

INMOVILIZACIÓN FÍSICA Y CONTENCIÓN RACIONAL DE PACIENTES

Dr. Fabián Vítolo
Noble Compañía de Seguros

La contención física es una intervención terapéutica extrema consistente en la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su mayor seguridad y/o la de otros, personal sanitario incluido. El procedimiento forma parte del armamentario asistencial, más por consenso que por haber demostrado científicamente que sus beneficios superen a la iatrogenia que puede acompañarlo, con potencial y severa repercusión física y psicológica.

En las últimas décadas ha existido una considerable preocupación por lograr disminuir la utilización de contenciones físicas en las instituciones de salud. Sin embargo, aunque sea una práctica común en muchos servicios, debiera considerarse como un último recurso para controlar conductas que suponen un alto riesgo tanto para el propio paciente como para otras personas y profesionales de la salud. (1)

La contención física es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe realizando, como la creencia de que la inmovilización no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado. Entre las causas más frecuentemente descritas en la literatura para justificar la utilización de la contención física se destacan la necesidad de prevenir caídas y la de evitar la interrupción del tratamiento manteniendo el

funcionamiento eficaz de dispositivos médicos tales como catéteres, sondas, tubos, etc.

Los métodos de inmovilización física de los pacientes tienen el poder de humillar, aterrorizar y aún de matar a las personas. (2) En un clásico estudio acerca las percepciones de un grupo de pacientes mayores sometidos a esta práctica, se recogieron experiencias como estas: (3)

- “Me sentía como un perro y lloraba todas las noches. Me dolía tener que estar atado y me sentía como si no fuera nadie, como sucio. Todavía lloro cuando recuerdo la experiencia”
- “Me sentía como si estuviera clavado a una cruz”
- “Si había un incendio, ¿cómo se supone que podría escapar?”

Si bien son los pacientes contenidos quienes sobrellevan el riesgo y el dolor causado por la restricción forzada de sus movimientos, los miembros de la familia y el personal también suelen verse afectados. Los familiares que encuentran a su ser querido atado o inmovilizado han reportado sentimientos de desesperanza e indignación. (2) Las enfermeras que deben aplicar estos procedimientos han manifestado a su vez sentimientos de culpa y depresión. (4) La decisión de contener físicamente a un paciente genera un conflicto entre la necesidad de protección del paciente y las creencias acerca de lo que se considera una adecuada conducta profesional por parte del personal de enfermería.

Frecuencia de la contención mecánica

En el imaginario popular la contención mecánica se encuentra asociada casi exclusivamente a procedimientos o técnicas utilizados en unidades o servicios de psiquiatría o en geriátricos y centros de tercer nivel. De acuerdo a Strumpf y cols.,(3) las sujeciones son utilizadas en el 32% de los pacientes en los hospitales terciarios, y el mayor porcentaje se sitúa en los pacientes mayores de 65 años. En residencias de ancianos se ha descrito un porcentaje de utilización entre 31% y 59% de los pacientes y de un 23% en hospitalizaciones psiquiátricas infantiles.

Sin embargo, la práctica y distintos estudios estadísticos indican también un alto uso en unidades clínicas, de terapia intensiva y de emergencias. Una revisión sistemática del uso de contención mecánica en hospitales de agudos y terciarios llevada a cabo en Australia (5), estimó que entre el 3,4% y el 21% de los pacientes agudos serían contenidos físicamente con una duración promedio que oscila entre los 2,7 y los 4,5 días. En su mayoría se trataba de pacientes con diagnósticos psiquiátricos o con trastornos cognitivos, postrados, con riesgo de caídas y con conductas disruptivas. En instituciones de crónicos, el mismo estudio reportó un promedio de inmovilización que iba de un 12% a un 47%, con una duración promedio de casi tres meses... (86,5 días)

Efectos negativos de la inmovilización

Claramente, la contención mecánica no es una práctica benigna. A los efectos emocionales descriptos se suman una enorme variedad efectos negativos, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: (6)

- Aumento del riesgo de caídas, lesiones y muertes. (Aunque parezca paradójico, los pacientes inmovilizados que tratan de vencer la sujeción para levantarse suelen presentar lesiones más serias: lesiones de plexos nerviosos, fracturas, luxaciones, lesiones isquémicas)
- Disminución del tono cardiovascular.
- Disminución de la eficiencia respiratoria
- Pérdida de tono y fuerza muscular
- Pérdida de independencia física
- Depresión y agresividad

- Trastornos cognitivos (instalados a partir de la sujeción)
- Incontinencia urinaria
- Úlceras por decúbito
- Compresión de nervios
- Aumento de la frecuencia de infecciones nosocomiales

Los pacientes con algunas condiciones especiales como obesidad, cardiopatías, mal estado general, o drogadependencia tienen una mayor probabilidad de sufrir fatalidades durante la sujeción física. En la revisión realizada por la Joint Commission de casos centinelas relacionados con muertes de pacientes que fueron inmovilizados, la causa de muerte en un 40% fue por asfixia. El resto de los casos fatales se produjeron por estrangulación, paro cardiorrespiratorio o fuego. (7)

Se han identificado los siguientes factores en los eventos adversos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte: (1)

- Inmovilización de pacientes fumadores
- Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización de pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario
- Inmovilización de pacientes con deformidades.

Para reducir estos riesgos, las instituciones de salud de todos los niveles deben garantizar que la sujeción física sea utilizada cuando sea absolutamente necesaria, por el menor tiempo posible y de una manera apropiada y segura. Esta práctica debe ser considerada siempre como una medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas o al entorno físico que lo rodea.

¿Qué se entiende por contención mecánica?

En la literatura, esta práctica es denominada de diferentes formas: "inmovilización", "sujeción física", "restricción de movimientos", etc., las cuales significan básicamente lo mismo.

En los Estados Unidos, la Joint Commission y el Medicare/Medicaid manejan una definición de “contención” amplia, que va más allá de la sujeción con dispositivos especiales. Por ejemplo, algunas medicaciones e incluso las mismas sábanas pueden llegar a ser considerados como métodos de restricción dependiendo de cómo y por qué se utilicen.

