



Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas.

Physical restraint as a safety measure in the
Psychiatric Emergency Unit.



Autora: Cristina Liaño Escobedo.

Directora: Silvia González Gómez.

Trabajo Fin de Grado de Enfermería. Curso 2013-2014.

E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria.

Julio, 2014

Contenido

Resumen:.....	4
Palabras clave:.....	4
Abstract:	4
Key words:	4
1. Introducción.	5
1.1.Objetivos	6
Objetivo general:.....	6
Objetivos específicos:.....	6
1.2.Método.....	6
2. Capítulo I: Evolución histórica de la contención física en los pacientes psiquiátricos.	7
3. Capítulo II: Definición y concepto de Contención Física.	10
4. Capítulo III: Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones.....	11
4.1. Indicaciones:.....	11
4.2. Contraindicaciones:.....	12
4.3. Complicaciones:.....	12
5. Capítulo IV: Consideraciones éticas y legales.....	14
5.1. Consideraciones éticas en la Contención Física de pacientes:.....	14
5.2. Consideraciones legales en la Contención Física de pacientes:	14
5.2.1. Información asistencial (Artículo 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).....	15
5.2.2. Consentimiento informado (Artículos 8 y 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).....	15
5.2.3. Internamientos voluntarios y no voluntarios según el consentimiento o no del paciente:.....	17
6. Capítulo V: Abordajes alternativos.....	18
6.1. Contención verbal.	18
6.2. Contención ambiental.	19
6.3. Contención farmacológica.....	19
7. Capítulo VI: Procedimiento de la contención física.....	21
7.1. Decisión de la contención física.	21
7.2. Consideraciones previas para garantizar la seguridad del paciente y del personal.....	21
7.3. Recursos humanos.	22
7.4. Recursos materiales.	22
7.5. Fases de la contención física.	23
7.5.1. Fase de sujeción:	23
7.5.2. Fase de inmovilización:.....	24

7.5.3. Fase de finalización:	24
7.6. Seguimiento médico y cuidados de enfermería.....	25
7.6.1. Valoración del personal médico.....	25
7.6.2. Valoración del profesional de enfermería.....	26
7.6.2.1. Cuidados específicos de enfermería:	27
8. Situación en el Servicio de Urgencias del HUMV.	28
9. Reflexión: Propuesta de mejora.	29
BIBLIOGRAFÍA:	31
ANEXO I:	34

Resumen:

La restricción física es un procedimiento utilizado desde la antigüedad para controlar el comportamiento de los enfermos mentales. Consideraban habitual el uso de cadenas para inmovilizarles y pocos personajes intentaron humanizar el cuidado proponiendo medidas de sujeción más suaves. En España, hasta el siglo XX, no se publicaron guías de cuidados para la correcta aplicación de restricciones físicas. A mitad de este siglo con el descubrimiento de los antipsicóticos y las declaraciones ético-legales se redujo el uso desmesurado de este método.

En los servicios de urgencias frecuentemente se utiliza la contención física en los pacientes agitados como medida de protección y seguridad para él mismo además de para el personal y los familiares. Muchas veces se realiza sin su consentimiento y en contra de su voluntad lo que significa una privación de su libertad, hecho que conlleva dilemas ético-legales.

La inmovilización terapéutica es una medida de protección que requiere indicación médica y por lo tanto conlleva complicaciones potenciales si no se aplica adecuadamente. Por ello este trabajo se centra en el análisis de protocolos nacionales para consensuar el marco teórico sobre el procedimiento de su aplicación, recursos humanos y materiales, y así unificar criterios de seguridad y calidad asistencial.

Palabras clave:

Inmovilización, restricción física, protocolos, agitación psicomotora, seguridad del paciente.

Abstract:

Physical restraint is a procedure used to control mentally ill patients since antiquity. Using chains as an immobilization method was an usual procedure and there were only a few professionals who tried to humanize these patients cares, by suggesting soften ways to restraint them. Until the XX century there were no physical restraint care guides published in Spain. The antipsychotic drugs discovery in 1950s plus the ethical and legal declarations, made the massive use of these restraint methods decrease.

Physical Immobilization is frequently used in Accident and Emergency Units as a way of protection and safety for agitated patients, care takers and sanitary professionals. It is often carried out without their permission and against their free will, which means a lack of their freedom providing an ethic and legal dilemma.

Therapeutic restraint must be prescript by a doctor, and therefore it has potential complications that will turn into real complications if the immobilization isn't properly done or apply. Consequently, this work is focused on national protocols analysis to reach an agreement about the creation of a theoretical framework about the application procedures and the human and material resources needed, making possible to reach safety and care quality unified standard.

Key words:

Immobilization, physical restraint, protocols, psychomotor agitation, patient safety.

1. Introducción.

La Contención Física es una medida utilizada desde la antigüedad para tratar y controlar el comportamiento de los pacientes agitados, más particularmente de los enfermos mentales, los cuales se consideraban un problema para la sociedad que solía resolverse con la represión de los mismos en lugares parecidos a cárceles en lugar de instituciones sanitarias. Consideraban habitual el uso de la inmovilización con cadenas y pocos personajes intentaron humanizar el cuidado proponiendo medidas que suavizasen la sujeción. En España, hasta principios del siglo XX no se comenzaron a publicar guías de cuidados para la aplicación de sujeciones físicas a los pacientes. A mitad de este siglo con el descubrimiento de los antipsicóticos y la divulgación de declaraciones ético-legales se redujo el uso desmesurado de esta medida(1,2).

No es hasta finales de los 90 cuando las organizaciones sanitarias comienzan a dar importancia a la seguridad de sus procedimientos así como al reconocimiento de sus consecuencias y a la mejora continua de los mismos. Los pacientes son cada vez más conscientes de la obligación de que se les preste un medio sanitario seguro y así lo solicitan. Si bien se implantó la medicina basada en la evidencia científica, todavía existe una gran variabilidad en la práctica asistencial, y parece que aún más en el campo de la asistencia psiquiátrica(3).

Los usuarios de los servicios de Urgencias, especialmente aquellos que padecen una psicopatología aguda, son especialmente vulnerables a numerosos y potenciales riesgos. Estos riesgos pueden relacionarse con su propia conducta y con las técnicas y cuidados que se les proporcionen(3).

Así pues la seguridad del paciente es un factor clave para conseguir la calidad en la asistencia sanitaria. Por ello la atención psiquiátrica debe realizarse teniendo en cuenta la seguridad de sus procedimientos asistenciales, en esta ocasión este trabajo se centra en la técnica de la contención física. Ésta se puede considerar una medida que conlleva notables riesgos para la salud si no se aplica adecuadamente(3).

La restricción física es un procedimiento utilizado con personas en estado de agitación psicomotriz o agresividad que ponen en peligro su salud, la del resto de pacientes y del personal e impiden una correcta aplicación de medidas terapéuticas. Es una situación de urgencia hospitalaria frecuente y de consecuencias potencialmente graves. Además el manejo es complicado y conlleva unas connotaciones éticas y legales significativas puesto que obliga en la mayoría de los casos a actuar en contra de la voluntad del enfermo; de tal forma que se aplica sin su consentimiento y se le priva de su libertad(4,5).

Una de las herramientas para aumentar la seguridad de los usuarios han sido las alertas de seguridad del paciente(4). Se definen como llamadas de atención frente a determinados sucesos a los que, por su frecuencia o impacto, se les debe poner especial atención. La "Alerta número 5 de Seguridad en Atención Sanitaria", promulgada por el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP), trata sobre *las precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes*(3).

Varias publicaciones afirman que no puede hallarse un valor real estadístico sobre la aplicación de la contención física puesto que no existen instrumentos de medida y control en situaciones de inmovilización física. Tampoco hay una unión de criterios en el procedimiento y las medidas a llevar a cabo(6).

La agitación es un episodio médico muy frecuente en urgencias y su manejo es muy complicado por la poca colaboración del paciente por lo que casi siempre requiere del uso de la contención y aunque se supone que es una medida excepcional, esta debe aplicarse con la mejor calidad posible. Debido a ello es por lo que me planteé un trabajo de revisión bibliográfica para conocer las diferentes indicaciones y procedimientos de aplicación a fin de unificar un procedimiento más claro y consensuado(4,6).

1.1. Objetivos:

Objetivo general:

- El objetivo de este trabajo es proporcionar los conocimientos actuales para la aplicación de la contención física como medida de seguridad en los Servicios de Urgencias Psiquiátricas(7).

Objetivos específicos:

- Describir la evolución histórica de la contención mecánica y su concepto(7).
- Proyectar el debate todavía existente entre la “no-contención” y la “si-contención”(7).
- Determinar las recomendaciones en cuanto a la seguridad clínica del uso de la restricción física a nivel nacional(7).
- Explicar conocimientos sobre las consideraciones éticas existentes sobre la inmovilización terapéutica(7).
- Establecer propuestas de mejora en la aplicación de medidas de contención mecánica(7).

1.2. Método:

Se trata de una revisión bibliográfica de los diferentes protocolos y artículos encontrados de origen nacional, así como la consulta de la normativa ética y legal existente en materia de sanidad en referencia a la inmovilización terapéutica y también un pequeño repaso de su historia.

A continuación del análisis de la literatura se hará una reflexión sobre su utilización en la práctica clínica y la poca unificación de criterios, finalizando con un plan de mejora.

Bases de datos utilizadas:

- PubMed – Medline.
- Cuiden Plus.
- Google Académico.

Métodos de búsqueda (palabras clave o descriptores) utilizados:

- Physical Restraint - Emergency.
- Restricción física - Historia.
- Contención física – Protocolos – Guías.

2. Capítulo I: Evolución histórica de la contención física en los pacientes psiquiátricos.

La restricción física es un procedimiento que se ha utilizado desde la antigüedad para tratar y controlar el comportamiento de los pacientes agitados, más particularmente de los enfermos mentales. Desde tiempos antiguos estas personas se consideraban un problema para la sociedad que solía resolverse con la represión de los mismos en lugares parecidos a cárceles en lugar de instituciones sanitarias. Consideraban habitual y sistemático el uso de la inmovilización física con cadenas, incluso era frecuente la aplicación de torturas, azotes o inmersiones en agua helada. Pocos personajes intentaron humanizar el cuidado proponiendo medidas que suavizasen la sujeción como Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) que sustituyó las cadenas por ataduras de lana u otro tipo de textil que redujese las complicaciones que causaban, así como Asclepiades (124-40 a.C.) que promocionaba terapias mediante alimentación, higiene, masajes y ejercicio en contra del castigo físico y del aislamiento(1,2).

