

**TÍTULO:**

CONTENCIÓN MECÁNICA PARA PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHBs) DE PSIQUIATRÍA

**TIPO DE DOCUMENTO:** PROTOCOLO

**CÓDIGO DE DOCUMENTO:** PR-PSI-07

**VERSIÓN:** 1

**FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:** POR DESIGNAR

**RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN:**

AUTORES: Ignacio García Cabeza (Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría I) Fernando García Solano (Psiquiatra. Servicio de Unidades de Referencia), Carmen Moreno Ruíz (Psiquiatra. Sección de Adolescentes), Emilio Sánchez Díaz (Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría II), M<sup>a</sup> Dolores Isac Pérez (Jefa de Unidad Enfermería), María Domínguez Bidagor, Blanca Malagón Quintanilla y Nieves Soria Muñiz (DUEs). Santiago del Moral Blanco y Prudencio Macho Ramos (Auxiliares de enfermería, Angel Meca Avila (Jefe Unidad de Seguridad HGUGM)

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

**REVISADO** por la **Comisión de Vías Clínicas** y **APROBADO** por el **Dr. Pérez de Oteyza**, Subgerente de Área Asistencial del HGUGM

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
 Código: PR-PSI-07  
 Versión 1  
 Fecha de entrada en vigor: por designar

## **ÍNDICE**

<b>1- Introducción y justificación del protocolo</b>	<b>3</b>
<b>2- Objetivo</b>	<b>6</b>
<b>3- Ámbito de aplicación</b>	<b>7</b>
<b>4- Referencias</b>	<b>8</b>
<b>5- Plan de actuación</b>	<b>9</b>
5.1.-Indicaciones.	
5.2.-Responsable de la indicación y recogida de la información.	
5.3.-Seguimiento de la indicación.	
5.4.-Comunicación de la contención.	
5.5.-Procedimiento de enfermería.	
5.5.1.-Precauciones.	
5.5.2.-Preparación del material.	
5.5.3.-Preparación del paciente.	
5.5.4.-Técnica de la sujeción.	
5.5.5.-Cuidados de enfermería.	
5.5.6.-Retirada de la contención mecánica.	
5.6.-Tabla-resumen	
5.7.- Alternativas a la contención mecánica. Estrategias de prevención	
<b>6- Recursos</b>	<b>27</b>
4.1.-Recursos humanos.	
4.2.-Recursos materiales.	
<b>7- Evaluación y revisión del protocolo</b>	<b>28</b>
<b>8- Registros</b>	<b>29</b>
<b>9- Bibliografía</b>	<b>30</b>
<b>10-Anexos</b>	<b>33</b>
Anexo 1.- Aspectos legales.	
Anexo 2.-Formularios de registro	

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

## **1-INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO.**

La contención mecánica en psiquiatría se define como el método de inmovilización física mediante el uso de equipamiento autorizado, en lo que se refiere al control conductual del paciente psiquiátrico, llevado a cabo por personal sanitario entrenado en su realización, destinado a limitar de forma segura los movimientos de una parte o de todo el cuerpo de un paciente para prevenir que se dañe a si mismo y/o a otros y/o que comprometa el medio terapéutico.

Se trata de una medida que debe utilizarse cuando otras intervenciones no han resultado efectivas o es imposible iniciarlas. El tiempo necesario según cada situación debe ser el mínimo, contando con un sistema de registro específico para la prescripción, seguimiento y reevaluación del estado del paciente (NICE Guidelines, CMAH).

A pesar de la escasez de bibliografía acerca de la práctica actual de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos, los datos disponibles sugieren que se emplea en el 6-12% de los pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, aproximadamente en el 30% de los pacientes psiquiátricos atendidos en un servicio de urgencias y en más del 25% de las hospitalizaciones psiquiátricas de niños y adolescentes (De las Heras et al, 2005; Donovan et al, 2003; Smith et al, 2005). Según estudios recientes, la tendencia en los últimos años es hacia la disminución tanto de la prevalencia de esta intervención como del número de sujeciones por paciente y de la duración de las mismas (Donovan et al, 2003; Smith et al, 2005). En el año 2.007 en nuestras unidades registramos un 10% de pacientes adultos que requirieron el uso de contención mecánica y un 17% de adolescentes. Sin embargo nos encontramos una gran variabilidad en el tiempo de aplicación y en el número de contenciones efectuadas por paciente.

En cualquier unidad psiquiátrica, la contención de los pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en ocasiones. Se trata de un tema de especial interés y preocupación dado que supone una limitación en la libertad del paciente, siendo necesario preservar sus derechos y evitar potenciales abusos.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

Además el procedimiento de contención mecánica comporta un riesgo de lesión y puede derivar en una situación potencialmente traumática o estresante que comprometa física y/o psíquicamente tanto al paciente como al personal que la realice. Las secuelas físicas que se han relacionado con la contención mecánica incluyen compresión de nervios, úlceras por presión, aumento de la tasa de infecciones nosocomiales y descarga catecolaminérgica tras la agitación que puede llevar a arritmias, rabdomiolisis o trombosis (tromboembolismo pulmonar, tromboflebitis). Otras complicaciones pueden ser la asfixia, especialmente en decúbito prono y la aspiración, en supino (Mohr et al, 2003, NICE Guidelines). Sin embargo, parece necesaria la presencia de otros factores de riesgo médico para que dichas complicaciones tengan lugar (NICE Guidelines). El uso de medicación psicotrópica es uno de los principales factores a tener en cuenta a la hora de potenciar los efectos adversos de la sujeción, ya que puede favorecer la aparición de depresión del sistema nervioso central, delirium o riesgo cardiaco (Mohr et al, 2003). Dichas consecuencias adversas pueden minimizarse si el personal sanitario está convenientemente entrenado y se realiza la supervisión continua del paciente. La sujeción de pacientes en situaciones especiales tales como embarazo, presencia de deformidades físicas o enfermedades médicas, deberá ser valorada de modo individual y, de ser absolutamente necesaria, exigirá una supervisión aún más estrecha.

Además del riesgo para el paciente, la sujeción comporta riesgo de lesión del personal que la realiza. De hecho, algunos estudios refieren que hasta el 45% de las lesiones atribuibles a las situaciones de violencia tuvieron lugar durante la realización de la contención (Hillbrand et al, 1996). Las consecuencias psicológicas también pueden ocurrir tanto en el paciente como en el personal, pudiendo ambos sufrir distrés y secuelas traumáticas (Bonner et al, 2002; Mohr et al, 2003).

Por tanto, la necesidad de contención mecánica de un paciente deriva de su estado de agitación y de las potenciales consecuencias del mismo sobre su integridad física y la de los que le rodean. Aunque sea una práctica común en los servicios sanitarios, debe considerarse como último recurso a emplear para controlar conductas

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

que suponen un alto riesgo para sí mismos o para los demás. En torno al procedimiento surgen múltiples connotaciones de orden físico, psíquico y legal, por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo. Cuando se lleva a cabo por personal entrenado, de acuerdo con protocolos monitorizados y en el contexto de otros métodos disponibles de manejo de estas situaciones, es una actuación efectiva y segura para mitigar el comportamiento de riesgo en una unidad de hospitalización psiquiátrica (Eriksson & Westrin, 1995).

