



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Presentación

Con el objetivo de unificar en un nuevo protocolo de contención de pacientes los ya existentes en todas las áreas sanitarias, desde la Consejería de Sanidad se ve la necesidad de elaborar en uno solo los ya existentes, por lo que se forma un grupo de trabajo multidisciplinar a tal efecto.

Para ello se revisa toda la documentación existente en las Áreas Sanitarias, en la que habían participado grupos multidisciplinarios y en tres de las cuales fueron revisados por sus Comités de Bioética, así como una amplia bibliografía que nos aporta evidencias ya existentes sobre el abordaje de la Contención de pacientes.

Se toma como modelo el protocolo en elaboración del área V por ser el más actualizado y el que incorporaba todos los requisitos para la documentación en HCE.

Una vez elaborado el borrador del protocolo de contención se envía a revisores externos al grupo de trabajo.

COORDINACIÓN:

Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (UCOSAM).

Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

D. José Ángel Arbesú Prieto. *Coordinador UCOSAM.*

Dña. Gema Vitos Sánchez. *Técnico UCOSAM.*

AUTORES:

D. Ignacio López Fernández. *FEA Salud Mental. Área Sanitaria II.*

Dña. Josefa Alonso Fernández. *Supervisora U.H. Psiquiátrica HUCA. Área Sanitaria IV.*

Dña. Margarita del Valle García. *Supervisora U. de Calidad. Área Sanitaria V.*

Dña. Rosa M^a González Llana. *TCAE Dirección de enfermería. Área Sanitaria V.*

D. Ignacio González Iglesias. *Coordinador Unidad Calidad Área. Área Sanitaria V.*

D. Hilario García Prada. *Director AGC Salud Mental. Área Sanitaria V.*

Dña. Mónica Antuña Díaz. *Responsable de Calidad. Área Sanitaria V.*

Dña. Ana Esther Sánchez. Gutiérrez. *Directora AGC Salud Mental. Área Sanitaria VII.*

D. Celso Iglesias García. *Director AGC Salud Mental. Área Sanitaria VIII.*

REVISORES:

Se envió el borrador del documento a todas las Unidades de Calidad de las ocho Áreas Sanitarias. Se reciben aportaciones de:

Unidad de Calidad Área II

Unidad de Calidad Área III

Unidad de Calidad Área VII

Unidad de Calidad Área VIII

Dña. Rosario Fernández Flórez. *Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad.*

Dña. M^a Luisa Nicieza García. *Coordinación de Farmacia de Servicios Centrales del SESPA.*

Dña. Paz González Calvo. *Coordinación de Farmacia de Servicios Centrales del SESPA.*

D. Sergio Gallego Riestra. *Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas.*

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS.....	8
3. ALCANCE.....	8
4. RESPONSABILIDADES.....	8
5. DEFINICIÓN	8
6. INDICACIONES,CONTRAINDICACIONES Y OTRAS CONSIDERACIONES	9
7. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	9
8. SISTEMATICA OPERACIONAL DE LA CONTENCION.....	10
8.1 MEDIDAS PREVENTIVAS.....	10
8.2 CONTENCIÓN VERBAL.....	10
8.3 CONTENCION FARMACOLÓGICA.....	12
8.4 CONTENCIÓN MECÁNICA.....	17
9. EVALUACIÓN DEL USO DE CONTENCIONES.....	21
10. CONSIDERACIONES SOBRE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO.....	22
11. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	22
12. ABREVIATURAS.....	24
13. AGRADECIMIENTOS	25
14. ANEXOS.....	28
ANEXO I.EQUIPO DE SUJECCIÓN	28
ANEXO II.FORMATOS/REGISTROS HCE SELENE/MILLENIUM.....	29
ANEXO III. CONTENCIÓN EN OTRAS SITUACIONES	37
CONTENCIÓN MECÁNICA EN OTROS AMBITOS.....	37
CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL MENOR DE EDAD.....	38
ANEXO IV.COMUNICACIÓN AL JUEZ	40
ANEXO V.CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA	41
ANEXO VI.ALGORITMO DE DECISIÓN	43

Introducción

Uno de los derechos fundamentales de los pacientes es el de proporcionarles cuidados de calidad garantizando siempre la seguridad en los mismos.

Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas pueden presentarse como síntoma aislado o asociados a distintas enfermedades.

Las guías clínicas y protocolos para el control de las alteraciones de conducta y la agitación psicomotriz contemplan diferentes estrategias de contención, debiéndose utilizar la que resulte menos restrictiva.

La mera contención ambiental puede aminorar las consecuencias de los problemas de conducta de determinados pacientes mediante barreras físicas estructurales (control de acceso, puertas cerradas, etc.), la adecuación del mobiliario y material (anclado, bajo llave, etc.), el control de estímulos (espacio sin interferencias de otros pacientes, sin ruidos bruscos, etc.) o la presencia de personal adecuado en número, formación, aptitud y actitud.

En ocasiones, la situación puede requerir la intervención activa del personal que comprenderá siempre técnicas de contención verbal y puede llegar a precisar la contención psicofarmacológica y/o la contención mecánica.

Supone un dilema ético entre los Principios de Autonomía (limitación de la libertad del paciente) y de Beneficencia (deseo bienintencionado de protección al paciente, a su entorno y de autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida).

Debemos respetar la intimidad, confidencialidad y vulnerabilidad de la persona sometida a una contención mecánica. Lo íntimo se refiere a lo más interior de nosotros y tiene que ver con la dignidad de las personas. Por tanto, cualquier intervención por parte del personal sanitario, debe respetar ese derecho a la intimidad del paciente, realizando la contención en un lugar protegido de la mirada de los demás pacientes y evitando una vez instaurada, en la medida de lo posible, quedar expuesto innecesariamente a la mirada de terceros.

Procurar la mayor 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, procurando un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico.

Esta actuación tiene unas connotaciones éticas y legales muy importantes, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra el paciente. Es precisa una especial sensibilización de los profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada al paciente y familia y el cuidado de la persona atendida.

2. Objetivos

- Definir y establecer las condiciones de aplicación de la contención como recurso terapéutico, de cara a reducir la variabilidad en la práctica clínica del personal sanitario.
- Garantizar la seguridad del propio paciente y la de terceras personas.
- Prevenir daños al entorno.
- Prevenir complicaciones que se deriven de su uso.
- Evitar alteraciones en el plan terapéutico propio o del resto de pacientes (retirada de vías, sondas, caídas....)

3. Alcance

Este procedimiento será de aplicación a todos los profesionales de la Red SESPA: Unidades de Salud Mental, Centros Hospitalarios y Atención Primaria en los cuales sea necesario aplicar contención farmacológica y/o contención mecánica.

4. Responsabilidades

Este procedimiento es de obligado cumplimiento para todo el personal sanitario y no sanitario de la red SESPA que participe en la aplicación de contención como medida terapéutica a los pacientes.

Es necesaria la formación continuada y entrenamiento del personal. Ésta ha de abarcar a todos los profesionales que aplicarán las contenciones y a todos los supuestos y dispositivos.

5. Definición

Entendemos por contención el uso de procedimientos preventivos, verbales, farmacológicos y/o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos parciales o totales de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera infringir.

6. Indicaciones, contraindicaciones y otras consideraciones

Indicaciones

- Control de la agitación y alteraciones de la conducta que supongan daño para el propio paciente, terceras personas o elementos del entorno.
- Instauración y aseguramiento de medidas necesarias para evitar alteraciones en el plan terapéutico como sondajes, uso de vía parenteral, oxigenoterapia y otros sistemas de soporte vital.
- Existencia de riesgos de autolesiones y suicidio.
- Existencia de riesgo de caídas.
- Cuando lo solicite el propio paciente y haya causa justificada clínica y/o terapéutica.
- Como parte de un programa de modificación de conducta, previamente explicitado.

Contraindicaciones

- Ausencia de una adecuada valoración de la situación por personal sanitario.
- Imposibilidad de prestar supervisión de la contención y cuidados complementarios.
- Como sustitución de tratamientos previos.

Otras consideraciones

No debe aplicarse en caso de:

- Déficit de formación en los profesionales.
- Como castigo o como método para controlar una transgresión o conducta molesta.
- Por comodidad del equipo asistencial o conveniencia de los demás pacientes.
- Asistencia defensiva frente a reclamaciones o demandas judiciales.

7. Prevención de las complicaciones

El paciente con contención mecánica y/o farmacológica está en una situación muy vulnerable que deberemos conocer para prevenir complicaciones.

