

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V02			<b>1</b>
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22	08	22	

---

## **GUÍA ESPECÍFICA DE CONTENCIÓN DE PACIENTES**

Departament de Salut Alacant-Hospital General

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			2
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. ALCANCE
4. PERSONAL IMPLICADO
5. DESCRIPCIÓN DE LA GUIA DE ACTUACIÓN EN LA CONTENCIÓN PSÍQUICA, MECÁNICA Y FARMACOLÓGICA DEL PACIENTE PEDIATRICO
6. BIBLIOGRAFÍA
7. ALGORITMO DE ACTUACIÓN
8. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS
9. ANEXOS

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			3
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## 1. INTRODUCCIÓN

### Introducción

Es frecuente en la mayoría de los servicios del Hospital General Dr Balmis que sucedan episodios de agitación/violencia protagonizados por pacientes tanto con patología orgánica como psiquiátrica. La agitación psicomotriz puede formar parte como síntoma de un numeroso volumen de enfermedades médicas.

Para el abordaje de este tipo de situaciones contamos, entre otras medidas terapéuticas con la contención física. Se trata de un acto sanitario, con indicaciones, contraindicaciones y procedimiento específico. Es importante conocer dichos aspectos para su adecuada aplicación.

Sin olvidar que dicha medida terapéutica sitúa al paciente en un estado de privación de libertad con implicaciones legales. Esta circunstancia está regulada desde el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución, por lo tanto actuaremos bajo su autoridad.

Resultado de todas las anteriores reflexiones es la presente guía, que pretende ser de utilidad a aquellos en todos los servicios del Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante.

En el caso concreto de los pacientes en edad pediátrica, es muy frecuente su utilización en la práctica diaria, sobre todo en las exploraciones realizadas en el servicio de urgencias, llegando a ser indispensable en los pacientes de menor edad.

En estos casos se trata de realizar una contención física de “baja intensidad” suficiente para permitir una correcta exploración de los pacientes y evitar daños físicos durante la realización de una otoscopia, exploración de orofaringe con depresor lingual, o incluso la exploración abdominal o cardiopulmonar. Este tipo de sujeción o contención mecánica suele ser llevada a cabo por parte de los familiares del niño o por personal de enfermería, junto con el facultativo.

También es necesaria su aplicación en la práctica totalidad de los pacientes que precisan canalización de vías venosas periféricas o suturas quirúrgicas, ya que requieren la total inmovilización de la zona corporal a suturar y de las extremidades para evitar daños a sí

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			4
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

mismos o al personal sanitario. En estos casos la contención ha de ser de mayor intensidad y suele ser necesaria la colaboración de personal de celadores y la inmovilización “tipo momia” (pañales) realizado con una sábana enrollada alrededor del cuerpo del paciente de modo que los miembros superiores quedan adosados al tronco y los miembros inferiores ven restringidos sus movimientos. Esta sujeción debe ser firme para inmovilizar las manos y los pies del paciente aunque lo suficientemente holgada para permitir la respiración.

Estos tipos de inmovilización o contención mecánica que se realizan rutinariamente con todos los pacientes de corta edad, al tener una duración en el tiempo limitada y presentar potencialmente menor número de efectos secundarios y complicaciones consideramos que no precisan de la cumplimentación del consentimiento informado por parte de los familiares ni de la notificación al juez de guardia, siendo suficiente la solicitud verbal a los familiares de su consentimiento.

En casos muy concretos y que afectan normalmente a pacientes de mayor edad, habrá que adoptar medidas de contención similares a las de la población adulta.

Por otro lado, hay que considerar que la contención verbal no puede ser utilizada en los pacientes pediátricos por ineficaz, sobre todo en los de menor edad, y que el uso de la contención farmacológica resulta desproporcionada en la mayoría de los casos en cuanto al potencial riesgo del uso de fármacos y la escasa duración de tiempo en que se aplicarían las medidas de contención física.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			5
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## 2. OBJETIVOS

---

- **Objetivo general:**

Establecer una pauta de actuación estandarizada y homogénea que garantice una atención rápida y segura en la contención de los pacientes.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			6
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

### 3. ALCANCE

---

Este procedimiento será de aplicación a todo el personal implicado de todas las secciones del servicio de Pediatría y otros servicios del Hospital General Universitario Dr Balmis de Alicante que atiendan a pacientes en edad pediátrica.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			7
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

#### 4. PERSONAL IMPLICADO

PERSONAL	RESUMEN DE FUNCIONES
<b>Facultativo/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facultativos/as de urgencias pediátricas: las propias del/la facultativo/a de urgencias pediátricas</li> <li>▪ Facultativos/as de pediatría: las propias del/la facultativo/a de pediatría</li> <li>▪ Facultativos/as de otras especialidades: las propias de la especialidad</li> <li>▪ Jefe/a de la Guardia: coordinar y garantizar el cumplimiento del protocolo</li> </ul>
<b>Enfermera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Triage de Urgencias: valoración de triaje y las descritas en el protocolo</li> <li>▪ Enfermera de Urgencias: atención integral de enfermería a la paciente</li> </ul>
<b>TCAE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizarán sus tareas designadas en su puesto de trabajo en Urgencias</li> </ul>
<b>Trabajador/a Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizarán sus funciones específicas y gestionarán los recursos sociales disponibles para cada situación, coordinando las actuaciones con las instituciones correspondientes</li> </ul>
<b>Personal Administrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se encargará de realizar la admisión de los pacientes en Urgencias</li> </ul>
<b>Celador/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El equipo de celadores realizará las tareas propias de apoyo en Urgencias</li> </ul>
<b>Personal de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funciones de vigilancia y protección en caso de que la situación lo requiera</li> </ul>

