

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO:

Participantes:

- Alfonso Ambros
- Ana Figueras Juárez
- Andrés Gomez Blanco
- Carmelo Madrid Fernandez
- Raimundo Rodriguez
- Ester Lagos Pantoja
- Juan Pedro Alcarazo
- Lorenzo Prado
- Lourdes Porras
- Lucia Villoria
- M^a Dolores Romero Aguilera
- M^a Jose Casas
- Nieves Parras
- Paloma Sanchez Gonzalez
- Ramón Ibañez
- Vivi Mayoralas Palomo
- Teresa Rodriguez Cano
- Maria Armenteros Lechuga
- Cesar Llorente Parrado

Responsable de implantación: Direcciones Médica, de Enfermería y de Gestión del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

APROBACIÓN DEL DOCUMENTO

Aprobado: SI NO

Fecha: 20 - ABRIL - 2010

Dra. Rodríguez Cano, Subdirectora de IDFYC:

VºBº de la Dirección:

Médica:

Quirúrgica:

Enfermería:

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Difusión y Custodia

Responsable de la difusión:

- Lorenzo Prado Martín, sesión general HGUCR
- M^a José Casas, sesión general HGUCR y sesión de Enfermería

Ámbito de difusión:

- Urgencias
- Área de psiquiatría
- Servicios y unidades de hospitalización

Protocolo disponible en:

- Portal del empleado en la pestaña de protocolos clínicos
- Portal del empleado en Div. Enfermería---protocolos y procedimientos

Responsable de custodia del original:

Secretaría de la Unidad de Calidad

Evaluación formal del protocolo:

Comisión Adecuación Medios Diagnósticos y Terapéuticos:

VºBº Presidenta:

Comisión de Cuidados:

VºBº Presidenta:

PROTOCOLO ASISTENCIAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

FIRMAS DEL DOCUMENTO

Alfonso Ambros, FEA Jefe Servicio UCI	Ana Figueras Juárez, Subd. Quirúrgica	M ^a Dolores Romero Aguilera, Subd. Médica
Paloma Sanchez Gonzalez, Subd. Enfermería	Carmelo Madrid Fdez, Subd. Gestión	Andrés Gomez Blanco, Subd. Gestión
Raimundo Rodriguez, FEA Jefe servicio Urgencias	Vivi Mayoralas Palomo, FEA Urgencias	Juan Pedro Alcarazo, Supervisor E ^a Urgencias
Lorenzo Prado, FEA Psiquiatría	Lucia Villoria, FEA Psiquiatría	M ^a Jose Casas, Superv. E ^a psiquiatría
Lourdes Porras, FEA Medicina Interna	Ramón Ibañez, FEA Neurología	Nieves Parras, FEA Geriatría
César Llorente Parrado, Unidad de Calidad	María Armenteros Lechuga, Unidad de Calidad	Ester Lagos Pantoja, Unidad de Calidad

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Índice:

1. INTRODUCCIÓN

1. Justificación.
2. Definición.
3. Objetivo o Misión.
4. Alcance.

2. DESCRIPCIÓN

1. Responsable y equipo.
2. Clientes y otros grupos de interés.
3. Profesionales, personas y recursos materiales.
4. Descripción de las actividades (flujograma).

3. MARCO NORMATIVO

4. EVALUACIÓN

1. Estándares e indicadores del proceso.
2. Planificación de evaluación.

5. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

6. DOCUMENTOS ANEXOS

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

La atención a una persona que requiera de un tratamiento hospitalario ha de basarse siempre en una práctica que garantice el respeto a su dignidad personal y a sus derechos.

Cuando se trata de pacientes que por razones de su enfermedad tienen disminuida su competencia y, por tanto, su capacidad para decidir con autonomía, puede ser necesario el uso de medidas de tipo restrictivo.

Las medidas restrictivas más habituales son: la hospitalización involuntaria, la contención mecánica del paciente, el aislamiento y la limitación de comunicación con el exterior (visitas, teléfono y correo).

En nuestro medio sanitario la **CONTENCIÓN MECÁNICA (CM)** es una práctica utilizada en distintos servicios hospitalarios (Urgencias, Medicina Interna, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Intensivos, Geriátrica...), dadas las dificultades para organizar la atención y el tratamiento de algunos pacientes.

Ante la necesidad de promover una más adecuada asistencia sanitaria, la Gerencia y la Dirección del Hospital General Universitario de Ciudad Real han decidido la elaboración de un Protocolo de Contención Mecánica (PCM) y un Protocolo de Atención al Enfermo Psiquiátrico en Urgencias (PAEPU).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

1.2. DEFINICIÓN

Según el control e intensidad de la conducta y la intencionalidad de los actos que se observan, diremos que la actividad psicomotora de un paciente puede convertirse en anómala (hiperactividad), calificándose de inquietud, excitación o agitación psicomotora. La agitación psicomotora se define como un estado de excitación mental acompañado de intenso aumento de la actividad motora.

Un individuo con hiperactividad psicomotora puede ser violento si su descontrol conductual lo dirige contra sí mismo, contra otros o contra objetos. El individuo violento resultará peligroso si de su comportamiento se deriva un daño.

Para evitar los riesgos en las conductas de algunos pacientes se indica el aislamiento (ubicación del enfermo en un espacio apropiado y separado del entorno) y la contención mecánica (forma de restricción de movimientos mientras persiste el riesgo).

No se consideran en este protocolo actuaciones de aislamiento y restricción de movimientos que se emplean en ámbitos sanitarios con otra finalidad (aislamiento para evitar contagios, inmovilizaciones en espacios quirúrgicos).

La contención mecánica o física consiste en la inmovilización de un paciente (en una cama o sillón) con cinturones homologados de sujeción.

Ha de cumplir los siguientes criterios:

1. Tiene como única finalidad garantizar la salud y seguridad del paciente, y la seguridad del entorno.
2. Indicación individualizada y limitada en el tiempo.
3. Medida terapéutica excepcional, tras haber fracasado otras medidas alternativas.
4. Se requerirá siempre la indicación del médico responsable. En situaciones excepcionales y por motivos de urgencia, la enfermera podrá tomar la decisión, pero con comunicación inmediata al médico que valorará la indicación.
5. Siempre se intentará indicar la medida menos restrictiva posible.
6. En ningún caso se podrá indicar una medida restrictiva en situaciones no justificadas por las circunstancias o el protocolo correspondiente.