La Joint Commission define a la contención mecánica como “la aplicación directa de la fuerza física sobre un paciente, con o sin la autorización del mismo, para restringir su libertad de movimientos. La fuerza física puede ser humana, mecánica o una combinación de ambas.” (8)

Medicare/Medicaid, por otra parte, en su última normativa sobre derechos de los pacientes hospitalizados, define a la contención como a “cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipamiento que inmovilice o reduzca la capacidad del paciente de mover sus brazos, piernas, cuerpo o cabeza libremente; o a las drogas o medicamentos cuando son utilizadas con fines restrictivos para manejar la conducta del paciente o su libertad de movimientos y no son parte del tratamiento o la dosis estándar para tratar su condición” (9)

Si un dispositivo que normalmente no es considerado como una sujeción restringe el movimiento normal de la persona o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, también debe considerarse como tal. Por ejemplo, una sábana colocada lo suficientemente ajustada como para impedir que un paciente debilitado se levante de la cama, debe ser considerada como un medio de sujeción. La definición de la contención estaría dada entonces por la función del dispositivo y no por su tipo. Las instituciones de salud deberían capacitar a su personal en este concepto.

Medicare/Medicaid brindan además algunas clarificaciones acerca de la contención mecánica aportando una lista de ítems y acciones que no deben ser considerados como métodos de contención: “dispositivos como los prescritos por los traumatólogos (ej. tracciones), vendajes, cascos de protección, o cualquier otro método para sujetar al paciente con el exclusivo propósito de conducir una toma de muestra o un examen físico; o para proteger al paciente de caídas de la cama; o para permitir que el paciente participe de actividades sin riesgos de daños físicos.” (9)

Como una de las principales justificaciones para apelar a la contención mecánica es la prevención de caídas, debe hacerse una clara distinción entre los métodos utilizados para evitar que el paciente se caiga de la cama al rodar y los que le impiden levantarse. Cualquier método que mantenga al paciente en la cama en contra de su voluntad debe ser considerado como una contención mecánica. Algunos dispositivos considerados como restrictivos pueden ser utilizados como instrumentos de ayuda. Por ejemplo, las barandas de medio cuerpo no deben ser consideradas como métodos de contención si un paciente coherente y lúcido solicita que se encuentren colocadas para facilitar sus movimientos dentro de la cama y si el mismo puede levantarse en forma segura aún con la baranda colocada. Sin embargo, el hecho de que el mismo paciente solicite tener puesta la baranda no elimina los riesgos de lesiones inherentes al uso de la misma. El riesgo/beneficio de cualquier método restrictivo debe ser siempre considerado y discutido con el paciente y/o su familia.

Aspectos éticos y legales

Indudablemente, la contención física supone un confrontamiento ético entre los principios de Autonomía (ya que limita la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de Beneficencia (por el deseo bienintencionado del personal sanitario de proteger al paciente, a su entorno y de autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Una aplicación basada exclusivamente en el autoritarismo coercitivo conculcaría, asimismo, el principio de No- Maleficencia.

La contención mecánica mal indicada vulnera además una cualidad inherente al ser humano como es la dignidad, derecho reconocido en nuestra Constitución Nacional y en la Ley 26.529 de derechos del paciente, que obliga a los profesionales de la salud a un trato digno y respetuoso de sus pacientes (Art. 2 Inc. b). La restricción de la libertad sólo puede justificarse cuando el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio que esta limitación pudiera causar.

El citado conflicto ético, los riesgos que conlleva la restricción (incluso fracturas y muertes por asfixia) y sus posibles consecuencia legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa escrita y consensuada, que contemple claramente desde

lo adecuado de la prescripción y metodología, al papel de todo el equipo implicado y el de la familia. Las acciones del personal con los pacientes deberían poder elevarse a norma universal, o lo que es lo mismo: tratar a los demás como nos gustaría ser tratados.

Resumiendo, para que la contención de movimientos sea admisible desde el punto de vista ético, debe cumplir ciertos requisitos: (10)

- Que se respeten en los procedimientos la dignidad del paciente: privacidad, adecuación de medios físicos y humanos.
- Que los familiares o representantes del paciente sean informados del procedimiento y, de ser posible, con carácter previo al mismo.
- Que la contención no se prolongue más allá de lo necesario
- Que se ajuste a un protocolo establecido en el centro de salud.

En los Estados Unidos, a partir de una mayor conciencia de los riesgos de lesiones y muertes vinculados a la sujeción física, se ha observado un aumento en la frecuencia de juicios por responsabilidad profesional por esta causa. Las instituciones de salud pueden ser responsabilizadas por estos daños de distintas maneras. Como el uso inapropiado de las contenciones mecánicas es una de las causas más frecuentes de juicios por mala praxis contra enfermeros, (11) las instituciones deben responder por los hechos de sus dependientes. Si el personal de enfermería utiliza la sujeción física de manera injustificada o insegura, podrán ser acusados por los daños morales o físicos resultantes de esa acción. Por otra parte, si no se contiene físicamente al paciente cuando la situación lo justifica y este sufre una lesión por una falta de sujeción, podrá demandarse a las instituciones por los daños resultantes de su falta de diligencia.

Desde un punto de vista estrictamente legal, las principales recomendaciones son las siguientes: (10)

- Ante la indicación médica de realizar una contención o sujeción física se debe informar al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus capacidades de comprensión.
- Cuando el paciente, según el criterio del médico que lo asiste, carezca de capacidad para entender la

información a causa de su estado físico o psíquico, la información se facilitará a las personas vinculadas al paciente, por razones familiares o de hecho, o en su caso, a los representantes legales, quienes deberán brindar su consentimiento.