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

## **2.- OBJETIVO.**

El objetivo de este protocolo es homogeneizar la indicación y práctica de la contención mecánica en la Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

### **3.-ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La aplicación de éste protocolo queda restringido a las unidades de hospitalización breve del HGU Gregorio Marañón: 3 unidades de adultos (pertenecientes a los Servicios de Psiquiatría I, II y Unidades de Referencia) y una de adolescentes. Quedan excluidas el resto de unidades del Departamento de Psiquiatría, las contenciones realizadas en el Departamento de Urgencias y las realizadas en el resto de Servicios del Hospital.

Va por tanto dirigido a todos los profesionales sanitarios que trabajan en las citadas unidades: facultativos (especialistas y residentes), DUEs y auxiliares de enfermería, los respectivos jefes de cada unidad (jefes de servicio/sección y supervisoras de enfermería) y los jefes de departamento médico y de enfermería. También es de aplicación a todos los facultativos (especialistas y residentes) que hagan guardias de Psiquiatría, independientemente de cuál sea su procedencia: hospital, centros de Salud Mental, contratos de guardias...., así como el responsable de la sección de urgencias de Psiquiatría.

El protocolo incluye a todos los pacientes ingresados en las citadas unidades y que precisen como forma de control de sus conductas la utilización de contención mecánica, como forma de prevenir el daño a sí mismos y los demás y siempre que las mismas vengán derivadas de una enfermedad mental. No se incluyen por tanto aquellas contenciones cuyo origen no sea una enfermedad psíquica (p.e. cuadros confusionales) o aquellos que tengan un objetivo distinto de la prevención de riesgo (p.e. sujeciones parciales para mantener la administración de medicación parenteral, evitar caídas, ancianos desorientados,...).

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

#### **.4.- REFERENCIAS**

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. del 29 de abril de 1986).
- Ley 1/2000, artículo 763, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Normas del CPT (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes). Secciones de los informes Generales del CPT dedicadas a cuestiones de fondo.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence: the short term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Disponible en <http://guidance.nice.org.uk/cg25>
- Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CMAH). Disponible en: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org).
- Medicare and Medicaid Programs: Hospitals Conditions of Participation (42 CFR Part 482), published in the Federal Register on July 2, 1999 (Volume 64, Number 129; pages 36069-36089).
- Medicare and Medicaid Programs; Hospitals Conditions of Participation: Patients' Rights (42 CFR Part 482), published in the Federal Register on December 8, 2006 (Volume 71, Number 236; pages 71378-71428).
- Medicaid Program; Use of Restraint and Seclusion in Psychiatric Residential Treatment Facilities Providing Psychiatric Services to Individuals Under Age 21. Department of Health and Human Services. Federal Register: January 22, 2001 (Volume 66, Number 14). Rules and Regulations. Page 7147-7164. Part X.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

## **5.- PLAN DE ACTUACIÓN.**

### **5.1.- INDICACIONES.**

La contención física está indicada ante situaciones que supongan una amenaza urgente e inmediata para la vida o integridad física del propio paciente, incluso si aquel no es violento o autodestructivo, o de terceros. Además debe tenerse en cuenta situaciones excepcionales (embarazo, presencia de deformidades físicas o enfermedades médicas) y tener las siguientes consideraciones:

- Sólo debe realizarse cuando hayan fracasado todas las alternativas posibles (sección 5.7. de este apartado) y debe usarse siempre la técnica menos restrictiva posible que garantice la consecución de este objetivo.
- Su indicación será individualizada y limitada en el tiempo, retirándose lo antes posible y con revisiones periódicas de su indicación.

### **5.2.- RESPONSABLE DE LA INDICACIÓN Y RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.**

La indicación de la contención mecánica tiene que ser realizada por el facultativo responsable de la atención psiquiátrica del paciente o en su defecto por el de guardia. En situaciones de urgencia esta decisión puede ser tomada por el DUE de la unidad, comunicando con la mayor brevedad posible el hecho a los médicos antes mencionados, quienes deberán ratificarla en el plazo máximo de una hora. Si la indicación fuera realizada por el médico de guardia se debe comunicar esta situación al psiquiatra responsable de la atención del paciente lo antes posible.

La indicación de la contención mecánica debe quedar reflejada en la historia clínica del paciente y no puede quedar limitada a la simple indicación, sino que tras una entrevista personal con el paciente, debe incluir al menos los siguientes aspectos:

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

- Descripción de las conductas del paciente que justifican el uso de la contención mecánica.
- Alternativas no restrictivas que se han intentado.
- Condición psíquica y psicopatológica del paciente que deriva en la contención.
- Respuesta inicial del paciente a la misma y justificación para mantenerla (en caso que haya sido puesta en una situación de urgencia sin intervención del facultativo).

Además deberá rellenarse el registro elaborado al efecto, que incluye la fecha y hora de la contención, nombre, firma y número de colegiado del médico que la indica.

### **5.3.-SEGUIMIENTO DE LA INDICACIÓN.**

La indicación de la contención prescribirá a las 24 horas desde su inicio. En caso de ser necesaria una nueva indicación de contención se valorarán detenidamente los riesgos de la inmovilización y la posibilidad de otras medidas. Será necesaria una nueva evaluación personal y se deberán recoger todos los puntos descritos en la sección anterior.

La indicación de la contención mecánica deberá revisarse presencialmente al menos cada ocho horas, preferentemente por el médico que la indica y en su defecto por el de guardia. El facultativo deberá reflejar en la historia clínica los motivos específicos por los que se decide mantener o retirar la contención mecánica y rellenará el registro correspondiente. También deberá quedar reflejada esta evaluación en el registro de enfermería y en las observaciones del Kardex.

### **5.4.-COMUNICACIÓN DE LA CONTENCIÓN.**

Como hemos descrito anteriormente, la utilización de la contención mecánica debe ser un hecho excepcional dado que además del riesgo que en sí misma implica

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

supone una limitación evidente en la libertad del paciente. Estos hechos precisan una especial atención por lo que con el fin de proteger al máximo los derechos del paciente deberá:

- Comunicarse al Juzgado de primera instancia que corresponda, en especial si el ingreso era voluntario. Si esto fuera así se deberá proceder a cambiar el ingreso a involuntario.
- Si por cualquier circunstancia la contención se debe mantener más de 24 horas, aún existiendo la indicación y seguimiento adecuado, o es necesario que se repita más de 3 veces en el período de cinco días, se comunicará al Jefe de Unidad, revisando el caso en sesión clínica de la unidad.
- Cualquier complicación que suceda durante la contención o en la semana posterior a su uso y que se sospeche pudiera tener relación con la misma se comunicará a Jefes de Unidad, Jefe de Departamento y Dirección del Hospital.