En la Europa medieval la religión ejercía un gran poder sobre la sociedad en la que influyó mediante sus creencias sobre la locura relacionándola con el pecado, el castigo divino o la brujería. Por ello, las personas dementes acudían antes al sacerdote que al médico y eran recluidas en edificios religiosos donde las condiciones en las que vivían eran lamentables, siendo el castigo físico junto con la inmovilización las medidas más benévolas que se practicaban(1,2).

Por el contrario la cultura islámica y su medicina crecían de forma cualitativa y cuantitativa. Prueba de ello fueron las construcciones de los primeros centros para dementes donde los enfermos mentales eran tratados dignamente y con bondad. También se desmintieron las falsas creencias sobre la enfermedad mental, pues se negó que los pacientes fueran poseídos por demonios y que debían ser castigados y encadenados. Además defendieron la eliminación de las sujeciones físicas(1,2).

En España durante los siglos XV y XVI se produjo un avance respecto a la forma de tratar a los pacientes instituyendo un tratamiento moral y humanitario a los pacientes mentales. En 1409 retiraron las cadenas y utilizaron el ejercicio, la higiene, la dieta, el trabajo y el ocio como medidas terapéuticas. Los principales referentes lo compusieron el manicomio de Valencia "Hospital de los Santos Inocentes" (inaugurado a principios del siglo XV) y el manicomio de Zaragoza, "Hospital de Nuestra Señora de Gracia" (1425). Aunque estos centros fueron reconocidos por una asistencia caritativa, disponían de instrumentos de sujeción de hierro que se usaban para los más violentos(1,2).

Entre los siglos XVI y XVIII en toda Europa se produce un gran abandono de los enfermos mentales. Los recursos asistenciales eran muy escasos, por ello comenzarían a ocuparse del cuidado las comunidades religiosas aunque también escaseaban dichas instituciones. Muchas familias tenían que encerrar a los enfermos en sus propias casas. Los pacientes más violentos eran encerrados en mazmorras y los más tranquilos solían abandonarse(1).

Los psiquiatras de esta época seguían recomendando las ataduras como medida básica para el control de la conducta en los manicomios, no obstante se oponían a la severidad de su utilización(1).

En el siglo XVIII las ideas ilustradas propiciaron el trato humanitario hacia los pacientes psiquiátricos. Estos principios se originaron en Gran Bretaña pero se extendieron hasta

Alemania, Italia y Francia. Varios personajes elaboraron tratados y normas sobre cómo debían ser atendidos los pacientes mentales; mediante un trato humanitario con un ambiente y alimentación saludable, hábitos sociales y actividad beneficiosa y aboliendo el uso de la contención y la violencia. Estos destacaron la importancia de las ratios mínimas de personal, de su formación y de su vigilancia con el objetivo de disminuir de la inmovilización(1,2).

No obstante, a pesar de estos avances con el tratamiento moral, la fijación continuaba aplicándose. Se inventó la famosa camisa de fuerza para humanizar la asistencia al permitir la deambulación y en algunos manicomios admitían el uso excepcional de castigos corporales como la “silla tranquilizadora” que consistía en una silla con ataduras en el abdomen, brazos y piernas(1,2).

En el siglo XIX en Gran Bretaña un conjunto de psiquiatras se unen por la reducción de la contención de los pacientes. Proponen que la sujeción debe aplicarse a partir de una orden médica, de forma intermitente y registrarse la causa y duración por escrito. Escribieron varias publicaciones basadas en modelos de no-restricción donde establecieron otras medidas como aumentar los salarios y la formación de los cuidadores, incrementar el número de ellos por turno y asegurar unas instalaciones adecuadas. La principal premisa del método de la no-contención era evitar cualquier agitación del paciente. Si bien suprimieron la contención, para los enfermos más violentos recomendaron las habitaciones acolchadas(2).

Este modelo de no-restricción permitió la publicación de nuevas normas legales e influyó hacia un pensamiento más humanitario y de respeto hacia el enfermo mental(2).

A finales de este siglo, la escasez de recursos y centros estancaron los progresos conseguidos, aunque la filosofía de no-sujeción continúa en la actualidad(2).

En el resto de Europa, esta ideología aparece más tarde. En Alemania casi no había hospitales para pacientes psiquiátricos, ellos continuaban siendo encarcelados en cualquier edificio adecuado para tal fin. Incluso se diseñaron nuevas herramientas para controlar la conducta alienada como la máscara de Autenrieht que reducía los gritos e impedía las mordeduras y esputos. Aun así, aparecieron algunos pocos profesionales que favorecieron la no-restricción(2).

En España, la idea de no-contención tampoco tuvo mucho eco, debido a la problemática para viajar y acceder a las publicaciones extranjeras. Esto suponía una falta de reglamentos y la insuficiencia de cuidadores que mantuvieron la práctica de la represión y contención con los enfermos(2).

Durante el Trienio Liberal (1820-1823) se promulgaron las primeras leyes para reducir la inmovilización. Fueron las Leyes de Beneficencia, que prohibían el uso de cadenas y se recomendaban alternativas como las habitaciones acolchadas y las camisas de fuerza. Sin embargo, la crisis económica y política de la época no pudo detener la decadencia de los centros para dementes. Es por ello que durante este período histórico las órdenes religiosas se hicieron cargo del cuidado de estos pacientes(2).

Se crearon clínicas privadas como el manicomio de Nueva Belén que sustituyeron las técnicas más duras como las cadenas y grilletes por otras más sutiles como correas, lazos, cinturones, camisas y sillas de fuerza, con el objetivo de satisfacer a los clientes(2).

En 1885 se elaboró un Real Decreto que regulaba la hospitalidad de los centros y el control judicial de los ingresos y recomendaba los métodos de contención más adecuados(2).

En América la idea de restricción era similar a la europea. Compaginaron la contención para aquellos enfermos más agresivos y el tratamiento humano. Generalmente su atención psiquiátrica se basaba en la represión de los pacientes(2).

Existía el debate entre los que apoyaban y cuestionaban la contención pero solían ganarlos en mayoría los que la defendían. Algunos consideraban que no utilizarla en algunos casos era una negligencia. Otros opinaban que su uso no se podía evitar, cuando por ejemplo el enfermo mostraba intentos de autolesión, ya que las familias podían demandar a la institución si no se aplicaban dichas medidas(2).

Los utensilios que utilizaban eran camisas de fuerza o cintas para las muñecas y cadenas de hierro para los más violentos. Estas últimas medidas de contención estaban apenas aprobadas en Europa pero en EE.UU. se mantenía una opinión positiva hacia ellas. Incluso publicaron numerosos documentos donde justificaban dichos procedimientos. De hecho, nunca se implantó la filosofía de no-restricción como en Gran Bretaña(2).

A pesar de esto, se publicaron algunos escritos que sugerían la disminución del uso de la sujeción argumentando los problemas que causa y también instrucciones sobre los cuidados resaltando la importancia de la supervisión y vigilancia de la persona contenida(2).

A mediados del siglo XX comienza el avance hacia una progresiva disminución del uso de inmovilización física debido a dos grandes progresos ocurridos(2):

- La aparición de los nuevos fármacos psicotrópicos, permitió un mayor control de la conducta de los pacientes psiquiátricos, que hasta el momento se les contenía por su estado de agitación. Esta mejoría del comportamiento redujo la utilización de sujeciones y supuso un avance terapéutico para la asistencia psiquiátrica que comenzó a interesarse por la etiología de la enfermedad mental(2).
- La publicación de declaraciones ético-legales propiciaron la humanización del cuidado. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en 1991 los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. También el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina en 1997, y el Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las personas con trastorno mental del año 2000(2).

Durante las últimas décadas varias instituciones sanitarias, colegios profesionales y sociedades científicas realizaron numerosos manuales y recomendaciones basadas en una asistencia psiquiátrica segura, de calidad y humana(2).

Analizando esta perspectiva de cómo la ideología de la contención física y el concepto del paciente psiquiátrico ha ido evolucionando a lo largo de los siglos se puede confirmar que la controversia sobre la restricción física proviene de un lejano pasado. Es interesante observar como los países que tenían una actitud más positiva o negativa hacia la filosofía de no-restricción hoy en día continúan con un pensamiento similar(1,2).

En España esta filosofía apenas se lleva a la práctica aunque poco a poco están surgiendo centros que si lo hacen. Y aunque siguen publicándose y actualizándose guías y protocolos sobre la contención física deberíamos preguntarnos si la aplicación desmesurada de la contención es un asunto solo del pasado(1,2).

3. Capítulo II: Definición y concepto de Contención Física.

Según la OMS, la contención física se debe entender como “un método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.

Se entiende por contención física de pacientes como un procedimiento terapéutico que consiste en la restricción de la movilidad mediante el uso físico o de dispositivos mecánicos que impiden o limitan los movimientos de todo o parte del cuerpo del paciente(4,8,9,10,11,12,13,14).

Este procedimiento se caracteriza por ser un método terapéutico, que en la mayoría de los casos obliga a actuar en una situación de urgencia y en contra de la voluntad del paciente. Por lo que durante su uso ocurren dos circunstancias especiales: por un lado se aplica sin consentimiento del paciente y por otro se le priva de libertad de movimientos de forma temporal(14).

Por estas razones, es necesario que el personal que realice esta técnica tenga el suficiente conocimiento para actuar sin agravar la situación potencialmente peligrosa. Además su manera de hacerlo debe respetar los derechos fundamentales del paciente como ser humano(10).

La contención física de los movimientos en un paciente puede ser necesaria en situaciones de agitación psicomotriz que supongan un peligro. Con ella se busca la restricción de movimientos del cuerpo del paciente, para prevenir auto o heterolesiones (enfermos, familiares o personal sanitario), o daños de recursos materiales en el servicio (destrozo de equipos, mobiliario, etc.). Es una medida de último recurso, es decir, su uso está justificado siempre que otros métodos (contención verbal, ambiental y farmacológica) hayan fracasado o no sean aplicables. Se trata por tanto de una medida excepcional que debe aplicarse en casos puntuales y su duración debe ser lo más breve posible así como en las condiciones más óptimas para el paciente(8,10,12,13).

4. Capítulo III: Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones.

4.1. Indicaciones:

La contención mecánica es una medida de protección, utilizada como última opción y no en cualquier situación. Se trata de una técnica sanitaria, por lo tanto su decisión provendrá de personal sanitario autorizado, que lo empleará con buen criterio y en caso de pacientes con agitación psicomotora o conducta agresiva y/o violenta, originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica)(4,14,17).