1.3. OBJETIVOS O MISIÓN

- Prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales...).
- Prevenir lesiones a otras personas (otros enfermos o personal sanitario).
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital...).
- Evitar daños físicos significativos en el entorno sanitario.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

1.4. ALCANCE.

1.4.1. Indicaciones Generales.

- a) Estado de agitación moderada-extrema con signos de violencia y riesgo de auto o heteroagresiones.
- b) Amenazas y conductas no adecuadas.
- c) Intentos de fuga reiterados y persistentes.
- d) Hiperactividad prolongada.
- e) Riesgo de accidente serio para el paciente, familia, otros pacientes y personal sanitario.
- f) Evitar interferencias graves del plan terapéutico (arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital).
- g) Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica.

1.4.2. Patologías que requieren contención con mayor frecuencia.

▪ Pacientes con DELIRIUM (Síndrome Confusional).

El Delirium traduce un trastorno de la conciencia que cursa con alteraciones de la percepción y del sensorio y, secundariamente, del pensamiento, dando lugar a la aparición de síntomas que desconectan al paciente de la realidad. La confusión mental hace que los pacientes sean incapaces de distinguir sus imágenes mentales de sus percepciones exteriores.

El compromiso vital en este tipo de cuadros es importante y la causa es siempre orgánica.

Los Delirium son cuadros frecuentes en el hospital y la contención mecánica se hace necesaria tanto para evitar el riesgo físico (caídas, fugas), como asegurar el tratamiento médico (suero, sondas de alimentación, oxigenoterapia...).

▪ Pacientes con cuadros PSICÓTICOS.

En los pacientes con cuadros psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, episodios maníacos, episodios depresivos graves, psicosis tóxicas...), el juicio de realidad está muy alterado, produciéndose frecuentes conductas anómalas, con marcado riesgo para el paciente y/o el entorno.

- **Pacientes con aumento significativo de ESTRÉS PSICOSOCIAL** que desbordan sus capacidades de afrontamiento y adaptación (trastornos graves de personalidad, trastorno por estrés agudo, retrasos mentales...).
- **Pacientes con INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS** (intoxicación o privación a alcohol, cocaína, cannabis, heroína, etc.). En estos pacientes, en múltiples ocasiones, se hace necesario la contención mecánica por los graves trastornos del comportamiento asociados a su patología.

1.4.3. Contraindicaciones.

No existen contradicciones absolutas para la contención mecánica dentro del sistema hospitalario, pero es importante reseñar que en los pacientes con problemas somáticos graves (insuficiencia respiratoria, cardíaca, crisis epilépticas), la contención mecánica debe realizarse bajo **vigilancia médica estricta** (monitorización).

No debe utilizarse la contención si es posible aplicar abordajes alternativos.

Tampoco como amenaza, castigo o intolerancia hacia el paciente.

No por comodidad del personal sanitario o demanda de otros pacientes.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

1.4.4. Abordajes alternativos 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:

- **Abordaje verbal.**

- = Objetivos

- Lograr una alianza con el paciente que nos permita realizar una evaluación diagnóstica de presunción.
- Negociar soluciones terapéuticas en base a las propuestas que haga el paciente y a las que puede brindarle el profesional.
- Disminuir la hostilidad y la agresividad.
- disminuir la hiperactividad y agitación psicomotriz.
- Prevenir posibles ataques violentos.
- Informar del carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autocontrol.
- Fomentar la verbalización de las preocupaciones y razones o impulsos que le motivan.

- = Procedimiento y técnica

Las pautas a seguir para mantener la seguridad del paciente, profesional y de los que le rodean son:

- Antes de hablar con el paciente conocer su historia clínica, para mejor manejo de la situación.
- Colocarse fuera del espacio personal del paciente (algo más lejos del alcance de sus brazos y piernas).
- Eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (ir a una sala silenciosa).
- Cambiar el entorno social:
 - A. Introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas tales como: una figura de autoridad, de fuerza, o que sea significativa para el paciente.
 - B. Sacando del contexto a las personas provocadoras o que presenten confrontación con el paciente.
- Posibilitar o facilitar la ejecución de respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas (pe. realizar alguna actividad física como pasear, llamar por teléfono....)
- Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos....tanto verbalmente como por escrito (pe. escucharle, prestarle mas atención...)
- Ayudar a la realización de respuestas desactivadoras: como relajación muscular, técnicas de respiración....).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

- Precauciones

- Asegurarse una vía de salida accesible .Si es posible hablar en un despacho con intimidad, pero con la puerta abierta o semiabierta, situándose el profesional cercano a ella, no habrá obstáculos ni para el paciente ni para el profesional .Una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad.
- No realizar las intervenciones en solitario siempre que sea posible.
- Los gestos no han de ser amenazantes, ni defensivos. Evitar gestos bruscos y espontáneos.
- La actitud ha de ser abierta, tranquila, que invite al diálogo.
- No mirar de forma directa y continuada al paciente. Las miradas fijas aumentan la hostilidad.
- Mantener al paciente dentro de nuestro campo visual.
- Intentar que el paciente y profesional estén sentados a la misma altura, siempre que sea posible

▪ **Medidas ambientales y/o conductuales.**

- Procurar un ambiente calmado y silencioso que evite reacciones de tensión o violencia.
- Permitir la presencia de personas que faciliten la relación con el paciente (figuras de autoridad, figuras significativas para el enfermo).
- Facilitar demandas posibles del paciente que aumenten su confianza y capacidad de acuerdo (realizar alguna actividad como pasear, llamar por teléfono...).
- Informar al paciente sobre su situación, llegada al hospital, proceder sanitario, finalidad de ayuda, ante demandas, quejas o críticas del mismo.
- Establecer acuerdos terapéuticos que ayuden a la relación con el paciente en el hospital y que éste acepte.

▪ **Contención farmacológica.**

- Se realiza mediante administración de psicofármacos que provocan una sedación superficial en el paciente.
- Se deben mantener medidas de soporte vital general: control de constantes (TA, tª, y FC) aconsejándose cada media hora en pacientes sedados y cada dos horas en pacientes sin riesgo.