Prevenir las complicaciones asociadas a la inmovilización:

a) Vigilar las zonas de contacto con la cama e implantar las estrategias de prevención y evaluación de las mismas aplicando medidas de prevención de UPP (Úlceras por presión) y evitar lesiones (FAD - Alerta inmovilización pacientes). Hay que ser especialmente cuidadosos para evitar el contacto con superficies calientes (radiadores) por el riesgo de quemaduras.

b) Prevenir el riesgo de enfermedad tromboembólica.

c) Prevenir lesiones al forzar la inmovilización como fracturas, luxaciones o lesiones en plexos nerviosos.

d) Asegurar una oxigenación adecuada con estrategias para evitar broncoaspiraciones. (cabecero elevado a 30°, cabeza ladeada).

e) Prevenir la asfixia. Puede producirse al enredarse el paciente en el sistema de contención, generalmente cuando trata de levantarse y cuando la inmovilización es en decúbito prono.

f) Prevenir lesiones isquémicas por estrangulamiento del miembro.

g) Vigilar la aparición de otras complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipertensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita.

Llevar una vigilancia y control de los pacientes con contención. Registrar y declarar los acontecimientos adversos que pudieran producirse en SiNASP y evaluar periódicamente el protocolo con acciones de mejora.

8. Sistemática operacional de la contención

8.1. MEDIDAS PREVENTIVAS

En primer lugar, se debe realizar una valoración del riesgo de sufrir un episodio confusional en función de los siguientes factores:

- Enfermedades neurológicas subyacentes (Demencias, Ictus...).
- Edad avanzada.
- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol.
- Efectos adversos farmacológicos.
- Estancias hospitalarias prolongadas.
- Ausencia de referencias externas.
- Cambios de habitación.
- Problemas sensoriales.
- Sondajes.
- Alteraciones metabólicas.
- Infecciones.
- Inmovilización.

8.2. CONTENCIÓN VERBAL

Definición

Aproximación no coercitiva que puede ayudar a controlar algunos trastornos de conducta, atenuar el nivel de activación y evitar una potencial agitación psicomotriz.

El abordaje verbal tiene como finalidad controlar la situación disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad. Para ello será conveniente:

- En caso de encontrarse solo, es preciso pedir colaboración de otros profesionales.

- Solamente un profesional se dirigirá verbalmente al paciente, el resto de miembros del equipo no deben interferir.
- Escuchar atentamente, dejando que se exprese antes de responderle.
- Mantener una actitud firme pero utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.

Guía de Desescalado Verbal

PREVIO

1. Lugar adecuado
2. Profesional informado y en disposición óptima.

TOMA DE CONTACTO

3. Respetar el espacio personal:
 - a. Respetar al paciente.
 - b. Respetar el espacio.
4. No ser provocativo, ser pacífico, tranquilizador y amistoso:
 - a. Utilizar adecuadamente el lenguaje corporal.
5. Establecer contacto verbal adecuado:
 - a. Solo una persona interactúa con el paciente.
 - b. Se ofrece información.

COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

6. Utilizar el lenguaje verbal de forma efectiva:
 - a. Ser conciso, hablar claro y simple.
 - b. Repetir el mensaje tantas veces como sea necesario (técnica del disco rayado).
7. Escuchar con atención lo que dice el paciente:
 - a. Escucha activa.
 - b. Ley de Miller ⁽¹⁾.
 - c. Fogging ⁽²⁾ (banco de niebla).

MANEJO DE LA SITUACIÓN

8. Poner los límites, de forma que se cree un ambiente de trabajo adecuado:
 - a. Explicitar los límites.
 - b. Utilizar la confrontación de forma sutil.
9. Ofrecer alternativas:
 - a. Dar margen de elección al paciente.

DEBRIEF⁽³⁾

10. Analizar el episodio:
 - a. Realizar un análisis con el paciente.
 - b. Realizar un análisis con el equipo.

⁽¹⁾ **Ley de MILLER:** La ley de Miller dice: “para comprender lo que otra persona está diciendo, debes asumir que lo que dice es verdad y tratar de imaginar qué de lo que dice podría ser verdad”, se debe suspender el juicio sobre lo que está diciendo, así podremos comprenderlo inicialmente sin que nuestras interpretaciones personales influyan en el mensaje.

⁽²⁾ **Fogging (banco de niebla, empañado):** Es una conducta empática en la que se trata de encontrar algo en la posición del paciente con lo que se podría estar de acuerdo.

⁽³⁾ **Debrief:** Recapitulación del episodio (por un lado con el paciente y, por otro, con los miembros del equipo implicados) para recoger, de forma analítica, información sobre la experiencia vivida.

8.3. CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA

Definición

Medidas farmacológicas adoptadas ante estados confusionales o alteraciones conductuales que supongan un peligro para el paciente o su entorno. Su uso queda indicado en el momento que el abordaje verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta del paciente. Dosificar teniendo en cuenta la edad del paciente, insuficiencia renal y/o hepática.

Objetivos

Tranquilizar al paciente lo antes posible para evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean, para lo que debe emplearse la dosis mínima eficaz que suponga el menor riesgo para el paciente.

Selección farmacológica

Elegir según necesidades clínicas y características del fármaco:

- Rapidez de inicio de acción.
- Vía de administración (preferiblemente vía oral).
- Duración de la acción no prolongada.
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Bajo riesgo de efectos adversos importantes.
- Pocas contraindicaciones.
- Escasas interacciones con otros fármacos.

BENZODIACEPINAS (BZD): Están especialmente indicadas en cuadros de agitación con componente ansioso. Están contraindicadas en algunos cuadros de delirio.

Pautas recomendadas:

- **Lorazepam (Orfidal®):** 0.5-2 mg. Vía oral (v.o.). Puede repetirse a intervalos de 30 min. a 2 h. hasta que el paciente se calme. No se recomienda superar 4 mg. en 90 min. ni 10 mg. en 24 h. Se puede administrar vía sublingual para una mayor rapidez de acción.
- **Diazepam:** La vía oral es la más utilizada y de mejor absorción. La vía intramuscular (i.m.) se debe administrar en músculo deltoides, teniendo en cuenta una absorción errática, un efecto de larga duración y la posibilidad de acumulación. La vía intravenosa (i.v.) también es posible, pero atención con la depresión respiratoria.
 - Ansiedad: Adultos: 2-10mg/6-12h. Dosis máxima: 60 mg/día. Ancianos: 2,5mg/8-12h.
 - Síndrome de abstinencia alcohólica: Adultos: 10 mg/6-8h.
 - Convulsiones: Adultos: 0,15-0,2mg/kg. Repetir según necesidad.Niños: v.o.: 0,04-0,20mg/kg/6-8h. Vía i.m./i.v.: 0,04-0,20 mg/kg/6-8 h. Rectal: 2,5-5 mg/día.
- Contractura y espasmo muscular: Adultos: 10 mg/6h.
- **Clorazepato:** 25-50 mg. v.o. al día.
- **Midazolam:** 1-15 mg. i.v. o i.m.

Efectos adversos más importantes de este grupo:

- Reacciones paradójicas en pacientes con enfermedades psiquiátricas y ancianos: Di-

chas reacciones (sueños vívidos, irritabilidad, hostilidad, agresividad, delirio) pueden tratarse con antipsicóticos (Haloperidol).

- **Intoxicación:** Somnolencia, sedación, sensación de ahogo, obnubilación, hipotonía, depresión respiratoria. El tratamiento con Flumazenilo se utiliza para revertir sintomatología en caso de intoxicación (0,3 mg. i.v. directa 3-5 min.).

ANTIPSICÓTICOS: Indicados en las agitaciones psicóticas y, en general, ante la presencia de delirios, alucinaciones, confusión marcada y dificultades respiratorias.

Antipsicóticos típicos:

Haloperidol: 5-10 mg. vía i.m (puede repetirse cada hora, hasta un máximo de 30 mg/día). Es posible complementar dosis menores de Haloperidol con BZD (Diazepam 10 mg. o Cloracepato 25-50 mg. i.m.).

Efectos secundarios: Efectos extrapiramidales. Las reacciones distónicas agudas no son necesariamente dependientes de la dosis, puede producirse entre la 1ª h y 48h después. Se tratan con anticolinérgicos: Biperideno 2 mg. i.m. (*Akineton*®). La acatisia puede confundirse con un empeoramiento de la agitación y se trata con BZD.

Antipsicóticos atípicos:

Risperidona: 0,5-6 mg. v.o. Inicio de 0,5 mg, incrementando de 0,5 a 1 mg/día. La dosis máxima dependerá de la indicación clínica.

Olanzapina: 5-20 mg/v.o./i.m./día (las dosis se pueden repetir c/2 h). Dosis máxima 20 mg/día.

Quetiapina: Primer día 25 mg. v.o. cada 12 h, 2º día 50 mg. v.o. cada 12 h y 3er día 100 mg. cada 12 h. Dosis de mantenimiento con 100-200 mg. al día. Puede provocar hipotensión inicialmente.

Zuclopentixol: en forma de Acetato (*Clopixol*® o *Cisordinol Acufase*®), que mantiene concentraciones plasmáticas eficaces tras una aplicación durante 3 días (50-150 mg. i.m). Indicado en agitaciones psicóticas. Como efecto secundario produce sedación de larga duración que no permitirá una inmediata colaboración del paciente.