Ante un cuadro de agitación psicomotriz los signos conductuales que pueden observarse son inquietud, intranquilidad, irritabilidad, hiperactividad, verborrea inapropiada y/o nerviosismo. Todos ellos descritos en un estado de actividad psicomotora desorganizada, repetitiva y sin finalidad concreta cuya etiología puede ser una alteración física o mental(4,15).

Con frecuencia se manifiestan signos vegetativos, como la alteración en el patrón del sueño, taquicardia y sudoración(4).

En general sus indicaciones son las siguientes:

- Prevención de autolesión inminente o heteroagresión (otros pacientes, personal sanitario, familiares, etc.) o de desperfectos en el entorno hospitalario, cuando otros métodos han sido o se tiene sospecha que no serán eficaces(4,8,9,10,11,12,13,15,14,17,18).
- Riesgo de caídas(8).
- Riesgo de suicidio(8).
- Evitación de fuga del paciente si se considera este riesgo (ejemplo: paciente con ingreso involuntario)(4,8,9,10,11,12,13,15,14,17,18).
- Evitación de interferencias en el tratamiento médico del mismo paciente u otros y asegurar su instauración y seguimiento (ejemplos: retirada de vías, sondas, catéteres u otros sistemas de soporte vital)(4,8,9,10,11,12,13,15,14,17,18).
- Solicitación del paciente de forma voluntaria y existencia de causa justificada clínica o terapéutica(4,8,9,10,11,12,13,14,17,18).
- En caso de deterioro conductual grave(4,8,9,10,11,12,13,14,17,18).

Otras indicaciones:

- Reducción de la medicación durante la observación de pacientes con delirium o psicosis(4,8,10,12,13,14,17,18).
- Episodio de agitación en embarazadas con psicosis(4,8,10,12,13,14,17,18).
- Prevención de lesiones durante la administración urgente de medicación(4,8,12,13,14,17,18)
- Como parte de un plan terapéutico de modificación de conducta (castigo negativo) que previamente haya sido propuesto y pactado con el paciente(8,12,17).

*Técnica enmarcada dentro del condicionamiento operante que se usa para disminuir conductas disruptivas haciendo que estas sean seguidas de la desaparición de un reforzador(17).

4.2. Contraindicaciones:

No deberá aplicarse una contención física:

- Si el episodio puede solucionarse con medidas alternativas (contención verbal, farmacológica, etc.)(4,8,10,12,13,14,17,18).
- Si no existe el personal suficiente y adecuadamente entrenado para llevarla a cabo(4,8,10,12,13,14,17,18).
- Como método punitivo y coercitivo ante pacientes hostiles e “incordiosos”(4,8,10,12,13,14,17,18).
- Como forma de sustituir la falta de personal o recursos materiales, aún en situaciones de “alta carga de trabajo asistencial en la planta” (4,8,10,12,13,14,17,18).
- En casos en los que la agitación psicomotriz no pueda ser controlada por el personal sanitario, excepcionalmente se podrá recurrir a las Fuerzas de Seguridad del Estado, por ejemplo ante un paciente armado, ya que es una competencia de orden público(4,12,13,14,17,18).
- Orden expresa del médico de no aplicar contención(17).
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados(17).
- Por simple conveniencia del equipo o para su descanso(13,17).
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia(17).
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que pueda empeorar por disminuir la estimulación sensorial(8,13,17).
- Inmovilización en sillón o silla de ruedas, debido a un alto riesgo de caídas(13,14).

4.3. Complicaciones:

Es necesario conocer los riesgos físicos y/o psicológicos secundarios a la contención física para su prevención(4,8,12,13,14,17,18).

Riesgos generales:

- Pérdida de la capacidad funcional del sistema osteo-muscular(4,8,12,13,14,17,18).
- Pérdida de fuerza y de tono muscular(14).
- Alteraciones de la integridad cutánea(4,8,12,13,14,17,18).
- Compresión de órganos internos(14).
- Dolor(14).
- Deterioro de la estabilidad para la deambulaci3n(4,8,12,13,14,17,18).
- Incontinencia fecal y urinaria(4,8,12,13,14,17,18).
- Estreñimiento e impactaci3n fecal(14).
- Úlceras por presi3n(14).
- Tromboembolismo(14).
- Neumonía hipoestática(14).
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales(13).
- Riesgos psicológicos: ansiedad, miedo, irritabilidad o agresividad, aumento de la agitación, estrés, pérdida de autonomía y autoestima(15).
- Reducci3n del apetito, desnutrici3n, deshidrataci3n(4,8,12,13,14,17,18).
- Hipotensi3n con riesgo de síncope y caídas(4,8,12,13,14,17,18).
- Alteraciones sensoriales, por el aislamiento del entorno y una relaci3n alterada con el personal que realiza el cuidado(13,15).

Riesgos secundarios a la contención abdominal:

- Asfixia traumática(13,14).
- Dificultad respiratoria(14).
- Broncoaspiración (sobre todo en decúbito supino sin elevación de cabecero)(13,17).
- Compresión abdominal(4,8,12,13,14,17,18).
- Contracturas(4,8,12,13,14,17,18).
- Estrangulación y muerte(4,8,12,13,14,17,18).

Riesgos relacionados con la contención de extremidades:

- Compresión de músculos, vasos y nervios(4,8,12,13,14,17,18).
- Interrupción de la circulación sanguínea y del tratamiento endovenoso(14).
- Inflamación o edemas en extremidades(4,8,12,13,14,17,18).
- Pérdida de la integridad cutánea(4,8,12,13,14,17,18).
- Cianosis e isquemias(4,8,12,13,14,17,18).
- Hematomas(4,8,12,13,14,17,18).
- Luxaciones y fracturas(4,8,11,13,14,17).

5. Capítulo IV: Consideraciones éticas y legales.

5.1. Consideraciones éticas en la Contención Física de pacientes:

La contención física y su aplicación sanitaria entrañan importantes contemplaciones éticas y legales. Su manejo inadecuado puede significar, éticamente, un atentado contra los principios de autonomía, justicia, beneficencia, el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad del paciente, y legalmente, una agresión y retención indebida(4,6,8,14).

La contención mecánica también vulnera un derecho fundamental de la persona, la libertad, cuya restricción solo se entendería cuando el beneficio para el paciente sobrepasara el perjuicio que esta limitación pudiera causar (Autonomía vs Beneficencia)(8,14).

Estos derechos innatos, que la Bioética reconoce como principio de Autonomía y derecho al respeto y a la dignidad, se encuentran protegidos por la Constitución Española en sus artículos(14):

- 17.1 y 18.1 por la Ley Reguladora de la Autonomía del paciente(14,19,20).
- y se cita expresamente en el Convenio de Oviedo para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano(16).

Además, la restricción física puede tener consecuencias potencialmente graves, tanto físicas como emocionales, incluyendo la muerte, por lo que precisa un control y un cuidado especial por parte del personal sanitario(4,8,13).

Únicamente se podrá contener a un paciente cuando lo determine el facultativo responsable. Sin embargo, dicho procedimiento lo puede iniciar el personal de enfermería en situación de urgencia, de hecho así sucede con mucha frecuencia(4,13).

Para que la sujeción mecánica sea aceptable desde una perspectiva moral debe requerir ciertas condiciones(14):

- Respetar la dignidad de la persona: privacidad y acondicionamiento del entorno(14).
- Información adecuada del procedimiento a los familiares o representantes del paciente y si es posible previamente al inicio(14).
- Prolongación no más allá de lo imprescindible(14).
- Adaptación de un protocolo implantado en el centro(14).

5.2. Consideraciones legales en la Contención Física de pacientes:

No existe una ley ni norma específica que regule el procedimiento de la contención mecánica de pacientes, por lo que para considerar este asunto jurídicamente hay que atenerse a lo ordenado en(4,8,13,14,17,18,19):

- La 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. ANEXO I(20).
- El artículo 211 del Código Civil. ANEXO I(20).
- La Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, artículo 763. ANEXO I(20).
- Convenio de Oviedo(16,20).

5.2.1. Información asistencial (Artículo 4 y 5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre)

La información clínica forma parte de todas las actuaciones sanitarias, por lo que ante una indicación médica para realizar una contención o sujeción física es necesario proporcionar información de dicho procedimiento(4,8,13,14,18).

El paciente tiene derecho a saber el por qué de la medida, su finalidad, naturaleza y riesgos, así como a que le den una explicación de la atención que recibirá mientras esté sujeto y de las condiciones en que será retirada la sujeción(4,8).

El médico responsable de la indicación de sujeción facilitará la información previamente o en el momento de llevarse a cabo la medida terapéutica, si las circunstancias lo permiten, durante el tiempo que se mantenga la misma y de modo adecuado a las posibilidades de comprensión del usuario(4,14).

La manera en que se transmita la información es importante ya que el paciente debe percibir, en la medida de lo posible, que se trata de un procedimiento terapéutico. Esta información debe aportar seguridad y serenidad, para evitar interpretaciones erróneas de la realidad clínica que está viviendo(4,14).

Una vez contenido al paciente se debe informar a la familia o representante legal de la medida adoptada, explicando las causas que la han motivado y las características del procedimiento, así como de los criterios que se emplearán para finalizar el mismo. Si no existen acompañantes para transmitir la información, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Lex Artis(4,8,13,14,18).

Si la familia no está conforme con la medida aplicada, deberá informarse al juez, de forma similar a otras circunstancias en las que se requiera un tratamiento urgente con el que la familia no está de acuerdo(4,14).

Registro en la historia clínica:

Según la Ley 41/2002 la historia clínica es “el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.”

Como cualquier otra intervención terapéutica existe obligación legal de documentar la realización del procedimiento en la historia clínica del paciente, quedando constancia de la justificación de la medida tomada, de su mantenimiento en el tiempo y de todas las incidencias ocurridas (Ley 41/2002)(4,8,13,14,18)

5.2.2. Consentimiento informado (Artículos 8 y 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

El paciente debe participar en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso asistencial. Sin embargo, en la mayoría de los casos la contención física es un procedimiento de urgencia, utilizado ante situaciones de agitación psicomotriz no controlables mediante otros métodos. Por ello es habitual que la solicitud de consentimiento informado previo a veces sea improcedente. Por la misma razón, esperar a que la familia dé su consentimiento previo, en muchas circunstancias, tampoco es posible(4).

