinarios ■ Otras pérdidas de líquido **Patrón 4:** Actividad - Ejercicio ■ Inquietud psicomotora ■ Nivel funcional para la actividad / movilidad ■ Alteraciones motoras **Patrón 5:** Sueño - Descanso ■ Cambios en el patrón del sueño **Patrón 6:** Cognitivo - Perceptual ■ Nivel de conciencia ■ Nivel de orientación ■ Alteración del contenido de la conciencia ■ Percepción amenazante del entorno ■ Alteración del contenido del pensamiento ■ Alteración de la percepción ■ Pérdida de memoria **Patrón 8:** Rol - Relaciones ■ Dificultad en la comunicación ■ Conductas violentas (hacia otros, hacia sí mismo) ■ Alteraciones en el curso del pensamiento ■ Comunicarse con los demás **Patrón 10:** Adaptación - Tolerancia al estrés ■ Desea más información sobre su salud

00128 Confusión aguda

DEFINICIÓN Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, nivel de conciencia y del ciclo sueño/vigilancia

R/C Abuso de alcohol, delirio, demencia, proceso patológico

M/P Fluctuaciones en la actividad psicomotora, fluctuaciones en el nivel de conciencia, fluctuaciones en el ciclo sueño/vigilia, percepciones erróneas, creciente agitación o intranquilidad, alucinaciones

Resultados enfermeros	
COD. NANDA	INDICADORES
	CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO (1403)
140301	Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes
140304	Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes
140306	Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes
140307	Solicita la ratificación de la realidad
140311	Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico
	Otros
	ESCALA Nunca manifestado **1** a manifestado constantemente **5**
	CAPACIDAD COGNITIVA (0900)
090002	Manifiesta control sobre determinadas situaciones y acontecimientos
090003	Atiende
090005	Está orientado
	Otros
	ESCALA Extremadamente comprometida **1** a no comprometida **5**
	CONTROL DE IMPULSOS(1405)
140501	Identifica conductas impulsivas perjudiciales
140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas
140504	Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás
140507	Verbaliza control de impulsos
	Otros
	ESCALA Nunca manifestado **1** a manifestado constantemente **5**
	CONTROL DEL MIEDO (1404)
140418	Reconoce factores causales
	ESCALA Nunca manifestado **1** a manifestado constantemente **5**

Intervenciones enfermeras

SUJECIÓN FÍSICA (6580)

ACTIVIDADES

- Indicar la sujeción física según protocolo
- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos
- Asignar el personal suficiente para la aplicación de los dispositivos de sujeción mecánica
- Trasmitir tranquilidad y control en la toma de decisiones en intervenciones cuidadoras
- Designar a un miembro del personal de cuidados para que dirija al personal y se e comunique con el paciente durante la aplicación de la sujeción física
- Explicar el procedimiento, propósito y duración de la intervención al paciente y los allegados en términos comprensibles y no punitivos
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento
- Evitar atar las sujeciones a las barandillas de la cama
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente y tener la cama frenada
- Reducir los estímulos ambientales
- En caso de inmovilización parcial en cama sujetar de forma diagonal o cruzada (MSD y MII o MSI y MID)
- Informar al paciente de los cuidados que se le realizará
- Vigilar signos vitales como mínimo cada 8 horas
- Controlar y registrar cada 15-20 minutos el estado general del paciente de forma integral: respiración, estado psicomotor, nivel de conciencia, estados de miembros en sujeción, percepción, pensamiento, comunicación y actitud ante la sujeción
- Cumplimentar, junto con el/la facultativo/a, los registros
- Observar signos y síntomas de ansiedad
- Establecer una comunicación con el paciente, con la intención de fomentar la contención emocional
- Administrar medicamentos para la ansiedad o agitación, si procede
- Consultar con el facultativo cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica
- Permitir el movimiento de las extremidades en pacientes con múltiples sujeciones rotando la extracción/ reaplicación de una sujeción por vez (según permita la seguridad)
- Ayudar con los cambios de posición corporal
- Vigilar y ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, eliminación, hidratación e higiene personal
- Implicar al paciente en actividades que mejoren su fuerza, coordinación, juicio y orientación
- Evaluar cambios de conducta
- Evaluar, a intervalos regulares (cada 20-30 minutos) la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva

Intervenciones enfermeras
SUJECIÓN FÍSICA (6580) –continuación– ■ Indicar la suspensión de la sujeción física según protocolo ■ Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son de 4 puntos), a medida que aumente el autocontrol ■ Vigilar la respuesta del paciente a la extracción de la sujeción ■ Disponer el siguiente nivel adecuado de acción restrictiva, si es necesario ■ Registrar el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción y las razones de su cese
ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (4820) **ACTIVIDADES** ■ Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempos, si es necesario ■ Proporcionar un ambiente físico consecuente y una rutina diaria ■ Preparar al paciente para los cambios que se avecinan en la rutina habitual antes de que se produzcan
PRESENCIA (5340) **ACTIVIDADES** ■ Estar físicamente disponible como elemento de ayuda ■ Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos
APOYO EMOCIONAL (5270) **ACTIVIDADES** ■ Comentar la experiencia emocional con el paciente ■ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza ■ Animar al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad, ira o tristeza ■ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad

00138 Riesgo de violencia dirigida a otros

DEFINICIÓN Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros

R/C Sintomatología psicótica (auditiva, visual, alucinaciones en forma de órdenes; delirios paranoides), impulsividad, lenguaje corporal (postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, posturas amenazadoras)

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	CONTROL DE LA AGRESIÓN (1401)
140101	Se abstiene de arrebatos verbales
140107	Comunica necesidades de forma adecuada
140108	Comunica sentimientos de forma apropiada
140109	Verbaliza el control de los impulsos
	Otros
	ESCALA Constantemente manifestado **5**
	CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO (1403)
140301	Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes
140304	Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes
140306	Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes
140311	Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico
	Otros
	ESCALA Manifestado constantemente **5**
	CONTROL DE IMPULSOS (1405)
140501	Identifica conductas impulsivas perjudiciales
140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas
140504	Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás
140507	Verbaliza control de impulsos
	Otros
	ESCALA Manifestado constantemente **5**

Intervenciones enfermeras

SUJECIÓN FÍSICA (6580), ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (4820), PRESENCIA (5340), APOYO EMOCIONAL (5270)

00140 Riesgo de violencia autodirigida

DEFINICIÓN Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma

R/C Estado emocional (desesperanza, desesperación, ansiedad creciente, pánico, cólera, hostilidad), ideación suicida (intensa), plan suicida (clara y específica letalidad, método y disponibilidad de medios destructivos), claves verbales

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	CONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO (1403)
140301	Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes
140304	Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes
140306	Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes
140311	Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico
	Otros
	ESCALA Manifestado constantemente **5**
	CONTROL DE LOS IMPULSOS (1405)
140501	Identifica conductas impulsivas perjudiciales
140502	Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas
140503	Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas
140504	Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias y de los demás
140507	Verbaliza control de impulsos
	Otros
	ESCALA Manifestado constantemente (5)
	REPRESIÓN DE AUTOMUTILACIÓN (1406)
140604	Mantiene el compromiso de no autolesionarse
	Otros
	ESCALA Constantemente manifestado **5**
	AUTOCONTENCIÓN DE SUICIDIO (1408)
140804	Verbaliza ideas de suicidio, si existen
140805	Verbaliza control de impulsos
	Otros
	ESCALA Constantemente manifestado **5**

Intervenciones enfermeras

SUJECIÓN FÍSICA (6580), ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (4820), PRESENCIA (5340), APOYO EMOCIONAL (5270)

00155 Riesgo de caídas

R/C Estados postoperatorios, alteración del estado mental (por ejemplo: confusión, delirio, demencia, deterioro de la percepción de la realidad)

Resultados enfermeros	
COD. NANDA	INDICADORES
	CONTROL DE RIESGO (1902)
190206	Se compromete con estrategias de control de riesgo
190207	Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas
	ESCALA Manifestado constantemente **5**