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			8
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## 5. DESCRIPCIÓN DE LA GUIA DE ACTUACIÓN

### 1.- CONTENCIÓN PSÍQUICA.

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización, con una actitud de escucha, estimulando su capacidad de pensar y de verbalizar los impulsos auto y hetero-agresivos. No deben asumirse riesgos innecesarios pero en agitaciones leves-moderadas de origen psicógeno puede evitar el paso a la acción. Algún miembro de la familia o allegado puede contribuir en esta fase. (De muy dudosa aplicación en pacientes en edad pediátrica aunque más probable en caso de adolescentes)

### 2.- CONTENCIÓN MECÁNICA

#### 2a. OBJETIVO

El objetivo básico de la contención mecánica es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso de las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente.

#### 2b. INDICACIONES

La contención mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (que suele ser el medio hospitalario) y ante una agitación o conducta violenta que se considera originada por una patología médica (orgánica o psiquiátrica).

Usaremos frecuentemente una contención mecánica de corta duración y escasa intensidad en pacientes pediátricos, contando en ocasiones con la colaboración de los familiares del paciente.

Las indicaciones por tanto serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			9
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retirada de vías, sondas naso gástricas...).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente

## 2c. CONTRAINDICACIONES

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos:

- Cuando no exista indicación
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención cómo el verbal y/o farmacológico.
- Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las Fuerzas de Seguridad).
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado).

## 2d. PROCEDIMIENTO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA

### La toma de decisiones.

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia.

Si en el momento de decidir y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, la Enfermería está expresamente autorizada para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al médico con la menor demora posible.

En los casos en que usemos el juego de sujeciones, debe constar en la historia clínica del enfermo y en la hoja de tratamiento, siendo anotada dicha decisión tanto por personal médico como por Enfermería. En los casos en que usemos otro tipo de contención mecánica menos duradera y de menor intensidad, bastará con el consentimiento verbal de los familiares.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			10
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

Si la indicación de SM la realiza el medico vía telefónica, la enfermera lo registrará en su evolutivo específico, quedando pendiente el facultativo responsable de firmar dicha orden en la hoja de tratamiento así como en la historia clínica y rellenar el formulario/s pertinente/s

#### Personal y medios materiales.

Se requerirá la presencia de los celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de seguridad.

La colaboración para la contención será de todo el personal, sin embargo la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, así como del número de ganchos necesario para cada sujeción y al menos un imán, y por ultimo sin olvidar una cama con sistema de frenado.

Existe un juego completo de sujeciones ubicado en la sala de críticos de urgencias pediátricas, (junto a inmovilizadores cervicales y collarines cervicales).

Otros juegos completos de sujeciones los tendrán en custodia los jefes de turno de celadores quienes se encargaran así mismo de su mantenimiento (Ver anexo VI).

#### MEDIDAS GENERALES

##### - Información al paciente

El uso de la medida excepcional y urgente de la contención física en los supuestos planteados será informado al paciente y a sus familiares de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias protagonizadas.

##### - Actitud del personal

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria y no de una venganza o pelea.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			11
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

No forzar en los movimientos.

Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos como las esquinas de los muebles u objetos con los que pueda dañarse. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.

Actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.

- Seguridad y comodidad del paciente

En la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

- Hábitat de calma y confianza

Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde vaya a permanecer durante la contención será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o por medio de un timbre, no hay que olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.

Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocarle lesiones cutáneas.

## 2e. OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones nos hacen

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			12
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

afirmarlo, la primera la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en sí misma, y la segunda por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

La valoración médica del paciente sujeto se realizará lo antes posible, aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica. En el caso de ser necesario prevención de riesgo tromboembólico se pautará heparina de baja peso molecular.

El paciente debe ser observado por el personal de enfermería las veces que se estimen oportunas, dejando constancia en las hojas de seguimiento propias. Además cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado.

Se ejecuta de forma progresiva, liberando cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirarlas finalmente y a la vez. A continuación se valora conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron a la misma.

Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes:

- Daños graves o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte:

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			13
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización de pacientes con deformidades

## 2f. ASPECTOS LEGALES

La inmovilización de un paciente y/o su aislamiento, es una medida terapéutica preventiva que se suele aplicar para evitar que un enfermo, a quien, por definición, la agitación le hace incompetente, se lesione a sí mismo o lesione a otros. Así, en esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (*internamientos involuntarios*) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (*consentimiento informado*) en relación con el artículo 3 de la Ley 1/2003 del 28 de enero de la Generalitat Valenciana

### 1.- Privación de la libertad del sujeto:

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial.