No obstante, la legislación actual pretende formalizar la orden constitucional por lo que la privación de libertad debe estar sujeta a protección judicial. Esta es la razón por

la que toda inmovilización de un paciente (tanto sujeciones involuntarias, aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia, e incluso las que solicita el propio paciente), debe ponerse en conocimiento del juez(4).

De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico debe solicitar una autorización judicial, si es posible, antes de la decisión de la inmovilización del paciente. Al mismo tiempo comunicará al magistrado las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y después procederá a su autorización o a su denegación(4, 17).

En situaciones de urgencia que sea necesario adoptar la medida por el bien del paciente, la ley permite al facultativo ejecutar la medida siempre y cuando se comunique a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas. El juez después de recabar la información podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de contener al enfermo finalizara antes de que el juez decida la autorización, el personal sanitario, deberá comunicárselo(14,17).

Los casos que no requieren el previo consentimiento escrito del usuario vienen recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad y en el Convenio de Oviedo(13):

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública(13).
- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares, representantes legales o personas a él allegadas(13).
- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento(13).

Por lo tanto, en estos casos, es el propio médico quien decide la intervención, siempre y cuando exista riesgo grave para la integridad física o psíquica del paciente o terceras personas, y sea imposible conseguir ni su autorización ni la de sus familiares o representantes legales. Se considera que la aplicación del procedimiento causa un daño menor frente al daño que se produciría si no se aplicara el mismo (artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre; artículos 6 y 8 del Convenio de Oviedo y artículo 20.5 del Código Penal)(14,17).

En los supuestos excepcionales en los que el paciente, con capacidad y en condiciones de decidir, dé su aprobación para la adopción de la contención mecánica, debe recogerse en un documento escrito firmado por el paciente. En la mayoría de los casos, en los que el paciente no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerlo, se solicitará, cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a los representantes legales del paciente(18).

Los formularios del consentimiento informado deben ser firmados por cuadruplicados, un ejemplar para la historia clínica, otro para el servicio, otro para los servicios centrales pertinentes del hospital y otro para el magistrado(17).

Por otra parte, se deberá solicitar al juez de 1ª Instancia la ratificación de la contención, cuando haya agitación psicomotriz de larga duración y se requiera una sujeción prolongada, pues en este caso podría suponer una alteración grave de la conducta. Por tanto, en este caso también se considerará un internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico. La comunicación al juez la efectuará el médico responsable, ya sea en el momento de la adopción, porque se prevea que se va a prolongar la agitación o porque se prevea después de adoptada la medida, no

pudiendo mantenerse más de 24 horas. A partir de la notificación el juez, junto con el forense, dispondrán de 72 horas para valorar el caso y dar conformidad al ingreso involuntario, aunque generalmente se realiza dentro de las 24 horas siguientes. Todo ello debe hacerse con arreglo a la Ley de Enjuiciamiento 1/2000 de 7 de enero, que hace referencia a internamientos no voluntarios(4,14,18).

5.2.3. Internamientos voluntarios y no voluntarios según el consentimiento o no del paciente:

Pueden existir tres supuestos(17):

- *Paciente con ingreso voluntario y su consentimiento para la inmovilización terapéutica(17).*

Si la contención física es voluntaria o es solicitada por el paciente que está ingresado de forma voluntaria, deberá firmar el consentimiento informado. Como se le priva de libertad, aunque lo consienta, deberá comunicarse al juez. El paciente puede anular su consentimiento libremente. En este caso, se evaluará de nuevo su estado y la retirada o no de la inmovilización del paciente(14,17).

- *Paciente con ingreso voluntario y no consentimiento para su inmovilización terapéutica(17).*

A un paciente que se le aplica restricción física contra su voluntad y estaba sujeto a ingreso voluntario, se considerará involuntario (puesto que la medida adoptada no estaba pactada previamente entre la institución y el enfermo), debiéndose comunicar al Juzgado. Cuando sea posible, se consultará el consentimiento informado de un familiar, y si la misma no está conforme, el facultativo podrá actuar directamente pero comunicándose al juez sin demora(8,13,14,17).

• *Paciente con ingreso involuntario(17).*

Si el carácter de internamiento del paciente era involuntario previamente a la aplicación de contención física se comunicará al juzgado para solicitar su autorización(14,17).

6. Capítulo V: Abordajes alternativos.

Los abordajes alternativos son medidas terapéuticas utilizadas en la fase inicial de la agitación del paciente que fuera previsible su contención. El objetivo de dichas medidas será detectar las primeras señales que indiquen agitación del paciente que pueda ir en aumento. En primer lugar es esencial conocer la situación personal de la persona e informarse sobre su historia clínica, para poder tomar las decisiones adecuadas a su situación(4).

Cuando sea posible se intentará tranquilizar al enfermo para no llegar a la contención física y conseguir un estado de calma por parte del paciente sin utilizar la restricción física(4).

Así pues, las posibles alternativas terapéuticas son de tres tipos. La contención verbal es el primer método de elección junto con la contención ambiental que se refiere a la estancia en una habitación tranquila. La contención farmacológica empleando la medicación oral o parenteral es la siguiente medida utilizada. Como última medida de elección está la contención física(4).

No obstante, si el paciente muestra una agitación grave, sin posibilidad de paliarla mediante la terapia verbal o ambiental, se elegirá como primera opción la intervención farmacológica o incluso la contención física(4).

6.1. Contención verbal.

La contención verbal tiene como objetivo orientar las situaciones de tensión y agresividad hacia su disminución mediante el diálogo con el paciente para lo que es importante que se haya establecido con anterioridad una relación clínica que surja desde la confianza, empatía y respeto(4,8,13,14,17).

Este acercamiento se utilizará con pacientes que no hayan perdido el control totalmente y sean capaces de interactuar en la terapia verbal(4,13,14,17). Se intentará indagar sobre el origen de la ira e inquietud del paciente favoreciendo la expresión de sus sentimientos, sin confrontar sus opiniones ni interrumpirle y ofreciendo ayuda para solucionar sus problemas, si es posible. Pero también se debe explicarle los límites y las normas de la institución(8,11,13,14,17). Durante la entrevista se empleará un tono de voz suave y una actitud amable pero firme, utilizando estrategias como la escucha activa, la confianza y la persuasión. Todo ello con el fin de tranquilizar y estimular la relación terapéutica(4,8,11,13,14,17).

Pautas para mantener la seguridad del profesional, del paciente y de los que les rodean(17):

- Antes de hablar con el paciente será importante informarse sobre su situación clínica y así disponer de más posibilidades para el manejo conductual(13,14,17).
- Mantenerse fuera del espacio personal del paciente (medio metro) y de su lado no dominante(13,17).
- Si es posible la entrevista se hará en una sala que dé intimidad, fuera de estímulos irritantes (ruido, personas provocadoras) pero manteniendo la puerta ligeramente abierta, accesible, cercana al profesional y sin obstáculos para salir(13,14,17).
- Si no puede afrontarse la situación a solas con el paciente pedir ayuda(14,17).

- No mirarle de forma fija y directa, ello puede significar un reto y aumentar la hostilidad. Sin embargo, evitar la mirada indica inseguridad por lo que hay que alternar entre mirada directa e indirecta(13,17).
- Hay que mostrar una actitud abierta, relajada que sugiera confianza y comunicación, utilizando unos gestos que concuerden con esta actitud y evitando las posturas defensivas y movimientos bruscos(14,17).
- Ante el riesgo de violencia inminente(17):
 - Avisar al paciente de que la violencia no es tolerable(17).
 - Proponerle tratamiento farmacológico, nunca decirle para que esté más tranquilo porque responderá con mayor probabilidad que ya lo está... Expresarle que será una ayuda para que “pueda ver las cosas de forma más tranquila”, “para no pasar este momento tan desagradable sin apoyo”, “para lograr que dialogue con el suficiente bienestar”, “para disminuir el nivel de tensión y que pueda encontrarse psicológicamente mejor”, etc(14,17).
 - Advertirle de que se deberá proceder a la sujeción si su estado lo requiere(17).

6.2. Contención ambiental.

Consiste en acompañar a un paciente que comienza a mostrar signos de agitación a una habitación tranquila, junto con un profesional sanitario. Esta sala estará libre de objetos potencialmente peligrosos y de estímulos estresores para la persona agitada(4,14,17).

En ocasiones, la única acción de modificar el entorno del individuo resulta eficaz para controlar su comportamiento. Es fundamental alejar los estímulos irritantes para él y al mismo tiempo se debe incluir personas significativas, como una figura de autoridad, familiares, etc(4,14).

Se debe permitir al paciente la posibilidad de realizar actividades que le puedan relajar como pasear, escuchar la radio o llamar por teléfono a alguna persona. También se le pueden proponer métodos que ayuden a calmar al paciente como técnicas de relajación muscular o respiración abdominal(4).

Este abordaje no debe confundirse con el aislamiento ya que éste es opcional y no se encierra a la persona bajo llave(4).

6.3. Contención farmacológica.

Cuando las medidas de contención verbal y ambiental no son eficaces en el paciente agitado, se puede recurrir a la administración de fármacos con el objetivo de calmarle lo antes posible con el fin de evitar que se autolesione o lesione a las personas de su entorno. No obstante, es preciso señalar que la contención farmacológica conlleva numerosos riesgos en términos de efectos adversos medicamentosos, por lo que debe utilizar la dosis mínima posible que permita la eficacia terapéutica deseada sin reducir el nivel de consciencia(4,8,13,14).

La decisión de iniciar la contención farmacológica es competencia del médico responsable o el de guardia. Sin embargo, cuando en el momento de decidir no se puede contactar con el médico y se trata de una situación urgente el enfermero/a esta autorizado/a para iniciar el procedimiento según las órdenes médicas, debiendo comunicárselo al médico lo antes posible. La indicación deberá estar correctamente detallada y documentada y ser reevaluada constantemente(4,8,13,14).

Antes de seleccionar el fármaco valorar el empleo único de la contención física si hay duda diagnóstica, ya que la sedación dificulta el diagnóstico diferencial(4). Las características de cada paciente deben ser valoradas individualmente para también individualizar el tratamiento(14).

