

 **GOBIERNO DE ARAGON**
Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

 **SaCa** www.sacalidad.es
Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial

CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

X JORNADA DE TRABAJO SOBRE CALIDAD EN SALUD
VIII CONGRESO DE LA SOC. ARAG. DE CALIDAD ASISTENCIAL

Maite Lanzán Sancho
Psiquiatra. Sector Huesca

CONCEPTOS GENERALES I

- Hiperactividad psicomotora: en función de la intensidad y direccionalidad hay que diferenciar entre la "agitación psicomotriz" franca de la mera "Inquietud psicomotora".
- Agitación psicomotriz: el grado de hiperactividad es severo y escasamente lógica la secuencia e intencionalidad de los actos que se objetivan.
- Un individuo agitado puede ser o no ser "violento", en función de que exista una agresividad que dirija esa hiperactividad contra sí mismo, contra otros o contra objetos. El individuo violento resultará "peligroso" en el caso de que las circunstancias permitan que esa situación se traduzca en daño.

CONCEPTOS GENERALES II

- **Contención mecánica:** son medidas de restricción de movimientos.
 - Es la **sujeción física** de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea.
 - El paciente **no es capaz de controlar su comportamiento** y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control.
 - Dado que se trata de un intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea cuando la contención mecánica **sea realmente necesaria**, su duración sea lo **más breve posible** y su aplicación se desarrolle en **condiciones óptimas** para el paciente.
- También se puede usar "sujeción terapéutica".

PRINCIPIOS GENERALES I

- La contención mecánica o restricción de movimientos son actuaciones sanitarias en un medio sanitario y por lo tanto: actos médicos sobre pacientes.
- La conducta objeto de contención es una “conducta sintomática”.

PRINCIPIOS GENERALES II

- La valoración de la conducta no supone sofisticadas especulaciones psiquiátricas sino, por lo general, la rápida aplicación del sentido común y la experiencia de cualquier sanitario.
- La indicación inmediata será planteada por lo general por el personal de enfermería, y la evaluación de confirmación de la actuación realizada por el médico responsable del caso.
- Con carácter excepcional será precisa una evaluación psicopatológica más detenida por parte del psiquiatra

MAGNITUD DEL PROBLEMA

- Esta situación se da con mayor frecuencia entre los enfermos ingresados en áreas médico - quirúrgicas que en las unidades psiquiátricas, en contra de lo que pueda pensarse.
- En la unidad de hospitalización del Servicio de Psiquiatría de hospital general, hay tasas de aplicación de contención en el 8,2% de los ingresos.

NECESIDAD CLÍNICA

- La necesidad de contención mecánica de un paciente deriva de su estado de agitación:
 - Pone en peligro su integridad física y la de los que le rodean (personal sanitario, parientes, etc.);
 - Puede imposibilitar el programa terapéutico (retirada de sondas, catéteres, drenajes, etc.) y
 - Puede deteriorar el mobiliario y aparataje médico.

¿CUÁNDO LA APLICAMOS?

- Agitación psicomotriz
- Confusión o desorientación
- Violencia
- Impulsividad de riesgo (suicidio)
- Medida de autocontrol

CRITERIOS DE CALIDAD EN SU APLICACIÓN

- Realizar una buena prevención primaria
- Realizar detección precoz
- Agotar todas las medidas alternativas
- Aplicarla sólo cuando es estrictamente necesario
- En caso de tener que aplicarla hacerlo con un protocolo establecido, conociendo bien la técnica, el instrumental necesario y con las garantías técnicas y legales necesarias.

ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL RIESGO DE LA INMOVILIZACIÓN SUGERIDAS POR LA JOINT COMMISSION

- Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.
- Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada de la contención.

**PREVENCIÓN PRIMARIA I
MEDIDAS GENERALES QUE EVITAN EL EPISODIO VIOLENTO**

- Factores ambientales que favorecen las situaciones problemáticas (tiempo excesivo de espera, las interrupciones frecuentes, los fallos burocráticos) y que influyen en los pacientes susceptibles, pudiendo motivar reacciones desproporcionadas.
- Saber pedir perdón aunque el problema sea organizativo del sistema, mantener una actitud de escucha atenta, evitar interrupciones, y en ocasiones intentar suplir las deficiencias, contribuyen a restaurar en parte el equilibrio perdido.