2. DESCRIPCIÓN

2.1. RESPONSABLE Y EQUIPO.

Responsable de implantación: Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Dirección de Gestión.

Profesionales que intervienen en la contención:

- Facultativos,
- Enfermeras/os
- Auxiliares de enfermería
- Celadores de servicios y unidades asistenciales del HGUCR.
- Personal de seguridad si se precisase

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

2.2. CLIENTES Y OTROS GRUPOS DE INTERÉS.

- Pacientes atendidos en servicios y unidades asistenciales del HGUCR.
- Familiares/ acompañantes.
- Profesionales del HGUCR.

2.3. PROFESIONALES Y RECURSOS MATERIALES

▪ Profesionales.

- Indicación

La **indicación** de contención mecánica la hará el **médico responsable** del paciente. **Es aconsejable que el médico esté presente en la contención.**

Si la situación del paciente obliga a la toma de decisiones inmediata, **el enfermero/a está autorizado para iniciar el procedimiento y comunicarlo al médico en el menor tiempo posible.**

- Sujeción

El número óptimo de personas necesarias para sujetar a un enfermo es de **cinco**. Una para sostener cada extremidad del enfermo y otra para sujetarle la cabeza. **La sujeción la realizará el personal de enfermería y celadores.** Puede solicitarse la ayuda del personal de seguridad cuando el personal sanitario de turno se vea superado por las circunstancias.

▪ Recursos materiales

Las Unidades deben disponer y tener adecuadamente identificado el material necesario para realizar la contención mecánica:

- 1 cinturón abdominal
- 2 cintas para las muñecas
- 1 cinturón para las extremidades inferiores
- 2 cintas para los tobillos
- 1 llave magnética
- 9 botones magnéticos de fijación
- Alargaderas sí fuese necesario

▪ Registros documentales.

-- Cada indicación de sujeción y/o aislamiento deberá estar **reflejada de forma razonada por el médico en la historia clínica** del enfermo. El facultativo también hará constar que se ha proporcionado, cuando esto haya sido posible, información a familiares sobre la situación clínica del enfermo y la necesidad de controlar la misma mediante CM.

-- Además, por cada contención, se cumplimentará y firmará por parte del médico y del enfermero/a los **Formularios de Indicación y de Seguimiento de la CM** (Anexos I y II).

-- Se debe documentar el **consentimiento de paciente** (anexo III) o la **comunicación al juez** (V) de las contenciones involuntarias, si fuera preciso.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

-- La contención debe confirmarse en cada turno con la firma del médico y del enfermero/a que corresponda en el lugar reservado para ello.

▪ Medidas de seguridad y espacio físico

Características de un **espacio físico** adecuado para la atención al paciente agitado:

- Amplio, tranquilo, libre de objetos contundentes o afilados, con la adecuada disposición del mobiliario que permita la salida y un sistema de llamada al exterior para situaciones de emergencia.
- Si la situación lo permite, la intervención se realizará a solas con el paciente, el personal se situará lo más próximo a la salida y con suficiente distancia de seguridad. El acompañante podrá estar presente si actúa como elemento tranquilizador.
- Si el riesgo de violencia es elevado, el encuentro será con la puerta abierta o semiabierta y con otras personas fuera próximos a la puerta, o incluso de pie y presentes en la habitación.
- Mantener al paciente dentro del campo visual.
- No debemos exponernos a riesgos innecesarios. La presencia de personal suficiente tiene carácter persuasivo y tranquilizador. En casos extremos, no debemos esperar a ser agredidos para avisar a personal de seguridad.
- Si el paciente amenaza con armas, interrumpiremos la actuación, ya que esta situación excluye la intervención del profesional sanitario, no discutiremos y avisaremos al personal de seguridad o la policía (Anexo VI)

2.4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES ([FLUJOGRAMA](#)).

2.4.1. Antes de realizar la sujeción física hay que tener en cuenta:

- Información a paciente/ acompañantes del motivo de la contención. Consentimiento informado si la contención es voluntaria (anexo III).
- Evitar la expectación, alejando al resto de pacientes y al personal que no vaya a intervenir en la contención.
- La auxiliar de enfermería debe comprobar cuál es el estado de la cama y la disponibilidad del material necesario.
- Transmitir calma, autocontrol y confianza.
- El personal sanitario no debe mostrarse nunca agresivo hacia el paciente, ni física, ni verbalmente.
- Moverse hacia un lugar seguro evitando rincones.
- Alejar del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar las prendas de vestir y cualquier objeto que pueda dañarle (cinturones, relojes, pendientes, cadenas y otros objetos peligrosos).

2.4.2. Contención.

- **Traslado a la habitación (fig. 1).** El paciente debe trasladarse a una **habitación cercana al control de enfermería, solo**, evitando la entrada del resto de pacientes (privacidad y seguridad general).

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Si el paciente desea ir por su propio pie y su estado lo permite, puede ser suficientes dos personas que sujeten al enfermo por las axilas con la mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo, con firmeza pero sin lesionar al enfermo.