Antipsicóticos asociados a benzodiazepinas: Útil en algunos pacientes. Menores efectos secundarios que las dosis altas de cualquiera de los dos grupos por separado. Además, los antipsicóticos disminuyen el riesgo de desinhibición benzodiazepínica, y las BZD el riesgo de acatisia por antipsicóticos. La BZD mejora la tolerancia del neuroléptico.

PRECAUCIONES:

- La administración simultánea de Olanzapina i.m y BZD parenterales no está recomendada (depresión cardiorrespiratoria, sedación excesiva). Si fuera imprescindible administrar BZD se recomienda dejar pasar un intervalo de una hora entre un fármaco y el otro. Si el paciente ha recibido BZD parenterales, la administración de Olanzapina i.m se debe considerar cuidadosamente sólo después de la evaluación de su estado clínico.
- Reducir dosis en ancianos, insuficiencia renal y hepática.

- Controlar nivel de sedación: asegurar vía aérea, controlar signos vitales y monitorización cardiovascular mediante ECG.
- Vigilar hipotensión: puede controlarse mediante administración intravenosa de fluidos y agentes vasopresores como dopamina o noradrenalina, no usar adrenalina.
- Realizar una suspensión gradual del tratamiento para evitar síndrome de retirada.
- Prolongación del intervalo QT: vigilar en caso de uso de antipsicóticos en pacientes con patología cardíaca, pacientes ancianos o que estén a tratamiento con fármacos que prolonguen intervalo.

CONTENCION FARMACOLÓGICA EN SITUACIONES ESPECIALES

Gestante. Siempre intentar el control de la situación mediante medios no farmacológicos. En caso de requerirse tratamiento con fármacos:

- Antipsicóticos: de elección, Haloperidol (a pesar de que su seguridad en el embarazo no ha sido establecida).
- Benzodiacepinas: deberán evitarse. De utilizarse, son preferibles las de vida media corta (Lorazepam).

Demencias de cualquier etiología:

Haloperidol: 5-10 mg. v.o. o i.m en función del estado mental del paciente.

Risperidona: 0,5-3 mg. v.o.

Quetiapina: 25-200 mg. v.o. En la demencia con cuerpos de Lewy, especial precaución en el uso de neurolépticos; el fármaco de elección es la Quetiapina.

Síndrome confusional (Delirium): tratamiento etiológico de la causa orgánica responsable y sintomático de la inquietud/agitación.

Como regla general son de elección los antipsicóticos y deben evitarse las BZD. Estas últimas pueden aumentar la confusión del paciente y empeorar la agitación (agitación “paradójica” por BZD).

No obstante, sí están indicadas en los cuadros de delirium con alto riesgo de convulsiones (pacientes con daño cerebral previo), y en los causados por abstinencia a alcohol o hipnosedantes (incluidas las propias BZD), siendo de elección en ellos la siguiente pauta: **Clorazepato** i.m. de 50-75 mg. cada 30 minutos hasta sedación. Posteriormente, 50 mg. cada 6 horas, reduciendo progresivamente.

Una alternativa de elección en pacientes con Delirium, con agitación moderada-severa y patología respiratoria intercurrente es **Tiaprida** (*Tiaprizal*®, comp. y amp. 100 mg) 200-300 mg. v.o. o i.v./4-6h, lentamente, en 50 ml. de suero fisiológico.

Delirium tremens: De elección las benzodiacepinas. Una de las siguientes pautas:

Diazepam i.v. de 5-10 mg. en bolus, continuando con dosis de 5 mg. cada 5 ó 10 minutos hasta llegar a la sedación.

Clorazepato dipotásico i.m. de 50-75 mg. cada 30 minutos hasta sedación. Posteriormente, 50 mg. cada 6 horas, reduciendo progresivamente.

RECOMENDACIÓN: sería aconsejable identificar pacientes con riesgo de desarrollar estados confusionales (por Ej., diagnosticados previamente de demencia, con antecedentes de haber sufrido síndrome confusional, consumidores de fármacos hipnosedantes, alcohol u otras sustancias adictivas, algunas patologías psiquiátricas o en aquellos pacientes en los que se prevea una intervención quirúrgica agresiva) y considerar en ellos el inicio de una pauta farmacológica “profiláctica” con neurolépticos a dosis bajas, como la risperidona (0,5 mg/24h, preferentemente en toma nocturna).

SOSPECHA DE PATOLOGÍA ORGÁNICA					
INDICACIÓN	PAUTA	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS	PRECAUCIONES EFECTOS 2 ^{os}
DE ELECCIÓN	A	HALOPERIDOL	HALOPERIDOL (Gotas 0,1mg/gota. Comp. 10 mg. Amp 5 mg)	2,5-5 mg VO/IM cada 30 min	Control de la dosis según clínica. Dosis máxima: Oral: 100 mg/día IM: 30 mg/día IV (en UCI):40 mg/día
TÉCNICA DE TRANQUILIZACIÓN RÁPIDA	B	HALOPERIDOL		5-10 mg IM	Una vez sedado, repetir si reaparece agitación.
DELIRIUMS, RIESGO DE CONVULSIONES, DEPRIVACIÓN ALCOHÓLICA O DE BZD	C	CLORACEPATO	CLORACEPATO (Cápsulas 5, 10, 20 y 50 mg. Amp 20, 50 y 100 mg)	7,5-15 mg VO/IV/15´-30´. Mantenimiento 3-30 mg/hora según clínica. Máx. 150-200 mg/día.	IV lento en 500cc SSF hasta alcanzar sedación. Dosis de mantenimiento. ¡Atención depresión respiratoria!
ALTERNATIVAS	D	RISPERIDONA	RISPERIDONA Comp. 1,3,6 mg Comp bucodisp. 0,5, 1, 2 mg Sol. Oral 1 mg/ml	0,25-4 mg/VO/12 h Niños (>50 kg): 0,5-1,5 mg/VO/día (<50 kg): 0,25-0,75 mg/VO	Dosis máxima 16 mg/día
		OLANZAPINA	OLANZAPINA Comp/ Comp bucodisp 2,5; 5; 7,5; 10 mg Amp 10 mg. IM	5-20 mg/VO/IM/día (las dosis se pueden repetir c/2 h) Niños (>30 kg): 0,2 mg/kg/día (máx. 5 mg/día)	Dosis máxima 20 mg/día

SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA ORGÁNICA INTERCURRENTE

INDICACIÓN	PAUTA	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS	PRECAUCIONES EFECTOS 2 ^{os}
PREDOMINIO DE ANSIEDAD E INQUIETUD PSICOMOTRIZ	E	DIAZEPAM	Comp. de 5 y 10 mg	5-20 mg VO/SL 10 mg/IM/se puede repetir a las 4 h Niños: 0,15-0,3 mg/kg/IV/IM máximo de 0,6 mg/kg en 8 h	Acúmulo en dosis repetidas Dosis máxima: 60 mg /24 h
		LORAZEPAM	Amp 10 mg	1-5-10 mg VO/SL	Menor riesgo de acúmulo Dosis máxima: 20 mg/
AGITACIÓN MODERADA-GRAVE Y/O SIGNOS PSICÓTICOS	A-B	Se pueden repetir cada 30 min durante 6 h			
	F	HALOPERIDOL + CLORACEPATO	HALOPERIDOL (Gotas 0,1mg/gota. Comp. 10mg. Amp 5mg)	5-10 mg IM	Se reduce dosis de neuroléptico
			CLORACEPATO (Cápsulas 5, 10, 20 y 50 mg/ comp.) Amp 20, 50 y 100 mg/mL)	25-50 mg IM	
	G	RISPERIDONA	(Comp 1 y 3 mg. Sol. 1mg/mL)	3-6 mg/12h VO	Dosis máx: 16mg/día Comienzo y retirada gradual (inicio 2-3 mg/día). Reducir dosis en ancianos, insuficiencia renal y hepática (0,5-1mg/12h)
	H	HALOPERIDOL + LEVOMEPROMAZINA	HALOPERIDOL (Gotas 0,1mg/gota. Comp. 10 mg. Amp 5 mg)	5-10 mg IM	Frecuente hipotensión ortostática
LEVOMEPROMAZINA Comp 25-100mg Amp. 25mg			25 mg/IM/6-8 h		
I	OLANZAPINA	Comp/Comp buco-disp 2,5; 5; 7,5; 10 mg/comp. Amp 10 mg/amp.	5-20mg/VO/IM/día	Pueden repetirse dosis c/2h Dosis máxima: 20 mg/día	

ANTIDOTOS				
INDICACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	DOSIS	OBSERVACIONES
DEPRESIÓN RESPIRATORIA POR BZD	FLUMAZENILO	Ampollas 0,5mg/5 mL	0,3 mg (3mL) 0,5 mg (5mL) IV lento en 3 a 5 minutos.	Hasta recuperar nivel de conciencia o alcanzar 2 mg. Vida media corta, posibilidad de rebote.
DISTONÍAS	BIPERIDENO	Ampollas 5mg/1mL	2 mg IM/IV	Puede repetirse cada 30 min hasta un máximo de 4 administraciones consecutivas. Máx 8 mg/día. Manejo cuidadoso en confusión.
ACATISIA	PROPANOLOL	10-40 mg/comp	10 mg cada 12h oral/sublingual	En caso de no resolver sintomatología se podría aumentar a 40 mg/12h.

