



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2023-2024**  
**Trabajo de Fin de Grado**

Contención mecánica en servicios médicos no psiquiátricos: evaluación, estado actual y propuesta de mejora

**Fadoua El Abbassi BenKhaleck**

**Tutor/a: Agustín Mayo Iscar**

**Cotutor/a: Juan Carlos Martín Escudero**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi más sincera gratitud a mi tutor y cotutor por su valiosa orientación y apoyo a lo largo de este trabajo de fin de grado. Su experiencia, paciencia y dedicación fueron esenciales para el desarrollo y la ejecución de este proyecto. Gracias por guiarme en cada paso del camino y por ayudarme con su conocimiento y asesoramiento a superar los desafíos.

## RESUMEN

El objetivo de este proyecto de investigación es reflexionar y evaluar la contención mecánica en entornos médicos no psiquiátricos, analizando su estado actual y proponiendo mejoras. La contención mecánica implica la privación de la libertad de movimiento de una persona, lo cual debe justificarse por su necesidad, y quien la indica y ejecuta tiene responsabilidad ética y jurídica, especialmente si no se consideran las indicaciones y precauciones necesarias. Además, la contención mecánica es una práctica de cuidado que compete al personal de enfermería, lo que destaca su importancia en la atención sanitaria.

Se recomienda la creación de un protocolo unificado de actuación que establezca estándares claros para evaluar y decidir la necesidad de contención mecánica, indicaciones precisas para su aplicación, procedimientos de seguimiento y medidas de seguridad. Además, se sugiere establecer programas de capacitación continua para el personal médico y de enfermería, técnicas de contención verbal y ambiental, enfatizando la importancia del respeto a la dignidad y los derechos del paciente. Para garantizar la calidad y seguridad de la atención prestada, se recomienda establecer sistemas de supervisión y revisión de casos a intervalos regulares, junto con auditorías internas.

Se considera fundamental que el paciente y sus familiares participen en la medida de lo posible en la toma de decisiones sobre el uso de la contención mecánica, promoviendo un diálogo abierto y transparente.

Finalmente, se destaca la importancia de la investigación continua en el campo de la contención mecánica en entornos médicos no psiquiátricos y de sus aspectos éticos, para comprender los factores que influyen en su uso y sus efectos, así como para desarrollar nuevas tecnologías y métodos terapéuticos que minimicen su necesidad y promuevan el bienestar y la seguridad de los involucrados.

Palabras clave: Contención mecánica, aspectos éticos, Protocolo unificado de actuación, Formación del personal, Estrategias terapéuticas alternativas, Supervisión, Participación del paciente, Investigación.

## **SUMMARY**

This study aims to analyze the use of mechanical restraint in non psychiatric medical settings and identify areas for improvement. The focus is on the creation of a single action plan that outlines specific standards for applying mechanical restraint, unambiguous guidelines determining when it's application is necessary, follow-up protocols, and safety measures. It is advised to provide continuous training programs for medical and nursing personnel, emphasizing the importance of upholding patients' rights and dignity, and primarily concentrating on alternate verbal and environmental constraint methods.

Promoting less intrusive therapy techniques, such verbal restraint and physical environment modifications, is regarded as a priority alternative to reduce the need for mechanical constraint. In order to guarantee both safety and quality in patient care, it is recommended to set up procedures for routine case reviews and monitoring in addition to internal audits.

It is considered essential to actively involve patients and family members in decision-making about the use of mechanical constraint, as this promotes honest and open communication.

The significance of ongoing research on mechanical restraint in non-psychiatric medical settings is emphasized in the conclusion. This research aims to comprehend the factors influencing its use and effects, as well as to develop new technologies and therapeutic approaches that reduce its necessity and enhance the safety and well-being of the patient & caregivers.

Key words: mechanical restraint, unified protocol, staff training, alternative therapeutic strategies, supervision, patient involvement, research.

## ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
	I.1. Contención mecánica, contextualización y estado actual	10
<b>II.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>12</b>
<b>III.</b>	<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS</b>	<b>13</b>
<b>IV.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>V.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
<b>VI.</b>	<b>PRÓTOCOLO DE ACTUACIÓN: Propuesta de mejora</b>	<b>15</b>
	VI.1 Criterios de selección de la población diana	15
	VI.2 Equipamiento y recursos necesarios	16
	VI.3 Evaluación inicial	18
	VI.4 Promoción de alternativas terapéuticas	20
	VI.5 Contención mecánica	29
	VI.6 Costes del proyecto	37
	VI.7 Leyes que regulan las contenciones mecánicas y los sesgos históricos	39
<b>VII.</b>	<b>DISCUSIÓN</b>	<b>40</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>42</b>
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>44</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Recomendaciones para el proceso de toma de decisiones de aplicación de CM	20
Figura 2. Decálogo de recomendaciones	43
Tabla 1. Análisis DAFO de la propuesta de mejora	38

## I. INTRODUCCIÓN

### I.1. Contención mecánica, contextualización y estado actual.

La contención mecánica (CM), una práctica terapéutica que suprime el movimiento del cuerpo. Según las definiciones de la Real Academia Española (RAE) **contener**, en la segunda acepción, es “reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo” (1). Mientras que **sujeta**, en la primera definición, es “someter al dominio, señorío o disposición de alguien” y en la segunda es “afirmar o contener algo con la fuerza” (2). Si vamos un poco más allá y buscamos la definición de **dominio** encontramos “poder o ascendiente que se ejerce sobre otra u otras personas” (3) y ahora, de señorío “dominio o mando sobre algo” o “territorio perteneciente al señor” (4). En la práctica sanitaria ambas se utilizan erróneamente, para describir el mismo acto. Sujetar tiene una connotación de dominio y sometimiento del sujeto, mientras que contener hace referencia a la acción de utilizar un dispositivo físico para conseguir ese fin. Podríamos plantearnos que la confusión de utilizar una palabra u otra puede derivarse de algún sesgo histórico, relacionado a la deshumanización y el rechazo presenciado a lo largo de la historia hacia los pacientes con comportamientos extraños. Aquellos, que durante la prehistoria se creían que una divinidad les poseía o castigaba, o que durante la Edad media estaban prisioneros en cárceles. (5,6)

Existe un concepto que inicialmente parece ser lo mismo, la **retención física**, pero esta hace alusión a la utilización de fuerza física para inmovilizar al paciente en el suelo en posición de decúbito prono, para garantizar su integridad física y resolver rápidamente la situación de violencia, procediendo a su liberación o restricción mecánica programada.

El uso generalizado de la CM plantea serias preocupaciones éticas, ya que compromete la vulnerabilidad humana y limita valores fundamentales como la dignidad, el bienestar y el autoconcepto. Además de, una privación temporal de derechos básicos como la libertad y la autonomía, así como de la integridad física y psicológica del individuo. (6,7)

Existe una fina línea a veces imperceptible, que separa si el acto es éticamente correcto o es una privación de un derecho a la libertad y seguridad según el artículo 17 de la Constitución española:

“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. (“Declaración universal de derechos humanos) Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley.” (8)

La idea de la CM lleva implícitas muchas connotaciones, generalmente negativas. Al ser un procedimiento aplicado en contra de la voluntad de la persona, genera miedo y rechazo tanto a nivel individual como de la sociedad, donde se percibe como mecanismo de castigo ante una mala conducta. La percepción de los propios pacientes que la padecen es usualmente negativa, descrita en forma de angustia y sufrimiento, con miedo a que se les contengan de nuevo. (5,6,9).

Las CM no solo restringen la libertad de movimiento, sino que también pueden interferir con la capacidad del individuo para tomar decisiones sobre su propio cuerpo y entorno. Pueden causar incomodidad e incluso lesiones debido al forcejeo, lo que altera la autopercepción y las creencias individuales sobre el propio ser. (7,10)

Las indicaciones para el uso varían según la situación clínica y el caso particular del paciente. No obstante, algunas indicaciones frecuentes incluyen la agitación psicomotriz y la falta de control de impulsos son trastornos que pueden tener un impacto en el comportamiento y el bienestar emocional. (10,11)

La **agitación psicomotriz** es un estado de agitación física y emocional que se caracteriza por una actividad motora intensa, inquieta y descontrolada, acompañada de una marcada incomodidad psíquica. Movimientos desordenados, inquietud, irritabilidad, dificultad para mantener la calma y comportamientos impulsivos son algunos de los signos. Se considera una urgencia médica. Puede ser originada por diferentes causas, como trastornos psiquiátricos (como el trastorno bipolar o la esquizofrenia), estados de ansiedad aguda, intoxicación por sustancias o circunstancias de estrés extremo. Está

descrito que la agitación que suele desembocar en una contención mecánica revierte en unas 2 horas aproximadamente (6, 9,10,11).