**PREVENCIÓN PRIMARIA II
MEDIDAS GENERALES QUE EVITAN EL EPISODIO VIOLENTO**

- Pacientes ancianos o que pueden desorientarse al variar su entorno habitual: ayudar al paciente a reorientarse temporoespacialmente (diciéndole dónde se encuentra, la hora, por qué se encuentra en el hospital, etc), o evitar en la medida de lo posible aplicar medicación que favorezca esta situación.
- En los pacientes psicóticos o con otras enfermedades mentales es importante la buena adherencia al tratamiento para prevenir episodios agudos en los que sea necesaria la contención física.

IDENTIFICACIÓN/ACTUACIÓN PRECOZ I

- Características socio-demográficas relacionadas con mayor riesgo de conducta violenta: sexo masculino, edad 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales.
- ¿La amenaza está bien planeada? (ideación, deseo, intención y planificación)
- ¿Dispone de los medios para dañar a otros?
- ¿Existen antecedentes de violencia previa o de otras conductas impulsivas?

IDENTIFICACIÓN/ACTUACIÓN PRECOZ II

- Si existen, ¿cuáles fueron los factores precipitantes?
- ¿Quiénes fueron las víctimas?
- ¿Cuál fue la gravedad de los daños?
- ¿Presencia de factores estresantes? (conflictiva familiar, conyugal,...)
- ¿Presencia de abuso de alcohol u otras drogas?
- ¿Presencia de psicosis?
- Detectar los indicios de conducta violenta.

CUANDO PODEMOS ESPERARLA

- Siempre que alguien se sienta atacado.
- Intoxicación aguda
- Actividad delictiva (relacionada con consumo de sustancias).
- Trastorno mental en episodio agudo
- Trastornos de personalidad
- Síndromes mentales orgánicos

INDICIOS DE CONDUCTA VIOLENTA I

- Inquietud motora (pe. golpear un puño sobre la palma de la otra mano o golpear el mobiliario u objetos próximos) y rápida expansión del espacio corporal, que comunica la necesidad de distancia.
- Aumentar el tono muscular (pe. apretar los puños o sentarse en el borde de la silla)
- Empleo de un tono de voz grave, amenazante y con expresiones vulgares o soeces.

INDICIOS DE CONDUCTA VIOLENTA II

- La falta de contacto visual así como la mirada fija.
- La intensidad del afecto.
- La desorientación.
- Ideas delirantes o reales relacionadas con amenazas.
- Alucinaciones amenazantes, imperativas de naturaleza exigente y repetitiva.
- Historia previa de conductas violentas.

PROTOCOLO DE ACTUACION OBJETIVOS

- El objetivo de todo protocolo es la disponibilidad por parte de los profesionales de unas pautas que ayuden a la toma de decisiones en relación a la contención mecánica, con referencia a:
- Indicaciones de la contención mecánica.
- Fases o secuencias de actuaciones.
- Procedimientos técnicos.
- Registro de datos de utilidad clínica y para la evaluación posterior.

**PACIENTES SUSCEPTIBLES
CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con cuadros sindrómicos confusionales ("Delirium"),
- Pacientes con cuadros psiquiátricos
- Pacientes en los que la situación estresora (ingreso, encamamiento, rigidez de normas respecto a sus hábitos culturales, etc...) desborda la capacidad o las habilidades de afrontamiento del individuo, ya sea por la gravedad del estrés (inminencia de la muerte, dolor...), o por la escasez de sus recursos para encararlo (limitación intelectual, rasgos de personalidad, particularidades socioculturales...).