- Si no existen acompañantes para transmitir la información, el profesional adoptará las medidas necesarias acordes con la Lex Artis.
- El médico responsable de la indicación de contención o sujeción deberá informar la finalidad, naturaleza, riesgos y alternativas del procedimiento
- Esta información se facilitará con carácter previo a la medida terapéutica, siempre que las circunstancias lo permitan, y durante el tiempo que se mantenga la misma.
- También cabe la posibilidad de que sea el propio médico quien decida la intervención, aún contra la voluntad del paciente, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente o para terceros, y no sea posible conseguir su autorización, consultando, siempre que las circunstancias lo permitan, a sus familiares o allegados.
- Toda la actuación relacionada con el procedimiento de contención o sujeción debe quedar registrada, idealmente en formularios prediseñados para este propósito (ver apéndice)

Indicaciones de la contención mecánica

Los estándares de la Joint Commission (8) establecen que, dependiendo de las circunstancias, existen dos tipos de situaciones que justifican la utilización de contención mecánica: cuando se necesita prohibir o restringir el movimiento del paciente mientras se está realizando un procedimiento clínico y cuando se requiere controlar una conducta que pone en peligro la propia seguridad del paciente o de terceros.

Entre los pacientes susceptibles de ser contenidos mecánicamente se pueden mencionar: (10) (12)

- Pacientes con cuadros confusionales: es la situación que se da con mayor frecuencia en el hospital general. La causa orgánica puede ser o no conocida.
- Pacientes con cuadros psicóticos, en donde la percepción de la realidad está alterada (delirios y/o alucinaciones). En estos cuadros el paciente puede sentirse objeto de una agresión y tratarán de defenderse con la consiguiente agitación.
- Pacientes con desinhibición en el control de los impulsos, como graves trastornos de la personalidad y cuadros maníacos.
- Pacientes con cuadros de déficit intelectual con profundo deterioro
- Pacientes en abstinencia de sustancias psicoactivas

La contención mecánica es un procedimiento de protección de última elección en este tipo de pacientes, concretamente indicada para: (10) (12)

- Prevenir un daño físico inminente a sí mismo o a otros, cuando otros medios han resultado ineficaces (contención verbal o farmacológica), o cuando se tiene la convicción de tales medidas serán ineficaces.
- Prevención de daños graves al entorno (familias, otros pacientes, personal asistencial, e incluso las instalaciones del centro)
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito, cuando es imprescindible y han fracasado otras medidas (retiradas de SNG o catéteres venosos por el propio paciente, imposibilidad de administrar tratamiento en pacientes no competentes mentalmente.)

La contención mecánica nunca debe ser indicada como castigo o como un sustitutivo de la falta de personal. Tampoco cuando la situación puede resolverse por medidas alternativas.

Abordajes alternativos y/o complementarios a la contención mecánica

Antes de decidirse la contención mecánica, deberían explorarse todas las medidas alternativas o complementarias. La utilización de una combinación de las siguientes tácticas, basadas en las necesidades individuales de cada paciente, puede reducir e incluso eliminar la necesidad de una sujeción física.

1. Contención verbal

Las medidas de contención verbal tienen como finalidad el “enfriamiento de la situación”, disminuyendo la ansiedad, hostilidad y agresividad y previniendo posibles ataques violentos. Estas medidas deben utilizarse en aquellos casos en los que la pérdida del control sea moderada. (10) (12) Los profesionales de la salud deben estar atentos a los distintos signos de alerta de una situación inminente que pueda requerir contención: voz, tensión muscular, hiperactividad motora, violencia reciente, agitación creciente, alucinaciones auditivas imperativas, amenazas paranoides. En estas situaciones, se debe transmitir al paciente, en forma firme y segura, la intención de protegerlo frente a su enfermedad. Debe mantenerse un tono calmado y neutral, aún en situaciones donde se produzcan amenazas o insultos. Se debe procurar reducir o limitar aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas, como los excesos de luz o ruido. En ocasiones resulta preciso retirar del entorno a las personas provocadoras, que se enfrentan con el paciente o que lo irritan. A veces es conveniente introducir una figura de autoridad cuya presencia impida la realización de determinadas respuestas. En otros casos es preferible la presencia de alguna persona significativa para el paciente que le inspire confianza con el fin de disminuir la tensión.

2. Programas de prevención de caídas

Una de las principales razones esgrimidas por médicos y enfermeros para justificar el uso de barandas y de sujeción física es la reducción del riesgo de caída de la cama del paciente. Sin embargo, ya hay suficientes evidencias científicas que demuestran que las barandas no son el método más efectivo para prevenir caídas. Menos aún si los pacientes se encuentran “atados” a las mismas. Se estima que los pacientes inmovilizados con el fin de prevenir caídas tienen tres veces más posibilidades de sufrir una lesión seria cuando intentan levantarse estando sujetos que quienes no se encuentran contenidos. (13)

Si bien la contención mecánica puede estar indicada, debe advertirse a todo el personal que la restricción no necesariamente previene las caídas. Por eso, los programas institucionales de reducción de sujeciones deben estar en sintonía con los protocolos de prevención de caídas.

Un programa efectivo de reducción de caídas debería incluir lo siguiente:

- Utilización de un procedimiento de evaluación del riesgo de caídas apropiado (escalas)
- Evaluación efectiva y continua de los factores de riesgo intrínsecos (del paciente) y extrínsecos (del ambiente) vinculados a este riesgo
- Medidas para eliminar, disminuir o controlar estos factores de riesgo (ej: incontinencia, baja presión, trastornos del equilibrio)
- Capacitación del paciente, familia y personal sobre el riesgo de caídas y estrategias para prevenirlas)
- Adecuada evaluación post-caída, en caso de que la misma se produzca.
- Programa de mejora continua, con adaptaciones basadas en los datos recogidos a partir de los incidentes ocurridos en la institución.

3. Programas de acompañantes o cuidadores

Como una alternativa al uso de contención mecánica, algunas instituciones de los Estados Unidos tienen programas de acompañantes (pagos o voluntarios). Los mismos funcionan como una extensión del personal de enfermería, permitiendo la constante observación uno a uno, con el fin de garantizar que el paciente no adopte conductas riesgosas para sí mismo o para terceros. Esta alternativa a la sujeción física requiere el establecimiento de criterios de selección de pacientes y el entrenamiento de los acompañantes en las tareas que deben cumplir, distinguiendo formalmente su rol del de enfermería. En el caso de acompañantes pagos, los programas deben también abordar la forma de solventar los costos.