Intervenciones enfermeras
SUJECIÓN FÍSICA (6580), ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (4820), PRESENCIA (5340), APOYO EMOCIONAL (5270)

Complicaciones potenciales

La contención física tiene una serie de complicaciones potenciales que necesitan intervenciones de vigilancia y control:

- Úlcera por presión
- Isquemia periférica
- Comprensión nerviosa
- Luxaciones, fracturas
- Tromboembolismos
- Broncoaspiración
- Insuficiencia respiratoria

Se parte de la idea de que las actividades de las intervenciones: *sujeción física, orientación a la realidad, presencia y apoyo emocional* cubren las necesidades de cuidados de la persona en situación de contención mecánica.

Sin embargo, se considera importante resaltar algunos diagnósticos de riesgo por la situación tan extrema en que se encuentra el o la paciente con contención física.

A continuación se mencionarán los diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones a tener en cuenta. Obviamente se mantienen las actividades de las intervenciones anteriormente mencionadas pero se pone especial énfasis en algunas de ellas.

00038 Riesgo de traumatismo

DEFINICIÓN Aumento de riesgo de lesión tisular accidental

R/C Luchar con las sujeciones físicas en la cama

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	ESTADO DE SEGURIDAD: LESIÓN FÍSICA (1913)
191301	Abrasiones cutáneas
191302	Hematomas
191305	Fracturas de extremidades
	Otros
	ESCALA Ninguno **5**
	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)
110110	Ausencia de lesión tisular
110111	Perfusión tisular
110113	Piel intacta
	Otros
	ESCALA No comprometida **5**

Intervenciones enfermeras

VIGILANCIA DE LA PIEL (3590)

ACTIVIDADES

- Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de la sujeción
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario

00039 Riesgo de aspiración

DEFINICIÓN Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos

R/C Situación que impide la elevación de la parte superior del cuerpo y sedación por fármacos

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS (0410)
041004	Frecuencia respiratoria ERE*
041005	Ritmo respiratoria ERE
041006	Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias
	Otros
	ESCALA No comprometido **5**

Intervenciones enfermeras

PRECAUCIONES PARA EVITAR ASPIRACIÓN (3200)

ACTIVIDADES

- Vigilar nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva
- Mantener una vía aérea
- Controlar el estado pulmonar
- Mantener la cama incorporada a 45º durante las comidas
- Colocar al paciente en posición correcta para la alimentación
- Alimentación en pequeñas cantidades
- Trocear los alimentos en porciones pequeñas
- Usar medicación en forma de elixir o liquida, si procede
- Romper o desmenuzar los comprimidos antes de su administración
- Informar a la familia sobre las precauciones para evitar las aspiraciones

* En Rango Esperado

00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica

DEFINICIÓN Riesgo de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad

R/C Malas posturas y forcejeo con sujeciones

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA (0407)
040701	Relleno capilar enérgico
040702	Pulsos periféricos distales fuertes
040703	Pulsos periféricos proximales fuertes
040706	Nivel de sensibilidad normal
040707	Coloración de la piel normal
040710	Temperatura de extremidades caliente
040712	Ausencia de edema periférico
040713	Ausencia de dolor localizado en extremidades
	Otros
	ESCALA No comprometida **5**
	ESTADO NEUROLÓGICO: FUNCIÓN SENSITIVA/MOTORA MEDULAR (0914)
091404	Sensibilidad cutánea corporal
091405	Fuerza del movimiento de la extremidad
091406	Ausencia de flaccidez
	Otros
	ESCALA No comprometido **5**

Intervenciones enfermeras

MANEJO DE PRESIONES(3500)

ACTIVIDADES

- Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel
- Comprobar la movilidad y la actividad del paciente
- Permitir movimiento y ejercicio, de acuerdo con el nivel de autocontrol, estado y capacidad del paciente

MANEJO DE LA SENSIBILIDAD PERIFÉRICA ALTERADA (2660)