La selección farmacológica está determinada por diferentes características y es recomendable que tenga estas propiedades:

- Rapidez en el inicio de la acción(4,8,13,14).
- Es preferible la administración por vía oral(VO) que la parenteral. En los casos de agitación más severa y cuando el paciente rechace la VO se procederá a la administración intramuscular(4,8,13,14).
- Duración de acción corta(4,8,13,14).
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco(4,8,13,14).
- Escasas contraindicaciones(4,8,13,14).
- Bajo riesgo de aparición de efectos secundarios e interacciones farmacológicas(4,8,13,14).
- Se aconseja el uso de un solo fármaco que combinado para disminuir las interacciones farmacológicas y los efectos adversos(4,8,13,14).

La duración del tratamiento varía considerablemente entre los pacientes. No obstante se recomienda suspenderlo una vez el paciente se estabilice(14).

Los fármacos más utilizados para la contención química son las Benzodiazepinas y los Antipsicóticos, o ambos combinados en casos que lo requieran(4,8,13,14,17,18).

7. Capítulo VI: Procedimiento de la contención física.

7.1. Decisión de la contención física.

La indicación de la contención debe hacerla el médico responsable del paciente, o el facultativo de guardia. Sin embargo, como ocurre frecuentemente, dada la situación de urgencia, la primera indicación parte del personal de enfermería, que en dicho caso tiene autorización para hacerlo. No obstante, debe comunicárselo inmediatamente al médico para que dé su conformidad por escrito, donde conste la evaluación del estado físico y mental del paciente(4,14,17).

7.2. Consideraciones previas para garantizar la seguridad del paciente y del personal.

- Actuar en equipo de forma rápida y organizada evitando mostrar una actitud agresiva contra el paciente, ni verbal ni física. Realizar la reducción con el mayor cuidado posible mostrándose protector y no autoritario(4,8,13,14,17,18).
- De la misma manera el personal debe mantener una actitud precavida para evitar que el paciente pueda golpearles de modo deliberado o accidental(4). Es aconsejable:
 - Colocarse fuera de su espacio personal y del lado dominante(14).
 - Asegurarse una vía de escape, en caso de que fuese necesario(14).
 - No perderle de vista, aunque no hay que mirarle directa y continuadamente(14).
- Informar al paciente sobre lo que se va a hacer, si su estado lo permite, en tono firme pero tranquilizador, ya que está perdiendo el control y con esta medida se pretende evitar posibles riesgos para su salud(4,8,13,14,17,18).
- Todo el material deberá estar preparado, completo, limpio y en buen estado, tanto las sujeciones como la cama, que deberá estar frenada, con las cintas ancladas y los cierres abiertos de antemano(4,8,14,17).
- El miembro del equipo que indique la contención adoptará el papel de líder. Asumirá el contacto visual con el paciente y mantendrá una adecuada contención verbal intentando tranquilizarle. Deberá ser la enfermera/o referente(4,8,13,14,18).
- Disponer un entorno seguro alejando del paciente cualquier objeto peligroso(4,8,13,14,17,18).
- Actuar con calma, confianza, escucha activa y respeto que preserve la intimidad, privacidad y seguridad del paciente. La habitación o box del contenido debe ser individual y estar cerca del control de enfermería para mejorar el seguimiento y la seguridad del procedimiento(4,8,13,14,17,18).
- Si es posible se le cambiará la ropa por el pijama del hospital, puesto que resulta más cómodo para el paciente y más seguro en caso de fuga(4,14,17,18).
- Evitar la audiencia de terceras personas o que puedan irritar al paciente, también este puede manipular la situación y angustiar a otros pacientes y familiares(4,14).
- Extremar las medidas de protección del personal como el uso de guantes y evitar llevar encima objetos potencialmente peligrosos (tijeras, pinzas, fonendoscopios, etc.)(4,8,13,14,17,18).

7.3. Recursos humanos.

Todo el personal tanto sanitario (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) como no sanitario (celadores, personal de seguridad) está obligado a colaborar si es preciso por el responsable de la contención(8,13,14,17).

Funciones de cada profesional:

- Médico: Es el primer responsable de la contención, indicación, autorización e información al paciente y familiares. También decide la finalización de la medida, junto con el resto del equipo multidisciplinar(8,13).
- Enfermera: Indica la contención en caso de ausencia facultativa. Dirige y coordina la intervención. Es la responsable del material de sujeciones y de los cuidados posteriores (comprobar que esté limpio, completo, disponer de varias tallas, etc.)(8,13,14,17).
- Auxiliar de enfermería: Colabora durante todo el procedimiento de la restricción: ejecución, supresión, cuidados. Se ocupa del mantenimiento del instrumental para la contención(8,13).
- Celador: Participa en el procedimiento y en el transporte del paciente e instrumental(8,13).
- Personal de seguridad: Pueden ser requeridos para su presencia y/o la intervención en la reducción del paciente si no fuera suficiente con el personal presente(8,13,14,17,18). De forma excepcional, si la seguridad de los mismos se viera comprometida, debe comunicarse con las Fuerzas de Seguridad de Estado(14,18).

El personal que participe en la contención debe estar entrenado y capacitado(4,14). Para efectuar adecuadamente una contención lo indicado es la colaboración de cinco personas, una para sostener cada extremidad y otra para sujetar la cabeza. Aunque por razones de carga asistencial se admiten al menos un número de cuatro profesionales(4,8,13,14,17,18). Es recomendable la presencia de un médico(4,14,18), aunque será su decisión estar presente o no, puesto que puede dificultar la posterior relación clínica(17).

7.4. Recursos materiales.

Se debe utilizar instrumental de sujeción homologado por la legislación vigente(4,13,14,17,18), que protejan las extremidades, que sean confortables y de fácil ajuste(11). Este material deberá ser conocido por todo el personal del servicio y ubicarse en un lugar accesible(4,14). El material completo para contención física consta de:

- Dos sujeciones para las extremidades superiores (EES)(4,13,14,18).
- Dos para las extremidades inferiores (EEL)(4,13,14,18).
- Cinta auxiliar para fijar las EEL a la cama ó camilla(4,13,14,18).
- Una sujeción para el abdomen(4,13,14,18).
- Los cierres metálicos con sistema de apertura magnética o de muelle (llamados coloquialmente botones e imán)(4,13,14,18).
- Dispositivos accesorios: alargaderas anti-rotación, sujeción de tórax, muslos y de hombros(4,13,14,18).



Imagen 1: Contención física total: aplicación de cinco puntos.

7.5. Fases de la contención física.

La contención física del paciente es un procedimiento que consta de varias fases. La primera es la fase de sujeción o reducción del paciente, que es la más conflictiva. La segunda es la fase de aplicación del equipo de inmovilización y la última es la fase de retirada de la sujeción terapéutica(4).

7.5.1. Fase de sujeción:

Una vez indicada la decisión de contención e informada ésta al paciente, se le debe conceder un tiempo para que acepte la intervención y que colabore tumbándose solo en la cama o camilla(13,14,18).

Sin embargo, como ocurre en la mayoría de los casos, el paciente se negará y resistirá al procedimiento, por lo que se procederá a su reducción. El paciente deberá ser estirado en decúbito supino, generalmente en el suelo debido a la vorágine de la situación. Seguidamente se le trasladará mediante dos personas. Bien sujetándole por la axila con una mano tirando hacia arriba y con la otra por las muñecas, empujando hacia abajo, ó bien sosteniéndole por el hueco poplíteo y por la flexura del codo con ambas manos respectivamente con apoyo bajo los hombros(4,8,10,13,14).

Al poder ser se contendrá al paciente en su propia cama o camilla (si no en la más cercana y accesible). Es importante que los cinco componentes del equipo controlen y aseguren los miembros y la cabeza del enfermo pues puede lesionarse durante su agitación(4,8,10,13,14,18). Se decidirá previamente la extremidad que controlará cada persona del equipo(8,13). Las EESS se sujetarán por los hombros y antebrazos y las EEII se sostendrán presionando por encima de rodillas y tobillos, nunca forzando ni apretando las articulaciones(4,8,13,14).

7.5.2. Fase de inmovilización:

La secuencia de la inmovilización se debe iniciar con la colocación del cinturón abdominal, después la sujeción de miembros inferiores, seguido de miembros superiores y por último tórax si fuese necesario(4,13,14):

- Colocar la cinta abdominal de forma transversal encima de la sábana inferior, ajustándola a la medida de la cama o camilla por los lados y cerrar los cierres magnéticos. A continuación se coloca al paciente, envolviéndole con el cinturón en la zona central del abdomen; se ajusta a su medida cerrando con el botón magnético de forma que le permita girarse hacia los lados e incorporarse cómodamente en la cama, sin que pueda salirse de la misma ni caerse de ella. Se evitará la excesiva compresión pues dificultaría la respiración y existe riesgo de estrangulación(4,8,13,14).
- Para sujetar los tobillos primero hay que ajustar a la medida de la cama la cinta de sujeción para después sostener las tobilleras a la medida de la persona y cerrar con el botón magnético. Dependiendo de la longitud que se haya fijado el extremo de la tobillera, el paciente tendrá más o menos amplitud en la movilidad de las piernas. Si la sujeción es total, apenas hay posibilidad de movimiento. El sistema de cierre dispone de varias medidas, similar al mecanismo de un cinturón de vestir: con el primer ojal se ciñe más a la cintura y a medida que se añaden más agujeros queda más ancho(4,8,13,14).
- Para contener las muñecas lo primero es colocar las muñequeras a la medida correcta cerrando el botón magnético en el ojal correspondiente a la talla del paciente. Por último los extremos de las cintas se introducirán en los pasadores ubicados en la parte del cinturón abdominal que se ancla a la cama o a ambos lados del marco de la cama. Nunca se sujetarán a las barandillas(4,8,13,14).

La contención mínima tiene que ser de tres puntos: cintura, muñeca y tobillo contralaterales, lo que se considera *contención parcial*. Nunca se sujetará un única extremidad porque existe un alto riesgo de caídas y lesiones(4,8,13,14,18). Se considera *contención total* cuando se sujeta al paciente por cinco puntos, del abdomen y de las cuatro extremidades(5,13,14).

El retiro del personal se hará gradualmente. La enfermera/o será la última/o en alejarse, quien deberá asegurar que las sujeciones están colocadas de forma segura para evitar el riesgo de lesiones cutáneas. (4,13,14,17).