La falta de control de impulsos se refiere a la incapacidad de resistir o controlar comportamientos impulsados por deseos inmediatos sin considerar las consecuencias a largo plazo. El trastorno explosivo intermitente (explosiones de ira incontroladas), es ejemplo común de falta de control de impulsos. (9)

Otras indicaciones para el uso de CM son situaciones que amenacen la integridad del paciente, como riesgo de caída, lesiones autoinfligidas o amenazas para el entorno y otras personas. Asegurar el cumplimiento terapéutico cuando se considera que los peligros de la contención son inferiores a los de no tratar, como evitar que el paciente se quite vías, sondas o catéteres. Cuando no se puede dejar solo al paciente y existe un riesgo de caída o fuga. (10,11)

Según la revisión bibliográfica, las contenciones se utilizan en tres escenarios diferentes: en unidades de psiquiatría, unidades médicas con pacientes de avanzada edad o deterioro neurológico y unidades de cuidados intensivos (UCI). Cada entorno tiene necesidades y problemas específicos.

Las contenciones suelen utilizarse en las unidades de psiquiatría para proteger a los pacientes y al personal en situaciones donde existe un riesgo de autolesiones o agresión hacia los demás. En este caso, se utilizan contenciones como medida temporal y de último recurso para evitar daños mayores. (12)

En las unidades médicas con pacientes de avanzada edad o deterioro neurológico se utilizan para prevenir caídas y lesiones en pacientes con deterioro cognitivo o con movilidad reducida. Sin embargo, debido al riesgo de efectos secundarios, como la pérdida de autonomía y el aumento del riesgo de úlceras por presión, el uso debería evaluarse cuidadosamente. (10)

En UCI para mantener la seguridad y la estabilidad de pacientes críticos, especialmente durante procedimientos médicos invasivos o en situaciones de coma, agitación o delirio.



La necesidad de prevenir el arrancamiento involuntario de dispositivos de soporte vital hace que se utilice. (8) Aunque existe una preocupación por sus posibles efectos negativos en la salud física y psicológica del paciente.

La prevalencia general es del 19,11%. Es más común en pacientes con tubo endotraqueal (TET) (42,10%) y menos frecuente en aquellos sin TET ni vía aérea artificial (13,92%) (13).

En las unidades de psiquiatría moderna, los abusos históricos de la psiquiatría antigua, encarcelando o sujetando a los pacientes a las paredes de forma similar a los peores presidios, les ha hecho muy sensibles a esta privación de derechos y es más habitual encontrar normas y protocolos establecidos para minimizarlas y garantizar los derechos de los pacientes.

Por el contrario, en unidades médicas con pacientes de avanzada edad o deterioro neurológico, es infrecuente encontrar esas normas o protocolos de esos cuidados de enfermería y frecuentemente se delega en otro personal sin las precauciones necesarias, lo que no exime a la enfermera de su responsabilidad.

No hay una unanimidad de criterios y considerando que es una práctica que va en aumento, creemos que es conveniente proponer unas normas. Esto implica evaluar si el paciente cumple con criterios como el fracaso de medidas alternativas, valorar el beneficio para el paciente, considerar la brevedad de su uso, obtener el consentimiento informado o el asentimiento de sus familiares, sentar la prescripción médica y buscar la adecuación de la medida a la situación del paciente y su entorno. (9,14)

En la actualidad, no hay un protocolo de cuidados de enfermería, ni un protocolo de actuación establecido que determine cómo utilizar la contención mecánica. Cada hospital propone un protocolo de actuación o carece de él. La falta de una regulación unificada dificulta la interpretación y el consenso de la necesidad, la duración y las condiciones de estas medidas, lo que plantea un problema adicional para proteger los derechos y la dignidad de los pacientes. Dentro de un mismo hospital también varía según el personal que la decide, su formación y sensibilidad al problema, su capacidad para aprovechar todas las opciones terapéuticas previas e incluso sus valores pueden tener un impacto diferente

dentro de un mismo hospital. Para garantizar una atención médica justa y respetuosa para todos los involucrados, es esencial abordar estas preocupaciones.