## **5.5.- PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA.**

### **5.5.1.- PRECAUCIONES.**

- 1- Se solicitará la presencia de servicio de seguridad si es necesario, entendiendo que su función se limita a proteger la integridad física del personal, la de otros pacientes en caso de agresión o la del propio enfermo por autolesión . Cuando este riesgo sea evidente y si es posible se deberá avisar antes de comenzar la contención.
- 2- El personal debe despojarse si es posible, de todo objeto potencialmente peligroso (gafas, tijeras, relojes, bolígrafos, etc.) y retirar también todo aquel que porte el paciente, para garantizar la integridad física de unos y otro.
- 3- Si es posible, se preparará el sistema de sujeción en la cama antes de llevar al paciente a la misma.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

- 4- Alejar a los demás pacientes, para evitar que sufran daños.
- 5- Disponer de personal suficiente para poder contener al paciente de manera segura. Deben participar en la misma 4 personas como mínimo, siendo 5 el número ideal.
- 6- Concretar con el equipo el plan de actuación e iniciarlo cuando el director del procedimiento lo estime oportuno. Corresponderá a la enfermera dirigir la actuación.

### 5.5.2.- PREPARACIÓN DEL MATERIAL.

Es de primordial importancia la revisión periódica y el mantenimiento de las sujeciones, así como su ubicación en un sitio determinado conocido por todo el personal del equipo asistencial.

El material que necesitaremos puede ser de dos tipos:

A):

- Correas de cuero de diversos tamaños (con tornillos comprobados previamente) para aplicar según la constitución del paciente. (Fig. 1)
- Llave de Correas.
- Material necesario para almohadillado de puntos de sujeción si es preciso.



(Fig. 1)

B):

- Cinturón ancho abdominal tipo “Salvafix”
- Cintas cruzadas tórax tipo “Salvafix”
- Cintas para manos y pies tipo “Salvafix”
- Llave magnética (imán para anclajes)
- Botones magnéticos de fijación.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar



### 5.5.3.- PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Informar al paciente del motivo de la sujeción. Utilizar un lenguaje simple, claro y conciso. Ser concreto en la transmisión de la información.
- Dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales de tal manera que colabore y se tumbe voluntariamente en la cama.
- El tono de voz para dirigirse al paciente debe ser calmado y tranquilizador. El personal debe aparecer firme, seguro y respetuoso, nunca provocativo ni emocionalmente distanciado.

### 5.5.4.- TÉCNICA DE LA SUJECIÓN.

1.- En esta situación urgente debe acudir el mayor número de personal sanitario disponible, siendo el mínimo necesario cuatro personas y el idóneo cinco.

Todo el personal debe implicarse independientemente del estamento profesional. Si se considera necesario, se podrá requerir la presencia del servicio de seguridad con el

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

fin de salvaguardar la integridad de los profesionales, e incluso en ocasiones extremas en las que los actos violentos tienen carácter delictivo, la de las fuerzas de orden público, siendo responsabilidad de éstas la reducción del individuo en tales circunstancias.

2.- La contención mecánica se llevará a cabo sin implicaciones personales, por lo que no responderá a provocaciones, insultos ó amenazas.

3.- Se dará tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales. Si el paciente colabora, su estado lo permite y desea ir a pie hasta su habitación, pueden ser suficientes dos personas para acompañarlo hasta la misma y allí proceder a la contención según el procedimiento habitual.. En este caso, utilizaremos una mano para sujetar la axila empujando ésta hacia arriba, y la otra para sujetar la muñeca tirando hacia abajo con la suficiente firmeza como para dar seguridad al procedimiento, pero con el suficiente cuidado como para no causar lesiones (Figura 1).

4.- Si el paciente no colabora será necesario reducirlo entre los miembros del equipo, según el plan previamente establecido, y trasladarlo a su habitación. Esta maniobra se realizará preferentemente cuando el paciente esté distraído o se detenga a recuperar fuerzas (Figura 2).

El director del procedimiento sujetará y protegerá la cabeza, y el resto, cada una de las extremidades. La acción debe ejecutarse a la voz de “¡YA!”.

5.- Si es preciso reducir al paciente en el suelo, deberá ser situado en decúbito supino, controlando su cabeza para evitar que se la golpee ó lesione a alguno de los integrantes del equipo. Cada persona sujetará una extremidad: para los miembros superiores se sujetarán hombros y antebrazos, y para los inferiores se presionará por encima de la rodilla y el tobillo, respetando siempre las articulaciones (Figura 3).

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

6.- Para el traslado a la habitación de un paciente agitado, se procederá a sujetar las piernas a la altura de las rodillas, y los brazos a la altura de los codos (alrededor de estos) con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del equipo debe estar preparado para sostener la cabeza (evitar que se la golpee en caso de que consiga soltarse alejándonos de esquinas y ángulos del mobiliario) (Figura 4).

Es importante estar pendiente durante la maniobra de los objetos que de nuevo pudieran resultar en extremo peligrosos, sobre todo si en algún momento se pudieran convertir en armamento para el paciente.

7.- La sujeción se realizará por el siguiente orden: cintura, miembros inferiores, miembros superiores y tórax si fuera preciso.

8.- La contención debe estar colocada de manera que permita al paciente cierta libertad de movimientos y se asegure la ausencia de lesiones. Se mantendrá la cabecera elevada para permitir el contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiración.

9.- Los cinturones, anillos, pendientes, collares, relojes ó cadenas, así como objetos punzantes, cortantes ó potencialmente peligrosos se deben haber retirado anteriormente; también se registrará al paciente en busca de mecheros.

10.- Siempre que sea posible, previo a la contención, se procederá a poner pijama ó camisión.

11.- En ocasiones, puede ser necesario explicar las razones de la contención al resto de pacientes, sobre todo si ésta se ha producido en una zona de uso común ó en presencia de otros iguales.

12.- En la medida de lo posible ubicarlo en la habitación de seguridad. Si esto resulta del todo imposible, acomodar al paciente en una de las camas de la unidad fija al suelo y preparada a tal efecto.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

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

- Comprobar que los sistemas de sujeción no están demasiado apretados ni demasiado holgados; para ello es útil introducir un dedo entre la sujeción y el miembro del enfermo y mantener esta amplitud.
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama; evitar que la sujeción esté floja porque el paciente podría deslizarse por ella y lesionarse. Así mismo, asegurar que no se coloca excesivamente fuerte, dificultando su respiración.
- Los puntos de contacto de las sujeciones con el paciente están dispuestos de forma que no exceden en la presión ni lesionan su piel. Si es preciso, se colocarán vendas de protección para evitar heridas por roce con las correas.
- Retirar elementos del mobiliario con los que el paciente pudiera lesionarse.
- Asegurar que el paciente está aislado del resto de pacientes. Evitar el acceso a la habitación en la que se encuentra.

14.- Informar a la familia de la contención mecánica efectuada, con la posibilidad de que visite y acompañe al paciente si lo desea y no se considera contraproducente para el paciente o, al menos si se considera que pueda ser beneficioso.



Figura 1.- El paciente colabora (punto 3)

Figuras 2,3 y 4.- Secuencia de la contención en pacientes no colaboradores (puntos 4, 5 y 6 respectivamente)

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

#### **5.5.5.- CUIDADOS DE ENFERMERIA.**

- El personal de enfermería, realizará el seguimiento del paciente durante el tiempo que dura la contención mecánica, siendo necesario:
  - ✓ Establecer relación de ayuda.
  - ✓ Fomentar la confianza transmitiendo calma y seguridad y sirviendo de apoyo emocional.
  - ✓ Establecer comunicación terapéutica favoreciendo la expresión de sentimientos y preocupaciones encaminado a disminuir estado de intranquilidad y canalizar hostilidad y angustia.
  - ✓ Promover la reflexión y la crítica.
  - ✓ Desculpabilizar.
  