8.4. CONTENCIÓN MECÁNICA

Definición

Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad.

Tipos de contención mecánica

- Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.
- Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

Criterios que debe cumplir para estar bien indicada

- Necesidad: que esté realmente indicada en beneficio del paciente.
- Excepcionalidad: no existe ninguna otra posibilidad más que la contención para conseguir los objetivos terapéuticos.
- Brevedad: durante el menor tiempo posible.
- Proporcionalidad: utilizar la menos restrictiva.
- Seguimiento adecuado.
- Prescripción médica.

Procedimiento

La contención mecánica, será siempre el último recurso, y se iniciará cuando hayan fracasado las medidas preventivas anteriormente descritas.

a) Toda contención mecánica requiere la prescripción médica como una orden no farmacológica, que deberá constar en la hoja de prescripción activa del paciente. En caso de urgencia la decisión de iniciar la contención la tomará la enfermera responsable del paciente que comunicará esta medida al médico responsable en el plazo más breve posible.

b) Se informará a la familia cuando se produzca la situación que indique el uso de contención mecánica, dejando en todo caso constancia en la Historia Clínica.

Preparación

Las intervenciones deberán estar ordenadas secuencialmente conforme a un plan de actuación preacordado según los recursos con que se cuente.

A. Asegurar la dotación y el equipamiento:

a. Número de personas: Se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas (mínimo de cuatro profesionales) siendo lo óptimo la colaboración de cinco personas, una para sostener cada extremidad y otra para sujetar la cabeza.

b. Material: se deben utilizar exclusivamente sistemas homologados de contención física (cinturón abdominal, bandas laterales, muñequeras, tobilleras, alargadera especial para pies y llave magnética (imán)). **(ANEXO I)**

B. Distraer al paciente: se deberá vigilar y distraer la atención del paciente. Se le informará con asertividad del procedimiento adaptando esta información a su estado.

C. Preparación del personal: Se colocará a una distancia adecuada, fuera de su espacio personal y fuera del lado dominante. Debe despojarse de todo objeto peligroso para su integridad física y la del paciente (gafas, joyas, etc.).

D. Evitar público: ya que el paciente puede adoptar una posición más desafiante que la que tendría si estuviera solo además de la protección de su intimidad.

E. Se recomienda mantener al paciente en una habitación individual para minimizar estímulos ambientales.

F. Valorar la necesidad de acompañamiento familiar.

Técnica de la contención terapéutica

A. Un miembro del equipo siempre deberá estar visible para el paciente y dirigir el procedimiento.

B. La sujeción comenzará con la colocación del cinturón abdominal. El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (más ancha) diseñada para ese efecto.

C. El paciente debe sujetarse con las piernas extendidas y ligeramente abiertas asegurando los tobillos a las tiras de contención.

D. Los brazos estarán extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, se sujetaran con las tiras correspondientes por la muñeca.

E. La contención debe permitir administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

F. La cabeza del paciente debe mantenerse ligeramente levantada para disminuir sentimiento de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

G. Comprobar periódicamente las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

H. La duración de la contención mecánica debe ser del menor tiempo posible, a medida que el paciente se va tranquilizando se le deben ir retirando sujeciones.

I. Cuando el paciente esté bajo control, se deben ir eliminando las restricciones a intervalos de cinco minutos, hasta que el paciente se encuentre inmovilizado en sólo dos puntos, que serán contralaterales. Las restantes se eliminarán al mismo tiempo, ya que el paciente no se puede contener con una sola contención.

Situaciones que no requieren una prescripción médica previa

En caso de urgencia la decisión de iniciar la contención la tomará la enfermera responsable del paciente que comunicará esta medida al médico responsable en el plazo más breve posible. No precisa prescripción médica previa.

Situaciones que no requieren una prescripción médica

Contención mecánica parcial: puede utilizarse para evitar que el paciente interrumpa su proceso terapéutico o el de otros pacientes.

- Sujeción de una muñeca (mantenimiento en extensión de la flexura de un brazo, manipulación de catéteres IV o sondas, etc....).
- Sujeción abdominal en sillón: prevención de caídas

Seguimiento

Se debe registrar minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento, la respuesta del paciente y los cuidados de enfermería correspondientes en la historia clínica.

Seguimiento del médico

a) Registrar en la historia del paciente la fecha y hora de la instauración de la medida, la razón de su indicación, valoración de la situación clínica del paciente y presunta duración de la medida. Dejará constancia de la prescripción como una ORDEN NO FARMACOLÓGICA.

b) Obtención de consentimiento informado por parte del paciente/familia dejando constancia en historia clínica. (En caso de no consentimiento se dará parte al juez si se prevé que la medida supere las 24 horas).

c) Si la duración de la contención mecánica va a ser superior a las 24 horas, se deberá aplicar el protocolo de prevención de enfermedad tromboembólica.

d) Valoración clínica del paciente y revisión de la indicación de mantenimiento o retirada de la contención. Se realizará según las características del paciente, registrándolo en la historia clínica y haciendo una renovación efectiva. Se realizará preferentemente cada 12 horas sin que este tiempo pueda exceder de las 24 h.

Seguimiento del personal de enfermería

a) La contención mecánica siempre debe estar prescrita por el médico y se realizará, cuando sea posible, en presencia del mismo.

b) Cumplimentará el formulario de contención mecánica en historia clínica en las situaciones de contención mecánica total. **(ANEXO II)**

c) La vigilancia del paciente con contención mecánica deberá realizarse cada 15 minutos las 2 primeras horas y horaria hasta las siguientes 24 horas. Posteriormente según indicación médica.

d) En cada turno, el personal de enfermería asegurará:

- *Medidas de prevención de la aspiración:*
 - Cabecera de cama a 30°
 - Control de la respiración y permeabilidad de la vía aérea.
 - Control de nivel de conciencia y deglución.
 - Control de constantes vitales.
- *Aseo/higiene:*
 - Aseo diario y siempre que precise.
 - Mantenimiento de la salud bucal (limpieza de boca y observación de posibles complicaciones) y cuidados de los ojos.
- *Eliminación intestinal y vesical:*
 - Vigilar el número y aspecto de las deposiciones y registrar.
 - Registrar diuresis; ofertar la botella o cuña. Vigilar aspecto.
 - En caso de retención urinaria, avisar Médico de Guardia.
- *Movilidad y prevención de lesiones y úlceras por presión:*
 - Valorar cambios posturales mientras dure la inmovilización.
 - Supervisar signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción), heridas o quemaduras por rozamiento y coloración de la parte distal de las extremidades (palidez y cianosis), aparición de parestesias y disestesias en extremidades superiores o inferiores (hormigueo y pérdida de sensibilidad), temperatura distal, etc.
 - Liberar de forma rotatoria una extremidad si el estado del/de la paciente lo permite.
- *Alimentación/hidratación.*
 - Control de la ingesta, asegurando una correcta hidratación.
 - Alimentación según órdenes médicas, proporcionando la ayuda necesaria.
- *Reposo y sueño:*
 - Registrar horas de sueño nocturno, sueño interrumpido, somnolencia excesiva, pesadillas, insomnio.
 - Facilitar el reposo administrando medicación y cuidados de enfermería en horarios adecuados. Según prescripción facultativa.
 - Evitar estímulos externos innecesarios (ruidos, luces, hablar en voz alta).
- *Paciente y familia:*
 - Explicación e implicación en los cuidados administrados, ya que su colaboración puede facilitar una retirada precoz de la contención mecánica.

Retirada de la contención mecánica

Aconsejable no mantener la contención más de 72 horas:

a) Es una decisión médica que debe de estar consensuada con el equipo de enfermería.

b) Se debe explicar al paciente el procedimiento.

c) Se hará de forma gradual, a medida que aumente el autocontrol, con el personal ade-

cuado y observando en todo momento la reacción del paciente.

d) Asegurarse de retirar todo el material.

e) Anotar la fecha y hora y procedimiento de la retirada

Contención mecánica en otras situaciones (ANEXO III)

9. EVALUACIÓN DEL USO DE CONTENCIONES

Es preciso llevar a cabo un registro y evaluación de los pacientes sometidos a contención mecánica.