Los pacientes con tendencia a la desorientación o confusión pueden particularmente beneficiarse con la presencia de un acompañante. Estos pacientes, si bien no se encuentran agitados ni son violentos, pueden ser muy difíciles de manejar, originando numerosas interrupciones en la rutina de la unidad y pueden amenazar su propia seguridad y la de terceros. La

participación de un acompañante, una alternativa menos restrictiva que la contención mecánica, permite que el personal de la salud se concentre mejor en la atención médica del paciente.

Si el programa de acompañantes será utilizado como parte del programa institucional de reducción de contenciones mecánicas, se deberían tener en cuenta las siguientes sugerencias: (14)

- Brinde instrucciones claras a los acompañantes (ej: una breve historia del paciente, formas de comunicarse con él, conductas o síntomas a observar, etc.)
- Desarrolle normas y procedimientos escritos que especifiquen claramente las responsabilidades del personal de enfermería y las de los acompañantes.
- Realice una clara distinción entre la atención de "custodia" provista por el acompañante y la atención de enfermería profesional que el paciente, aún acompañado, requiere.
- Instruya a los acompañantes acerca de cómo protegerse de pacientes violentos o abusivos. Si corresponde, evalúe si los acompañantes requieren de las inmunizaciones que se indican a profesionales sanitarios (ej: gripe).

4. El "arte" de la distracción

Si un paciente muestra una conducta de riesgo, puede ser de ayuda planear actividades para entretenerlo y distraerlo. Antes de disponer los arreglos para la presencia de un acompañante permanente, que es una alternativa costosa a la sujeción física, pregunte a la familia si alguien puede concurrir en forma regular todos los días para colaborar en la supervisión del paciente. Los siguientes son algunos principios básicos para refocalizar a pacientes que, por su conducta riesgosa, son candidatos a la sujeción física: (15)

- Estimule la independencia, y ofrezca opciones individuales. Conozca qué es lo que al paciente le gusta oír, mirar, tocar, oler o comer, y brinde un apropiado nivel de estimulación basado en estas preferencias.

- Determine qué es lo que el paciente está tratando de conseguir con su conducta de riesgo, y sugiera actividades de distracción, basadas en los gustos del paciente, sus fortalezas y su experiencia laboral.

5. Contención farmacológica en el paciente agitado o confuso

Cuando las medidas de contención verbal no son eficaces en el paciente agitado, puede recurrirse al uso de fármacos con el objetivo de lograr su tranquilización. La contención farmacológica puede ser definida como: “la droga o medicación que es utilizada para manejar la conducta del paciente o para restringir su libertad de movimientos y que no es parte del tratamiento estándar o de la dosis para manejar la condición del paciente” (9)

La contención farmacológica conlleva un elevado costo, en términos de eventos adversos, accidentes, caídas y pérdida de la movilidad, debiendo evitarse en lo posible. Tal como ocurre con el inadecuado uso de las contenciones mecánicas, las instituciones de salud pueden también ser responsabilizadas por la mala indicación de la contención farmacológica. Algunas organizaciones, como la American Nurses Association han expresado su preocupación al respecto, advirtiendo que algunas instituciones y profesionales podrían estar utilizando contenciones farmacológicas para reducir las demandas sobre el personal.(16) Una investigación llevada a cabo por la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud de los Estados Unidos, reveló que el 8% de los pacientes internados en “nursing homes” (similares a nuestros geriátricos), reciben drogas psicotrópicas de manera inapropiada, consistente en dosis erróneas, uso crónico injustificado, falta de documentación del beneficio para el paciente, drogas no indicadas para el diagnóstico y terapias innecesarias o duplicadas.(16) Como resultado de este estudio, el Centro Coordinador de Medicare y Medicaid estableció en el año 2002 directrices para la utilización de estas drogas.(17) Si bien el memorándum original fue enviado a los administradores de geriátricos, las recomendaciones son aplicables a todos los ámbitos de la salud.

La simple presencia de delirio en un anciano no constituye una indicación de tratamiento farmacológico. La indicación deberá estar perfectamente establecida y documentada y deberá ser reevaluada constantemente. El uso de psicotrópicos sólo está indicado en aquellos

casos de agitación severa en los que la contención verbal no es eficaz o suficiente frente a la conducta hostil del enfermo, lo que pone en peligro su integridad física o la de los que le rodean o interfiere significativamente en su plan de cuidados.

Las instituciones deben determinar si los pacientes allí internados están recibiendo medicación psicotrópica de una manera adecuada. Para hacer esto, se deben revisar los casos y preguntar si existen indicaciones que ameriten el uso de la droga, si la dosis es la correcta y si se puede discontinuar.

La ausencia de ensayos clínicos diseñados para evaluar la eficacia de los diferentes fármacos en la tranquilización del paciente agitado determina que actualmente no exista un consenso formal sobre el tratamiento a utilizar. En consecuencia, existe una gran variedad de esquemas con este fin basados de forma casi exclusiva en la experiencia clínica (neurolepticos, benzodicepinas, barbitúricos, opiáceos). Tampoco existe consenso sobre la dosis inicial del fármaco, llegando en ocasiones a recomendarse dosis muy superiores a las establecidas por las autoridades sanitarias. (18) (19)

En cuanto a la selección del fármaco, deberán valorarse cuidadosamente las características del paciente, con el objeto de individualizar el tratamiento. Estará determinada por su eficacia sedativa, farmacocinética y seguridad, y se recomienda que posea las siguientes propiedades:

- Rapidez en el inicio de acción
- Duración de acción corta
- Ausencia de metabolitos activos y de acumulación del fármaco.
- Mínimos efectos secundarios
- Escasas interacciones farmacológicas
- Escasas contraindicaciones.