La decisión de implementar CM recae en los médicos con la participación de las enfermeras, salvo si la situación es urgente, en cuyo caso la responsabilidad pasa directamente al personal de enfermería, y será el facultativo quien más tarde debe evaluar la indicación. (6, 7,9,11,14,15)

Cuando la CM es efectiva, es importante vigilar los signos vitales periódicamente, así como signos de posibles complicaciones de la contención. En la situación de urgencia hay que aplicar la inmovilización al paciente agitado o no colaborador, pero existen mecanismos terapéuticos menos agresivos que se pueden y deben aplicar antes siempre que se pueda, como la contención verbal, la restricción ambiental y el uso de fármacos o contención química. Existe poca investigación e información sobre el uso de unas u otras, por qué y técnicas de aplicación.

## **I.2. Contención mecánica en unidades psiquiátricas, aspectos éticos y prácticos relevantes.**

Las áreas de hospitalización psiquiátrica se encuentran más avanzadas en el estudio y regulación de las CM, en comparación de las investigaciones en unidades médicas con pacientes de edad avanzada y/o deterioro neurológico. Los pacientes en entornos psiquiátricos, especialmente aquellos con trastornos mentales graves o agudos, pueden presentar comportamientos agresivos, autolesiones o alteraciones graves del comportamiento que a veces requieren el uso de contenciones mecánicas para garantizar la seguridad. La necesidad y la frecuencia de estas intervenciones motiva a la realización de más investigaciones. La sensibilidad hacia la privación de la libertad documentada a lo largo de la historia impulsó a llevar a cabo más cuestiones éticas y legales debido a la vulnerabilidad de los pacientes y la importancia de recibir un trato digno. Aumentando el interés en la creación y evaluación de alternativas terapéuticas que puedan reducir la necesidad de CM en entornos psiquiátricos debido a los posibles efectos negativos en la experiencia del paciente.

La atención a las crisis se puede visualizar en una variedad de lugares, desde los servicios de urgencias hasta las consultas ambulatorias y las unidades de

hospitalización. La poca información y regulación de las prácticas en unidades médicas con pacientes de edad avanza motiva en gran parte la creación de este proyecto, cuyo apoyo es la guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales (53). En el año 2009, sugiere elementos relevantes de bioética después de llevar a cabo un estudio transversal de evaluación externa en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de la Comunidad de Castilla y León. El objetivo fue identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en términos de seguridad para los pacientes. Los hallazgos de estos grupos focales demostraron que la creación de una guía de salud mental efectiva era una técnica positiva para comprender las experiencias y expectativas de los pacientes porque creó un ambiente propicio para la expresión abierta y la confianza entre los participantes y así disminuir el uso de CM. Esta técnica se consideró particularmente útil para iniciar procedimientos involucrando a los pacientes en su propio proceso de salud y alineando las expectativas entre pacientes y profesionales para mejorar la atención.

Al agregar este apartado, hacemos referencia a la necesidad de contar con protocolos, respetando los derechos humanos, para disminuir su incidencia y/o abordarlo con mayor seguridad. Las áreas de psiquiatría han llegado a un consenso y han establecido un conjunto de pautas estandarizadas que sean aceptables y comunes en varios entornos hospitalarios. Por qué no hacerlo también en las áreas no psiquiátricas. Los incidentes de seguridad del paciente relacionados con comportamientos agresivos y/o antisociales son comunes en la atención médica, representando una cuarta parte de los informes al Sistema Nacional de Notificación y Aprendizaje del Reino Unido (19). Estos comportamientos representan un riesgo para la seguridad de los pacientes y el personal.

Los aspectos más relevantes de la propuesta de la Comisión Bioética de Castilla y León fueron:

- Se utilizan estrategias de desescalada, tanto verbales como no verbales, para reducir la agresividad del paciente. En situaciones en las que los métodos de desescalada no son adecuados, se utiliza de manera controlada la administración de psicofármacos para calmar al paciente.