Indicadores
<p>Porcentaje de pacientes con contención mecánica que se ajustan a protocolo. Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ procedimientos de contención mecánica que cumplen protocolo} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos de contención mecánica} \times 100$ Fuente: HCE y DATA Explicación Indicador 1: Cumplen protocolo de contención mecánica: - Prescripción médica en órdenes no farmacológicas en las primeras 24h. - Toma formulario de Contención mecánica al inicio. - Toma formulario de Contención mecánica con la fecha de retirada. - Asignación del cuidado NIC 6580 - sujeción física Valor límite: 90% Planificación de la evaluación: Evaluación anual Responsable: U. de Calidad/Supervisores de cuidados</p>
<p>Número de contenciones mecánicas por estancias. Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de procedimientos de Contención mecánica} / \text{N}^\circ \text{ de estancias totales} \times 100$ Fuente: HCE y DATA Planificación de la evaluación: Evaluación anual Responsable: U. de Calidad/ Supervisores de cuidados</p>
<p>Porcentaje de pacientes con contención mecánica que sufren algún evento adverso derivado de la misma. Fórmula: $\text{N}^\circ \text{ de eventos adversos debido a Contención mecánica} / \text{N}^\circ \text{ de contenciones mecánicas} \times 100$ Fuente: SiNASP e HCE (formulario de contención) Valor límite: 10% Planificación de la evaluación: Evaluación anual Responsable: U. de Calidad/ Supervisores de cuidados</p>

10. CONSIDERACIONES SOBRE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

El procedimiento de contención mecánica incluye la necesidad de consentimiento informado, al menos verbal, que será otorgado por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o cuando esté incapacitado legalmente.

En los casos de riesgo inmediato grave o riesgo para la salud de terceros, no es imprescindible el consentimiento previo a la realización del procedimiento. En tal circunstancia, la información a los familiares se podrá demorar hasta el momento en que la atención de la situación urgente lo permita.

Por último, es posible que, una vez instaurada la contención mecánica, los familiares o allegados del paciente, soliciten retirar las inmovilizaciones, en ese caso se insistirá en explicar convenientemente las circunstancias y los riesgos de tal decisión. Si persisten en tal solicitud se pondrá en conocimiento del juzgado si se considera contraria a los legítimos intereses del paciente.

(ANEXO IV y ANEXO V)

11. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Gallego Riestra, S. Gutiérrez Rodríguez, J. Fernández Guzmán, MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. DS volumen 23, número 1. Enero-Junio 2013. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <http://www.ajs.es/en/revista-derecho-y-salud/aspectos-legales-del-uso-de-medios-de-contencion-mecanica-en-los-diferentes-ambitos-asistenciales-y-sanitarios>.
- Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Madrid, junio 2016. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo15-1999.html.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-200222188&p=20150922&tn=2>
- Corral Cano, J. Cantabria. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia. 2014. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/5581>

- Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina: Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvenccion.html>

- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones). Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Julio 2014. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

https://www.segg.es/info_prensa.asp?pag=1&cod=349

- Declaraciones del Comité de Bioética de Aragón sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario. Diciembre 2014. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/1044587/Sujeciones_Fisicas_Farmacologicas.pdf/cac28b9d-8175-4d2c-8c61-5a1fc254dc0b

- J. Rubio Domínguez. Comité de Ética para la Atención Sanitaria, Gerencia, Área Sanitaria III, Avilés, Asturias, España. SECA. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. 2016.

- Gómez-Durán EL, Guijad JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Med Clin (Barc). 2014;142 Supl 2:24---9. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

http://ac.els-cdn.com/S0025775314700685/1-s2.0-S0025775314700685-main.pdf?_tid=0b55f442-76ae-11e7-874d-0000aab0f6b&acdnat=1501587734_e3e68307a0523a721755a8977d5b9877

- J. Fornés. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Planes de Cuidados. Madrid. Panamericana. 2012, 2ª ed. Protocolo de acompañamiento y contención.

- Carcoba Rubio Nerea, García Barriuso Carlos, Guevara Jiménez Concepción. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/592/582>

- Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica. Barcelona, noviembre de 2006

- Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud 2010 [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=410>

- Protocolo asistencial: contención mecánica. Hospital General de Ciudad Real. Mayo 2010. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-contencion-mecanica.pdf>

- Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid, Mayo 2010. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos.Madrid.pdf>

- Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Junio 2015. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en:

<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

- Protocolo de contención mecánica. Junta de Extremadura. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
- Kaplan & Sadock: Sinopsis De Psiquiatría (11ª Ed.). Benjamin James Sadock; Virginia Alcott Sadock; Pedro Ruiz, Editorial: Wolters Kluwer Health. 2015
- Guía Práctica de Farmacología del Sistema Nervioso Central. J. R. Azanza. 2014.
- Orden foral 186/2014, de 2 de abril, del consejero de políticas sociales, por la que se aprueba el protocolo para el uso de sujeciones en los centros residenciales de tercera edad y discapacidad. Navarra. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=33801>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [Consultado en julio de 2017]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

12. ABREVIATURAS

AE	Atención especializada
AGC	Área de Gestión Clínica
AST	Asturias
BZD	Benzodicepinas
CM	Contención mecánica
CP	Complicación potencial
ECG	Electrocardiograma
FAD	Fundación Avedis Donabedian
FEA	Facultativo Especialista de Área
HCE	Historia clínica electrónica
HUCA	Hospital Universitario Central de Asturias
IM	Vía intramuscular
IV	Vía intravenosa
LOPD	Ley de Protección de Datos
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
SAMU	Servicio de Asistencia Médica Urgente del Principado de Asturias
SESPA	Servicio de Salud del Principado de Asturias
SiNASP	Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente
SL	Vía sublingual
SM	Salud mental
SSF	Suero fisiológico
TCAE	Técnico de cuidados auxiliares de enfermería
UCI	Unidad de cuidados intensivos

UCOSAM	Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental
UGC	Unidad De gestión Clínica
UPP	Úlceras por presión
VO	Vía oral

13. AGRADECIMIENTOS

Se relacionan a continuación los Protocolos previos revisados para la elaboración del presente documento con los profesionales que constan en los mismos:

ÁREA I - JARRIO

Sujeción Mecánica. Protocolo

Junio 2006

Dña. Consuelo Ruiz Amo, DUE. Supervisora de Hospitalización.

D. Carlos Couceiro Gestal, DUE, Prevención de Riesgos Laborales.

Dña. Celia López Fernández, DUE. Supervisora Unidad de Calidad.

D. Juan Gorostidi Pérez, Servicio de Neumología.

D. Juan Francisco Rodríguez Sol, Celador.

Dña. M^a Teresa Suárez Maseda, Secretaria Unidad de Calidad.

Protocolo de contención mecánica y farmacológica

COMITÉ DE BIOÉTICA

Julio 2016

ÁREA II - CANGAS DEL NARCEA

Protocolo de contención mecánica

Manual de procedimientos Hospital Carmen y Severo Ochoa.

Medidas de contención mecánica

Comisión de Dirección del Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Cangas del Narcea
Mayo 2011

ÁREA III - AVILÉS

Protocolo de contención mecánica

Comité de Ética Asistencial. Hospital San Agustín.

Octubre 2010

Elaborado por:

Dra. M^a Dolores Ferreiro Martín. Jefa de Sección de Neurología.

Dña. Belén García Fernández. DUE. Sección de Cardiología.

Miembros de Comité de Ética Asistencial:

Dña. Montserrat García Fernández. DUE. S. Salud Mental.

Dr. Sergio Gallego Riestra. Médico y Licenciado en Derecho.

Encargado del Registro de Instrucciones Previas del Principado de Asturias.

Dra. Isolina Riaño Galán. Presidenta del CEA. Jefa de Servicio de Pediatría.
Dr. Pablo Ignacio Fernández Muñiz. FEA del S. Cirugía General.
Dr. Juan José Martínez Jambrina. FEA Coordinador del S. Salud Mental.