**PACIENTES CON CUADROS CONFUSIONALES
("DELIRIUM")**

- Resulta **imprescindible**:
- A) Recordar que la causa es siempre "**orgánica**", y que su filiación y tratamiento serán el objetivo último, pues a menudo supondrán riesgo vital.
- B) Formar a todo el personal:
- 1. En su prevención: alertas en pacientes médicamente susceptibles; medidas generales (mantener la orientación temporoespacial y la estimulación básica de pacientes con demencias incipientes o en aislados, p. ej.)
- 2. En su detección precoz: aparición de déficits atencionales leves, desorientación, confabulaciones...
- 3. En tratamiento temprano:
- Etiológico: de la referida causa "**orgánica**" responsable
- Sintomático: de la inquietud/agitación en su caso

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

- Trastornos en los que la violencia es un criterio diagnóstico:
 - Trastorno explosivo intermitente.
 - Trastorno antisocial, límite y paranoide de la personalidad.
 - Trastorno de conducta.
- Trastornos en los que la violencia puede surgir como expresión del trastorno:
 - Trastorno de abuso o dependencia de sustancias
 - Trastornos de la cognición.
 - Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
 - Trastorno afectivo bipolar.

INDICACIONES CONCRETAS DE LA CONTENCIÓN

1. Para prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales, etc.)
2. Para prevenir lesiones a otras personas (enfermos o personal sanitario)
3. Para evitar disrupciones graves del programa terapéutico (arranque de vías, sondas, sistemas de soporte vital, etc.)
4. Para evitar daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc)
5. Para reducir estímulos sensoriales (aislamiento)
6. Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende
7. Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado.

CONTRAINDICACIONES

- 1. Siempre que exista la posibilidad de aplicar abordajes alternativos.
- 2. Orden expresa del facultativo de no contención mecánica.

ABORDAJES ALTERNATIVOS Y/O COMPLEMENTARIOS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA I

- Se tomarán cuando se detecten los **primeros indicios** de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control y que ésta va en aumento.
- En primer lugar el profesional responsable **se informará** tanto de la **historia del paciente como de sus circunstancias actuales**.

**ABORDAJES ALTERNATIVOS Y/O COMPLEMENTARIOS
A LA CONTENCIÓN MECÁNICA II**

- Dependiendo de esta información, del medio en que nos movemos y los recursos de que dispongamos, podremos tomar alguna o varias de estas medidas:
- Abordaje verbal
- Medidas ambientales o conductuales.
- Contención química
- Contención mecánica y/o Aislamiento.

ABORDAJE VERBAL I

- Tiene como finalidad el "enfriamiento" de la situación.
- Para ello será importante:
- Invitar y conducir a la persona a un área privada dónde poder hablar.
- Tomar asiento a la misma altura.
- Escuchar atentamente dejando que exprese la irritación antes de responderle y sin intentar calmarle.
- Mantener una actitud firme, acogedora, sin evitar el contacto visual, y utilizando un tono de voz calmado y de bajo volumen.
- Tener una actitud abierta acerca de lo que está mal o debería hacerse, no cayendo en la defensa de la Institución ó de ti mismo.

ABORDAJE VERBAL II

- Empatizar con la persona irritada cuando la hostilidad se haya reducido, sin necesidad de mostrar acuerdo, pero sí reservándote tus propios juicios sobre lo que debería o no hacer.
- Expresar tus propios sentimientos respecto a su proceder y pedirle que en sucesivas ocasiones se conduzca de otro modo.
- Si se percibe que no puede afrontar la situación, pedir ayuda y no continuar intentándolo a solas.

MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES I

- Restricción de estímulos: eliminar y/o reducir el número de estímulos provocadores de respuestas agresivas o violentas (pe: esperar en una sala silenciosa).
- Cambiar de entorno social:
 - 1. Introduciendo alguna persona en el contexto para que su presencia impida la realización de determinadas respuestas (pe: figura de autoridad, una figura de fuerza, una figura significativa para el paciente).
 - 2. Sacando del contexto a las personas provocadoras, querulantes o que presenten confrontación con el paciente.
- Posibilitar y/o facilitar respuestas incompatibles con la agitación y/o alternativas (pe: realizar alguna actividad física como pasear, fumar, llamar por teléfono,..).