- Se ha demostrado que es crucial monitorear de cerca a los pacientes agitados o violentos y hacer un seguimiento adecuado de la respuesta a las intervenciones terapéuticas.
- Se menciona que las medidas físicas de contención son el último recurso en caso de que otras opciones no funcionen.
- Se enfatiza la importancia de discutir el incidente con el paciente y el equipo terapéutico para comprender las causas subyacentes y evitar incidentes futuros.
- Se destaca la importancia de identificar en cualquier momento del proceso asistencial los signos de inquietud, agitación o conducta antisocial por cualquier profesional de los servicios de salud mental.
- Se menciona la necesidad de una evaluación continua del riesgo, que incluya la evaluación de síntomas psicopatológicos, el diagnóstico diferencial y el análisis de factores de riesgo y protección.
- Se reconoce la importancia de evaluar y revisar regularmente el nivel de seguimiento y observación del paciente.

Su objetivo principal es garantizar la seguridad de los pacientes, otros usuarios del servicio y el personal sanitario a través de actuaciones regladas.

## **II. JUSTIFICACIÓN.**

La CM en el ámbito de la salud afecta los derechos y la dignidad de los pacientes. Es un cuidado que implica directa e indirectamente a enfermería. Debido a esto, la justificación del Trabajo de Fin de Grado (TFG) se basa en la necesidad de examinar esta práctica terapéutica desde una perspectiva ética, legal y clínica.

En primer lugar, se identifica una preocupación fundamental: la falta de un marco regulatorio coherente para el uso de la contención mecánica, así como la confusión conceptual entre términos como "contención" y "sujeción". La falta de claridad puede causar incertidumbre en la interpretación y ejecución de estas medidas, lo que enfatiza la necesidad de establecer estándares consensuados y claros para su implementación.

También se destaca el riesgo de vulnerar derechos fundamentales de los pacientes, especialmente el derecho a la libertad y seguridad, establecidos en la

Constitución Española. La CM plantea preguntas éticas sobre su legitimidad e idoneidad en el contexto de la atención sanitaria al restringir la libertad de movimiento y autonomía de los pacientes.

El TFG tiene la intención de examinar estas cuestiones desde una variedad de puntos de vista. Por un lado, se examinará el aspecto ético, examinando los efectos de la contención mecánica en la dignidad y el bienestar de los pacientes, así como los posibles sesgos históricos asociados con su uso.

El trabajo se centrará en temas clínicos asistenciales como las indicaciones y criterios para el uso de la CM en unidades médicas con pacientes de avanzada edad y/o deterioro neurológico, así como otras opciones de tratamiento disponibles. Se llevarán a cabo reflexiones sobre la seguridad, la eficacia, la relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. Detectando posibles áreas de investigación futuras.

### III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Se utilizará una pregunta de investigación utilizando la estrategia de búsqueda PICOT que permite especificar la población a estudiar (P), la intervención (I) la comparación de la intervención (C), la medida del resultado (O) y el tiempo (T):

¿Cuál sería el impacto de implementar una propuesta de mejora en la aplicación de contenciones mecánicas en pacientes de edad avanzada y/o deterioro neurológico hospitalizados?

<b>P</b>	Pacientes de edad avanzada y/o deterioro neurológico hospitalizados con CM.
<b>I</b>	El conocimiento y entrenamiento del personal de enfermería en relación con las CM.
<b>C</b>	Las prácticas estándar actuales en la aplicación de CM.
<b>O</b>	Los riesgos y efectos adversos asociados con la implementación del nuevo protocolo.
<b>T</b>	Durante un año.

La hipótesis podría formularse de la siguiente manera ya que el trabajo de investigación busca desarrollar una propuesta para mejorar las estrategias y alternativas de aplicación de CM sin la implementación inmediata:

En base a un análisis del contexto actual y de los posibles riesgos asociados, la CM en servicios médicos no psiquiátricos es claramente mejorable en múltiples aspectos. Una propuesta de mejora en las estrategias y alternativas de CM podría reducir significativamente los efectos adversos y riesgos relacionados en pacientes hospitalizados, mejorando así la calidad y seguridad del cuidado.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### Principal

1. Desarrollar una propuesta de mejora proponiendo mejoras en las estrategias y alternativas en la aplicación de contenciones mecánicas.

##### Secundarios

1. Analizar el contexto y uso actual de contenciones mecánicas.
3. Analizar los posibles riesgos y efectos adversos asociados con la aplicación de contenciones mecánicas.