Es preferible la monoterapia frente al uso combinado de fármacos para minimizar las interacciones farmacológicas y los efectos adversos. La dosis a utilizar debe ser la mínima eficaz que permita tranquilizar al paciente lo suficiente para disminuir el riesgo de lesión pero sin reducir el nivel de conciencia. No existen tampoco evidencias sobre la duración óptima del tratamiento. Se recomienda reducir la dosis o suspender el fármaco una vez que el paciente se ha estabilizado.

Siempre que sea posible, la vía oral debe ser la primera opción, especialmente en los casos menos severos. Cuando ésta sea rechazada o resulte inapropiada, el fármaco puede administrarse por vía intramuscular. La vía intravenosa debería ser utilizada excepcionalmente y con extrema cautela, supervisando y monitorizando al paciente.

Barreras para la reducción de las contenciones mecánicas

Para diseñar una estrategia efectiva tendiente a una utilización más limitada y justificada de las contenciones mecánicas, se debe primero comprender claramente por qué las mismas son utilizadas por el personal de la salud. La utilización de la sujeción física pareciera estar influenciada por actitudes sociales que priorizan la seguridad y protección de los pacientes por sobre su libertad de elección e individualidad.(20)

La actitud del personal es un fuerte predictor de la frecuencia de utilización de sujeciones físicas. (21) Las enfermeras de terapia intensiva, por ejemplo, tienden a contener mecánicamente a los pacientes cuando consideran que el paciente puede llegar a remover un dispositivo médico. Sin embargo, numerosos estudios indican que los pacientes inmovilizados son frecuentemente exitosos en la remoción de estos dispositivos –aún de tubos endotraqueales y vías centrales. El riesgo de lesiones aumenta aún más si las enfermeras creen que al estar contenido, el paciente se encuentra “seguro” y no requiere de un monitoreo constante.(2)

Una revisión de la utilización de contenciones mecánicas en geriátricos del estado de Texas, en los Estados Unidos, reveló que la mayoría de los prestadores creían sinceramente que las sujeciones físicas mantenían seguros a sus pacientes.(6) Una encuesta australiana arrojó similares resultados: la mayoría de los prestadores utilizaban contenciones mecánicas para prevenir la deambulaci3n y caída de la cama de pacientes desorientados (5) Otras razones expuestas para la utilización de estos dispositivos suelen ser el pedido de sujeci3n física por parte de los familiares, la necesidad de colocar a los pacientes en una posici3n determinada, la prevenci3n de la remoci3n de dispositivos tales como vías y sondas nasogátricas y la

prevenci3n de lesiones por rascado y para evitar el acceso a heridas quirúrgicas.(6)

Adicionalmente, el personal que utiliza de manera indiscriminada sujeciones físicas suele tener la falsa creencia de que para poder reducir su utilizaci3n se debería disponer de mayor cantidad de enfermeras.(21) Sin embargo, la utilizaci3n de contenciones mecánicas no disminuye la cantidad de personal que se requiere, sino todo lo contrario, dado que el nivel de funcionalidad del paciente disminuye, requiriendo además ser controlado con una frecuencia mayor (si hay una adecuada política respecto a las contenciones mecánicas). (21) Más aún, los ambientes libres de contenciones mecánicas suelen tener una menor rotaci3n del personal, reduciendo el costo de tener que contratar y entrenar a nuevas enfermeras.

También deben abordarse otras barreras que van más allá de la actitud del personal. Un estudio del año 2005, publicado por la National Ageing Research Institute de Australia identificó los principales obstáculos a vencer cuando se intenta reducir la utilizaci3n de contenciones mecánicas en instituciones de cuidados cr3nicos: (22)

- Temor a que el paciente sufra lesiones y al eventual juicio de mala praxis resultante.
- Falta de personal calificado y de recursos
- Falta de capacitaci3n de la familia y del personal respecto a alternativas a la contenci3n mecánica.
- Inadecuadas intervenciones sobre el ambiente
- Inadecuado apoyo y liderazgo de los jefes de servicio
- Inadecuados esfuerzos para remover las sujeciones una vez indicadas.
- Pobre comunicaci3n entre el paciente/familia y el personal

Si bien este estudio se basó en los hallazgos de instituciones de cr3nicos, las mismas barreras pueden existir en hospitales y clínicas de agudos, sobre todo en terapia intensiva.

Evaluaci3n individual de la necesidad de contenci3n. Documentaci3n

Los estándares de la Joint Commission requieren la utilizaci3n de alguna herramienta que evalúe individualmente la necesidad de esta pr3ctica. Los estándares para establecimientos de agudos especifican que “durante la evaluaci3n inicial de cada paciente en la

admisión, debe obtenerse información que podría ayudar a minimizar el uso de medidas de contención mecánica o aislamiento.” (8) Los estándares para instituciones de tercer nivel establecen a su vez que “la organización deberá diseñar un sistema tendiente a alcanzar un ambiente libre de sujeciones ”(8) Este estándar aclara además que “la decisión de utilizar medidas de sujeción física debe basarse exclusivamente en las necesidades del paciente y nunca basarse solamente en el pedido de los familiares.”

Los hospitales y clínicas deben involucrar a enfermeros y médicos en este proceso de evaluación, estimulándolos para que detecten y traten agresivamente cualquier causa raíz de conductas de riesgo.(20). La evaluación del estado cognitivo, actitudinal y físico del paciente les permitirá identificar y tratar proactivamente cualquiera de estas causas (ej: soledad, dolor físico, urgencia miccional, etc.). Este análisis debe repetirse periódicamente o ante la eventualidad de un cambio en el cuadro.