- El personal auxiliar de enfermería controlará periódicamente mediante su presencia física a cualquier paciente bajo contención mecánica, revisando en cada ocasión el estado general del paciente, el estado de las sujeciones y cualquier otra necesidad que pudiera surgir y comunicando al enfermero responsable las incidencias observadas durante cada visita. Las visitas de control se harán como mínimo cada 15 minutos y con mayor frecuencia si el estado clínico del paciente así lo requiere.
  
- El enfermero hará una visita al enfermo con contención al menos cada 2 horas, al objeto de examinar al paciente, valorando y registrando las posibles anomalías detectadas para comunicarlas al facultativo responsable e iniciar los cuidados específicos que se requieran.
  
- Cada 24 horas se iniciará un nuevo registro coincidiendo con la nueva indicación de la contención, si ésta fuera precisa.
  
- **En cada visita se evaluará:**

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

- Estado de las sujeciones (revisión puntos de la sujeción).
  - Estado mental del paciente.
  - Estado de nutrición e hidratación del paciente (ingesta de alimentos y aporte hídrico).
  - Eliminación vesical.
  - Eliminación intestinal.
  - Temperatura de la habitación del paciente.
  - Realizar los cambios posturales necesarios.
  - Con el fin de asegurar una buena circulación de los miembros y para prevenir complicaciones, se valorarán también los siguientes signos:
    - a) Temperatura de la parte distal de los miembros sujetos
    - b) Presencia de signos de inflamación (enrojecimiento, tumefacción) y su coloración (palidez, cianosis).
    - c) Aparición de parestesias y disestesias en miembros (hormigueo y pérdida de sensibilidad).
  - Integridad de la piel.
- 
- Cada 4 horas se realizará movilización pasiva del paciente, miembro a miembro manteniendo la contención.
  
  - En cada turno y siempre que lo requiera el paciente se realizarán cuidados básicos
  
  - También en cada turno se realizará toma de constantes (temperatura, tensión arterial y frecuencia cardíaca).
  
  - Cada 24 h, coincidiendo con la renovación de la orden, intentar levantar al paciente. Todo el personal que sea necesario debe estar presente para poderlo llevar a efecto.
  
  - La comida y sus utensilios, así como el material de aseo, deben ser administrados con precaución y siempre por el personal de enfermería presente.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

#### **5.5.6.- *RETIRADA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.***

Se procederá a la retirada de la contención mecánica siempre que haya cedido la causa que origino la misma. En el momento de la retirada estarán presentes al menos dos personas, aunque de ser posible estarán cuatro personas por si se debe volver a realizar la contención. Puede requerirse la presencia del médico durante la misma.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

## 5.6.-TABLA RESUMEN

<b>Indicación</b>	La contención física está indicada ante situaciones que supongan una amenaza urgente e inmediata para la vida o integridad física del propio paciente, incluso si aquel no es violento o autodestructivo, o de terceros.
<b>Responsable de la contención</b>	Psiquiatra responsable o el de guardia. En situaciones de urgencia el DUE de la unidad, debiendo ratificarla un médico en el plazo máximo de una hora.
<b>Registro de la contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recogerán en historia clínica: conductas problema, alternativas intentadas, condición mental, respuesta</li> <li>- Complimentación del registro específico</li> </ul>
<b>Seguimiento médico de la contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión presencial al menos cada 8 horas</li> <li>- Prescripción y renovación si es preciso a las 24 horas</li> </ul>
<b>Comunicación de la contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al Juzgado de internamientos involuntarios si no estuviera hecho</li> <li>- &gt;24 h o 3 contenciones en cinco días: sesión clínica</li> <li>- Complicaciones: Departamento y Dirección</li> </ul>
<b>Realización de la contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 ó 5 personas.</li> <li>- El personal de seguridad sólo participará en la reducción si existe riesgo para el personal</li> </ul>
<b>Cuidados durante la contención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al menos cada 15´ revisión por personal Auxiliar de enfermería</li> <li>Según registro</li> <li>- Al menos cada 2 horas revisión por DUE</li> <li>- Cada 4 horas movilización pasiva</li> <li>- Cada 8 horas cuidados globales</li> <li>- Cada 24 horas levantar</li> </ul>

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

### **5.7.- ALTERNATIVAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.**

Sólo algunas patologías psiquiátricas presentan tasa de violencia ligeramente superiores a las de la población general. Sin embargo es cierto que durante los períodos de crisis, si además van ligados a una situación de importante estrés emocional como es la hospitalización, el riesgo de agitación y/o violencia se multiplica.

La indicación de la contención mecánica es clara: evitar *“una amenaza urgente e inmediata para la vida o integridad física del propio paciente y/o terceros”* y nunca puede ser entendida ni utilizada como una medida de castigo o represiva, ni derivada de la falta de personal o la ausencia de actitudes o aptitudes del mismo. Debe ser una medida excepcional y lo más breve posible.

La contención mecánica como método de control o como mecanismo preventivo es, sin lugar a dudas, una actitud invasiva, desagradable y con una morbi-mortalidad que podría evitarse o al menos disminuir si se ponen en marcha estrategias de prevención, que a continuación resumimos.

#### **5.7.1.-ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA.**

Se entienden como tales las medidas que apoyan la creación de actividades, actitudes y un ambiente terapéutico que reduzcan conflictos potenciales.

En este sentido las más eficaces son las relacionadas con la **formación** de personal. La Institución debe responsabilizarse de la enseñanza rutinaria y continuada del personal responsable del cuidado del paciente, no sólo en lo referido a la formación académica sino también a las características particulares del paciente psiquiátrico, valorando aptitudes individuales que puedan favorecer o interferir el ya citado ambiente terapéutico y dotando de instrumentos válidos que eviten el uso de medidas tan

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

restrictivas como la contención (técnica de contención verbal, disuasión, intervenciones psicosociales,...).

Identificar **factores ambientales** estresantes que puedan desencadenar trastornos de conducta y conocer cómo manejarlos ayuda a disminuir el uso de la contención mecánica. Evitar actitudes rígidas o desproporcionadas, contradicciones en las indicaciones de distintos miembros del personal, falta de atención, trato despectivo o poco comprensivo y lograr un ambiente de tranquilidad, seguridad y respeto en la unidad, deben ser algunos objetivos básicos.

Sin embargo, estos factores pueden variar de forma individual. Se debe, pues, enfatizar la **atención centrada en la persona**, siendo responsabilidad de los cuidadores proveer una atención sanitaria basada en la escucha y respondiendo a las necesidades de cada paciente de forma individualizada. La escucha favorece la creación conjunta con el paciente de un ambiente terapéutico que facilita el interés y la capacidad del mismo para manejar sus síntomas y estado emocional. No debemos asumir por adelantado que a una misma situación hay que dar la misma respuesta, ya que ésta viene determinada principalmente por el paciente; así, una actitud calmada puede ser menos eficaz que una asertiva y firme dependiendo del destinatario. Flexibilizar posturas y conocer qué estrategias sirven para tranquilizar a cada paciente es de enorme valor.