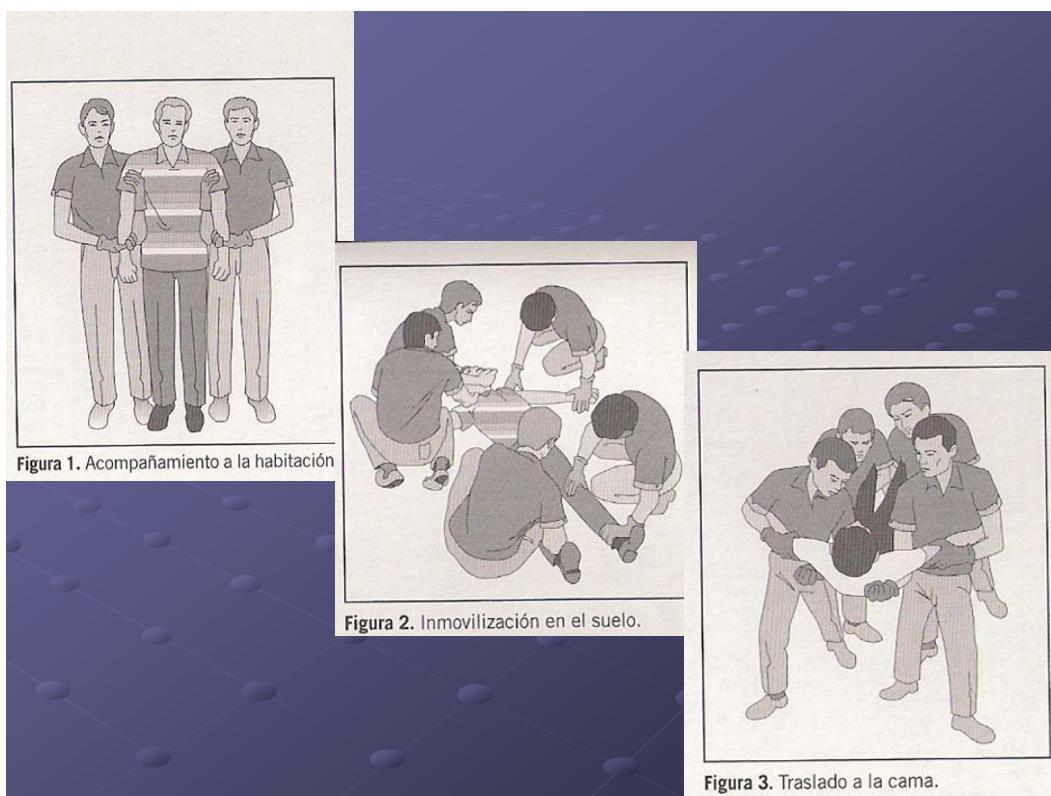
-- **Inmovilización en el suelo (fig. 2).** El paciente deberá ser colocado de espaldas sobre el suelo (si el paciente tiene disminuido el nivel de conciencia o está intoxicado, puede sustituirse el decúbito supino por el decúbito lateral), controlando su cabeza para evitar que se la golpee o que golpee a algún miembro del grupo. Una persona sujetará cada miembro. Para miembros superiores se sujetarán los hombros y antebrazos. Para los inferiores presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.

-- **Traslado a la cama (fig. 3).** El personal le sujetará por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza, frente-mentón, vigilando la correcta oxigenación del paciente y evitando compresión del cuello.

. Una vez reducido el paciente de extremidades superiores e inferiores, se le echará en la cama con las contenciones previamente preparadas y se abrochará primero el cinturón abdominal y seguidamente las cintas de las extremidades inferiores y superiores, comprobando su correcta colocación y que no comprometa la circulación sanguínea del paciente. **La cabeza debe estar semiincorporada para evitar broncoaspiración.**

Evitar golpes en la cabeza para prevenir de lesiones cerebrales.

Comprobar que, aún teniendo cierta movilidad, el paciente no puede producirse ningún tipo de lesión.



	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

2.4.3. Antes de retirarse de la habitación, el personal se cerciorará de lo siguiente:

Las fijaciones están bien aseguradas.

- Los puntos de contacto de las sujeciones con la piel del paciente están bien acolchadas con algodón, gasas o cualquier otro material suave.
- Los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes o cadenas, los objetos punzantes, cortantes, incendiarios y cualquier otro potencialmente peligroso se han retirado.
- Se es necesario, se sitúa al paciente en una habitación sólo. Si el enfermo permanece en una habitación compartida se debe sugerir a sus compañeros de habitación que la abandonen temporalmente hasta nuevo aviso y advertirles que no deben proporcionarle al paciente contenido objetos potencialmente peligroso, ni cederles cigarrillos, alimentos, etc., debiendo avisar al personal sanitario si el paciente les hace alguna demanda.



2.4.4. Riesgos de la contención mecánica.

El conocimiento de los riesgos físicos y psicológicos derivados de la contención física, es útil en la prevención de los mismos:

En la contención abdominal:

- Ahorcamiento.
- Dificultad respiratoria.
- Compresión nerviosa.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

En la contención de extremidades:

- Obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis).
- Compresión nerviosa.
- Edemas.
- Hematomas.

Riesgos generales:

- Alteración de la integridad cutánea.
- Caídas.
- Bronco-aspiración.
- Incontinencia.
- Estreñimiento.

Y en general, todas las complicaciones derivadas de la inmovilización, problemas circulatorios, pérdida de fuerza y tono muscular, dependencia física y emocional del paciente...

2.4.5. Observación del paciente contenido.

Un paciente sujeto y/o aislado requiere una máxima atención en el procedimiento y evaluación de sus necesidades.

a) Facultativo.

- Todo enfermo, que haya sido contenido, debe ser atendido y **valorado por el médico a cuyo cargo se encuentra el paciente o por el facultativo de guardia, en la primera hora** una vez instaurada la sujeción para realizar la evaluación de la situación clínica del paciente y determinar el origen de la conducta que motivó la indicación de la contención física, así como para solicitar las pruebas complementarias que se estimen oportunas e instaurar la pauta farmacológica a administrar para alcanzar lo más rápidamente posible la mejoría del enfermo.

- Los criterios de elección de la vía de administración de la medicación, oral o parenteral, depende del grado de colaboración del enfermo, de la intensidad de la agitación y de la enfermedad subyacente. Es obvio, que cuanto más rápidamente se logre la mejoría del enfermo, menos necesaria será la contención física.

El médico responsable del caso realizará **al menos una visita en cada turno** para interesarse por la evolución de la situación clínica del paciente y de cómo transcurre la contención física. Como ya se ha señalado, firmará, junto al enfermero/a la confirmación de la indicación de sujeción y/o aislamiento en el correspondiente formulario de indicación.

Durante la CM la atención al paciente será la propia del contenido y la relacionada con su patología de base.

- **Si la contención sobrepasa las 24 horas, fraxiheparina subcutánea** (anexo IV).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

b) Enfermera/o.