La Joint Commission recomienda además que, al momento de realizar la evaluación, los profesionales de la salud le expliquen al paciente y/o a su familia la filosofía de la institución respecto al uso de contenciones mecánicas y aislamiento, estableciendo a qué persona de la familia se contactará en caso de necesitar aplicarse esta medida.(23)

Las herramientas de evaluación deberían permitir a los prestadores la identificación de ciertas condiciones que podrían poner al paciente en riesgo en caso de ser contenido (ej: enfermedades cardíacas). La evaluación debe además abordar elementos tales como riesgo de caídas, estado nutricional, fuerza motora, manejo del dolor, necesidades de higiene y administración de la medicación. (23)

La evaluación del uso de contenciones mecánicas debería incluir los siguientes pasos: (8)

1. Identificación de síntomas clínicos o de trastornos de conducta y la existencia de una actitud violenta o autodestructiva.
2. Identificación de la causa raíz de estos síntomas clínicos, trastornos conductuales o actitudes violentas o autodestructivas.
3. Desarrollo de objetivos de atención para el paciente, basados en sus deseos.
4. Desarrollo de un plan de atención con el paciente y los miembros de su familia que sea apropiado para abordar la causa raíz de cualquier síntoma, utilizando alternativas a la contención mecánica siempre que sea posible.
5. Determinación de la necesidad de contención mecánica o de alternativas para tratar la causa raíz del problema.
6. Evaluación de los riesgos potenciales y beneficios de la contención mecánica y de sus alternativas y capacitación del paciente y/o de su familia acerca de estos riesgos y beneficios (consentimiento informado)

Último recurso: Utilización segura de contenciones mecánicas

Las instituciones de salud deben permitir la utilización de contenciones mecánicas sólo como un último recurso, y se debería utilizar siempre la opción menos restrictiva que garantice la seguridad del paciente. Las precauciones de seguridad específicas de cada tipo de contención deberían ser seguidas siempre. La descripción de los numerosos dispositivos existentes para inmovilizar pacientes excede los objetivos de este artículo, por eso nos atendremos a brindar pautas generales y a describir sólo los de uso más frecuente.

Se debe tratar de evitar la utilización de dispositivos de inmovilización “caseros” tales como atar al paciente con vendas, compresas o sábanas. Los mismos son muy rudimentarios y exponen a los pacientes a lesiones serias. En el mercado se encuentran diversos dispositivos de contención, los cuales suelen diferenciarse por el sistema de cierre de cada uno (velcro, velcro y anillas, con cierres de seguridad magnéticos, con lazada, etc.). Todos estos dispositivos están fabricados con tejidos hipoalergénicos y de texturas suaves para evitar posibles lesiones por fricción.

- **Muñequeras y tobilleras**

Permiten asegurar estos miembros. Para evitar lesiones por presión o abrasión, deben tener un acolchado grueso. Nunca deben estar demasiado ajustadas, ya que pueden comprometer la circulación. Debe poder pasarse uno o dos dedos entre la muñequera/tobillera y la piel del paciente. No es conveniente colocar la muñequera sobre la vía intravenosa, ya que la misma podría impedir el flujo y ocasionar una infiltración. Combinadas con el cinturón abdominal, limitan movimientos fuera del perímetro de la cama.

- **Cinturones**

Los cinturones de seguridad, se suelen indicar para prevenir que los pacientes traten de “trepar” por sobre las barandas de la cama. Sin embargo, distintas organizaciones de seguridad del paciente, advierten que este uso del cinturón asociado a barandas es inapropiado.(13) La Food and Drug Administration (FDA) ha resaltado a su vez los peligros de la utilización de cualquier forma de inmovilización en combinación con barandas, sea cual fuere su longitud.(24) Los cinturones de sujeción se colocan generalmente a la altura de la cintura. Por su sistema articulado, permiten al paciente movimientos de giro hacia ambos lados, incorporarse parcialmente o sentarse en la cama, sin riesgo a caer.

Cuando se utilizan estos cinturones de seguridad, deben tomarse las siguientes precauciones: (13)

- No ajustar demasiado el cinturón sobre la cintura del paciente.
- Se debe poder pasar la palma de la mano entre el cinturón y el paciente.
- Nunca fijar las correas del cinturón a las barandas.

La falta de adherencia a estas reglas puede derivar en lesiones serias si las barandas o el mismo marco de la cama son elevados o bajados.

- **Bandas cruzadas sobre el tórax**

Son bandas configuradas en aspa con un refuerzo superior que impiden la incorporación. Se debe verificar que no comprometan la respiración. Conllevan el riesgo de broncoaspiración.

Control del paciente bajo sujeción física

Es preciso estandarizar las observaciones que deben realizarse durante la contención mecánica, para evitar las complicaciones del procedimiento y para atender las necesidades que genera la situación clínica del enfermo.

Cuando se recurre a la contención mecánica, la prioridad debe ser mantener la seguridad y dignidad del paciente. La mayoría de los estándares, incluidos los de la Joint Commission, requieren que el paciente contenido sea reevaluado dentro de la primera hora de la aplicación si la misma ha sido por conductas violentas y riesgosas. Si la indicación de la contención es por necesidad clínica (ej: que no se retire las sondas y vías), la reevaluación puede ser realizada a intervalos más largos (cada 8-12 hs.)

La Joint Commission no requiere observación continua uno a uno de pacientes contenidos por razones clínicas. En cambio, si la contención mecánica está indicada por motivos conductuales, el estándar exige que la observación sea a intervalos muy cortos, cada 15 minutos, uno a uno y realizada por personal sanitario calificado. Se debe evaluar, según dicho organismo de acreditación, la nutrición, hidratación, circulación, signos vitales, estado físico y psicológico, diuresis, deposiciones y la necesidad de continuar con la restricción. (8) Algunas otras normas, como las de Medicare/Medicaid son un poco más laxas, permitiendo que sean los prestadores quienes decidan la frecuencia de los controles, según el grado de necesidad y el grado de contención.