#### - *Procedimiento general en casos no urgentes*

Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente. De acuerdo con el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

#### - *Procedimiento en caso de urgencia*

En situaciones de urgencia en las que fuese necesaria la adopción inmediata de la medida por el bien del paciente, la ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas. El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla. Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesaran antes de que el juez recabe información sobre el estado del

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			14
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

mismo, el personal del hospital (del servicio implicado), deberá comunicar la nueva situación del enfermo.

## 2. Acción terapéutica sin el consentimiento del paciente:

Cualquier acción terapéutica requiere el previo consentimiento escrito del usuario, excepto en los siguientes casos (recogidos en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad):

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

En los casos que requieren sujeción, lo frecuente es que se presenten simultáneamente las condiciones a) y c) anteriores. En estos casos, salvo si se puede recabar el consentimiento informado de un familiar y las circunstancias nos lo permiten, el personal sanitario puede actuar sin él, amparado en la eximente de responsabilidad penal que surge del *estado de necesidad* del artículo 20.5 del Código Penal, ya que se considera que la aplicación del procedimiento es un mal menor frente a la no aplicación del mismo. Tras superarse la situación de urgencia, debe informarse inmediatamente al paciente, y a sus familiares o personas allegadas sobre la intervención terapéutica aplicada.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			15
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

### 3. Actuación en la inmovilización de un paciente:

Veremos los distintos supuestos:

#### **1.-Ingreso voluntario y consentimiento del paciente para su inmovilización.**

Si la contención mecánica es voluntaria o es solicitada voluntariamente por el paciente competente (*menor maduro*) que se encuentra ingresado con carácter voluntario, tendrá que firmar el Formulario de consentimiento del paciente (II). El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento. En este caso, se valorará de nuevo la situación y la indicación de inmovilización del paciente.

#### **2.-Paciente con patología orgánica: Ingreso voluntario y ausencia del consentimiento del paciente para su inmovilización**

Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica contención mecánica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario.

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Cuando no sea posible recabar el consentimiento familiar, el facultativo podrá actuar directamente.

En el supuesto que el facultativo indique la contención y el familiar o allegado no lo consienta, se rellenará el formulario de comunicación al Juez, y se remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica)

#### **3.- Paciente con patología orgánica que precisa ingreso y con facultades mentales mermadas y no esté capacitado para tomar decisiones** (en cuyo caso el derecho

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			16
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas) **o cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública o cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento e internamiento en contra de voluntad:** Ingreso involuntario

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Se rellenará el formulario de comunicación al Juez (anexo IV), y remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica)

Si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de contención física ya era involuntario se remitirá al juzgado, que tiene conocimiento, únicamente el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I).

**4.- Paciente con patología psiquiátrica que precisa ingreso por dicha patología e internamiento en contra de voluntad:** Ingreso involuntario

Así mismo, se realizará el correspondiente *Formulario de comunicación de contención física* (I) y se adjuntará en la historia clínica del paciente.

Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el *Formulario de consentimiento del familiar* (III).

Se rellenará el formulario de comunicación al Juez (anexo IV), y remitirá al Juzgado de guardia (se anotarán estos hechos en la historia clínica).

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			17
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

---

Y se contactará con Psiquiatría del Hospital de San Juan para valorar su traslado, quienes tras su valoración procederán a seguir los pasos legales pertinentes si se precisaran

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			18
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

### 3.- CONTENCIÓN FARMACOLOGICA

Encontrar pacientes protagonizando una conducta agresiva o agitada puede suceder en cualquier centro, consulta o servicio hospitalario. Es necesario realizar una evaluación del estado clínico del sujeto, siempre y cuando sea posible y sin correr riesgos lesivos.

Determinar la causa de la agitación nos orienta a la pauta farmacológica a elegir. Si esto no fuera factible, seguiremos las recomendaciones generales expuestas a continuación.

#### 3a. OBJETIVO

Su uso queda reservado al momento en que la contención verbal no sea eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo. El objetivo es tranquilizar al paciente lo antes posible, con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. En cualquier caso, debe utilizarse la menor dosis posible que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de daño pero sin que pierda la conciencia. También la duración del tratamiento deberá ser lo más corta posible para evitar agravar, en algunos casos, el cuadro de base.

#### 3b. SELECCION FARMACOLOGICA

Los algoritmos 1 y 2 recogen la secuencia necesaria para el abordaje farmacológico de urgencias y la evaluación médica del paciente.

En el algoritmo 1ª (simplificado del de población adulta) se describe el protocolo de contención farmacológica en pacientes pediátricos. Hemos seleccionado el uso de una benzodicepina de acción corta (midazolam) para la mayoría de los casos.

En el caso de pacientes de mayor edad o que presenten cuadros de agitación más intensos, cabe utilizar el algoritmo 1B (población adulta)

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			19
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

Los principios básicos son los siguientes:

- En pacientes gravemente agitados o violentos que requieren sedación inmediata se prefiere el uso de un neuroléptico típico potente (haloperidol) o una benzodiazepina de acción corta (midazolam) o una combinación de ambos.
- En pacientes con agitación secundaria a intoxicación o deprivación es preferible una benzodiazepina.
- En pacientes con agitación indiferenciada se prefiere el uso de benzodiazepinas, aunque los neurolépticos típicos son una alternativa razonable.
- En pacientes agitados de origen psiquiátrico se prefiere un neuroléptico típico, aunque los atípicos (ziprasidona o risperidona) son una alternativa razonable.
- En pacientes colaboradores es preferible la vía oral frente a la vía parenteral, pues está última podría considerarse una actitud hostil en lugar de terapéutica.