Además de la atención personalizada es necesario **identificar** determinados factores de riesgo para las conductas violentas y que nos pueden ayudar a predecir el riesgo de agitación y/o violencia que nos van permitir una actuación precoz:

- Antecedentes de conductas violentas y gravedad, agitación o contención mecánica especialmente en anteriores ingresos
- Ingreso involuntario
- Diagnóstico de psicosis. Clínica alucinatoria egodistónica con voces amenazadoras o insultantes, síntomas paranoides, elaboración psicótica del ingreso y la unidad, angustia psicótica...

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

- Consumo de alcohol y drogas, especialmente si existe intoxicación
- Varones jóvenes, sin recursos ni apoyo sociofamiliar
- Sintomatología confusional asociada a la patología psiquiátrica
- Cumplimiento farmacológico y respuesta al mismo
- Aumento del arousal, la tensión muscular y la actividad motora
- Utilización de un tono alto de voz, amenazante, insultante o despectivo

Esto exige un conocimiento por parte del personal de la historia biográfica y clínica del enfermo, profundizando en los contenidos psicopatológicos para poder hacer una adecuada evaluación del riesgo. Especialmente necesaria es una valoración exhaustiva de cualquier amenaza, que debe incluir el contexto psicopatológico y ambiental (factores estresantes, desencadenantes,...), la persistencia, intencionalidad, planificación y la capacidad para su ejecución con el fin de tomar las medidas correctoras adecuadas.

#### **5.7.2.-PREVENCIÓN SECUNDARIA.**

Se refiere a las medidas a adoptar cuando ya se ha desencadenado el conflicto. Son medidas que debemos adoptar antes de aplicar una contención mecánica, en cuanto se detecten los primeros indicios que nos hagan sospechar la posibilidad de pérdida de control por parte del paciente y antes que esto suponga un riesgo para los demás o él mismo.

Antes de actuar y como se ha señalado, es necesario el mayor conocimiento posible del paciente. Si éste no puede ser a través de la entrevista personal, al menos lo debe ser tras el análisis de la historia clínica. Así, y dependiendo de los recursos disponibles, proponemos dos medidas de contención alternativas a la mecánica: la individualizada y la psicofarmacológica. No incluimos aquí el aislamiento, una estrategia muy utilizada en el pasado y de la que existe abundante bibliografía, porque ya el Comité Europeo para la Prevención de Tortura y de las Penas y Tratos Inhumanos Degradantes refiere que es una práctica que ya debería haber sido abandonada en el contexto de una Psiquiatría moderna.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

#### 5.7.2a.-ATENCIÓN PERSONALIZADA

Dentro del mismo la estrategia más eficaz para prestar ayuda, reducir ansiedad y favorecer que el paciente pueda recuperar el control es la **interacción verbal individual**. El objetivo de esta intervención debe ser el “enfriamiento” de la situación. Para ello, siempre que sea posible se realizará en un medio donde el paciente disponga de intimidad, confidencialidad y pueda sentirse seguro, preferentemente un despacho o la habitación del enfermo, que además es un ambiente conocido para el paciente, evitando que se pueda sentir acorralado (entornar y no cerrar la puerta, dejarle libre la salida,...). Intentar conversar sentados, evitando hacerlo desde una altura superior, sin evitar el contacto visual, escuchando atentamente lo que nos tenga que decir sin interrumpirle y antes de intentar calmarle. Posteriormente utilizaremos un tono calmado y acogedor pero firme, con una actitud comprensiva y abierta, evitando dar la sensación de estar en posesión de la verdad o defender a ultranza nuestras posturas o las de la Institución, evitando alzar la voz o actuar de forma intimidatoria o provocativa.

Dejar hablar al paciente no sólo tiene un efecto tranquilizador y catártico, sino que es la única forma de conocer lo que está pasando. Empatizar y comprender las quejas y demandas del paciente reduce la inquietud y hostilidad y, aunque no es necesario mostrar que estamos de acuerdo con él, conviene reservarnos nuestros propios juicios sobre lo que debería o no hacer; no intentar la confrontación de ideas ni insistir en razonamientos para que el paciente deponga su actitud, situar el conflicto como transitorio, expresar nuestro sentimiento sobre sus acciones y solicitarle que se conduzca de otro modo en futuras ocasiones, llegando a pactos sencillos que le permitan canalizar el malestar, demandas o desacuerdos (avisar al Juez, quejas en Atención al paciente, ofrecerle medicación que le tranquilice, retrasar a la mañana con su psiquiatra para discutir sus pautas...). Si nos enfrentamos a una conducta violenta se debe advertir al paciente que resulta inaceptable y ofrecerle otras vías para resolver el problema (diálogo, medicación, informarle sobre las consecuencias y medidas que se tomarían

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

incluida la contención mecánica...). En cualquier caso, si no se controla la situación pedir ayuda y no intentar hacerlo solo.

De forma paralela a la interacción verbal se deben tomar una serie de **medidas ambientales y/o conductuales** orientadas a reducir o eliminar los estímulos provocadores de conductas agresivas o violentas (sala silenciosa, sacar del escenario a personas provocadoras, querulantes o que se enfrenten con el paciente e introducir otras que impidan estas respuestas como figuras de autoridad, significativas o familiares) y que faciliten la realización de actividades alternativas y desactivadoras de la agitación (distracciones lúdicas, paseo, fumar, llamar por teléfono, técnicas de relajación...). Puede ser útil formalizar un contrato verbal o escrito con el paciente que contenga las conductas no permitidas, así como las esperables dentro de la sala, así como las consecuencias de las mismas.

#### 5.7.2b.-CONTENCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

Probablemente, uno de los mejores elementos preventivos de la agitación sea la instauración de un tratamiento adecuado para su trastorno desde el primer día del ingreso. Aún así, hay situaciones que hacen necesaria una respuesta inmediata. Debemos tener en cuenta que la contención química no es inocua y se tomará una decisión con el conocimiento de la situación psíquica y física del paciente, lo que condicionará la decisión de aplicar o no un fármaco de forma preventiva ante una posible contención o durante la misma, el tipo, su dosis o vía de administración.

El tratamiento tradicionalmente aceptado para el paciente agitado o violento incluye el uso de neurolepticos y/o benzodiazepinas. Atendiendo a la patología subyacente entendemos que el fármaco de elección en pacientes psicóticos serían los neurolepticos combinados o no con benzodiazepinas mientras que en aquellas agitaciones relacionadas con consumos de sustancias sería preferible el uso de éstas últimas. La colaboración del paciente y la intensidad de la agitación condicionarán la

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

elección en la vía de administración: en leves o moderadas será posible el uso de la vía oral, mientras que en las graves será preferible la vía parenteral.