MEDIDAS AMBIENTALES Y/O CONDUCTUALES II

- Posibilitar y canalizar la manifestación de malestar, demandas, desacuerdos...: tanto verbalmente como por escrito (pe: escucharle, remitirle a "Atención al paciente", citarle con el Juez.....)
- Ayudar la realización de respuestas desactivadoras: como relajación muscular, técnicas respiratorias,....
- Formalizar un contrato verbal conductual en el que se explicita tanto las conductas no permitidas como las esperadas, así como las consecuencias que se seguirán de la emisión o no de tales conductas, dentro del marco de la Institución donde nos movemos.

**PROCEDIMIENTO
DECISIONES**

- La primera indicación de contención mecánica la hará, por lo general, el personal de enfermería responsable del caso. Éste se pondrá en contacto con el personal médico para acordar de forma conjunta el inicio del procedimiento.
- Si por la urgencia de la situación el personal de enfermería no pudiera comunicarse con el médico, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito.

RECURSOS Y MATERIAL

- El personal necesario para una contención serán 4-5 personas: uno para cada miembro y otro para sujetar la cabeza.
- Unos guantes
- Sujeciones estandarizadas.

PASO 1: ACCIONES PREVIAS

- Antes se intentará en la mayoría de los casos la contención verbal.
- Muchas veces será necesario una exhibición de fuerza que los miembros del personal se muestren dispuestos a poner en práctica la sujeción, y en ocasiones exponer con claridad los límites que deben respetarse, es suficiente para desactivar la contención.
- Asegurarse que la situación no se ha podido reducir verbalmente.
- Punto clave: **No buscar la confrontación** de ideas, razones... **sino alianzas sencillas** que lo tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad

PASO 1: ACCIONES PREVIAS

- Una vez adoptada la situación de sujetar, no intentar ya la solución verbal.
- Punto clave: Puede empeorar la situación.
- La indicación de sujeción la realizará el médico responsable del caso o el médico de guardia
- Si el médico no puede atender la demanda en ese momento el enfermero/a puede actuar por propia iniciativa.
- Punto clave: Se comunicará al médico responsable para obtener su conformidad en un plazo máximo de una hora y este deberá plasmarlo por escrito en el plazo máximo de 3 horas.

PASO 1: ACCIONES PREVIAS

- Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.
- El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.
- Se designará un miembro del personal de cuidados encargado de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es la enfermera referente

PASO 2: EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

- Acompañamiento a la habitación si el paciente lo desea y su estado lo permite: sujetar al paciente por la axilas con una mano empujando hacia arriba y por las muñecas con la otra tirando hacia abajo.
- Punto clave: Realizarlo con firmeza pero sin extremarla para no lesionar al paciente.

PASO 2: EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

- Para reducir el paciente en el suelo: deberá ser girado de espaldas sobre el suelo. Se sujetará a nivel de hombros, antebrazos y por encima de rodillas y tobillos. Cada persona sujetará un miembro.
- Punto clave: No mostrarse agresivos, ni física ni verbalmente, no se puede responder a los insultos, agresiones o cualquier provocación. Controlar su cabeza, un quinto participante, para evitar que se la golpee o golpee algún miembro del grupo.



PASO 2: EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

- Para trasladar el paciente agitado y/o violento a la habitación, se realizará, sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros.
- Punto clave: Se debe estar preparado para sostener la cabeza, si el paciente la agita mucho, para evitar que se la golpee. En este caso actuará la 5ª persona. No forzar las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.



PASO 2: EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

- Con el paciente en la cama, se procederá a sujetarlo a ella.
- Punto clave: Se utilizará las correas especiales para contención.
- Se sujetará un mínimo de dos miembros alternos (brazo dcho. Pierna izda.) y un máximo de los cuatros miembros más la cintura.
- Punto clave: La intensidad de la agitación o de la violencia, aconsejarán cómo actuar en cada caso.

PASO 3: EJECUCIÓN POSTCONTENCIÓN

- Cerciorarse que las fijaciones están bien aseguradas.
- Punto clave: Garantizar la comodidad de la sujeción.
- Retirar de la habitación los objetos potencialmente peligrosos.
- Asegurarse de que hay una buena ventilación y temperatura en la habitación.
- Punto clave: Sobre todo si se ha realizado una neuroleptización rápida.