Cuando una clase farmacológica no ofrece la respuesta deseada se puede pasar a otra, y del mismo modo si apareciesen reacciones adversas de tipo paradójico.

En el algoritmo 2 se aborda el manejo de posibles factores desencadenantes del cuadro de agitación, así como el diagnóstico etiológico y diferencial frente al delirio o síndrome confusional agudo.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>		Hoja nº
		Última Revisión V01		20
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22	22	

## 6 BIBLIOGRAFÍA

1. Calcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005
2. Cañas de Paz, F. "Urgencias Psiquiátricas". Monografías de Salud Mental. CAM. 1995
3. Díaz González, R.; Hidalgo, I. "Práctica Clínica Psiquiátrica: Guía de Programas y Actuaciones Protocolizadas". Edit Mosby. 1999
4. Fernández, R. "La contención". Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1990.
5. Kaplan & Sadock's. "Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J. ; Sadock, V.A. 2003.
6. Lavore, F.W. "Consent, involuntary treatment, and the use of force in a urban emergency department". Ann Emerg Med 1992; (1):25-32.
7. Ramos Brieva, J.A. "Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento". Edit. Masson. 1999
8. Sullivan, M. " La entrevista psiquiátrica". Ed. Psique. 1974
9. Protocolo de contención. 2005. Hospital Príncipe de Asturias. Alcala de Henares
10. Protocolo de contención mecánica. 2003. Hospital 12 de Octubre. Madrid
11. Díaz González, R.J., Hidalgo Rodrigo, M.I. " Guía de actuación en la clínica psiquiátrica" Ed Pharmacia-Upjhon. 1999
12. Rojo Rodes, J.E., Cirera Costa, E. " Interconsulta psiquiátrica" Ed Masson.1997.
13. Moore G y cols. Assessment and management of the acutely agitated or violent adult. 2009 UpToDate.
14. Francis J y cols. Prevention and treatment of delirium and confusional states. 2008 UpToDate.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		<del>Última Revisión</del> V01			21
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## 7 RESUMEN DE ALGORITMO DE ACTUACIÓN

---

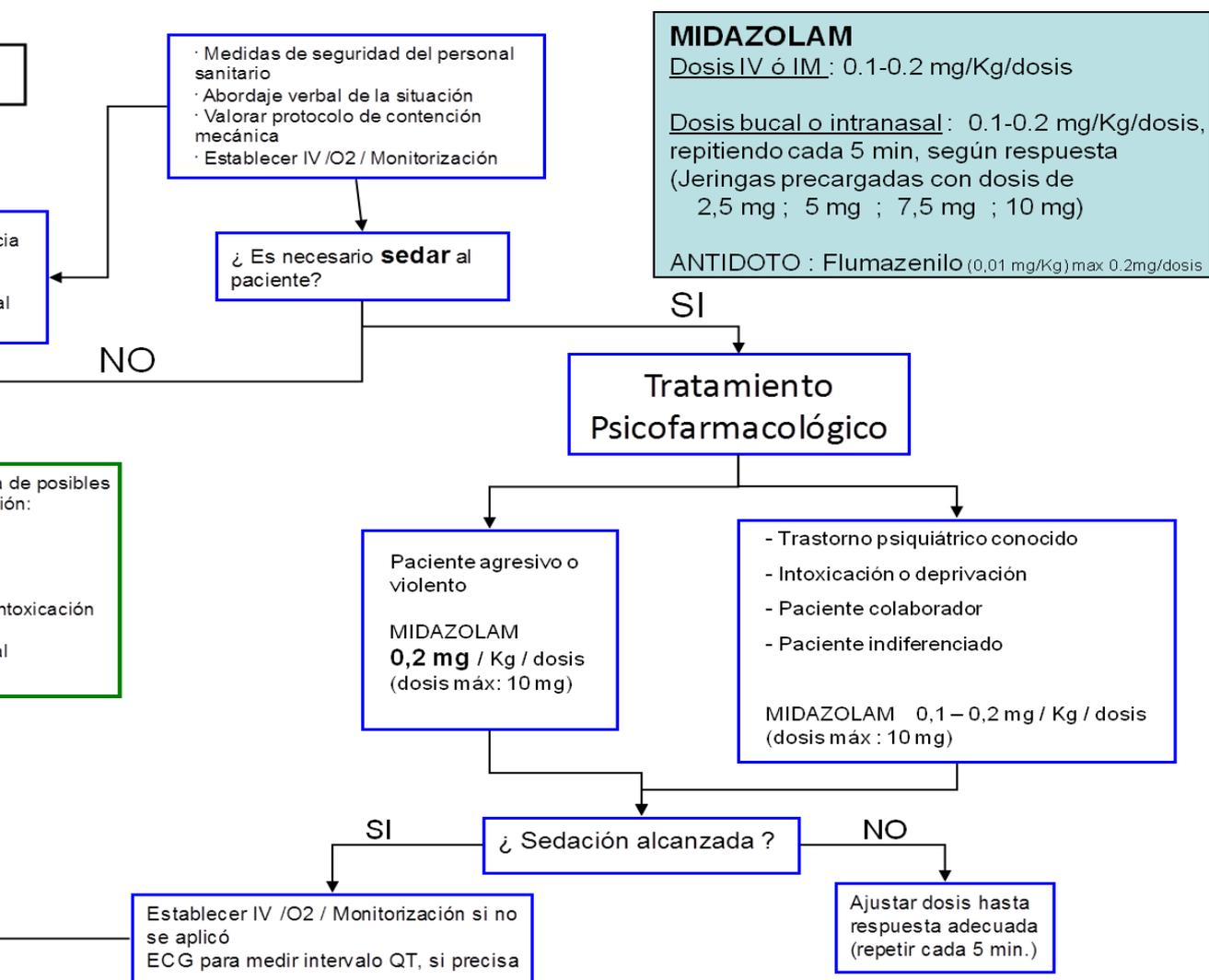
Algoritmo 1  
 Algoritmo 2  
 Algoritmo 3