#### **V. METODOLOGÍA**

La metodología utilizada en este trabajo de investigación sobre el uso de CM se basó en una revisión de la literatura disponible, que incluyó una guía principal para el estudio (53) y una amplia gama de fuentes bibliográficas relevantes. Se utilizaron bases de datos académicas y científicas, así como recursos en línea. Se utilizaron términos de búsqueda como "restricciones mecánicas en la atención médica", "intervenciones no farmacológicas para la agitación", etc. para consultar en bases de datos como PubMed, Scopus y Google Scholar.

Los artículos científicos, los libros, los protocolos clínicos, los documentos normativos y los sitios web de instituciones académicas y de salud fueron algunas de las fuentes bibliográficas utilizadas. Se seleccionaron los documentos que proporcionaban información relevante sobre el uso de CM; las mejores prácticas para su uso; efectos secundarios relacionados; y sugerencias para mejorar su uso en entornos clínicos.

Además, se utilizaron herramientas lingüísticas como el Diccionario de la Real Academia Española (RAE) para comprender y definir términos relacionados con la contención, como "contener" y "sujetar".

Basado en los resultados de la revisión de la literatura y las sugerencias de las fuentes consultadas, se creó una propuesta de mejora. La propuesta incluye métodos para una aplicación más ética y segura de CM, así como opciones no farmacológicas para su manejo.

## **VI. PRÓTOCOLO DE ACTUACIÓN: Propuesta de mejora**

En entornos clínicos, la CM es una intervención utilizada para limitar los movimientos de los pacientes cuando existe un alto riesgo de lesiones para ellos mismos o para otros. El objetivo es establecer pautas claras basadas en evidencia, busca fomentar prácticas de contención que respeten la dignidad y los derechos de los pacientes, minimizando los riesgos asociados y fomentando la comunicación efectiva con los pacientes, sus familias y el equipo sanitario.

Al implementar este protocolo, se espera garantizar una práctica clínica informada, ética y centrada en el paciente al mismo tiempo que mejorar la calidad y la seguridad del cuidado a los pacientes.

### **VI.1 Criterios de selección de la población diana:**

#### **VI.1.a Indicaciones para el uso de CM ((6, 9,10,11)):**

- Estado de agitación moderada-extrema con signos de violencia.
- Riesgo de auto o hetero agresiones.
- Amenazas y conductas no adecuadas.
- Intentos de fuga reiterados y persistentes.
- Hiperactividad prolongada.
- Riesgo de accidente serio para el paciente, familia, otros pacientes y personal sanitario.
- Evitar interferencias graves del plan terapéutico (arranque de vías, sondas, sistemas de soporte vital).
- Estado sedo-analgésico.
- Pacientes con ventilación mecánica.

#### **VI.1.b Contraindicaciones:**

No existen contraindicaciones absolutas para la contención mecánica dentro del sistema hospitalario, pero es importante indicar que los pacientes con problemas somáticos graves (insuficiencia respiratoria, cardíaca, y crisis epilépticas) la

contención debe realizarse bajo vigilancia médica estricta (11). A modo de ejemplo, en pacientes con insuficiencia respiratoria severa la CM de tronco o abdominal puede agravar la insuficiencia, al dificultar la respiración diafragmática; o en pacientes con vómitos, la CM incrementa el riesgo de broncoaspiración. Por ello, debe detectarse cualquier cambio en el estado fisiológico del paciente, y es importante vigilar presencialmente y monitorear regularmente los signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno (13).

No debe utilizarse la contención si es posible abordar mediante otras alternativas como la contención verbal o farmacológica. Tampoco como amenaza castigo o intolerancia hacia el paciente. Ni por comodidad o escasez del personal sanitario o demanda de otros pacientes o familiares. (7,11,16,17)

## **VI.2 Equipamiento y recursos necesarios:**

### **VI.2.a Recursos humanos**

La CM de un paciente implica a todo el personal presente y al que pueda ser requerido independientemente de su grupo profesional de pertenencia. En términos generales los médicos son los responsables en la evaluación inicial del paciente y la decisión de aplicar CM (6,7,9,11,14,15). También, es responsable de ajustar o retirar la contención según sea necesario y supervisa la evolución clínica del paciente con contención (15). Aunque en algunas unidades como en las UCI mayormente las contenciones son implementadas y dirigidas por las enfermeras. Las enfermeras tienen un rol en el cuidado directo de los pacientes en las UCI y están capacitadas para evaluar continuamente sus necesidades y estado. Esto incluye identificar situaciones en las que puede ser necesario aplicar CM para evitar lesiones o complicaciones (13,17). La enfermera supervisa y coordina la ejecución. Es responsable de la preparación del instrumental, de la atención y el control posterior.