PASO 3: EJECUCIÓN POSTCONTENCIÓN

- Se observará al paciente cada 15 minutos registrando su estado y conducta.
- Punto clave: Con el fin de evitar heridas, aspiraciones, etc..
- Se realizará el control de constantes (TA. FC. FR.) cada dos horas
- Punto clave: Cualquier incidencia tendrá que registrarse en la Historia del paciente.
- Las indicaciones de restricción de movimiento son para un periodo máximo de 8 horas, prolongable a un plazo que nunca debe durar más de 48 horas, revisando en ese caso cada 8 horas.

SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

- Tendrá lugar tras la **valoración conjunta del facultativo y enfermería**.
- Se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol.
- La supresión se debe hacer con personal suficiente y se observará el estado del paciente y su comportamiento tras su retirada.
- Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma.
- Conviene a posteriori evaluar con el paciente y el personal las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida.

COMPLICACIONES POTENCIALES I

- Síntomas extrapiramidales ocasionados por los neurolépticos.
- Posibles aspiraciones ante una sedación excesiva.
- Lesiones al forzar la inmovilización. Fracturas, luxaciones, etc.
- Autolesiones.
- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgos de tromboembolismos. (Pautas de heparina).
- Lesiones isquémicas después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia porque se enrede el paciente en el sistema de sujeción generalmente cuando trata de levantarse.
- Muerte súbita: Algunos describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.

MANEJO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA AGITACIÓN: CONTENCIÓN QUÍMICA I

- Procederemos a medidas de contención química sobre la base de **dos premisas fundamentales**:
- La primera consideración en una agitación ha de ser la **existencia de patología "orgánica", bien como factor etiológico o intercurrente**. La presencia de este factor influirá en la decisión de aplicar o no fármacos en la vía, el tipo y las dosis, además lógicamente del tratamiento de la situación médica, y manejo general del cuadro (...decisión sobre heparinización, control de temperatura, posición del inmovilizado...).
- En caso de **duda al respecto es preferible ser conservadores**: aplicar tan sólo contención mecánica o emplear la química con prudencia, pues los efectos de los fármacos (en especial la sedación) dificultarán el diagnóstico diferencial.

MANEJO PSICOFARMACOLÓGICO DE LA AGITACIÓN: CONTENCIÓN QUÍMICA II

- Las indicaciones parten del médico.
- El fármaco ideal es el que consigue una rápida sedación, disponible por cualquier vía de administración, que requiera el menor número de dosis administradas, y con mínimos efectos secundarios.
- La vía de administración más recomendable es la oral. En la práctica tanto la vía oral como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estos pacientes.
- La vía intravenosa presenta más riesgos cardiorrespiratorios.
- La vía intramuscular aunque es menos rápida y fiable que las anteriores, es la más segura.

ASPECTOS ÉTICOS-LEGALES

- Nunca se ha de aplicar como una medida de castigo o control, cuando exista alguna contraindicación, por comodidad del equipo asistencial o como sustitución de algún tratamiento.
- Hay que valorar siempre la posibilidad de una opción alternativa como la contención verbal o la medicación, entre otras.
- Siempre que sea posible se informará al paciente de la necesidad del procedimiento y si no es posible se consultará con los familiares o personas que estén vinculadas.
- Aún cuando esté justificada una contención física hay que respetar unos **principios éticos** que van desde la **autonomía, la justicia, el principio de beneficencia** (hay que asegurarse que los beneficios superan el perjuicio), el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan los pacientes con contención mecánica, lo que requiere una atención superior por parte de los profesionales sanitarios.

ASPECTOS LEGALES I

- **Preceptos Legales de Aplicación:**
- **Constitución: Art. 17.1** "Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad".
- Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley".

ASPECTOS LEGALES II

- **Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763)** sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Los preceptos sobre internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de internamiento de persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí.
- En efecto, el art 763 LECivil expresa: "El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...."

ASPECTOS LEGALES III

- **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 y Art. 5 Titular del derecho a la información asistencial.**
- **Información sobre la adopción de la medida** La utilización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica en los supuestos y de acuerdo con el presente protocolo, como cualquier otra actuación sanitario-asistencial, deberá ser informada al paciente de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y a las circunstancias existentes en el momento; también se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente. (art. 5,1 y 2 Ley 41/2002).
- La información debe darse con carácter previo, durante el mantenimiento y posteriormente.