Protocolo para la contención mecánica de movimientos

Comité de Ética para la Atención Sanitaria
Revisión Marzo 2015

Dra. María Dolores Ferreiro Martín (FEA. Neurología)
Dr. Manuel Valledor Méndez (FEA. UCI)
Dña. Belén García Fernández (Enfermera. Cardiología)
Dr. Juan José Martínez Jambrina (FEA. Psiquiatría)
Coordinador:
Dr. Juan Rubio Domínguez (FEA Unidad de Investigación)

ÁREA IV - OVIEDO

Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: atención primaria y especializada

Comité de Ética para la Atención Sanitaria
Abril 2015

ÁREA V - GIJÓN

Protocolo contención de pacientes

Mayo 2009 // Edición 01:

D. Primitivo Álvarez Pérez (DUE. Supervisor Traumatología 4ª par)
Dr. Jorge Antolín Suárez (Salud Mental CEP. Dr. Avelino González)
Dña. Mercedes Bregua Larios (DUE Urgencias)
Dña. Isabel Curto Prada (DUE Neurología. 8ª impar)
Dña. Mª Ángeles Fernández Pérez (DUE Supervisora Cirugía, 3ª impar)
Dña. Mª Luisa Fernández Zapico (DUE Traumatología. 4ª Impar)
Dña. Julia Fuentes Tejado (DUE. Supervisora Ginecología 2ª par)
Dña. Beatriz García Álvarez (DUE Medicina Interna)
Dra. Rosa García López (FEA Digestivo)
Dña. Rosa Mª González Llana (Auxiliar dirección de enfermería)
Dr. Diego León Durán (FEA M. Interna)
D. Carmen Llera Felgueres (DUE. Supervisora Pediatría, 6ª impar)
Dña. Ana Manterola Conlledo (DUE Supervisora Docencia)
Dra. Carmen Martínez Rodríguez (FEA Neurología)
Dña. María Parada Sánchez-Migallón (Supervisora de guardia. Dirección de enfermería.)
Dña. Mª Oliva Pérez Valdés (DUE de UCI)
Dña. Carmen Prieto Bermejo (DUE. Supervisora Digestivo 6ª par)
Dra. Beatriz Rodríguez Díaz (MIR 5. Interna)
D. Manuel Saiz Quintana (Jefe de personal subalterno)

Protocolo contención de pacientes

Revisión. Ed.02: Abril 2017

Dña. Margarita del Valle García. Supervisora U. de Calidad

Dña. Rosa Mª González Llana. TCAE Dirección de enfermería

Dña. María Parada Sánchez Migallón. DUE. Dirección de enfermería

Dr. Joaquín Morís de la Tassa. Jº Sº MI

Dra. Ana Lozano Blázquez. FEA Sº de Farmacia

D. Rubén Pampín Sánchez. R3 Farmacia

Hospital Fundación de Jove

Protocolo de Utilización de Contención Mecánica

Revisión 2014

ÁREA VII - MIERES

Protocolo de Contención Mecánica

Área de Gestión Clínica de Salud Mental de Mieres

Septiembre de 2014

AREA VIII - LANGREO

06 de julio de 2012

COMPONENTES GRUPO CONTENCIÓN MECÁNICA:

Dña. Ruth Álvarez Oviedo. (DUE)

D. Juan Antonio Benavente Plata.(Personal subalterno)

D. Juan Carlos Bernaldo de Quirós González.(DUE)

Dña. Beatriz Blanco Díaz. (DUE)

Dña. Mª José Caballero Estepa.(DUE)

D. Bernabé Fernández González. (FEA)

Dr. César Gallo Álvaro.(FEA)

Dña. Amparo Lombardía Iglesias.(DUE)

Dra. Gloria Emiliana López Suárez.(FEA)

14. ANEXOS

ANEXO I. EQUIPO DE SUJECCIÓN

El equipo de contención mecánica total consta de distintos elementos:

- Cinturón ancho abdominal
- Botones magnéticos
- Llaves magnéticas
- Inmovilizador para extremidades (muñequeras y tobilleras)

El equipo de contención mecánica parcial consta de:

- Inmovilizador para extremidades (muñequeras y tobilleras)
- Cinturón y peto pélvico.

INMOVILIZADOR PARA EXTREMIDADES

Todas las unidades están dotadas de inmovilizador para muñecas o tobillos de pacientes en posición sentada o tumbada.

MODO DE APLICACIÓN

1. Coloque la contención alrededor de la muñeca o tobillo con la anilla hacia el exterior.
2. Ajuste y fije con el cierre de velcro.
3. Pase la cinta de contención por la anilla y sujétela con una doble vuelta alrededor del inmovilizador.

Fijela al bastidor de la cama. Obtendremos una fijación fuerte, confortable y segura.



CINTURON ANCHO ABDOMINAL

Está formado por dos bandas anchas, una de fijación a la cama y otra al paciente que se deslizan entre ellas para permitir la movilidad lateral del paciente y se fijan con un sistema de botones de imanes.



MODO DE APLICACIÓN

1. Colocar el cinturón alrededor de la cintura del paciente.
2. Cruzar las cintas por detrás.
3. Fijar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama.
4. El paciente podrá girar 90° hacia cada lado sin peligro de caída.

SUJECIÓN DE SILLA

Para sillas de ruedas, sillones y sillas con respaldo:

- Peto pélvico.
- Cinturón pélvico.



MODO DE APLICACIÓN

1. Colocar el cinturón alrededor de la cintura del paciente.
2. Cerrarlo con el cierre de tridente por detrás del respaldo, cuidando que no se salga del mismo.

CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL MATERIAL

- El material de sujeción ha de estar centralizado y disponible para todos los servicios.
- Cada área sanitaria establecerá la responsabilidad y el control del equipamiento.
- Revisar periódicamente (al menos una vez al mes) que todo el material esté en perfecto estado.

ANEXO II. FORMATOS/REGISTROS EN HCE: SELENE Y MILLENNIUM

Formulario Contención Mecánica Total, registrar los distintos campos que contiene.

Se realizará una toma para registrar la fecha de inicio-hora y una segunda toma para registrar la fecha de finalización-hora de la contención mecánica.

La toma de éste **formulario** contiene los campos que se describen:

INDICADORES “CONTENCIÓN MECÁNICA TOTAL”

→ Contención mecánica	
Motivo de apertura del formulario	Desplegable: Registrar nueva contención mecánica Completar información
Fecha y hora de inicio	Fecha/hora
Fecha y hora de finalización	Fecha/hora
Existe prescripción médica	Desplegable: Sí No No; avisado médico responsable
Situación clínica del paciente	Desplegable: Orientado Confuso Desorientado Agitado Violento-agresivo Impulsividad suicida Otros
Otros (Especificar)	
Medidas antes de la contención	Multiselección: Contención verbal Contención farmacológica Distracción con una actividad Acompañamiento familiar
Indicaciones de la contención	Multiselección: Control agitación/conducta Control riesgos de autolesión/suicidio Control de riesgo de caídas Solicitud del paciente e indicación terapéutica Programas de modificación de conducta Otros
Otros (Especificar)	
Comunicación de la contención	Multiselección: No Paciente Familia-Tutor Juez No está la familia
Observaciones	

Accesos directos a: Asignar agrupación de cuidados y Constantes vitales y Somatometría.



Línea Normalización de Cuidados



CUIDADOS A PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA TOTAL

En el marco de la Normalización de Cuidados, proyecto desarrollado por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, se definen los cuidados para los pacientes a los que se les aplica como tratamiento una contención mecánica total, sin detrimento de aquellos a los que se les apliquen contenciones parciales. Este documento recoge estos cuidados, centrados en la seguridad de la persona y la prevención de complicaciones utilizando lenguajes estandarizados.

En todos nuestros procesos normalizados para definir la atención en situaciones críticas o urgentes, como es el caso, no se aplica el proceso enfermero completo y se aborda directamente la fase de intervención.

Para facilitar la asignación de estos cuidados y su registro en la Historia Clínica Electrónica, se define un paquete de resultados e intervenciones estandarizados.

Conceptualmente, en relación con la contención mecánica, cabría discutir si la situación del paciente ha de ser planteada en base a diagnósticos de enfermería¹ o, siguiendo el modelo para la práctica bifocal de L.Carpenito², como complicaciones potenciales.

Aunque hay situaciones como el riesgo de úlceras por presión o el de aspiración, que son claramente diagnósticos de enfermería, la funcionalidad de los programas que informatizan la Historia Clínica en Asturias, dificulta la convivencia de diagnósticos de planes individualizados con los estandarizados. Por este motivo, situaciones como las mencionadas se nombran como complicaciones potenciales (CP).

Se describen pues las posibles CP, utilizando terminología médica según el modelo mencionado. Las más frecuentes son³:

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

¹ Herdman, T. and Kamitsuru, S. (2015). NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Barcelona: Elsevier España.

² Carpenito, L., Moreno Echanove, M. and Peraza Sánchez, M. (2003). Diagnósticos de enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

³ Protocolo de contención mecánica. (2010) (p. 45). [Andalucía].

En el caso concreto de pacientes con contención mecánica total, pueden estar en esta situación hasta 72 horas y necesitan ser reevaluados en las primeras 24 horas con una periodicidad definida en el Protocolo Contención de Pacientes⁴ del SESPA, por lo se han determinado además de las intervenciones que han de llevar a cabo los enfermeros y técnicos en cuidados auxiliares (TCAE), los resultados esperados del paciente. Se emplean para ello los lenguajes enfermeros estandarizados la NursingOutcomesClassification (NOC)⁵ para los resultados y la NIC (NursingInterventionsClassification)⁶.

CUIDADOS EN TODOS LOS ÁMBITOS DE ATENCIÓN

Se han basado las intervenciones en las recomendaciones basadas en evidencia sintetizadas en el Manual de protocolos y procedimientos de Enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía⁷.