ACTIVIDADES

- Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos
- Vigilar el ajuste de dispositivos de sujeción
- Comentar o identificar las causas de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad
- Observar si hay tromboflebitis y trombosis de las venas profundas

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

DEFINICIÓN Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada

R/C Deterioro de la movilidad física, factores mecánicos(presión, cizallamiento, fricción)

Resultados enfermeros

COD. NANDA	INDICADORES
	INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101)
110101	Temperatura tisular ERE*
110102	Sensibilidad ERE
110107	Coloración ERE
110110	Ausencia de lesión tisular
110111	Perfusión tisular
110113	Piel intacta
	ESCALA No comprometida **5**

Intervenciones enfermeras

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (3540)

ACTIVIDADES

- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
- Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día
- Mantener la ropa de cama limpia y seca; sin arrugas
- Vigilar las fuentes de presión y fricción
- Aplicar protectores para los codos y talones, si procede

* En Rango Esperado

anexo 5.

registros

Como ya se dijo anteriormente, este protocolo propone diferentes registros, tanto generales, relacionados con la propia práctica de la CM (motivo, indicación, monitorización etc.), como registros específicos, que garanticen el adecuado cumplimiento de los requisitos asociados a la CM (revisiones periódicas, consentimiento informado, internamiento involuntario).

En la solapa de este libro puede acceder a un CD con herramientas para facilitar dichos registros. Estas utilidades incorporan formularios de registro* en formato Word 2003 y Adobe Acrobat editable y una base de datos en formato Access 2003.

En el CD puede encontrar:

- Contención mecánica: Se recoge un formulario en el que se registran los principales datos del momento en el que se indica la contención mecánica (datos del paciente, tipo de contención, fecha, hora de comienzo de la contención y de finalización prevista, motivos, etc.). El formulario puede encontrarlo en el CD en las siguientes versiones:

* En los registros el logotipo del Servicio Andaluz de Salud puede ser sustituido por la imagen del hospital o dispositivo correspondiente en los archivos de Word (.doc).

- Registro 1.doc
- Registro 1.pdf

- Monitorización de observación continua de enfermería durante CM: Se recoge un formulario para facilitar el seguimiento de los principales datos del periodo durante el que se mantiene la contención mecánica (datos del paciente, tipo de contención, fecha, hora de comienzo de la contención, estado psicomotor, parámetros biológicos etc.). El formulario puede encontrarlo en el CD en las siguientes versiones:

  - Registro 2.doc
  - Registro 2.pdf

- Revisiones de la contención mecánica: Se recoge un formulario para facilitar el registro de cómo se hacen las revisiones de la situación de contención mecánica (cuántas revisiones se hacen, quién y cuando las hace, con qué resultado y previsión). El formulario puede encontrarlo en el CD en las siguientes versiones:

  - Registro 3.doc
  - Registro 3.pdf

- Consentimiento informado: Se recoge un formulario para registrar el permiso del/de la paciente para ser sometido/a a la contención mecánica. Se usa en el caso de pacientes que ingresan voluntariamente y piden tal actuación ante fracaso de otras medidas de contención (sin

necesidad de cambio de estatus legal). El formulario puede encontrarlo en el CD en las siguientes versiones:

- Registro 4.doc
- Registro 4.pdf

- Informe clínico-legal para internamiento involuntario: Se recoge un formulario para facilitar el informe, a realizar por el facultativo especialista de área, en el caso de pacientes que ingresan voluntariamente y necesitan un cambio de estatus legal.

  - Registro 5.doc
  - Registro 5.pdf

- Base de datos de seguimiento del procedimiento de contención mecánica: Se incluye una base para registrar datos de los formularios 1, 2, 3. Incluye una consulta de indicadores clave, que facilitan el seguimiento de la adecuación de la contención mecánica a los requisitos de calidad planteados en el Protocolo de Contención Mecánica. La base de datos la puede encontrar en el CD en el siguiente archivo:

  - Datos CM.mdb