- La enfermería hará una **visita al enfermo contenido cada 2 horas como máximo**, al objeto de examinar al paciente, rellenando el correspondiente Formulario de Seguimiento (anexo II) y de verificación de la Contención Mecánica (anexo VII).
 - Comprobar el estado de las correas y preguntar al paciente si tiene alguna necesidad.
 - Comprobar las **posibles erosiones** que se pueda hacer el paciente en estado de agitación.
 - Si la situación de agitación y/o violencia lo permite, podrá liberarse un miembro de manera alternativa para prevenir complicaciones y poder realizar necesidades vitales de nutrición y eliminación, bajo la supervisión de la enfermera.
 - Vigilar toma de medicación oral. Si negativa, se administrará inyectable IM según prescripción médica.
 - Se evitarán ruidos y se procurará que el paciente esté lo más relajado posible.
 - Se debe procurar que el paciente esté con **ropa cómoda**, el pijama del hospital.
 - Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
 - Toda contención debe controlarse periódicamente con el fin de **asegurar una buena circulación de los miembros y prevenir complicaciones**. Por ello, se valorarán los siguientes signos: temperatura de la parte distal de los miembros sujetos, presencia de signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción) y su coloración (palidez, cianosis), aparición de parestesias y disestesias en miembros superiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad).

c) Auxiliar de enfermería

- El **aseo será diario** y siempre que el paciente lo precise.
- **Dieta blanda** durante la contención. Se le ayudará a comer, comprobando la cantidad de alimento que ingiere.
- Anotará la ingesta y eliminación de líquidos.
- Controlará con **rondas de vigilancia periódicas** a cualquier paciente bajo contención física, revisando cada vez el estado general del paciente, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir, anotando en las hojas de observación las incidencias de cada visita. Las visitas de control se harán **cada 30 minutos y cada 15 minutos si el paciente está intoxicado o con disminución del nivel de conciencia**. Si la situación de agitación y/o violencia lo permite, podrá liberarse un miembro en cada visita de control, de manera alternativa, para prevenir complicaciones. La mano debe descansar en la cama, no dejarla colgando.

d) Celador

Además de en la contención mecánica y retirada de la misma, el celador colaborará con enfermeras/os y auxiliares de enfermería en la movilización de estos pacientes para la higiene, necesidad de ir al baño, inmovilización para administrar inyectables, cambio de ropa etc.

e) Personal de seguridad

Si el personal sanitario de turno se vea superado por las circunstancias, se solicitará la presencia de seguridad (anexo VI).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

2.4.6. Retirada de la contención.

La CM debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado (sedación química, retorno a la calma, seguridad para el paciente y para su entorno, restablecimiento de límites, colaboración del paciente en la aplicación de medidas de tratamiento...).

La decisión de retirarla corresponde al médico, siendo informado por el enfermero/a que han cesado las razones que hicieron necesaria su aplicación. La supresión de la contención y la liberación subsiguiente se hará de forma gradual, una mano, un pie, hasta la contención de tres puntos en cruz (mano - abdomen - pie contrario a la mano). No descontener sin la presencia de personal suficiente y sin valoración psicopatológica previa. En el momento de la liberación completa estarán presentes no menos de tres personas.

Resuelta la contención, evaluar con el personal y el paciente las circunstancias que han rodeado la adopción de la medida (reunión “*debriefing*”).

Las sujeciones mecánicas deben ser retiradas cuando no se estén utilizando con el paciente, no debiendo ser colgadas de la cama, colocadas entre las sábanas ni sueltas debajo de la cama o en la habitación, puesto que se corre el riesgo de manipulación de la mismas por el paciente, además de ser un elemento que puede ser percibido como amenazante .

Cuando se retiren las contenciones hay que asegurarse de que no faltan tornillos ni cierres magnéticos y que no han sufrido alteraciones que afecten a su posterior eficacia. Si están deterioradas se retirarán de su uso, comunicándolo a la supervisora de enfermería y procediendo a su reparación.

Después de la contención mecánica se terminará de cumplimentar el documento de **verificación de la contención mecánica** (anexo VII).

2.4.7. Derivación del paciente

Tras el control de los síntomas valoraremos la actitud a seguir en función del tipo de agitación que hemos abordado, los antecedentes del paciente, su situación sociofamiliar y la disponibilidad de seguimiento.

-- Las agitaciones de origen orgánico y cuadros confusionales generalmente van a requerir estudio en servicio de urgencias del hospital e ingreso en servicio correspondiente.

-- La agitación de origen psicótico generalmente requiere (a veces de forma involuntaria) ingreso en psiquiatría.

-- La agitación de origen situacional o ansioso, tras su control inicial, suele permitir derivar al paciente a su domicilio, médico de familia, unidad de salud mental y/o recursos sociosanitarios.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

-- Los cuadros relacionados con consumo de sustancias pueden tener respuestas variables: observación inicial en urgencias, remisión al médico de familia, unidades de conductas adictivas, unidades de salud mental, recursos sociosanitarios o valoración de ingreso en psiquiatría.

-- En las situaciones de violencia, presencia de armas, delitos... tendrán que intervenir las fuerzas de seguridad.

3. MARCO NORMATIVO

Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere, que la persona afectada haya sido informada previamente en forma suficiente y adecuada y de su consentimiento específico y libre.

Consentimiento Informado (CI). Ley 41/2002. Toda actuación necesita del consentimiento libre y voluntario tras apropiada información.

El CI será verbal salvo en intervención quirúrgica, técnicas invasoras, procedimientos arriesgados con repercusión negativa para el paciente.

El paciente puede revocar por escrito su CI.

Definiremos **Capacidad para la toma de Decisiones Sanitarias (CTDS)** como la capacidad del paciente para recibir, comprender y retener la información relevante sobre la situación clínica, con la posibilidad de poder efectuar una elección entre las diferentes opciones y sus alternativas, de acuerdo con el sistema de valores personales. Lo que se valora es la capacidad mental adecuada para tomar estas decisiones.

En el caso que el médico responsable considere que el paciente no es capaz de hacerse cargo de la situación clínica por encontrarse en un estado físico o psíquico que le impida la capacidad de comprender y decidir, el consentimiento tendrá que obtenerse de los familiares, de los representantes legales o de las personas que están vinculadas a él.

Se consideran límites al Consentimiento Informado.

- renuncia del paciente a recibir información aún aceptando el procedimiento de que se trate (constancia por escrito).
- riesgo para la salud pública.
- riesgo inmediato y grave para la salud (urgencia).

Se otorgará consentimiento por representación:

- incapacidad psíquica o física.
- incapacidad legal.
- menores (si el menor está emancipado o tiene más de 16 años decidirá éste; si el menor tiene al menos 12 años se tendrá en cuenta su opinión).