 Hospital General Universitari d'Alacant	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V02			22
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22	08	22	

---

## Algoritmo 1A

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>		Hoja nº
		Última Revisión V01		23
Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas		22	22	

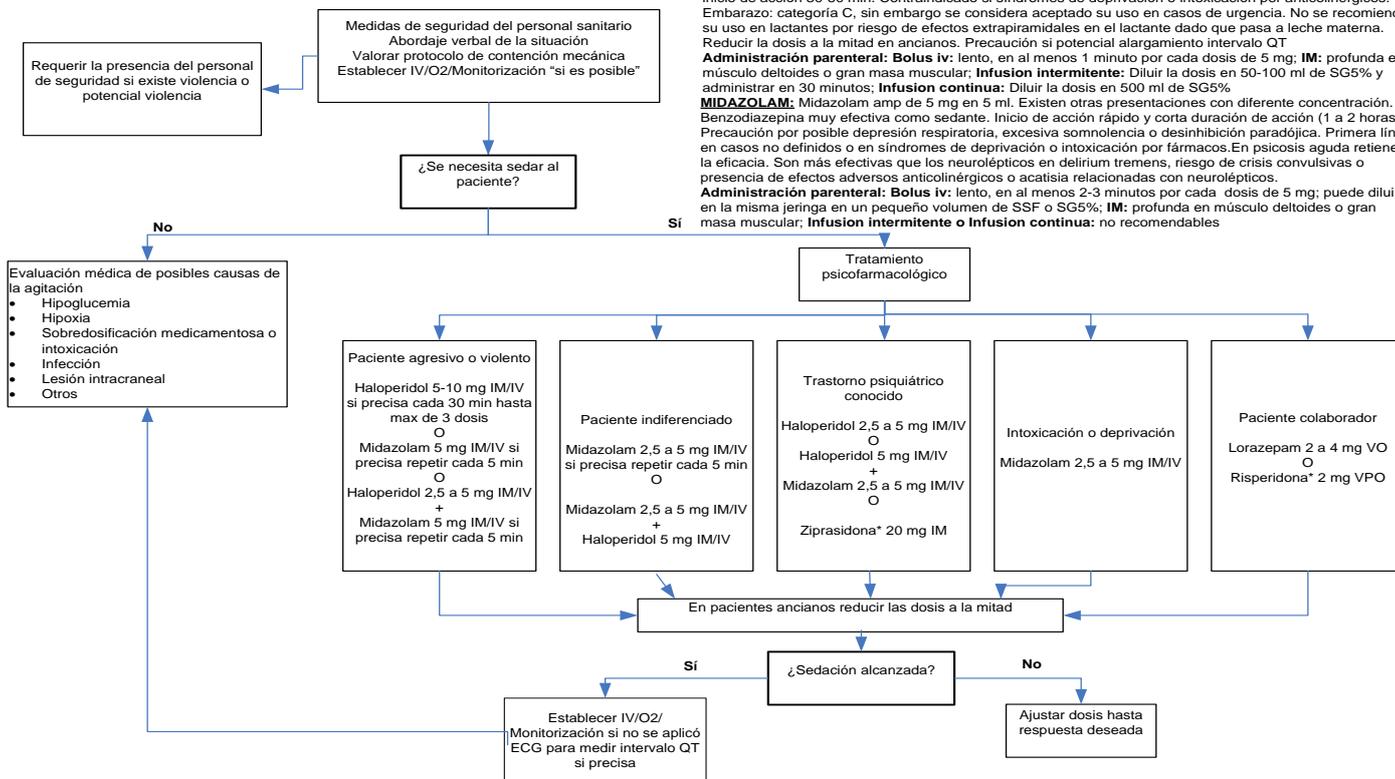


	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			24
Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas		22		22	