7.5.3. Fase de finalización:

Cuando la necesidad de inmovilización terapéutica haya remitido y/o la situación clínica de agitación y/o violencia haya cedido, se procederá a la retirada de la contención. Para ello serán obligatorios las siguientes condiciones(4,8,13,14):

- La evaluación e indicación de retirar la medida es competencia del personal médico junto con la ayuda del personal de enfermería. Esto deberá estar pautado en las ordenes médicas de la historia clínica(4,8,13,14,17).
- La presencia de personal suficiente es importante por si volviese a producirse la agitación. Se recomienda un mínimo de dos personas pero lo ideal sería cuatro(4,8,13,14).
- La descontención debe hacerse gradualmente, poniendo libertad miembro a miembro seguido de re-evaluaciones de la situación, lo habitual sería pasar de una contención completa a una parcial y terminar con la supresión total(4,8,13,17).

- Hay que registrar la retirada del procedimiento donde conste la fecha y hora, el nombre del médico que indica la misma y de la enfermera que valora la actividad realizada así como las incidencias ocurridas durante el proceso(4,8,13).

La duración de la contención mecánica deber ser lo más breve posible. Siempre se especificará el tiempo que va a durar, no pudiendo superar las 8 o 12 horas, siendo re-evaluada al menos cada dicho periodo de tiempo. Puede ser prorrogable a un período de tiempo no superior de 24 a 72 horas por autorización médica y después de esta valoración que será competencia del personal de enfermería(8,13). En el caso de que la contención deba permanecer más tiempo del establecido, ésta deberá interrumpirse y volver a comenzarla desde el principio. La finalización de la misma intentará no llegar hasta los intervalos permitidos(8,13).

7.6. Seguimiento médico y cuidados de enfermería.

La medida terapéutica de la contención física obliga a los profesionales sanitarios a evitar las complicaciones del procedimiento y a atender las necesidades del paciente contenido. Por ello es necesario estandarizar el seguimiento médico y los cuidados de enfermería que deben llevarse a cabo durante todo el proceso(4,13,14,17).

Un adecuado seguimiento y cuidado del paciente inmovilizado disminuirá el riesgo de complicaciones derivadas de la contención(4,14,17).

7.6.1. Valoración del personal médico.

Todo paciente agitado o violento que haya sido contenido deberá ser valorado por primera vez, por el médico responsable. Lo realizará antes de la primera hora desde el inicio de la medida. La segunda evaluación no superará las 6 horas posteriores de la contención y las siguientes no más tarde de doce horas(4,8,13,14,17).

Asimismo será valorado por el médico cada vez que aparezcan incidencias, a criterio de enfermería, cuando se produzcan modificaciones en el estado del paciente o por cualquier otra incidencia(4,13,14,17).

En caso de que la agitación no remitiera, el personal médico decidirá la utilización de otras terapias como el tratamiento farmacológico, si no se hubiera utilizado con anterioridad(4,13,14,17).

Se trata de un procedimiento terapéutico protector con indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. Requiere prescripción médica y por lo tanto un programa de registro concreto para controlar su incidencia como indicador de calidad. Por ello toda indicación de contención física deberá reflejarse por el médico en la historia clínica del enfermo, además de en el registro mencionado y las pautas a seguir como el uso de barandillas(4,13,17).

Toda condición física que pueda incrementar el riesgo de sufrir una lesión o perjuicio del estado de salud durante el desarrollo de contención, debe ser documentada con claridad. También se incluirá un plan de cuidados especial adaptado a la situación del paciente(14).

El facultativo solicitará cuanto antes las pruebas complementarias y exploraciones que necesite para determinar las causas del comportamiento del paciente(4,14).

En los casos que se prolongue la contención, sobre todo en pacientes con riesgo de trombosis venosa profunda, debe comenzarse un tratamiento anticoagulante(4,17).

7.6.2. Valoración del profesional de enfermería.

El personal de enfermería realizará una valoración de las contenciones y del estado del paciente de forma integral(4,8,13,14). El objetivo principal de esta valoración es reevaluar la necesidad de mantener la contención mecánica o retirarla según lo indicado por el médico en la historia clínica(14).

La valoración incluye:

- La toma de las constantes vitales cada 8 horas mínimo: frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria y temperatura corporal. Junto con la comprobación de la permeabilidad de la vía aérea y el estado circulatorio(4,8,13).
- El análisis del estado psíquico del paciente tras la intervención y el progreso de la situación que motivó su contención:
 - El nivel de consciencia(4,8,13).
 - Alteración de la percepción, comunicación, del curso y contenido del pensamiento(8).
 - El estado de agitación/tranquilidad del enfermo y la respuesta al tratamiento farmacológico(4,14).
- El control de la ingesta de líquidos y alimentos(4).
- La comprobación de las sujeciones(4,8,13,14).
- El control de la temperatura ambiente y la ventilación(4).
- El control de riesgo de embolia(4,17).
- Escala del dolor(4,17).
- Control del confort, la integridad de piel y mucosas y realización de cambios posturales(4,14,17).

La contención sitúa al paciente en una posición de alta dependencia, vulnerabilidad y riesgo, por ello es preciso atender las necesidades básicas de la persona, implicándole en la medida de lo posible en su autocuidado: higiene corporal, alimentación, hidratación, eliminación y mantenimiento de la temperatura corporal(4,8,13).

Los pacientes inmovilizados se alimentarán a las mismas horas que el resto de pacientes y, al igual que el aseo se realizará siempre en presencia del personal de enfermería y evitando objetos potencialmente peligrosos(4,8,13). Además debido al riesgo de atragantamiento, hay que vigilar la alimentación durante la contención, valorando si precisa dieta de "fácil masticación"(13).

Asimismo se deberá documentar y firmar el registro de la intervención emprendida en el plan de cuidados de enfermería(4,8,13,14,17). Debe anotarse en el mismo la fecha y hora, los factores precipitantes del incidente y de los tratamientos alternativos aplicados, así como las modificaciones del abordaje. Asimismo, es fundamental anotar los comentarios y sentimientos vividos por el paciente y cómo ha vivido la contención(4,8,13,14,17).

El personal de enfermería programará una vigilancia continuada según el grado de necesidad y de contención del paciente mediante visitas periódicas(4,8,13,14):

- Vigilancia intensa: cada 15-20 minutos(4,14).
- Vigilancia moderada: cada hora(14).
- Vigilancia leve: cada 2 horas(14).

Durante la primera hora desde el inicio de la contención se vigilará al paciente cada 15-20 minutos. Las visitas posteriores serán cada 2 horas mínimo(4,13,14).

7.6.2.1. Cuidados específicos de enfermería:

- Mantener la posición de contención idónea, en decúbito supino y la alineación corporal, con el cabecero elevado permitiendo al usuario tener contacto con el medio. En pacientes inconscientes o intoxicados se les colocará en posición decúbito lateral izquierdo para evitar el riesgo de broncoaspiración y para facilitar la expulsión de vómito y la implantación de terapias. Evitar la posición en decúbito prono(4,11,12,13). Las extremidades se acomodarán en posición anatómica para evitar problemas funcionales(14).
- Si el estado del paciente lo permite, realizar ejercicios de movilidad activos y pasivos de los miembros al menos cada 2-4 horas(14).
- La enfermera debe comprobar y revisar cada punto de contención, procurando que estén firmes y seguros pero garantizando la comodidad. Siempre comprobarán que los cierres de la sujeción estén bien cerrados, girando y tirando de los botones magnéticos. Deben cerciorarse que no provoquen lesiones en la piel y que permitan la circulación sanguínea así como la manipulación y mantenimiento de catéteres venosos, drenajes y sondas(4,8,13,14). Cambiar las sujeciones si se humedecen o manchen para evitar laceraciones de la piel(14). Cuando el material llega de lavandería comprobar que esté completo y limpio(13).
- Mantener el material de contención en un lugar concreto y accesible y en perfecto estado para el uso, procurando que haya varias tallas y el equipo completo de cintas y sistema de cierres(13).
- Si la contención se prolonga y el estado del paciente lo permite, puede ser beneficioso realizar liberaciones alternativas y parciales(4,8,13).
- Comprobar que el paciente tiene amplitud de movimiento pero que no puede producirse lesiones ni salirse de las contenciones(14).
- Realizar cambios posturales para evitar el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP), protegiendo las zonas corporales que sufren más compresión(4,14).
- Controlar la temperatura de la habitación y disponer de una buena ventilación(4,14).
- Si es posible se implicará a la familia en el plan de cuidados, con el objetivo de disminuir y/o retirar las restricciones físicas(14).
- Cuando el estado mental y el nivel de conciencia del paciente lo posibilite se harán actividades de orientación y estimulación sensorial para impedir la confusión y desorientación que pueda sufrir el paciente tras la contención(14).

8. Situación en el Servicio de Urgencias del HUMV.

Según el protocolo de contención física del Servicio Cántabro de Salud (SCS) el tratamiento de los pacientes con agitación psicomotriz en el Servicio de Urgencias se determina según el nivel de agitación del mismo(4).

La mayoría de los pacientes agitados llegan al Servicio de Urgencias con un alto grado de agitación. Con mucha frecuencia son pacientes que no han sido controlados por el personal de atención primaria o que necesitan ser trasladados por el 061 desde sus domicilios, donde su manejo es imposible por parte de sus familiares. Es por ello que para tratar su elevada agitación los procedimientos habituales son dos, la contención física y la contención farmacológica, los cuales deben ser igual de rápidos como eficaces, además de seguros y de calidad(4).

Por otra parte, las características de la estructura física e instalaciones de la urgencia hospitalaria obligan a manejar al paciente de una forma rápida y eficaz pero dentro de un contexto de no demasiada intimidad y comodidad para el paciente. Este contexto se refiere a la inexistencia de habitaciones individuales y sus respectivas camas. Los pacientes psiquiátricos son atendidos en la salas de boxes, donde en lugar de camas disponen de camillas. Estos boxes se separan de otros pacientes mediante cortinas, lo que supone un tratamiento del paciente psiquiátrico un tanto inapropiado y también muy incómodo para el paciente contenido(4).

En este servicio también ocurre que por motivos de espacio el paciente tiene que ser valorado por sus psiquiatras en el mismo box, ya que no existe una zona definida y dotada para estos casos(4).

Durante mi paso como estudiante de enfermería en prácticas en la urgencia del HUMV he podido observar lo que para mí supone un problema para la atención asistencial de las urgencias psiquiátricas. Se trata de que el paciente psiquiátrico permanece demasiado tiempo en espera para su ingreso en la planta de hospitalización de agudos psiquiátricos, aunque reúna los criterios para trasladarle a dicha unidad. En mi opinión se debería agilizar este proceso de la forma más rápida posible ya que considero que una persona en estado de agitación no debiera permanecer en un box de urgencias por más de 24 horas. No sólo por la comodidad del paciente, sino también por el maltrato inconsciente al que se le somete al estar privándole de una atención psiquiátrica adecuada. Además se añade la problemática de que el personal está poco formado en la atención específica que requiere este tipo de paciente (riesgos de fugas, intentos autolíticos, manejo del delirio y alucinaciones, etc.).