La Capacidad para la toma de Decisiones Sanitarias puede verse comprometida en determinado tipo de patologías (alteraciones de conciencia, enfermos mentales, intoxicaciones).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

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.
- **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 del internamiento de personas que no estén en condiciones de decidirlo por sí. En efecto, el art. 763 LEC 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 de autorización judicial...."

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 la CM como su mantenimiento en el tiempo, incluyéndose los documentos señalados en este protocolo, y que procede sean homologados como documentos de la Historia Clínica.

Consentimiento. Contención Voluntaria.

En los supuestos excepcionales en los que el paciente, con capacidad y en condiciones de decidir, de 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** (Anexo III).

Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se informará, cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a las personas vinculadas con el paciente.

Comunicación al Juez. Contención Involuntaria.

a) El médico responsable, a través de la administración del hospital, comunica en el plazo de 24 h. todos los **ingresos psiquiátricos** involuntarios. Pacientes con ingreso psiquiátrico voluntario que requieran de CM, si en unas horas no remite el cuadro clínico que justificó la contención, se pasará el ingreso a involuntario y se comunicará al Juez.

b) **Pacientes ingresados en otros servicios hospitalarios que requieran CM por causas no psiquiátricas, inicialmente no se comunicarán al juez**, siendo los criterios a seguir los relacionados con la buena praxis médica (lex artis, protocolos).

En caso de pacientes que, por su patología, requieran de contención durante períodos prolongados de tiempo (semanas, meses), se plantearía comunicación al juzgado ante la presumible irreversibilidad del cuadro y/o prolongada incapacidad para la toma de decisiones sanitarias del paciente.

La comunicación se realizará cumplimentando el documento habilitado para ello (anexo V) y envío por fax al juzgado de guardia (consultar número a centralita o admisión de Urgencias).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

4. EVALUACIÓN

4.1. ESTÁNDARES E INDICADORES DE EVALUACIÓN

1) Cumplimiento de protocolo:

Criterio: se debe verificar la realización de las actividades programadas en el protocolo (anexo VII).

Indicador:

Nº de pacientes contenidos con protocolo cumplimentado adecuadamente $\times 100$

Nº de enfermos con contención mecánica

Estándar: $\geq 95\%$

2) Control de la agitación eficaz:

Criterio: Con la atención, el enfermo con agitación psicomotriz con contención verbal o mecánica, y tratamiento farmacológico se llega a conseguir el control de la agitación en 2 horas.

Indicador:

Nº de enfermos agitados con contención verbal ó mecánica y tratamiento que a las 2 horas están controlados $\times 100$

Nº de enfermos con contención verbal ó mecánica y tratamiento farmacológico

Estándar: $\geq 95\%$

3) Evaluar retirada de la sujeción mecánica:

Criterio: Los enfermos con agitación psicomotriz controlada durante al menos de 6-12 horas requerirá la retirada de la contención mecánica.

Indicador:

Nº de enfermos con retirada de contención mecánica a las 6-12 horas de estabilización de la agitación $\times 100$

Nº de enfermos tratados con contención mecánica

Estándar: $\geq 95\%$

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

4) Adecuación del proceso de consentimiento informado / comunicación a juzgado

Criterio: Los documentos de consentimiento informado y de comunicación al juzgado deben estar adecuadamente cumplimentados.

Indicador:

Nº de documentos de consentimiento informado /comunicación al juzgado cumplimentados y firmados

Nº de documentos evaluados

Estándar: >=95%

4.2. PLANIFICACIÓN DE EVALUACIÓN

- Cuándo: anualmente.
- Quién: Dirección Médica/ Enfermería/ Gestión en colaboración con UD. Calidad
- Cómo: según estándares e indicadores
- Fuentes de información: Historia Clínica, órdenes de Tto./cuidados, hojas de evolución y hojas de tratamiento
- Plan de mejora periódico.

5. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

- 1.1. Original escrito y firmado en la Unidad de Calidad
- 1.2. Copia electrónica en pdf en la Unidad de Calidad
- 1.3. Copia electrónica en pdf en el Servicio de Informática

(Aparte de estas copias obligatorias pueden existir copias controladas con objeto de mejorar el cumplimiento del protocolo. Se debe especificar todas las copias controladas del documento original con objeto de que en revisiones posteriores sean sustituidas las antiguas por las vigentes).

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

6. ANEXOS

Anexo I. Formulario de Indicación.

  <u>ANEXO I. INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA</u>	Nº Historia Clínica Nombre..... 1º Apellido..... 2º Apellido..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Sexo..... Domicilio..... Fecha.....
	Fecha de indicación:..... Hora de indicación: Nombre y firma de los responsables de la indicación: Personal de enfermería Fdo:.....
¿Se precisó la colaboración del Personal de Seguridad? Sí ☐ No ☐ Se rellenó formulario ☐	
Indicaciones de la contención: ☐ Riesgo de lesiones para el propio paciente (autolesiones, caídas accidentales,...) ☐ Riesgo de lesiones para otras personas (enfermos o personal sanitario) ☐ Riesgo de interrupción del proceso terapéutico (arrancarse vías, sondas, otros sistemas) ☐ Riesgo de daños físicos en el servicio (mobiliario, equipo terapéutico,...) ☐ Solicitud voluntaria, aceptada por equipo médico ☐ Para reducir estímulos sensoriales (aislamiento) ☐ Otros (especificar).....	
Tipo de sujeción: ☐ Miembros superiores ☐ Miembros inferiores ☐ Cintura	
Situación clínica del paciente: Diagnóstico: COLABORACIÓN DEL PACIENTE: SI ☐ NO ☐ Estado: ☐ Agitado ☐ Violento/agresivo ☐ Confuso/desorientado ☐ Impulsividad suicida OBSERVACIONES: 	

PROTOCOLO ASISTENCIAL

Código
GFH/comision-Nº

Nº Rev: 1

Fecha Rev: 18/05/10

Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Medios fracasados antes de la contención mecánica:

- ☐ 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 relacionado con la contención:

Medicación	Vía	Hora	Firma

Confirmación de la indicación de la contención:

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

Fecha	Turno	Firma médico	Firma enfermero
	☐ Mañana		
	☐ Tarde		
	☐ Noche		
	☐ Mañana		
	☐ Tarde		
	☐ Noche		
	☐ Mañana		
	☐ Tarde		
	☐ Noche		

¿Ha sido necesario realizar parte de lesiones previo a la contención mecánica?