### Manejo del paciente con agitación aguda grave o paciente violento

### Información farmacológica

**HALOPERIDOL:** Haloperidol amp de 5 mg en 1 ml. Neuroléptico típico (butirofenona), agente de primera línea inicio de acción 30-60 min. Contraindicado si síndromes de privación o intoxicación por anticolinérgicos. Embarazo: categoría C, sin embargo se considera aceptado su uso en casos de urgencia. No se recomienda su uso en lactantes por riesgo de efectos extrapiramidales en el lactante dado que pasa a leche materna. Reducir la dosis a la mitad en ancianos. Precaución si potencial alargamiento intervalo QT  
**Administración parenteral:** **Bolus iv:** lento, en al menos 1 minuto por cada dosis de 5 mg; **IM:** profunda en músculo deltoides o gran masa muscular; **Infusión intermitente:** Diluir la dosis en 50-100 ml de SG5% y administrar en 30 minutos; **Infusión continua:** Diluir la dosis en 500 ml de SG5%  
**MIDAZOLAM:** Midazolam amp de 5 mg en 5 ml. Existen otras presentaciones con diferente concentración. Benzodiazepina muy efectiva como sedante. Inicio de acción rápido y corta duración de acción (1 a 2 horas). Precaución por posible depresión respiratoria, excesiva somnolencia o desinhibición paradójica. Primera línea en casos no definidos o en síndromes de privación o intoxicación por fármacos. En psicosis aguda retienen la eficacia. Son más efectivas que los neurolépticos en delirium tremens, riesgo de crisis convulsivas o presencia de efectos adversos anticolinérgicos o acatisia relacionadas con neurolépticos.  
**Administración parenteral:** **Bolus iv:** lento, en al menos 2-3 minutos por cada dosis de 5 mg; puede diluirse en la misma jeringa en un pequeño volumen de SSF o SG5%; **IM:** profunda en músculo deltoides o gran masa muscular; **Infusión intermitente o Infusión continua:** no recomendables



\* La seguridad de los antipsicóticos atípicos en pacientes geriátricos no está plenamente establecida

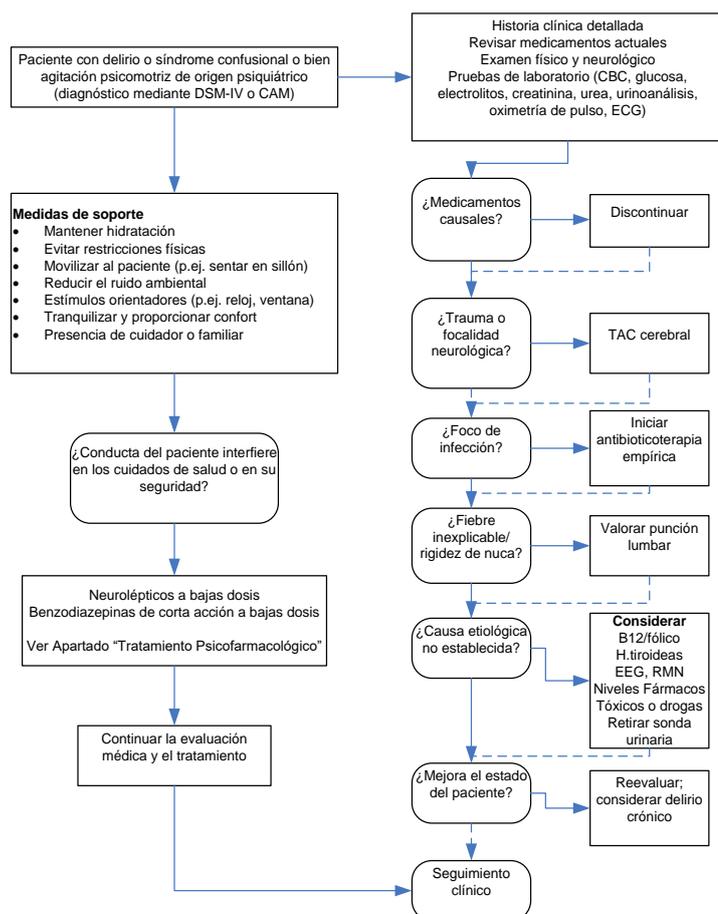
ECG: electrocardiograma; IM: intramuscular; IV: intravenosa; VO: vía oral; SSF: Solución salina fisiológica ó CNa 0,9%; SG5%: Solución de Glucosa 5%

### Algoritmo 1B

## Algoritmo 2

### Algoritmo

#### Manejo del paciente con delirio o síndrome confusional



#### CAM Confusion Assessment Method

Se trata de una escala que consta de 2 partes.

La primera parte evalúa deterioro cognitivo general y consta de los siguientes ítems:

1. Inicio agudo y curso fluctuante
2. Inatención
3. Pensamiento desorganizado
4. Alteración del nivel de conciencia
5. Desorientación espacio/temporal
6. Alteración de la memoria
7. Alteración de la percepción (alucinación, confusión o ilusión)
8. Agitación psicomotriz
9. Enlentecimiento psicomotriz
10. Alteración del ciclo vigilia-sueño

La segunda parte sólo incluye los primeros cuatro ítems que son los que demostraron mayor habilidad para diferenciar delirio o confusión reversible, de otros tipos de deterioro cognitivo. Es un instrumento que identifica presencia o ausencia de delirio pero no mide magnitud o severidad del mismo, lo que lo hace poco útil para detectar mejoría o empeoramiento clínico.

Es decir sirve para diagnóstico pero no para seguimiento.