La utilización de pautas protocolizadas de medicación no parece recomendable, y en cualquier caso no es objeto de este protocolo, ya que se trata de buscar un fármaco que controle al paciente con la mínima dosis posible y esto está condicionado por numerosas circunstancias: patología subyacente, comorbilidad, rasgos individuales, respuesta individual a los fármacos, farmacocinética y farmacodinamia distinta en cada individuo y modificada por la frecuente polifarmacia...Consideramos más seguro y eficaz que una vez se administre una pauta sea revisada periódicamente para valorar su eficacia y seguridad.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

## **6.- RECURSOS.**

### **6.1.- RECURSOS HUMANOS.**

- Indicación de la contención: psiquiatra o residente de psiquiatría, quien siempre podrá solicitar la supervisión del psiquiatra, que será obligatoria y presencial en el caso de tratarse de un residente de primer año.
- Realización de la contención: 4 profesionales sanitarios, preferentemente cinco.
- En caso de existir riesgo evidente para el paciente, los profesionales y/o terceros el personal de seguridad puede participar en la reducción.

### **6.2.-RECURSOS MATERIALES.**

- Habitación de seguridad. Si ésta no estuviera disponible se usará la más accesible y visible.
- Cama sujeta al suelo.
- Correas de cuero de diversos tamaños (con tornillos comprobados previamente) para aplicar según la constitución del paciente.
- Llave de Correas.
- Material necesario para almohadillado de puntos de sujeción si es preciso.
- Cinturón ancho abdominal tipo “Salvafix”
- Cintas cruzadas tórax tipo “Salvafix”
- Cintas para manos y pies tipo “Salvafix”
- Llave magnética (imán para anclajes)
- Botones magnéticos de fijación

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

## 7.- EVALUACIÓN Y REVISIÓN DEL PROTOCOLO.

Este protocolo será revisado por el equipo médico y de enfermería en sesión clínica de Departamento al menos una vez al año, y en todo caso cuando el personal sanitario lo solicite ante circunstancias o incidencias que puedan requerir su revisión

Se tendrán en cuenta una serie de indicadores:

- Indicadores de resultado:
  - Número total de contenciones
  - Número de contenciones por paciente
  - Número de horas de contención por paciente
  - Número de lesiones de pacientes durante la reducción o contención
  - Número de lesiones del personal durante la reducción o contención
  - Número de lesiones graves además del de lesiones totales
  - Número de contenciones prolongadas (más de 24 horas o más de 3 en cinco días consecutivos).
  - Número de contenciones con registros no cumplimentados
  - Número de contenciones con registros parcialmente cumplimentados
  
- Indicadores de proceso:
  - Número de indicaciones fuera de protocolo o no concretadas en historia clínica
  - Número de contenciones sin indicación médica o sin las revisiones siguientes
  - Número de contenciones realizadas con personal insuficiente

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

## **8.- REGISTRO DEL PROCESO.**

Todo el proceso quedará registrado tanto por el personal médico como de enfermería (se adjuntan el formato a utilizar en ambos casos en un apéndice). Los registros se archivarán tanto dentro de la historia clínica (el original) como en un archivo que se creará para tal efecto en el Departamento de Psiquiatría.

Se incluye un anexo con los formularios de registro médico y de enfermería, tal y como deben completarse.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

## 9.- BIBLIOGRAFÍA.

- Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health in-patients and staff in th UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002 9:465-73.
- Comprehensive Accreditaion Manual for Hospitals (CMAH). Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations. Available at: [www.jcaho.org](http://www.jcaho.org).
- De las Heras VF, Mendiola Munoa N, Ramirez Reinoso M, Valle Fernandez J. [Review of aggression management in an emergency setting]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005; 33(3):194-200.
- Donovan A, Plant R, Peller A, Siegel L, Martin A. Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatr Serv.* 2003; 54(7):987-993.
- Eriksson KI, Westrin CG. Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92 (3):225-230.
- Fisher WA. Restraint and Seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1584-1591.
- Hillbrand M, Foster HG, Spitz RT. Characteristics and costs of staff injuries in a forensic hospital. *Psychiatric Services* 1996; 47:10:1123.25.
- Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse Effects Associated With Physical Restraint. *Can J Psychiatry* 2003; 48:330–337.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence: the short term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings. Available at <http://guidance.nice.org.uk/cg25>.
- Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, Hardentstine BD, Kopchick GA. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(9):1115-1122.
- Steinert T, Gebhardt RP. Are coercive measures carried out arbitrarily? *Psychiatric Praxis* 2000; 27: 282- 285

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

### Otra bibliografía revisada y de interés

- Bath H. The physical restraint of children: is it therapeutic? *Am J Orthopsychiatry*. Jan 1994; 64(1):40-49.
- Bobes J. *Salud Mental. Enfermería Psiquiátrica*. Síntesis: Madrid, 1994. Morrison. M. *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Mosby: Madrid, 1998.
- Busch AB, Shore MF. Seclusion and restraint: a review of recent literature. *Harv Rev Psychiatr* 2000;8(5):261-270.
- Chinchilla A. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Masson, Barcelona, 2003.
- Cotton NS. The developmental-clinical rationale for the use of seclusion in the psychiatric treatment of children. *Am J Orthopsychiatry* 1989; 59(3):442-450
- Dirección de Enfermería. *Manual de protocolos y procedimientos en Enfermería. Complejo Hospitalario de Mallorca*. Palma de Mallorca, 2005.
- Dirección de Enfermería. *Manual de cuidados y procedimientos de Enfermería del Hospital Universitario Virgen de la Victoria*. Málaga, 1992.
- Gascón J, Rojo JE, Salazar A, Tomás S. *Guía práctica de manejo terapéutico y prevención en el paciente agitado*. Master Line & Prodigio, S.L., Madrid, 2004.
- Jenkins SC. *Manual de Psiquiatría*. Harcourt: Madrid, 2001.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Manual de Psiquiatría de urgencias*. Panamericana, Madrid, 1996.
- Martínez S, Parets P. Contención mecánica. Protocolo y Pautas de Actuación. *Metas Enfermería* 2002; 47:18-20.
- McCloskey Jc, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE)*. 4ª Edición. Elsevier. S.A., Madrid, 2005.
- Megias-Lizancos F, Molino JL, Pacheco G. *Guía de intervención rápida de enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. DAE, Madrid, 2004.
- Phillips D, Rudestam KE. Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatr Serv* 1995;46(2):164-168.
- Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Septiembre de 2003.
- Protocolo de contención. Unidad de salud mental. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. Julio de 2006.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

- Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental. Sevilla. Diciembre de 2005.
- Ramos JA. Contención mecánica. Masson, SA, Madrid, 1998.
- Ramos Briera JA. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Ed. Masson, S.A., Barcelona, 1999.
- Rice ME, Helzel MF, Varney GW, Quinsey VL. Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff. *Am J Community Psychol* 1985;13(3):289-304.
- Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD001163
- Sevillano MA. Abordaje del paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com* 2003; 7(3).
- Soloff PH, Turner SM. Patterns of seclusion. A prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1981;169(1):37-44.
- Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, dictada en Bruselas el 28 de septiembre de 2000.
- Way BB, Banks SM. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(1):75-81

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

## **10.-ANEXOS.**

### **ANEXO 1.- ASPECTOS LEGALES.**

La contención mecánica presenta algunas particularidades y, salvo casos excepcionales, se trata de un procedimiento que se aplica en situaciones de urgencia y en contra de la voluntad del paciente, lo que exige respetar sus derechos fundamentales.