La auxiliar de enfermería coopera con la ejecución y supervisión de la contención. Bajo el principio de acompañamiento permanente, participa en el cuidado, el control y la observación de los pacientes. Se encarga de mantener y custodiar los instrumentos de contención. Además, debe limpiar e higienizar



después de su uso. El celador ayuda con la instrumentación de la contención, el transporte posterior e inmovilización del paciente. (17,18)

### **VI.2.b Recursos materiales**

Es esencial utilizar sujeciones de tipo estandarizado y homologado en todo momento para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. (6,7,18) Estas sujeciones brindan comodidad y evitan lesiones al disminuir la presión en las extremidades. Además, deben tener un sistema de ajuste rápido y fácilmente accesible a los puntos de fijación para que sea más rápido de colocar y retirar en caso de necesidad. Las unidades deben disponer y tener adecuadamente identificado el material: cinturón abdominal, cintas para las muñecas, cinturón para las extremidades inferiores, cinta para los tobillos, llave magnética, botones magnéticos de fijación y alargaderas si fuese necesario. (16,17,18)

### **VI.2.c Recursos documentales**

Cada indicación de sujeción deberá estar reflejada de forma razonada por el médico y enfermera en la historia clínica. También hará constar qué se le ha entregado la información a la familia sobre la situación clínica y la necesidad de controlar la misma mediante la CM (6,7,15,16,18). Después de usar CM, es crucial completar una serie de documentos para garantizar una documentación y un seguimiento adecuados del paciente. Además, se complementará con la firma por parte del médico, enfermero y tutor los formularios de indicación y seguimiento de CM (16):

- **Informe de contención mecánica:** este documento detalla los eventos que llevaron a la aplicación de contención mecánica, incluida la razón por la cual se consideró necesaria, los dispositivos utilizados, la duración de la contención y cualquier incidente relacionado durante el procedimiento.
- **Registro de observaciones:** cualquier observación relevante sobre el comportamiento, el estado físico y emocional del paciente durante y después de la contención mecánica se incluye en el registro de observaciones. Los signos vitales, el nivel de agitación, las reacciones al procedimiento y cualquier otra información relevante pueden incluirse.

- **Consentimiento Informado:** si el paciente no pudo dar su consentimiento antes de la CM, como es frecuente, se debe documentar el consentimiento informado o información al representante legal o familiar, explicando los motivos, riesgos y ventajas del procedimiento.
- **Registro de Intervenciones:** cualquier otra intervención realizada durante la CM, como la administración de medicamentos tranquilizantes o la aplicación de otras medidas terapéuticas, se debe registrar.
- **Informe de seguimiento:** después de la liberación de la CM, se debe evaluar el estado físico y emocional del paciente. Cualquier cambio en su condición, así como cualquier recomendación para el seguimiento o la atención futura, se registran en la historia clínica del paciente.
- **Informe de incidente:** si ocurrió un incidente durante el procedimiento de CM, se debe completar un informe detallado que describa el incidente, las medidas tomadas para abordarlo y cualquier acción correctiva.

### VI.3 Evaluación inicial

Cuando nos enfrentamos a un nuevo paciente es importante una revisión del historial médico para descubrir posibles antecedentes de comportamiento agresivo dirigido hacia sí mismo o hacia terceros. Este análisis retrospectivo permite evaluar antecedentes que puedan indicar un riesgo actual y vigilar de manera activa sus comportamientos.

Los pacientes con demencia avanzada pueden experimentar desorientación, agitación o comportamiento agresivo que pueden requerir CM (19). En etapas avanzadas de la enfermedad de Parkinson, pueden experimentar movimientos involuntarios intensos o comportamientos impulsivos (18). Algunos pacientes con epilepsia de edad avanzada pueden desarrollar una crisis comicial, una emergencia médica caracterizada por convulsiones prolongadas o recurrentes. Los cambios repentinos en el estado mental, como la agitación o la confusión, pueden ocurrir en los pacientes con enfermedades cerebrovasculares. (18) La

CM es una técnica implementada en estos escenarios para evitar la agitación y el delirio.