#### ITEM 1: INCIO AGUDO Y CURSO FLUCTUANTE

¿Hay alguna evidencia de un cambio agudo en el estado mental basal del paciente?

¿Hay cambios o fluctuaciones de la conducta durante el día, es decir tendencia a aparecer y desaparecer o mejorar y empeorar?

#### ITEM 2: DISPERSIÓN O INATENCIÓN

¿Tiene el paciente dificultad para focalizar su atención, se distrae con facilidad? ¿O tiene dificultad para seguir el hilo de lo que dice?

#### ITEM 3: PENSAMIENTO DESORGANIZADO

¿Es el pensamiento del paciente incoherente o desorganizado? ¿Muestra una ideación ilógica o cambia de manera impredecible de un tema a otro, mostrando una conversación irrelevante?

#### ITEM 4. ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

¿Cómo clasifica el estado de conciencia general del paciente?

(Cualquier respuesta diferente de "alerta")

**Alerta** (Normal)

**Vigilante** (Hiperalerta)

**Letárgico** (Somnoliento y fácilmente despertable)

**Estuporoso** (Difícil de despertar)

**En coma**

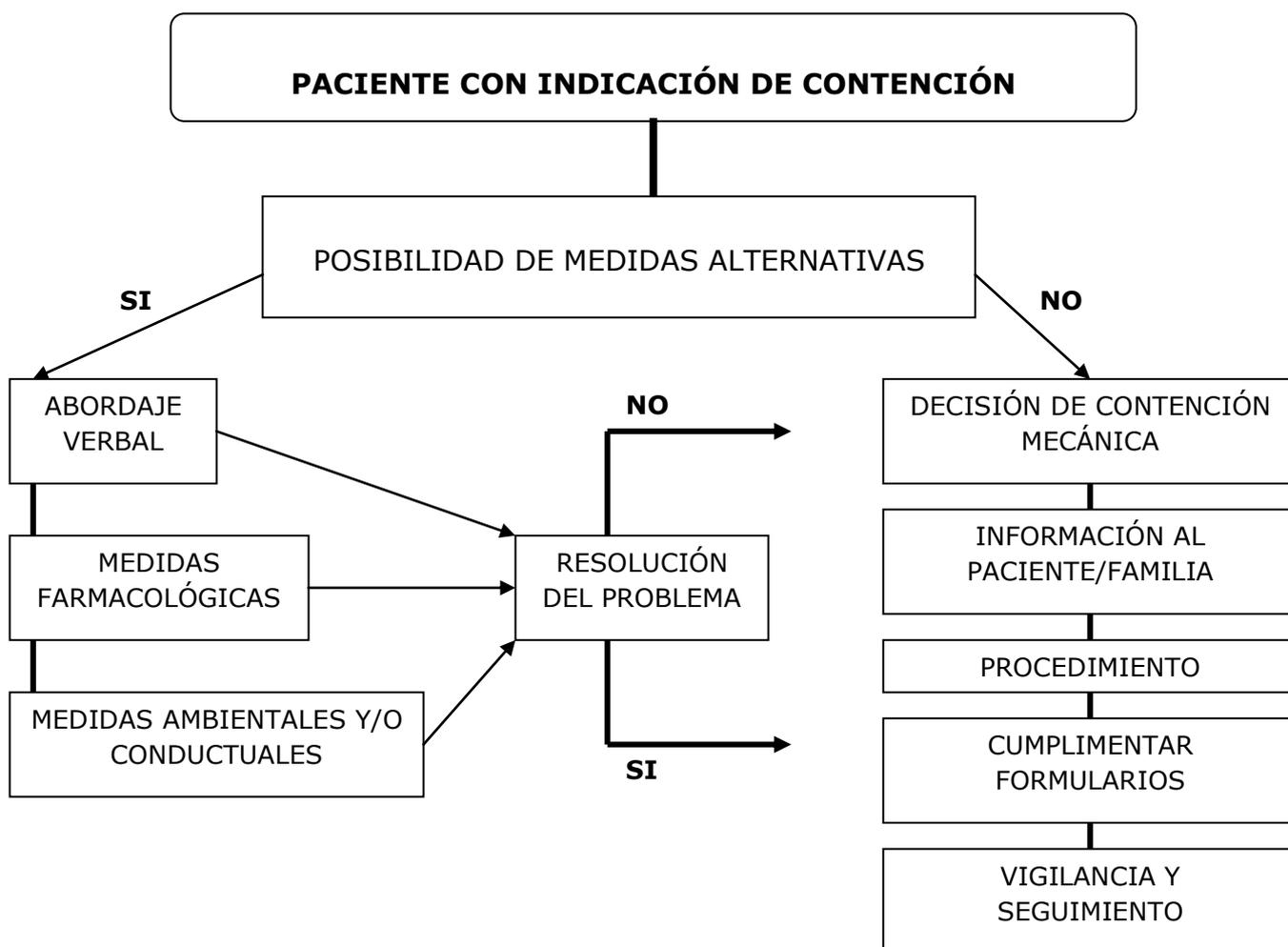
El diagnóstico de delirio exige la presencia de 3 ítems. El ítem 1 y 2 presente y además el ítem 3 ó el ítem 4