- ☐ No
 ☐ Sí (Comunicación judicial)

¿Se han producido lesiones durante la contención?

(Heridas, erosiones, laceraciones, quemaduras,...)

- ☐ No
 ☐ Sí (detallar en la Historia Clínica)

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo II. Formulario de Seguimiento de Enfermería.

		Nº Historia Clínica..... Nombre..... 1º Apellido..... 2º Apellido..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Sexo..... Domicilio..... Fecha.....
ANEXO II. FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA DE CONTENCIÓN MECÁNICA		

Estas observaciones no excluyen las rutinarias para pacientes internados que figurarán en la hoja de recogida de datos correspondiente.

FECHA. _____

TURNOS	MAÑANA	FIRMA	TARDE	FIRMA	NOCHE	FIRMA
CONSTANTES VITALES						
T.A.						
PULSO						
TEMP.						
ALIMENTACIÓN						
Come con ayuda						
Precisa hidratación						
ELIMINACIÓN						
En baño						
En cama						
HIGIENE						
Baño						
Cama						
Estado piel						
TIPO SUJECIÓN						
Completa						
Parcial						
REVISIÓN						
Mano I. o D.						
Pie I. o D.						
Cintura						
AMBIENTE						
VENTILACIÓN						

COMENTARIOS:

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo III. Formulario de Consentimiento Informado para CM (paciente)

 Hospital General CIUDAD REAL  sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha <u>ANEXO III. CONSENTIMIENTO INFORMADO</u>	Nº Historia Clínica..... Nombre..... 1º Apellido..... 2º Apellido..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Sexo..... Domicilio..... Fecha.....
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA. D./Dña. _____, mayor de edad, con DNI _____, ingresado en el Servicio de _____ del Hospital General de Ciudad Real DECLARA: ☐ Que acepta ser contenido mecánicamente o aislado, en una habitación preparada para ello, como parte de la medidas terapéuticas previamente acordadas con los médicos que me atienden. Se me ha explicado detalladamente las indicaciones de ese procedimiento, sus fundamentos y objetivos a alcanzar, aplicados a mi caso, así como la existencia de otras terapias diferentes al mismo. Acepto voluntariamente dicha limitación de movimientos, finalizando cuanto médicamente se considere y/o yo lo solicite voluntariamente. Ciudad Real a ____ de ____ de ____ Fdo. _____ El paciente (firma, nombre y apellidos) Fdo. _____ Fdo. _____ Médico/a Enfermero/a	

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo IV. Tratamiento farmacológico.



ANEXO IV. ABORDAJE FARMACOLÓGICO

La indicación de tratamiento farmacológico urgente y la vía de administración dependerán del grado de agitación y de la sospecha diagnóstica.

1. Agitación de causa orgánica.

Si la causa o los factores precipitantes del síndrome confusional agudo son identificados se administrará el tratamiento específico.

--- De elección: **Haloperidol** 2,5-5 mg. i.m. repetible cada 30-60 min. Dosis máxima al día 100 mgrs. Presenta escasos efectos cardiovasculares, anticolinérgicos o respiratorios. Riesgo elevado de efectos extrapiramidales, aunque se desaconseja el uso preventivo de **Biperideno** (Akinetón) por posible agravamiento del cuadro confusional. En ancianos reducir a 1/2 ó 1/3 la dosis.

--- Alternativas: **Risperidona** (Risperdal) 0,5-2 mg./ día en 2 tomas.
Olanzapina (Zyprexa) 10 mgrs. comp. velotab vo o im. Puede repetirse a las 2 y 4 horas. Dosis máxima al día 30 mgrs.
Tiaprida (Tiaprizal) (100-200 mgrs. oral, im o iv).

--- Utilizar con precaución:
Levomepromacina (Sinogán) 25-50 mgrs. im o **Clorpromacina** (Largactil) 25-50 mgrs.(neurolépticos sedativos) por sus efectos cardiovasculares, anticolinérgicos y convulsivógenos.

Benzodiacepinas. Riesgo de desinhibición paradójica y depresión respiratoria.
Loracepán (Orfidal) 5-10 mgrs. vía oral. **Diacepán** (Valium) 5-10 mgrs. vo, im, iv. **Cloracepato Dipotásico** (Tranxilium) 10-50 mgrs. vo o im.

--- En la agitación asociada a la demencia:
Indicado: **Haloperidol**. Se ha mostrado efectivo a dosis > 2 mg. al día. Se dará durante poco tiempo, no más de 3-6 semanas, por aumento de efectos extrapiramidales.
Loracepán, 1-5 mgrs. vía oral.

Contraindicado: **Olanzapina** por aumento de mortalidad
Risperidona se utilizará con precaución por demostrado aumento de accidentes isquémicos cerebrales sobre todo en mayores de 75 años.

--- Los pacientes con Demencia por Cuerpos de Lewy empeoran con neurolépticos, en este caso usar Benzodiacepinas.

--- **Propranolol** (Sumial). Los betabloqueantes son fármacos que se han mostrado efectivos para el control de la agitación y la agresividad asociada a pacientes con daño cerebral adquirido. Sin embargo, su utilidad viene limitada por sus efectos secundarios como hipotensión y bradicardia, sobre todo a dosis elevadas.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

2. Agitación de causa psiquiátrica.

2.1. Agitación psiquiátrica psicótica:

--- Elección: Haloperidol.

Dosis inicial de 2,5 a 5 mgrs. oral, im. o iv.

Dosis repetible cada 30-60 minutos hasta calmar al paciente.

Dosis máxima al día 100 mgrs.

Efectos adversos destacables: distonía aguda que se puede tratar con Biperideno (Akineton) 2,5-5 mgrs. im., y acatisia aguda con Benzodiazepinas.