En todos los casos, el concepto fundamental es que la contención mecánica no es un instrumento para disminuir la necesidad de controlar al paciente. Todo lo contrario, en el paciente contenido, los profesionales responsables deben incrementar su observación y atención. La observación debe realizarse con intervalos predefinidos variables según la evaluación del cuadro clínico ,ej: cada 20' (vigilancia intensa), cada hora (vigilancia moderada) o cada 2 hs. (vigilancia leve). Ciertas normativas establecen que las indicaciones de restricción de movimientos en pacientes agudos son para un período máximo de 8 horas, que pueden prorrogarse a un plazo que no debería ser superior a 48 hs., y revisado siempre cada 8 hs. (12)

Algunos de los cuidados a disponer en la atención de pacientes contenidos mecánicamente son: (10)

- Mantener la alineación corporal, se colocará al paciente en posición decúbito supino y con la cabecera a 30º para evitar bronco aspiraciones, las extremidades se colocaran en posición anatómica para evitar problemas funcionales.
- Siempre que la situación del paciente lo permita, facilitar periodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de los miembros al menos cada 2-4 horas.
- Comprobar que las sujeciones están bien aseguradas y que no hagan daño, así como su correcta colocación, localización y grado de compresión; cambiar las sujeciones húmedas o manchadas por higiene y para evitar laceraciones de la piel.
- Comprobar que el paciente tiene libertad de movimiento pero que no puede producirse lesiones.
- Realizar cambios posturales para evitar la aparición de úlceras por decúbito, protegiendo las zonas de riesgo.
- Controlar la temperatura de la habitación y disponer de una buena ventilación que facilite la regulación térmica.
- Atender las necesidades básicas del paciente: hidratación, alimentación, eliminación, higiene corporal, cuidados de la piel según valoración individualizada del paciente, implicando en la medida de lo posible al paciente en su auto cuidado, siempre bajo la supervisión del personal responsable.
- Si es posible se implicará a la familia en el plan de cuidados, con objeto de minimizar y/o retirar las restricciones físicas.
- El uso de la contención mecánica puede potenciar la confusión y desorientación del paciente, así pues siempre que el estado mental y el nivel de conciencia de este lo permita, se hablará con él, reorientándolo y proporcionándole una estimulación sensorial adecuada.

- Valorar el nivel de conciencia y el grado de agitación y/o confusión, así como la respuesta al tratamiento farmacológico.
- Reevaluar la necesidad de seguir manteniendo la contención mecánica, y proceder a su retirada cuando esté indicado por el médico en la historia clínica.

Normas y procedimientos para la contención mecánica o farmacológica de los pacientes

Las instituciones de salud deben comunicar a todo el personal su compromiso para disminuir las contenciones físicas mediante la elaboración de normas y procedimientos escritos. Una normativa formal debería definir lo siguiente: (13)

- Qué constituye una contención mecánica o farmacológica
- Cómo diferenciar entre una contención utilizada por motivos clínicos de la utilizada por motivos conductuales.
- Cómo involucrar a un equipo multidisciplinario, incluyendo a los pacientes/familias y el personal sanitario en cualquier decisión sobre el uso de contenciones.
- Quién puede indicar la sujeción física.
- Cómo realizar y documentar una evaluación precisa de la necesidad de contención, incluyen el tipo de contención mecánica aplicable.
- Qué alternativas a la sujeción física se encuentran disponibles y cómo utilizarlas.
- Cuándo puede o no utilizarse una contención
- Cómo aplicar adecuadamente el método de contención menos restrictivo posible.
- Por cuánto tiempo puede ser utilizada una contención mecánica

- Frecuencia y forma de control del paciente bajo sujeción física
- Cuidados especiales en el paciente inmovilizado
- Cómo determinar la necesidad de continuar con la sujeción.
- Tipo de equipamiento a comprar y utilizar
- Cómo concientizar a los familiares (ej. instructivos especiales, folletos, etc.)

Conclusiones

1. No existe precepto legal alguno que regule de forma expresa los procedimientos de sujeción / contención de movimientos de pacientes.
2. Son medidas con elevado riesgo clínico y legal en caso de estar mal indicadas o aplicadas.
3. Se deben diferenciar las medidas de sujeción orientadas a mejorar la seguridad del paciente dentro del plan terapéutico de las medidas de contención mecánica propiamente dicha por motivos conductuales
4. La contención mecánica no es la primera medida de elección en caso de agitación.
5. Son medidas terapéuticas preventivas con indicaciones y contraindicaciones.
6. La indicación es siempre a criterio del facultativo salvo situación de urgencia. La identificación y comunicación de situaciones de riesgo debe ser realizada por cualquiera de los profesionales implicados en la atención al paciente.
7. En pacientes pediátricos, la permanencia de los padres junto al niño en hospitalización convencional, puede ser suficiente para garantizar el tratamiento sin necesidad de medidas de sujeción.
8. Aplicar este tipo de medidas implica un mayor grado de atención y seguimiento del paciente sobre el que se aplica.
9. Es fundamental una formación adecuada del personal que va a emplear las medidas de contención mecánica sobre pacientes.
10. Es fundamental contar con un registro detallado de las acciones realizadas.

Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las inmovilizaciones

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado.

1. Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada

Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien formados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario elaborar un protocolo que establezca:

- Pacientes susceptibles de sujeción
- Criterios explícitos de indicación
- Medidas preventivas.
- Profesionales responsables de la indicación.
- Tipos de contenciones que pueden ser utilizadas.
- Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.
- Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear alternativas de mejora (disminución de horas de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc.)
- Asegurar que la técnica de fijación de catéteres sea segura y disminuya la necesidad de contención

2. Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:

- Identificar factores de riesgo del paciente.
- Verificar la existencia de la indicación médica de la contención que especifique duración y tipo de la contención.

- Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
- Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.
- Asegurar que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente por los profesionales.
- Si se utilizan las barandas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
- Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.
- Si está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos).
- Utilizar material de contención homologado
- No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
- Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.
- Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.
- Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.
- Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.