INTERVENCIONES CENTRALES

Se describen dos intervenciones transversales, que han de llevarse a cabo durante todo el tiempo en el que el paciente esté contenido.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

6580 Sujeción física

5340 Presencia

6580 Sujeción física

Definición: Aplicación, control y retirada de dispositivos de sujeción mecánica o manual utilizados para limitar la movilidad física del paciente.

5340 Presencia

Definición: Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.

CP: ÚLCERAS POR PRESIÓN

Recomendaciones basadas en evidencia

Iniciar medidas de prevención de úlceras por presión.

GR

A

RESULTADOS DEL PACIENTE

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Definición: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

⁴ Protocolo de Contención de Pacientes. 017). Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias, pag 19.

⁵ Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). Nursing Outcomes Classification (NOC). London: Elsevier Health Sciences.

⁶ Bulechek, G. (2013). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.

⁷ Manual de protocolos y procedimientos de Enfermería . Hospital Universitario Reina Sofía. Junta de Andalucía . Sevilla 2010. (2017).

Indicadores

110111 Perfusión tisular.

110113 Integridad de la piel.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3590 Vigilancia de la piel

3540 Prevención de úlceras por presión

0840 Cambio de posición

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria

3590 Vigilancia de la piel.

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

3540 Prevención de úlceras por presión

Definición: Prevención de la formación de úlceras por presión en un individuo con alto riesgo de desarrollarlas.

0840 Cambio de posición

Definición: Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/o psicológico.

0610 Cuidados de la incontinencia urinaria

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

CP: BRONCOASPIRACIÓN

RESULTADOS DEL PACIENTE

1010 Estado de deglución

Definición: Tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores

101004 Capacidad de masticación.

101012 Atragantamiento, tos o náuseas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3200 Precauciones para evitar la aspiración

3200 Precauciones para evitar la aspiración.

Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

CP: LESIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

Recomendaciones basadas en evidencia	NE
Vigilar las zonas de sujeción: Valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular; pulsos periféricos y temperatura. O Coloración, entumecimiento, movilidad de los miembros y las posibles lesiones por fricción.	1

RESULTADOS DEL PACIENTE

0407 Perfusión tisular: periférica

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.

Indicadores

040710 Temperatura de extremidades caliente

040712 Edema periférico

040713 Dolor localizado en extremidades

040742 Hormigueo

040743 Palidez

040747 Rubor

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3500 Manejo de presiones

3590 Vigilancia de la piel

4070 Precauciones circulatorias

3500 Manejo de presiones.

Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.

3590 Vigilancia de la piel.

Ya descrita.

4070 Precauciones circulatorias.

Definición: Protección de una zona localizada con limitación de la perfusión.

CP: TROMBOEMBOLISMO

CP: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Se agrupan los resultados e intervenciones ya que ambas se pueden detectar estableciendo la misma vigilancia.

Recomendaciones basadas en evidencia	NE
Valore la aparición de síntomas de tromboembolismo pulmonar (TEP) y/o trombosis venosa profunda.	1
Valore constantes vitales cada 4 ó 6 horas.	4

RESULTADOS DEL PACIENTE

0415 Estado respiratorio

0802 Signos vitales

4015 Estado respiratorio

Definición: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.

Indicadores:

041503 Profundidad de la inspiración

041508 Saturación de oxígeno

041513 Cianosis.

0802 Signos vitales

Definición: Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.

Indicadores:

080201 Temperatura corporal

080203 Frecuencia del pulso radial

080204 Frecuencia respiratoria

080205 Presión arterial sistólica

080206 Presión arterial diastólica

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3350 Monitorización respiratoria

6680 Monitorización de los signos vitales

3350 Monitorización respiratoria

Definición: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

6680 Monitorización de los signos vitales

Definición: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

CP: AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

Recomendaciones basadas en evidencia	NE
Valorar el nivel de conciencia, alteración de la percepción, alteraciones del contenido y curso del pensamiento y la comunicación.	1
Evalúe si el paciente presenta agitación, agresividad o ansiedad.	

RESULTADOS DEL PACIENTE

1214 Nivel de agitación

0916 Nivel de delirio

1214 Nivel de agitación

Definición: Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos.

Indicadores:

121402 Inquietud

121410 Combatividad

0916 Nivel de delirio

Definición: Gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un corto período de tiempo y que es reversible.

Indicadores:

091601 Desorientación temporal.

091602 Desorientación espacial

091603 Desorientación personal.

091613 Alteración del nivel de conciencia.

091620 Alucinaciones.

091621 Delirios.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

4820 Orientación de la realidad

5340 Presencia

6440 Manejo del delirio

4820 Orientación de la realidad

Definición: Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.

5340 Presencia

Ya descrita.

6440 Manejo del delirio

Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo.

INTERVENCIONES DE AUTOCUIDADOS

1710 Mantenimiento de la salud bucal

1050 Alimentación

1610 Baño

1630 Vestir

1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

1710 Mantenimiento de la salud bucal

Definición: Mantenimiento y fomento de la higiene bucal y la salud dental en pacientes con riesgo de desarrollar lesiones bucales o dentales.

1050 Alimentación

Definición: Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no pueda alimentarse por sí mismo.

1610 Baño

Definición: Limpieza corporal con fines de relajación, limpieza y curación.

1630 Vestir

Definición: Elegir, poner y quitar las ropas a una persona que no puede realizar tal actividad por sí misma.

1804 Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

Definición: Ayudar a otra persona en las eliminaciones.

ANEXO III. CONTENCIÓN EN OTRAS SITUACIONES

CONTENCIÓN MECÁNICA EN OTROS ÁMBITOS

- En algunas ocasiones, la atención de un paciente agitado, ya sea en el Centro de Salud o fuera del mismo, y a requerimiento directo del paciente, de terceros, o con frecuencia mediada a través del Centro Coordinador de Urgencias-SAMU (112) puede conllevar la necesidad de la contención. Es una decisión del médico que lo atiende, después de realizar la evaluación del mismo y siempre teniendo en cuenta que es una medida terapéutica excepcional y como último recurso ante conductas violentas o de alto riesgo para el paciente y/o terceros y que deberá mantenerse el menor tiempo posible. Se realizará en todo momento con el máximo respeto a la dignidad del paciente, al cual se le informara, dentro de sus posibilidades, del motivo de esta medida y del procedimiento a seguir, así como también se le ofrecerán otras posibles alternativas.
- Una vez tomada la decisión, la contención mecánica se llevara a cabo de manera planificada, mediante una actuación rápida y coordinada, por personal bien entrenado y con un número de personas suficientes, teniendo en cuenta que para sujetar a un enfermo se necesitan un mínimo de cuatro personas. Se evitará toda expectación y se alejará a las personas que no colaboren en la contención.

En el medio extrahospitalario, en el que nos encontramos, nos adaptaremos a los recursos disponibles. La posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia del paciente y si es preciso trasladarlo se evita que se golpee la cabeza y se le sujetara por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos, a la altura de los codos, no forzando las articulaciones ni haciendo presión sobre ellas y prestando especial atención al acceso

de la vía aérea. La contención, ya en la camilla, se realizará en decúbito supino y por este orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores y tórax si fuera necesario. Si la inmovilización es parcial se hará en diagonal y no se dejará nunca solo al paciente.

- No es obligatoria la solicitud del consentimiento informado y la comunicación judicial ante la necesidad de utilizar una medida de contención puntualmente de forma aguda o urgente por un episodio temporal de agitación o agresividad que entrañe riesgos a la integridad de la persona, de terceros o del entorno, incluso en el caso de negativa del paciente o tutor legal. En estas circunstancias se realizarán las medidas de contención pertinentes para controlar el episodio agudo y se efectuará la derivación al hospital. El médico será el responsable de poner en marcha el traslado del paciente al hospital, con el acompañamiento de enfermera y/o médico, de acuerdo con su gravedad y estado.

- Si en esta actuación sanitaria se presupone que la oposición de dicho paciente a ser asistido o trasladado puede provocar una alteración de orden público o poner en peligro la integridad física de personas y la conservación de bienes materiales, se podrá solicitar la colaboración de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad sin necesitar ningún paso previo a través de Juzgados, directamente o a través del 112, si estos servicios no han sido requeridos.

La misión de los Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado se centra exclusivamente en facilitar la actuación sanitaria en base a criterios médicos y terapéuticos, previniendo situaciones de riesgo, procediendo a la reducción del paciente, facilitando su contención y acompañando al transporte sanitario en vehículo oficial, si las circunstancias lo aconsejan.

- Los profesionales que participen en un procedimiento de contención mecánica deberán dejar constancia escrita de todos los pasos realizados en la historia clínica. Se reseñará también el tipo de traslado realizado y si fue precisa la intervención o no de los Cuerpos de Seguridad.

CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL MENOR DE EDAD

- En pacientes menores de edad debemos prestar especial atención a la patología que presentan y a la causa que justifica la necesidad de limitar temporalmente algunos movimientos.

- Así por las características especiales de estos pacientes la restricción física o limitación de movimientos tendría lugar en las siguientes situaciones:

- De manera urgente, cuando el grado de agitación que presentase el menor hiciera necesario limitar sus movimientos mediante la contención, ya sea en la urgencia hospitalaria, durante el ingreso en la planta o en las consultas de pediatría.

- De manera ordinaria, dentro de un plan terapéutico ante posibles interferencias con las medidas empleadas (sueroterapia, sondajes, intubaciones...) sobre todo en unida-

des de cuidados intensivos, bien por la corta edad del paciente o por presentar alguna deficiencia intelectual.

- En muchas ocasiones en los pacientes pediátricos, la permanencia de los padres junto al niño durante la hospitalización puede ser suficiente para garantizar el tratamiento sin necesidad de medidas de contención. Si la limitación de movimientos del menor es necesaria, con independencia de la causa que la motive, se utilizarán siempre las medidas adecuadas a cada situación clínica, procurando que el procedimiento empleado sea el menos traumático para el paciente, y considerando que cada técnica asistencial lleva implícita una restricción determinada de movimientos y que la duración de la contención estará condicionada al tiempo que dure el tratamiento a realizar.
- En caso de pacientes menores (*ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*) se otorgará el consentimiento por representación 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en el supuesto anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo presentará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

- Es posible que una vez informados los padres o representantes, estos se nieguen a la contención mecánica, o incluso, una vez que ha sido autorizada soliciten su retirada. En tales supuestos se debe insistir nuevamente en la información sobre el tratamiento, explicando la causa que justifica dicho tratamiento, y los riesgos de la decisión de rechazarlo. Si aun así se rechazase, este hecho se constatará por escrito, y se estudiarán los tratamientos alternativos a la contención, que serán consentidos o no nuevamente por el padre, el tutor o el menor según su edad. Si la iniciativa de otro tratamiento surge del tutor o del menor, el facultativo únicamente lo aceptará si éste no es contrario a la *lex artis*.
- A pesar de la negativa del paciente o de su representante legal es posible acudir a la contención mecánica de menores. En primer lugar, si el representante legal rechaza el tratamiento y el facultativo entiende que esta decisión es contraria a los legítimos intereses del menor lo pondrá en conocimiento del juzgado para que valore la aceptación o no del mismo. En segundo lugar, se realizará la contención en los casos de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del menor o riesgo para terceros. En estos casos, se ha de proporcionar la información a los familiares en cuanto la atención de la situación urgente lo permita, para que estos decidan sobre la retirada o no de la misma.

ANEXO IV. COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR./ SRA.

D./ D^a.....,
Licenciado en Medicina, nº de colegiado..... médico....., con
el debido respeto

COMUNICA A V. I.

Que con fecha..... Ha sido necesario realizar contención mecánica-
terapéutica, del paciente D./ Da.....
ingresado por estar facultativamente indicado, al haber fracasado
otras medidas para evitar riesgo de autolesiones, lesiones a terceros y/ o al entorno físico
al tiempo que se precisa para poder administrar tratamientos que mejoren la situación clí-
nica del paciente y en aplicación del Protocolo de Contención de la Consejería de Sanidad
de esta Autonomía.

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

Lo que informo a V.I. **que el paciente precisa un tiempo superior a 24 horas** de conten-
ción, para su conocimiento y efectos oportunos.

Ena.....de.....de 20.....

Firma del Médico:

ILMO. SR. / SRA. JUEZ DE 1º INSTANCIA Nº..... DE

ANEXO V. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA

1. PROCEDIMIENTO

La contención mecánica es una intervención terapéutica mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, sus movimientos y el acceso al propio cuerpo en beneficio de su mayor seguridad y la de otros. Así mismo conlleva la intención terapéutica de mantener el funcionamiento eficaz de los dispositivos asistenciales como catéteres, sondas, mascarillas... cada pauta se debe ajustar a la patología y a las características de cada paciente.

La duración de la contención será del menor tiempo posible y en todo momento el personal realizará una valoración y vigilancia constante para evitar los riesgos, aplicar los cuidados y atención necesarios en esta situación

Tipos de contención mecánica

Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.

Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

2. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Riesgo de lesiones por presión; por la inmovilización; riesgo de enfermedad tromboembólica; broncoaspiración; lesiones isquémicas. Otras complicaciones derivadas de la propia inmovilidad como pérdida de fuerza, incontinencia, estreñimiento, reducción del apetito, deshidratación, hipotensión, infecciones nosocomiales o muerte súbita.

3. RIESGOS PERSONALIZADOS

.....
.....

4. ALTERNATIVAS POSIBLES

Se ha realizado previamente desescalado verbal y contención farmacológica sin resultados clínicos óptimos, por lo cual no existe otra alternativa.

5. DECLARACIONES Y FIRMAS

Conforme a lo dispuesto en la LOPD (Ley de Protección de Datos) 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamiento conforme a dicha ley.

Declaro que he sido informado del procedimiento, de los riesgos del mismo y de su necesidad, y sé que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida, he comprendido su contenido, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente, y me han aclarado todas las dudas planteadas y que comprendo el alcance y los riesgos.

Y, en tales condiciones, **SOLICITA Y CONSIENTE** a los facultativos del Servicio depara realizar la contención mecánica. La aparición de imprevistos podría hacer necesaria una variación del procedimiento previsto inicialmente, modificación que autorizo si se considera conveniente.

En, a de de

Firma del MÉDICO que informa

Firma del PACIENTE o
su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr/Dra.....
Colegiado N°.....

Fdo.: D/D^a.....
(Nombre y dos apellidos)
D.N.I.....
Parentesco.....

El paciente o su representante legal **REVOCA EL CONSENTIMIENTO ANTERIORMENTE PRESTADO.**

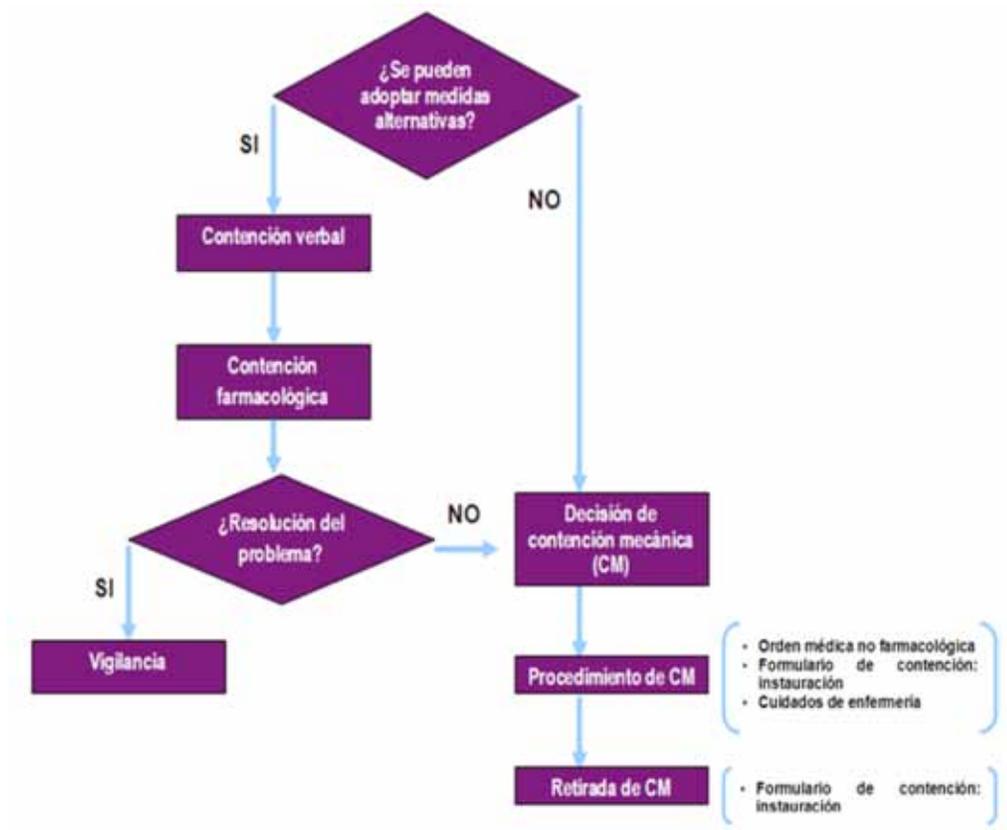
En, a de de

Firma del PACIENTE o su REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: Dr/Dra.....
(Nombre y dos apellidos)
D.N.I.....
Parentesco.....

ANEXO VI. ALGORITMO DE DECISIÓN

CONTENCIÓN DE PACIENTES





SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



Gobierno del Principado de Asturias

Consejería de Sanidad