--- Alternativas: Zuclopentixol acufase (Cisordinol acufase). Las dosis habituales utilizadas son 50 a 150 mgrs (1-3 ml) por vía intramuscular, recomendando 100 mgrs., como dosis única. Podría estar indicado ante el riesgo de agresividad persistente, consigue mantener niveles plasmáticos de 2 a 3 días. Efectos secundarios extrapiramidales

Olanzapina. La dosis inicial recomendada para la inyección de Olanzapina es de 10 mg, administrada en una sola inyección intramuscular. Se puede administrar una dosis inferior (5 mg o 7,5 mg) a la recomendada, según el estado clínico del individuo. Se puede administrar una segunda inyección de 5-10 mg, dos horas después de la primera, según el estado clínico del individuo. La dosis máxima diaria de Olanzapina (incluyendo Olanzapina oral) es de 30 mg, en no más de tres inyecciones en cada período de 24 horas.

Risperidona. Sólo existen para cuadros agudos en presentación oral (comprimidos, flas o solución). Dosis inicial recomendada 2-3 mgrs. Dosis máxima al día 9 mgrs. Las dosis por encima de 10 mgrs/día no han demostrado ser más eficaces que las dosis más bajas y aumentan el riesgo de síntomas extrapiramidales.

Ziprasidona (Zeldox) 40 mg. dos veces al día. Dosis máxima al día 160 mgrs. (vía oral). La dosis recomendada para la vía intramuscular es de 10 mgrs, administrada a demanda hasta una dosis máxima de 40 mgrs/día. Se pueden administrar dosis de 10 mgrs cada 2 horas. Algunos pacientes pueden requerir una dosis inicial de 20 mgrs a la cual le puede seguir una nueva dosis de 10 mg transcurridas 4 horas. Después pueden administrarse dosis de 10 mgrs cada 2 horas hasta una dosis máxima diaria de 40 mgrs. No se ha estudiado la administración intramuscular de Ziprasidona durante más de 3 días consecutivos.

--- Si no podemos usar los neurolépticos, o no están disponibles, utilizaremos Benzodiazepinas: Diacepán 5-10 mg, Loracepán 2-5 mgrs o Cloracepato dipotásico 20-50 mgrs. 3-4 veces al día, preferible la vía oral.

--- Si con un fármaco no es posible el control del paciente, podemos asociar al neuroléptico una Benzodiazepina: Haloperidol a la dosis referidas más Diacepán 5-10 mgrs. oral o im., Loracepán 2-5 mg. oral, o Cloracepato dipotásico 20-50 mg. vo/im. El Haloperidol puede repetirse cada 30-60 min.

--- También se pueden asociar estas Benzodiazepinas a los neurolépticos atípicos.

--- En ancianos, como norma, reducir la dosis a la mitad.

Haloperidol, recomendado, en los cuadros con agresividad o agitación severa.

Risperidona se usará con precaución por el aumento de riesgo de accidentes isquémicos cerebrales.

Si presentan demencia asociada no utilizar Olanzapina por aumento de accidentes isquémicos cerebrales.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

2.2. Agitación psiquiátrica no psicótica.

--- Crisis de ansiedad o situacionales, vía oral o im., recomendado el uso de Benzodiacepinas, sobre todo si no síntomas psicóticos ni consumo de alcohol. Loracepán, Diacepán o Cloracepato a dosis indicadas.

--- Agitación relacionada con consumo de tóxicos y formas mixtas.

En general no son aconsejables los neurolepticos, sobre todo Haloperidol, por disminuir el umbral convulsivo especialmente ante delirium tremens, cuadro de abstinencia a Benzodiacepinas o agitaciones con fondo comicial. Utilizar en estos casos Benzodiacepinas a dosis indicadas.

De elección las Benzodiacepinas en situaciones de abstinencia a alcohol, sedantes y a opiáceos. También en intoxicaciones por cocaína, anfetaminas y fenciclidina.

3. Profilaxis antitrombótica.

Todo paciente sometido a contención mecánica por su mantenida situación de inmovilidad es susceptible de profilaxis antitrombótica.

Se realizará con Fraxiparina 0,4 ml/sc/24h. o Clexane 40 mg/sc/24h.

Las contraindicaciones de este tipo de tratamiento son las del propio fármaco antitrombótico o aquellas relacionadas con los antecedentes y situación clínica del paciente.

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo V. Comunicación al Juzgado.



D....., Licenciado en Medicina, Médico del Hospital General de Ciudad Real

COMUNICA

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 por 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 se le informa para su conocimiento y efectos oportunos.

Fdo: Dr.

En Ciudad Real, a de de

JUZGADO DE GUARDIA DE CIUDAD REAL

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo VI. Solicitud de intervención del personal de Seguridad.



ANEXO VI. SOLICITUD DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO DE SEGURIDAD

TIPO DE INTERVENCIÓN:

- ☐ Vigilancia
- ☐ Traslado
- ☐ Contención

SOLICITANTE:

- ☐ Médico:
- ☐ Enfermería:

FECHA Y HORA DE LA PETICIÓN:

Fecha:

Hora:

LUGAR DE LA INTERVENCIÓN:

- ☐ Urgencias
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Otros Servicios:

Firma del solicitante:

	PROTOCOLO ASISTENCIAL	Código GFH/comision-Nº
		Nº Rev: 1
		Fecha Rev: 18/05/10
		Periodicidad Rev: ANUAL

TITULO: CONTENCIÓN MECÁNICA

Anexo VII. Verificación De la contención mecánica.



ANEXO VII. VERIFICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

UNIDAD:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA.....

HORA.....

DURACIÓN DE LA CONTENCIÓN.....

	SÍ	NO
1. ¿Se ha informado al paciente y a la familia el motivo de la contención?		
2. ¿Se ha evitado la violencia?		
3. ¿Se ha evitado la presencia de pacientes y personal ajeno?		
4. ¿Han intervenido el número correcto de personas según protocolo?		
5. ¿Se han fijado previamente a la cama los cinturones de seguridad?		
6. ¿Se ha comprobado la correcta colocación de las contenciones al enfermo?		
7. ¿Se ha comprobado que el paciente no puede producirse lesión?		
8. ¿Se ha comprobado los aspectos legales tenidos en cuenta a la hora de la contención?		
9. ¿Se ha comunicado de forma inmediata al psiquiatra?		
10. ¿Se ha comprobado que el registro de valoración del enfermo contenido es correcto?		
11. ¿Se ha realizado reunión de defrieffing con el personal al terminar la contención?		
12. ¿Se le ha preguntado al paciente (ya descontentado) sobre su idea de la contención?		
OBSERVACIONES :		