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales 4ª Edición;

CAM: Confusion Assessment Method

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			26
Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas		22		22	

### Algoritmo 3



	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			27
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

---

ELABORADO	APROBADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Farmacología Clínica</li> <li>. Farmacia Hospitalaria.</li> <li>. Psiquiatría.</li> <li>. Medicina Interna</li> <li>. Urgencias Pediátricas</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Comisión de Dirección</p>
Fecha: 29/08/2022	Fecha: XX/XX/2022

## 8 REDACCIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

---

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y, en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas / servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Pediatría

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			28
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

---

Edición	Fecha	Descripción de cambios	Páginas
01	2009	1ª Versión del documento	24
02	2022	1º Revisión del documento	31
03	2023	2º Revisión del documento	

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			29
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## 9 ANEXOS

### Anexo I



**ESPACIO PARA LA ETIQUETA IDENTIFICATIVA**

#### CONTENCIÓN FÍSICA: FORMULARIO DE INDICACIÓN

Servicio:.....

Fecha indicación:...../...../..... Turno: Mañana  Tarde  Noche

Fdo.:..... Fdo.:.....

Enfermera/o responsable Médico/a que indicó la contención

#### Indicaciones de la contención

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a si mismo
- Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos (arranque de vías, sondas...)
- Para evitar daños físicos significativos en las instalaciones del servicio (mobiliario...)
- Otros

#### Tipo de sujeción

- Miembros superiores  Miembros inferiores  Tórax  Todos
- Un miembro superior y otro inferior  Un miembro superior otro inferior y un tórax

#### Situación clínica del paciente

Diagnóstico:.....

#### Estado:

- Agitado  Violento/agresivo  Confuso/desorientado  Impulsividad suicida  Medios fracasados antes de la contención
- Contención verbal  Contención farmacológica
- Distracción con una actividad  Conversación con un familiar
- No fue posible intentar otra alternativa

Fdo.: .....

Médico/a responsable

Fdo.: .....

Médico/a testigo

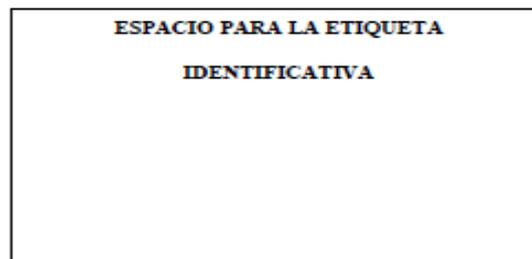
Si comunicación al juez/a de guardia anotar fecha: ...../...../..... a las..... horas.





	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			32
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## Anexo IV



### COMUNICACIÓN AL JUEZ

ILMO. SR.

D./Dña. \_\_\_\_\_, Licenciado/a  
Medicina, médico/a del Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante,  
con el debido respeto

COMUNICA A V.I.

Que en el día de la fecha se ha procedido a la restricción temporal de los movimientos del paciente D./Dña \_\_\_\_\_ de \_\_\_ años de edad, en contra de su voluntad, y con carácter urgencia, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Contención Mecánica de Movimientos de este hospital.

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizará cuando la situación clínica del paciente así lo permita.

Lo que informo a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En Alicante \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo: Dr/a. \_\_\_\_\_

ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA DE ALICANTE DEL DIA:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			33
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## Anexo V ESCALA DE PATTERSON.(SAD PERSON SCALE)

- SEXO: VARONES.
- EDAD: MENORES DE 19 AÑOS O MAYORES DE 45.
- DEPRESIÓN.
- INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.
- ABUSO DE ALCOHOL.
- TRASTORNOS COGNITIVOS.
- BAJO SOPORTE SOCIAL.
- PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO.
- NO PAREJA ESTABLE.
- ENFERMEDAD SOMÁTICA.

**CADA PREGUNTA RECIBE UN PUNTO. A PARTIR DE TRES YA HAY RIESGO Y ENTRE 7 Y 10 LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA DEBE SER URGENTE.**

	<b>Guía específica de contención de pacientes</b>	<b>D-001</b>			Hoja nº
		Última Revisión V01			34
	Servicio de Pediatría y especialidades pediátricas	22		22	

## Anexo VI

### NORMATIVA DE MANTENIMIENTO DEL MATERIAL

- 1.- Siempre tiene que estar un juego completo: 2 manos, 2 pies, 4 alargaderas, un tórax, los pinchos correspondientes, 1 imán y tijeras.
- 2.- En caso de uso de este juego, será repuesto (lo antes posible) en la pared, desde el cajón donde se almacena el material.
- 3.- Siempre que sea necesario lavar este material, se enviará a lencería en una bolsa debidamente rotulada, haciendo constar de la planta o servicio de donde procede.
- 4.- SE RETIRARÁN las chinchetas de sujeción: EN NINGÚN CASO podrán ser enviadas a favor.
- 5.- Cuando el jefe de turno de celadores haya prestado un Set de sujeción (completo o no) lo dejará reflejado en un libro de incidencias, para su posterior reclamación.
- 6.- Se realizará el recuento y revisión de material un día a la semana: LOS MIÉRCOLES, comunicando al jefe de celadores: deterioro y/o pérdida de algún elemento de los juegos.