Esta falta de comunicación o unificación de criterios entre el personal de psiquiatría y el de urgencias es conocida, y se está intentando arreglar mediante reuniones multidisciplinarias llegándose a acuerdos. En dichas reuniones se llegó a una solución que consiste en la obligatoriedad, por parte de los psiquiatras, de no permitir un tiempo de espera superior a 72 horas del paciente psiquiátrico. Según la supervisión de enfermería dicho acuerdo parece cumplirse. Sin embargo, se esperan nuevas reuniones para plantearse la reducción de este tiempo al máximo posible (en principio 24 horas).

9. Reflexión: Propuesta de mejora.

Bajo el apoyo de los problemas manifestados en el Servicio de Urgencias, he creído conveniente proponer un plan que se describe como ideas posiblemente beneficiosas para la mejora de la situación del servicio. Con ello se pretende conseguir una mayor calidad y seguridad asistencial para la realización del procedimiento de contención mecánica en el paciente agitado(21).

La propuesta consta de tres puntos(21):

1. La formación teórico-práctica del personal sanitario y no sanitario mediante la impartición de cursos.

Es el punto más importante del plan de mejora, pues la formación del personal es esencial para mejorar la calidad asistencial. Consiste en la organización de cursos formativos en materia de contención física. Sería recomendable que se realizaran cada año por todo el personal implicado en la contención física, que concretamente son enfermeros/as, médicos, auxiliares, celadores y personal de seguridad(21).

Estos cursos consistirán en clases teóricas y prácticas basadas en la “Guía para la Contención de Pacientes” del SCS, la cual se aconseja actualizarse y revisarse al menos cada dos años(21).

Dichas clases tienen como fin instruir al personal sanitario que trabaja en el Servicio de Urgencias sobre la técnica correcta de la inmovilización física. La programación consistirá en una parte teórica y en otra práctica(21).

Las clases teóricas se fundamentarán en el protocolo sobre la contención física del SCS, pero sintetizando las partes más importantes, las cuales son(21):

- Indicaciones y contraindicaciones y riesgos: el personal debe saber cuándo está indicado una contención y cuando no, y los riesgos a los que está sometido una persona cuando se la contiene, puesto que se sabe que muchas veces se lleva a cabo sin criterio y se abusa de su utilización sin causa justificada. Con ello se busca la concienciación de los profesionales y la reflexión personal para un pensamiento más autocrítico sobre la práctica clínica individual(21).
- Abordajes alternativos: se explicarán las medidas que se deben adoptar como primeras opciones antes de la contención, las cuales son la contención verbal, la contención ambiental y la contención farmacológica. Se hablarán de estos abordajes y la relación existente entre el grado de agitación del paciente y su indicación y los pasos a seguir para utilizar cada una de ellas de manera segura. Lo ideal sería que un psiquiatra explicara el abordaje verbal y ambiental, pues podría mostrar los recursos comunicativos y actitudinales necesarios para realizarlos con éxito. En cuanto al abordaje químico se deberá aclarar cuáles son los fármacos utilizados, su pauta farmacológica, sus características farmacocinéticas, farmacodinámicas y los efectos secundarios(21).
- Consideraciones éticas y legales: se hablará sobre las leyes que amparan al paciente psiquiátrico para concienciar sobre las implicaciones éticas que rodean la restricción física. Se aclararán cuáles son los documentos oficiales requeridos pero no utilizados como son el consentimiento informado de la inmovilización y el registro del procedimiento en la historia clínica. Con ello se pretenderá fomentar la creación y posterior implantación de dichos documentos legales(21).

- Procedimiento y seguimiento médico y de enfermería: Durante esta parte se detallarán las distintas fases de la intervención así como el personal y el material necesario. Además se aclararán las funciones de cada profesional, el seguimiento médico y los cuidados de enfermería(21).

Después de la parte teórica, se realizarán las clases prácticas, que tienen como fin la interiorización de la teoría llevándola a la práctica. Para ello se pretende representar situaciones reales (técnica de “Role Playing”), para que el personal aprenda la forma de reducir, trasladar e inmovilizar al paciente en la camilla o en la cama de una manera real. Se realizarán prácticas de reducción, traslado y contención física mediante diferentes representaciones intercambiando papeles entre los participantes. Asimismo el personal manipulará el material de contención para familiarizarse con ello y aprender a colocar correctamente las cintas y cierres magnéticos. De esta parte práctica del curso se encargarán profesionales formados en la técnica de sujeción como enfermeros/as psiquiátricos y auxiliares que trabajen en el ámbito de psiquiatría(21).

Sería interesante que para terminar el curso se dedicara un tiempo a comentar experiencias profesionales con la finalidad de valorarlas y analizar los errores cometidos y buscar soluciones para que se tengan en cuenta en sus próximas vivencias clínicas(21).

2. La divulgación de carteles y pósters:

Estos serán visibles por todo el personal del HUMV, en el Servicio de Urgencias concretamente se colocarán en todas las áreas, tanto en sala de triaje como en el área de boxes y de observación. En ellos se visualizará un diagrama de flujo con simbología normalizada basado en el protocolo de contención física de pacientes del SCS. Se explicarán los pasos a seguir durante la contención permitiendo una comprensión más o menos rápida evitando explicaciones extensas. De esta manera se pretende conseguir una guía visual y de ayuda para que el personal pueda consultar sin pérdidas de tiempo y malas prácticas(21). ANEXO II(4).

3. Instaurar un registro de la contención física:

Que pueda documentarse en la historia clínica del paciente que ha requerido contención mecánica. Deberán aparecer fecha y hora de la indicación médica, de su inicio y retirada de la medida; el tipo de contención, parcial o total; el estado del paciente; el motivo de la contención; la utilización de medidas alternativas (abordaje verbal, ambiental o farmacológico) y por último el seguimiento de la indicación por el personal de enfermería y por el médico responsable o en su defecto el de guardia. También es importante dejar un apartado de observaciones donde anotar las incidencias ocurridas y errores cometidos durante el procedimiento(21). ANEXO III(4).

El registro de las inmovilizaciones terapéuticas puede servir para realizar un control estadístico de su uso real, puesto que actualmente es inexistente, ya que sólo aparece en las órdenes médicas. Con los datos estadísticos que se reúnan a partir del uso de los registros se podrían cuantificar las contenciones llevadas a cabo durante un periodo concreto. También se podrían analizar la población más afectada, la edad, sexo y el tiempo de media que permanecieran contenidos. De esta manera se podrían evaluar y plantearse estándares e indicadores de calidad futuros(21).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Fariña-López E. E.G. La restricción física. Abordaje hasta la era moral. Rev ROL Enf, 34(3):174-181; 2011.
- (2) Fariña-López E. E.G. La restricción física de los pacientes. Siglos XIX y XX [en línea]. Rev ROL Enf, 34(3):182-189; 2011.
- (3) Junta de Extremadura, Conserjería de Sanidad y Dependencia, Servicio Extremeño de Salud (eds). Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental [en línea]. 1ª ed. Extremadura: Moreno-Montijo. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_Y_GESTION_DE_RIESGOS_SANITARIOS_EN_SALUD_MENTAL.pdf;2011.
- (4) Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial, Servicio Cántabro de Salud, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria (eds). Guía para la Contención Física de Pacientes [en línea]. 1ª ed. Cantabria. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: http://portal.intranet.humv.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=528; 2011.
- (5) Migon, M. N., Coutinho, E. S., Huf, G., Adams, C. E., Cunha, G. M., Allen, M. H. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms [en línea]. General hospital psychiatry, 30(3): 263-268. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18433659>; 2008.
- (6) Antoranz Castro E. Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA [en línea]. Oviedo: Universidad de Oviedo (Consultado el 8 de Marzo 2014); Disponible en: <http://dspace.sheol.uniovi.es/dspace/handle/10651/17341>; 2013.
- (7) Bloom B.S. Taxonomía de los objetivos de la educación: la clasificación de las metas educacionales [en línea]. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Bloom_1_Unidad_2.pdf; Ateneo; 1973.
- (8) Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Cecilio (ed). Protocolo de Contención Mecánica e Inmovilización de Pacientes [en línea]. 1ª ed. Granada: H.U. San Cecilio. (Consultado el 9 de Marzo 2014); Disponible en: <http://www.districtometropolitano.es/ficheros/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCION%20DE%20PACIENTES.%20%20ADAPTADO%20PARA%20APLICACION%20EN%20EL%20DISTRITO%20METROPOLITANO.pdf>; 2007.
- (9) Aguilar, C., Alegría, L., Aravena, E., et al. Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría [en línea]. Chile: División de Rectoría y Regulación Sanitaria. (Consultado el 8 de Mayo 2014); Disponible en: http://ssmaule.redsalud.gob.cl/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=3970&Itemid=134; 2003.
- (10) Pérez González S. Protocolo de Restricción de Movimientos [en línea]. Eglobal: Revista electrónica semestral de enfermería, (2):14-8. (Consultado el 27 de Abril 2014); Disponible en: <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23904/1/650-3018-2-PB%5b1%5d.pdf>; 2003.