En los últimos 20 años se han sucedido pronunciamientos y declaraciones de organismos y agencias internacionales de la mayor solvencia proclamando la necesidad de extremar el celo en la garantía de los derechos y la dignidad de las personas que sufren enfermedad mental<sup>1</sup>.

Es necesario un proceso de análisis, crítica y transformación de la práctica médica tradicional, donde se echa en falta en el ordenamiento jurídico de este tipo de medidas algún desarrollo reglamentario. Por todo ello, es prudente que los profesionales hagamos un esfuerzo para autorregular una práctica controvertida, con un alto riesgo médico-legal y de un elevado coste emocional para el paciente y para todos los implicados en la misma.

Partimos del supuesto de que, si adoptamos un enfoque pragmático, y tomamos en consideración nuestra realidad clínica-asistencial concreta y actual, la mayoría de los clínicos coincidimos en la necesidad de recurrir a la contención mecánica en ciertas situaciones tasadas, que hay que aplicarla según un procedimiento explicitado y estandarizado y que debe ser revisada y evaluada de manera continuada y estable.

Como otras muchas actuaciones médicas, la contención mecánica compromete los derechos fundamentales de la persona. Y como ocurre en otros casos sólo resulta

---

<sup>1</sup> Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y los Principios para el Desarrollo de Cuidados de la Salud Mental, Resolución Asamblea General NU 46/119, 17 diciembre 1991; Convención Internacional de Derechos del Niño; Iniciativa de Ginebra; Libro Blanco Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Trastornos Mentales, Consejo de Europa.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

éticamente aceptable cuando se ampara con legalidad en ese espacio singular que es el clínico-terapéutico.

En nuestro país, los derechos de la persona se recogen en el 2º capítulo título I de la Constitución vigente, a partir del artículo 15 de la sección 1ª. Y es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la que desarrolla y especifica esos derechos para la condición especial de la persona enferma. En sus artículos 10 y 11 se incluyen los derechos y deberes de los enfermos usuarios de los servicios sanitarios públicos o vinculados a ellos, y las obligaciones recíprocas de los profesionales sanitarios<sup>2</sup>. Esta norma fue posteriormente perfeccionada por 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<sup>3</sup>.

En lo referente específicamente a la aplicación de medidas de coerción y de restricción de la libertad en el ámbito clínico, la legislación española ha de considerarse la propia Constitución y la Legislación Penal, que prevé el delito de detección ilegal y secuestro (Libro II, Título VI, Capítulo I, artículo 163) y el delito de coacciones (Capítulo III, artículo 172), en un nivel general y, en un nivel específico, la Ley 1/2000,

---

<sup>2</sup> La Ley General de Sanidad, con las reformas introducidas a continuación por la Ley 41/2002, consagra en su artículo 10 los siguientes derechos para el enfermo: 1) Derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación por raza, social, sexo, moral, económica, ideológica, política o sindical, 2) Derecho a ser informado sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder y requisitos para su uso, 3) Derecho a la confidencialidad sobre su proceso y estancia en las instituciones sanitarias, 4) Derecho a ser advertido de que los procedimientos pronósticos, diagnósticos y terapéuticos pueden ser empleados para proyectos docentes o de investigación, debiendo contarse con su autorización previa por escrito, 5) Derecho a que le sea asignado un médico, 6) Derecho a participar en las actividades sanitarias a través de las instituciones comunitarias, 7) Derecho a utilizar vías de reclamación, propuestas y sugerencias, 8) Derecho a la elección de médico, 9) Derecho a la obtención de medicamentos y productos sanitarios.

<sup>3</sup> Se trata de un lineamiento jurídico que también han venido a consagrar instituciones y organizaciones de especial relevancia en el ámbito de la salud. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, sancionada el 28 de septiembre de 2000 en Bruselas, consagra el derecho a la libertad, a la seguridad, y al respeto al consentimiento libre e informado del enfermo, así como su derecho a la mejor asistencia médica posible, a que el médico establezca conjuntamente con él el marco de su tratamiento y a expresar su consentimiento libre después de haber sido informado de forma adecuada.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil que, en su Artículo 763<sup>4</sup>, tipifica el internamiento forzoso de enfermos psíquicos como única medida coercitiva prevista.

En ninguno de los desarrollos autonómicos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente<sup>5</sup>, se hace mención a otra medida coercitiva que el internamiento y su procedimiento. Las demás actuaciones médicas coercitivas, sólo están reguladas indirectamente por la legislación general de la defensa de los derechos constitucionales básicos y la del consentimiento informado. Esta situación ha sido señalada por algunos autores como posible fuente de uso arbitrario, abusivo en ocasiones (Steinert & Gerbhardt, 2000), y por otros como circunstancia facilitadora de una indeseable variabilidad en la práctica, en función del hospital o de ciertas las características culturales, sociales o demográficas de cada paciente (Fisher, 1994).

Tampoco existe legislación europea específica. Sin embargo en 1987 en el marco del Convenio del Consejo de Europa, en su artículo 1, se constituye El Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT). La labor del CPT se concibe como parte integrante del sistema del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos, al establecer un mecanismo no judicial previsor, paralelamente al mecanismo judicial de control *a posteriori* del Tribunal

<sup>4</sup> El Artículo 763 determina la obligación de la autorización judicial para el internamiento involuntario. Incluso en los casos obligados por la urgencia médica, debe informarse al tribunal en menos de 24 horas y éste ratificar el internamiento antes de 72 horas. El tribunal deberá examinar en persona al afectado, oír el dictamen de un facultativo por el designado, explicitando que el afectado tendrá derecho a disponer de representación y defensa, siendo la decisión del tribunal susceptible de recurso de apelación. Los facultativos que atiendan al enfermo están obligados a informar cada seis meses al tribunal sobre la necesidad de mantener el ingreso, sin perjuicio de informes complementarios que el tribunal requiera. Si se produce el alta médica, los facultativos deberán informar al tribunal.

Las posteriores Ley General de Sanidad y Ley 41/2002 consagran, entre otros, el derecho del paciente a decidir sobre su tratamiento, salvo en situaciones en que no se encuentre capacitado o por razones de urgencia.

<sup>5</sup> Decreto 175/89 de Derechos y Obligaciones de los pacientes (País Vasco), Ley 4/1991 del servicio de salud de La Rioja, Ley 1/1992 del Servicio de Salud de Asturias, Ley 1/1993 del servicio sanitario de Castilla y León, Ley 11/1994 de ordenación sanitaria de Canarias, Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi, Ley 2/1998 de salud de Andalucía, Ley 21/2000 sobre derechos del paciente de Cataluña y el art. 255 del Código de Familia de Cataluña de la Ley 9/1998, Ley 3/2001 sobre consentimiento informado e historia clínica de Galicia, Ley 10/2001 de salud de Extremadura, Ley Foral 11/2002 de Navarra sobre derechos de los pacientes y Ley 1/2003 de derechos del paciente de la Generalitat Valenciana.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

Europeo de Derechos Humanos. La Sección V de las Normas del CPT se refiere al Internamiento involuntario en Psiquiatría y dentro de ella el apartado E se dedica a los medios de represión, de forma específica el aislamiento y la contención mecánica.