ASPECTOS LEGALES IV

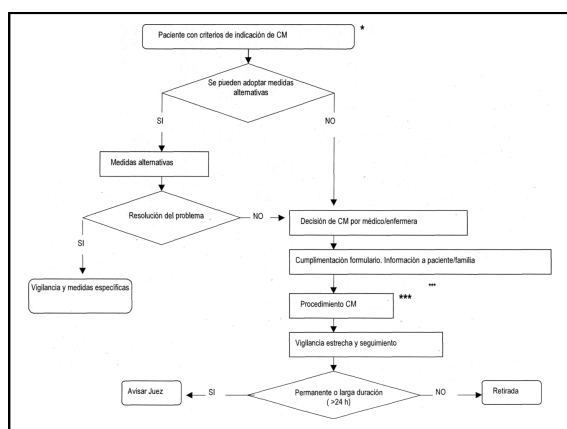
- **Historia Clínica y documentos del protocolo:** En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de esta medida como su mantenimiento en el tiempo, mediante la inclusión en la Historia Clínica de los documentos señalados en este protocolo, y que procede sean homologados como documentos de la Historia Clínica.
- Deben recogerse todas las incidencias que hayan rodeado la medida.

Consentimiento

- **Art. 8. El consentimiento** de la medida de contención mecánica **de persona con capacidad y en condiciones de decidir**, sería válido de conformidad con el art.8.2 de la Ley 41/2002 antes citada. En los supuestos excepcionales en los que el paciente –con capacidad y en condiciones de decidir- dé su consentimiento para la adopción de la medida de contención mecánica, parece conveniente que este consentimiento se recoja en un documento escrito firmado por el paciente.
- En otro caso, -paciente que no sea capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación-, se consultará cuando las circunstancias lo permitan a los familiares o a las personas vinculadas de hecho con el paciente.

Comunicación al Juez de 1ª Instancia (Incapacidades)

- Debe valorarse la **comunicación al Juez de 1ª Instancia solicitando la ratificación de la medida, cuando se trate de una medida de larga duración**, pues en este caso podría asimilarse la situación de grave alteración de la conducta en que se encuentra el paciente con contención mecánica (evidentemente no consentida) a un internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.
- La comunicación debería efectuarse por parte del **médico responsable del caso**, bien porque desde el momento de su adopción se prevea que se va a prolongar en el tiempo, bien porque así se prevea con posterioridad, fijando como plazo orientador la permanencia de **la medida durante más de 24 horas**.



PLANIFICACIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS FUTURAS

- Es importante comentar el episodio una vez finalizado.
- Los comentarios deberían llevarse a cabo entre el personal que ha estado implicado en el episodio.
- Se trata de realizar un análisis rápido de la situación en términos de:
 - ¿qué desencadenó la situación?.
 - ¿qué factores lo hubieran prevenido?.
 - ¿qué tipo de actuación se realizó?.
 - ¿fue la más correcta?.
 - ¿cómo se sienten el personal y el paciente en relación a los métodos utilizados?.

Recomendaciones

- Con los pacientes potencialmente violentos es importante:
 - El manejo de la propia seguridad
 - Clima de ayuda con límites claros
 - La discreción con la información
 - El enfoque de grupos de trabajo interdisciplinarios
 - Ofrecer posibilidades de ayuda
 - Conocer las limitaciones de pronóstico
 - Ayudar a las personas cercanas

BIBLIOGRAFÍA

- Jesús A. Ramos Brieva. "Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento". Libro.Ed.Masson.1999.
- " Behavioral Health Care Restraint and Seclusion Standards". Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations.2002.
- Protocolo de Contención Mecánica. Hospital 12 de Octubre de Madrid. 2003
- Sandra Pérez Glez. Protocolo de Restricción de Movimientos. Enfermería Global. Revista semestral electrónica de Enfermería Num. 2. Mayo 2003 (Disponible en www.um.es/eglobal).
- Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Dirección de enfermería. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. 2007