Bibliografía

1. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N° 5. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes, 2007.
2. Kielb C, Hurlock-Chorostecki C, Sipprell D. Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? *Dynamics* 2005 Spring; 16(1):16-9.
3. Strumpf NE, Evan LK. Physical restraints of the hospitalized elderly: perceptions of patients and nurses. *Nurs Res* 1988 May-Jun;37(3):132-7.
4. Joint Commission Preventing falls without the use of restraint. *Jt Comm Perspect Patient Saf* 2002 Dec;2(12):6-7.
5. Evans D, Wood J, Lambert L, et al. Physical restraint in acute and residential care. No. 22. Adelaide (Australia): Joanna Briggs Institute; 2002.
6. Texas Department of Human Services: Quality matters: restraint reduction [online]. 2005 Nov 4 Disponible en Internet: <http://mqa.dhs.state.tx.us/QMWeb/RestraintReduction.htm>.
7. Joint Commission. Preventing falls without the use of restraint. *Jt Comm Perspec Patient Saf* 2002 Dec;2(12):6-7.
8. Joint Commission. Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH). Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2007 Mar.
9. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation: patients' rights: final rule. *Fed Regist* 2006 Dec 8;71(236):71378-425.
10. Hospital Clínico San Carlos. Comunidad de Madrid. Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y Grupo de trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes. Mayo 2010
11. Kleen K. Restraint regulation: the ties that bind. *Nurs Manage* 2004 Nov; 35(11):36-8.
12. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Seguridad del Paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización racional de pacientes. Dirección de enfermería. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. 2007
13. ECRI. Restraints. *Healthcare Risk Control. Safety and Security*. Vol 2 March 2008.

14. Torkelson DJ, Dobal MT. Constant observation in medicalsurgical settings: a multihospital study. *Nurs Econ* 1999 May-Jun;17(3):149-55.
15. Louisiana Health Care Review. Restraint alternatives [online], 2007
16. Higginbotham E. The misuse of psychotropics in the elderly. *RN* 2003 Mar;66(3):67-8.
17. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Provider education article: psychotropic drug use in skilled nursing facilities (SNF) [online]. Transmittal AB-02-143. 2002 Oct 25.
18. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. Violence clinical practice guidelines. The short term management of disturbed/violent behaviour in inpatient psychiatric settings and emergency departments. Royal College of Nursing, 2005, London.
19. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. The Assessment and Treatment of Delirium. National Guidelines for Seniors' Mental Health. Mayo 2006. <http://www.cagp.ca>
20. Dimant J. Clinical experience: avoiding physical restraints in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2003 Jul-Aug; 4(4):207-15.
21. Texas Department of Human Services: Reducing the use of restraints in Texas nursing homes [online]. 2003 Jan
22. National Ageing Research Institute. Barriers to implementing 'restraint free care' policies [online]. 2005 Apr [cited 2007 Aug 28]. Available from Internet: http://www.mednwh.unimelb.edu.au/publications/pdf_docs/Restraint_project2005.pdf.
23. Joint Commission. Systems analysis: assess early and often to avoid unnecessary use of restraint and seclusion. *Jt Comm Perspect Patient Saf* 2004 May;4(5):5-6, 10.
24. U.S. Food and Drug Administration (U.S. FDA). FDA safety alert: potential hazards with restraint devices [online]. 1992 Jul 15

ANEXO



Nombre: _____	Apellidos: _____
D.N.I.: _____	Número de Seguridad Social : _____
Edad: _____	Habitación: _____
Residencia: _____	

Diagnostico: _____

SISTEMA DE CONTROL Y SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCIÓN MECÁNICA						
INFORMACIÓN DE LA CONTENCIÓN:						
Al paciente <input type="checkbox"/>	Al Tutor <input type="checkbox"/>	No fue posible <input type="checkbox"/>	Comunicación al Juzgado <input type="checkbox"/>			
FECHA DE LA INDICACION			HORA DE LA INDICACION:			
PROFESIONALES QUE INTERVIENEN: (Indicar institución que la indica): Residencia: <input type="checkbox"/> S.A.S : <input type="checkbox"/> Urgencias : <input type="checkbox"/>						
Facultativo responsable:						
Nombre: _____			Firma: _____			
DUE responsable:						
Nombre: _____			Firma: _____			
Otros profesionales:						
Nombre: _____			Firma: _____			
Nombre: _____			Firma: _____			
Nombre: _____			Firma: _____			
Nombre: _____			Firma: _____			
¿Es necesaria la presencia del Personal de Seguridad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
INDICACIONES DE LA SUJECION Y TIPO:						
<input type="checkbox"/>	Riesgo de lesiones a terceras personas: (enfermos, personal sanitario,): _____					
<input type="checkbox"/>	Riesgo de lesiones a sí mismo (autolesiones, caídas, ...): _____					
<input type="checkbox"/>	Riesgo de interferencia en el proceso terapéutico: (arrancamiento vías, sondas, catéteres, soporte vital, ...) _____					
<input type="checkbox"/>	Evitar daños en el entorno físico: (mobiliario, material, ...): _____					
<input type="checkbox"/>	Otras (Especificar): _____					
Tipo de sujeción: <input type="checkbox"/> COMPLETA (cintur, manos, pies) <input type="checkbox"/> PARCIAL (indicar miembros): _____						
Duración prevista: _____ (indicar número de horas o días)						
ESTADO DEL PACIENTE:						
AGITADO <input type="checkbox"/>	VIOLENTO <input type="checkbox"/>	CONFUSO / DESORIENTADO <input type="checkbox"/>	RIESGO SUICIDAL <input type="checkbox"/>			
INTERVENCIONES ASOCIADAS A LA CONTENCIÓN MECÁNICA:						
Contención verbal		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Medidas farmacológicas		Medicación oral <input type="checkbox"/>	Medicación parenteral <input type="checkbox"/>			
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:						
Medicación prescrita que acompaña a la contención:			Via:	Hora:		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
PRORROGAS DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA: (Indicar institución que prorroga): Residencia: <input type="checkbox"/> S.A.S : <input type="checkbox"/> Urgencias : <input type="checkbox"/>						
Motivo:	Fecha:	Hora:	Duración prevista	Facultativo (firma)	DUE (firma)	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	
SUPRESIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA (Indicar institución que la suprime): Residencia: <input type="checkbox"/> S.A.S : <input type="checkbox"/> Urgencias : <input type="checkbox"/>						
Motivo:	Fecha:	Hora:	Facultativo:	DUE:		
_____	_____	_____	_____	_____		
EVALUACION:						
Duración total	Comentarios:		Facultativo:	DUE:		
_____	_____		_____	_____		