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría  
Código: PR-PSI-07  
Versión 1  
Fecha de entrada en vigor: por designar

## **ANEXO 2.- FORMULARIOS DE REGISTRO**

Las siguientes páginas corresponden respectivamente al:

- registro médico,
- registro de enfermería y
- normas de cumplimentación del registro de enfermería

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

<b>NOMBRE:</b> ..... <b>APELLIDOS:</b> ..... <b>UNIDAD:</b> ..... <b>CAMA:</b> .....
--

## REGISTRO MÉDICO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

**INDICACIÓN:** Marcar lo sucedido.

- Indico la contención Mecánica.  
 Ratifico la contención mecánica realizada en situación de urgencia.  
 Retiro la contención mecánica realizada en situación de urgencia.

### ¿SE CUMPLIMENTÓ EN LA HISTORIA CLÍNICA LOS SIGUIENTES DATOS?

Motivo:  SI  NO

Exploración:  SI  NO

Medidas alternativas utilizadas:  SI  NO

Respuesta Inicial :  SI  NO

Fecha	Hora	Nombre y Apellidos	Firma y N° Colegiado

**SEGUIMIENTO** (la contención deberá revisarse al menos cada 8 horas hasta las 24 horas, que se realizará una nueva indicación si procede y con ella una nueva hoja de registro):

Fecha	Hora	Nombre y Apellidos	Firma y N° Colegiado	Entrevista Presencial	
				SI	NO

### COMUNICACIÓN AL JUZGADO EN CASO DE PACIENTE CON INGRESO

**VOLUNTARIO:**  SI  NO

### REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

HGUGM. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

NOMBRE: .....
APELLIDOS: .....
UNIDAD: .....CAMA: .....
Diagnóstico médico: .....

TIPO DE INGRESO: <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> INVOLUNTARIO	COMUNICADO AL PSIQUIATRA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
APLICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA	RETIRADA DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA
FECHA: ..... HORA: ..... FIRMA: .....	FECHA: ..... HORA: ..... FIRMA: .....
Número de personas participantes en la contención: .....	MOTIVOS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA
Colaboración del paciente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AUTOAGRESIVIDAD
Presencia del servicio de Seguridad: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> HETEROAGRESIVIDAD
	<input type="checkbox"/> OTRAS. Especificar: .....
MÉTODOS FRACASADOS PREVIOS A LA CONTENCIÓN	SECUENCIA DE LA ACTUACIÓN: .....
<input type="checkbox"/> MEDICACIÓN ORAL	.....
<input type="checkbox"/> MEDICACIÓN PARENTERAL	.....
<input type="checkbox"/> DESACTIVACIÓN VERBAL	.....
<input type="checkbox"/> DISTRACCIÓN CON UNA ACTIVIDAD	.....
LESIONES AL PACIENTE:	LESIONES AL PERSONAL:
NO <input type="checkbox"/> SI. Especificar: .....	NO <input type="checkbox"/> SI. Especificar: .....

ESTADO DEL PACIENTE	8 h.	10 h.	12 h.	14 h.	16 h.	18 h.	20 h.	22 h.	24 h.	2 h.	4 h.	6 h.
COLABORADOR												
NIVEL DE CONCIENCIA (*)												
APORTE HÍDRICO												
INGESTA ALIMENTOS												
ELIMINACIÓN VESICAL												
ELIMINACIÓN INTESTINAL												
REVISIÓN DE PUNTOS DE SUJECCIÓN												
MOVILIZACIÓN PASIVA CADA 4 Horas												
FIRMA ENFERMERA/O												
1. CONSCIENTE	2. AGRESIVO		3. AGITADO		4. OBNUB/ DESOR./ CONFUSO			5. DORMIDO		SE PUEDEN MARCAR VARIAS OPCIONES		

## Contención Mecánica para pacientes ingresados en las UHBs de Psiquiatría

Código: PR-PSI-07

Versión 1

Fecha de entrada en vigor: por designar

### NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA DE REGISTRO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

La ficha de registro se cumplimentará **SIEMPRE** que sea necesario realizar una contención mecánica. Lo hará la enfermera/o del turno en el que se produzca el incidente. Para su cumplimentación se marcarán con una cruz (X) los diferentes apartados de la ficha y deberán tenerse en cuenta las siguientes normas:

- **Nombre y apellidos:** se anotará el nombre y los apellidos del paciente de forma **LEGIBLE**.
- **Unidad y cama:** se registrará la Unidad y la cama en la que esté ubicado el paciente.
- **REGISTRAR LA FECHA, HORA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA Y RETIRA LA CONTENCIÓN MECÁNICA.**
- **Tipo de ingreso:** reseñar si el paciente está ingresado de forma **VOLUNTARIA o INVOLUNTARIA**.
- **Comunicado al psiquiatra: SIEMPRE** que se aplique una contención mecánica se pondrá en conocimiento de su médico o del psiquiatra de guardia **Motivos:** marque con una cruz (X) el apartado correspondiente, teniendo en cuenta el cuadro orientativo de motivos de contención mecánica:
  - Para prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales,...).
  - Para prevenir lesiones a otras personas (pacientes, familiares o personal sanitario).
  - Para evitar disrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc,...).
  - Para evitar daños físicos significativos en la Unidad (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc,...).
  - Para reducir estímulos sensoriales (Aislamiento).
  - Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que le atiende.
    - **Presencia del servicio de Seguridad:** siempre que se considere necesario, cualquier componente del equipo llamará al servicio de Seguridad (Ext. 78220).
    - **Lesiones:** especificar en este apartado cualquier tipo de lesión que se produzca durante la actuación.
    - **ESTADO DEL PACIENTE:** se registrará cada 2 horas el estado del paciente. Se tendrá en cuenta que en los apartados **APORTE HÍDRICO** y **ELIMINACIÓN VESICAL** se reflejarán los volúmenes ingeridos y eliminados por el paciente en centímetros cúbicos (c.c.). En el apartado **NIVEL DE CONCIENCIA** se anotarán tantos números como sean necesarios del anexo inferior, con el fin de indicar el estado de conciencia exacto del paciente en cada valoración. El resto de los apartados se marcarán con una cruz (X). **La enfermera/o firmará con sus iniciales en el recuadro inferior cada comprobación del estado del paciente.**

1. GARANTIZAR LA COMODIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA (p.e.: elevación del cabecero de la cama).
2. EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA OBSERVARÁ CADA 15 MINUTOS AL PACIENTE PARA SATISFACER LAS NECESIDADES BÁSICAS GENERADAS POR LA NUEVA SITUACIÓN. LOS DUEs VALORARÁN AL PACIENTE CADA 2 HORAS.
3. LOS PACIENTES CON CONTENCIÓN MECÁNICA SE ALIMENTARÁN A LAS HORAS DETERMINADAS PARA EL RESTO, EVITANDO LA UTILIZACIÓN DE UTENSILIOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS.
4. VIGILAR QUE EL RESTO DE LOS PACIENTES NO LE PROPORCIONEN OBJETOS POTENCIALMENTE PELIGROSOS
5. (CIGARRILLOS, MECHEROS, OBJETOS PUNZANTES, MONEDAS, ETC...).