- (11) Ureta, C., Médico, S. D., Protocolo de Manejo de Paciente Psiquiátrico con Episodio de Agitación Psicomotora HRR [en línea]. 1ª ed. Rancagua, Chile: Hospital Regional Rancagua. (Consultado el 8 de Mayo 2014); Disponible en: <http://www.hospitalrancagua.cl/antigua/calidad/Calidad%20y%20Seguridad/Archivos%20complementarios/004%20Informacion%20Complementaria/GCL%201.9.1%20-%20Manejo%20de%20Paciente%20Psiquiatrico%20con%20Agitaci%C3%B3n%20Psicomotora%20HRR%20V1-2011.pdf>; 2011.
- (12) Carcoba Rubio N., García Barriuso C., Guevara Jiménez C. Contención Mecánica en Urgencias [en línea]. NURE Inv, 9(60). (Consultado el 8 de Marzo 2014); Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf; 2012.
- (13) Rodríguez de Vera Selva M.L., et al. Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica [en línea]. 1ª ed. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (Consultado el 9 de Marzo 2014); Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>; 2012.
- (14) Hospital Clínico San Carlos (ed.). Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes [en línea]. 1ª ed. Madrid: H.C. San Carlos. (Consultado el 11 de Abril 2014); Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_57886_FICHERO_NOTICIA_99413.pdf; 2011.
- (15) Bohorquez A., Carrascal, S., Acosta, S., Suárez, J., Melo, A., Pérez, J., et al. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica [en línea]. Revista Ciencia y Cuidado, 7(1):29. (Consultado el 8 de Marzo 2014); Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717182>; 2010.
- (16) Comité de Ministros de la Secretaría General del Consejo de Europa. 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 [en línea]. (Consultado el 9 de Marzo 2014); Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2290/37.pdf>; 1997.
- (17) Seoane Lago A., Álava Cascón T., Blanco Prieto M., Díaz Moreno H. Protocolo de Contención de Pacientes [en línea]. Asturias: Hospital Universitario Príncipe de Asturias. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf; 2005.
- (18) Defensor de la Ciudadanía de la Provincia de Córdoba. Guía de Atención Urgente sobre Enfermedad Mental [en línea]. 1ª ed. Córdoba: Diputación de Córdoba. (Consultado el 9 de Marzo 2014); Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO24905/Guia_Atencion_Urgente_Enfermedad_Mental.pdf; 2010.
- (19) Minoletti A., Schechtman A., Torres González F., Tykanori R. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos [en línea]. 1ª ed. Barcelona: EDIMSA. (Consultado el 8 de Abril 2014); Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf; 2003.
- (20) Méjica García J (ed.). La Ley del Paciente. 2ª ed. Méjico: Fundación Méjica, Ojo x Hoja; 2009.

(21) Redondo Díez G, García Orellán R. (Directora). La Contención Como Método de Protección en Urgencias [*en línea*]. (Consultado el 9 de Abril 2014); Disponible en: <http://academica-e.unavarra.es/handle/2454/8034>; 2013.

ANEXO I:

NORMATIVA VIGENTE RESPECTO A LA CONTENCIÓN FÍSICA DE PACIENTES(4, 5, 11, 12, 13, 14).

- **Constitución Española: 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”.*
- **Código Civil: Artículo 211**
- **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.**

Art. 4 Derecho a la información asistencial

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

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

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

Art. 5 Titular del derecho a la información asistencial.

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

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

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

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

Art. 8 Consentimiento informado

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Art. 9 Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a. Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
 - b. Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
 - a. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
 - b. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

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

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

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

- **Ley 1/2000 de 7 de Enero, de enjuiciamiento civil.**

Art. 763; Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

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

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

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

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

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


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

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

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

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


ANEXO II:



GOBIERNO de CANTABRIA
Consejería de Sanidad y Servicio Social

PROCEDIMIENTO DE CONTENCIÓN FÍSICA

Esquema de la Guía para la contención física de pacientes - 2007



✓ Contención física: medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales.

- Aplicable a pacientes agitados por causas orgánicas, psiquiátricas o derivadas del abuso-deprivación de s. básicas.
- Administración justificada si fracasan o no son aplicables las medidas alternativas (contención verbal, farmacológica...)

INDICACIONES:

Prevenir

- ✓ Lesiones en el propio paciente (caídas...)
- ✓ Lesiones a otras personas.
- ✓ Disrupción del tratamiento.
- ✓ Daños en el entorno.
- ✓ Si lo solicita el paciente.

CONTRAINDICACIONES:

- ✓ Si la situación no puede resolverse con medidas alternativas.
- ✓ Si no hay personal suficiente.
- ✓ Como medida punitiva-represiva.

RIESGOS:

Generales:

- ✓ Pérdida de capacidad funcional.
- ✓ Alteración de la integridad cutánea.
- ✓ Deterioro de la estabilidad.
- ✓ Incontinencia fecal y urinaria.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Riesgos psicológicos (miedo, ansiedad...)

Relacionados con contención abdominal:

- ✓ Asfisia traumática.
- ✓ Broncoaspiración.
- ✓ Dificultad respiratoria.
- ✓ Compresión abdominal.
- ✓ Contracturas.
- ✓ Estrangulación y muerte.

Relacionadas con contención de extremidades:

- ✓ Cianosis.
- ✓ Compresión nerviosa.
- ✓ Lesiones cutáneas.
- ✓ Hematomas, edemas.
- ✓ Luxaciones y fracturas.

RECURSOS MATERIALES:

Sistemas homologados. Conocidos por el personal y ubicados en lugar accesible:

- ✓ 2 sujeciones EE.SS.
- ✓ 2 sujeciones EE.II.
- ✓ 1 sujeción abdomen.
- ✓ chaleco con y sin banda perineal.
- ✓ Opcionales: banda EE.II. y sujeción cruzada de tórax.
- ✓ Si dispositivos de cierre metálico: imán de apertura.


- Material necesario para un paciente que precisa contención mecánica total.
- Cada Unidad/Servicio debe definir qué y cuántos sistemas precisa.
- Si los sistemas de contención tienen dispositivos magnéticos de cierre, el botón de apertura debe estar en un lugar seguro, visible y accesible para el personal sanitario.

PROCEDIMIENTO

- ✓ La contención física precisa la prescripción médica.
- ✓ La indicación de la contención debe reevaluarse cada 12 horas.
- ✓ Si se prolonga la contención y el paciente presenta riesgo de TVP, debe iniciarse profilaxis anticoagulante.

CONSIDERACIONES PREVIAS:

- Informar al paciente y familiares o allegados.
- Si la familia no está de acuerdo, el facultativo que prescribe la contención debe informar al juez.
- Respetar la intimidad.
- Disponer un entorno seguro.
- Valorar el sistema de contención a utilizar.



APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CONTENCIÓN:

Posición del paciente: Decúbito supino, excepto:


- Pacientes intubados o con diálisis (infusión de conciencia): decúbito lateral izquierdo (posición de seguridad).
- ✓ Debe evitarse la posición en decúbito prono.

Secuencia del proceso de inmovilización:

- ✓ Proceso de inmovilización total:
 1. Colocación de legs abdominales.
 2. Sujeción de miembros inferiores.
 3. Sujeción de miembros superiores.
- ✓ Proceso de inmovilización parcial:
 - Sistema de contención en diagonal: brazo izquierdo - pierna derecha o viceversa.
 - En ningún caso se inmovilizará un único miembro.

Posición del paciente una vez contenido:

- ✓ Mantener la cabecera de la cama ligeramente elevada.



VALORACIÓN DEL PACIENTE CONTENIDO:

- ✓ Primera valoración: antes de la primera hora.
- ✓ Segunda valoración: Plazo máximo a las 6 horas.
- ✓ Terceras y sucesivas valoraciones: Plazo máximo, cada 12 horas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Valorar cada 2 horas:

- ✓ El estado del paciente y la adecuación de los s. de contención.

Paciente de máxima dependencia:

- ✓ Atender a las necesidades básicas.

Valorar posibles riesgos inherentes a la contención:


- ✓ Permeabilidad de la vía aérea.
- ✓ Estado de la piel.
- ✓ Estado circulatorio.
- ✓ Nivel de conciencia.
- ✓ Control de riesgo de embolismo.

REGISTRO DEL PROCESO DE CONTENCIÓN MECÁNICA:


La contención física debe documentarse en la Historia Clínica:

- ✓ Hoja de Ordenes Médicas: indicación terapéutica, fecha y hora de inicio y criterios para interrumpir la contención, así como la duración permitida y el tipo de contención.
- ✓ Hoja de evolución: motivo y comentarios relevantes.
- ✓ Hoja de enfermería de administración de fós y cuidados: Sistema de contención y pauta de cuidados.
- ✓ Hoja de observaciones de enfermería: respuesta del paciente.


Monitorizar registro sistemático de pacientes con aplicación de sistemas de contención mecánica.




**CONTENCIÓN FÍSICA:
ALERTA DE SEGURIDAD EN
ATENCIÓN SANITARIA**



ANEXO III:




GOBIERNO
de
CANTABRIA
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Sistema
de Salud
SCS

Anexo 12.3 Hoja de registro individual de pacientes con aplicación de medidas de contención física

 <p>Nombre y Anagrama de cada Institución</p>	<p>1º APELLIDO</p> <p>2º APELLIDO EDAD</p>
CONTENCIÓN FÍSICA	<p>NOMBRE Historia Clínica</p>

Unidad Servicio: Diagnóstico:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">CONTENCIÓN</th> <th style="width: 20px;"></th> </tr> <tr> <td>Continua</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intermitente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Purtual</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	CONTENCIÓN		Continua	<input type="checkbox"/>	Intermitente	<input type="checkbox"/>	Purtual	<input type="checkbox"/>	<p>Fecha de indicación..... hora.....</p> <p>Fecha de retirada hora.....</p> <p>Lugar: <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> OTROS</p> <p>EQUIPO CONTENCIÓN: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Auxiliar <input type="checkbox"/> Celador <input type="checkbox"/> SET <input type="checkbox"/> FCSE</p> <p>¿Se han producido lesiones durante la contención? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>.</p> <p>Si se han producido lesiones, especificar:</p> <p>.....</p>
CONTENCIÓN									
Continua	<input type="checkbox"/>								
Intermitente	<input type="checkbox"/>								
Purtual	<input type="checkbox"/>								

ESTADO DEL PACIENTE	MOTIVO DE LA CONTENCIÓN	TIPO DE CONTENCIÓN
Desorientado / confuso <input type="checkbox"/>	Riesgo de disrupción del Tto. <input type="checkbox"/>	EE.SS. <input type="checkbox"/>
Agitado <input type="checkbox"/>	Riesgo de caídas <input type="checkbox"/>	EE.II. <input type="checkbox"/>
Agresivo/violento <input type="checkbox"/>	Riesgo de Autolesiones <input type="checkbox"/>	1 EE.SS. y 1 EE.II. <input type="checkbox"/>
Impulso suicida <input type="checkbox"/>	Riesgos de lesiones a otros <input type="checkbox"/>	Tórax <input type="checkbox"/>
	Daños en entorno físico <input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se han aplicado medidas previamente a la contención? SI NO

Si se han aplicado medidas previas, indicar:

Abordaje verbal: SI NO . Contención farmacológica: SI NO

¿Se ha informado al paciente/familia? SI NO

Si no están de acuerdo ¿se ha realizado Parte Judicial? SI NO

El paciente está acompañado: Siempre A veces Nunca

Fecha/hora	OBSERVACIONES

Dr/a.: _____ Enfermero/a _____