Se observa el comportamiento no verbal para buscar signos como descontrol emocional que puedan indicar un riesgo cercano. Prestando atención a los signos físicos y verbales que el paciente pueda dar durante la entrevista, así como a cualquier cambio repentino en su comportamiento que pueda indicar una situación de riesgo como signos de agitación, inquietud, irritabilidad, movimientos desordenados o violentos, y expresiones faciales o gestos que denoten tensión emocional. Otro indicador es la expresión verbal del paciente observando la tonalidad de su voz, el contenido de sus palabras (amenazas, expresiones de ira) y su capacidad para comunicarse de manera lógica y coherente. (53)

Se analiza el plan de tratamiento del paciente para determinar los procedimientos médicos o terapéuticos que podrían verse afectados por su estado de agitación. La capacidad del paciente para colaborar con el tratamiento médico, seguir instrucciones y participar en los procedimientos. Se identifican las acciones del paciente que podrían obstaculizar el tratamiento, como el arrancado de vías intravenosas, sondas, sistemas de soporte vital u otros dispositivos médicos.

El objetivo de este punto es llegar a una reflexión profunda sobre la situación actual antes de actuar en modo automático. Planteándonos, si la CM es la única forma de estabilizar la situación y evitar resultados desfavorables, o si existen otras formas de intervención menos restrictivas que pueden ser igualmente efectivas.

De acuerdo con los puntos anteriores, podemos identificar tres puntos de evaluación. Primero, evaluamos los antecedentes del paciente a través de la historia clínica. Segundo, la situación actual del paciente mediante entrevistas o valoraciones iniciales. Tercero, la relación entre la agitación y la interferencia con el tratamiento.

La medida de contención mecánica debe ser un proceso deliberativo y reflexivo entre varios profesionales de salud (53). En situaciones urgentes este proceso se llevará a cabo después, haciendo uso del principio de beneficencia y no maleficencia.

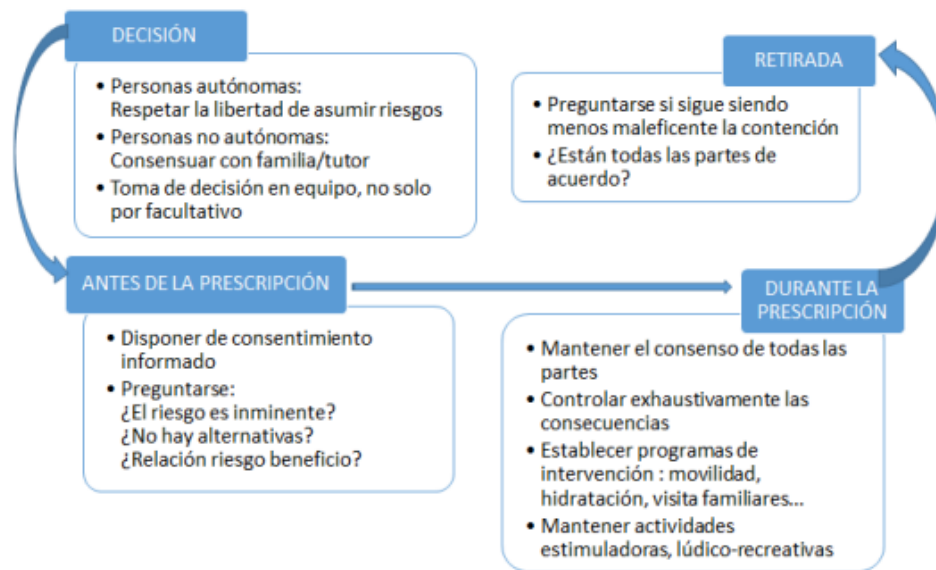


Figura 1. Recomendaciones para el proceso de toma de decisiones de aplicación de CM. (42)

## VI.4 Promoción de alternativas terapéuticas

### VI.4.1 Abordaje o contención verbales

Cuando un paciente experimenta agitación y muestra una escalada en su comportamiento, se utiliza **la desescalada verbal** como herramienta terapéutica. Se trata de un acercamiento al paciente con el objetivo de disminuir su grado de activación mediante habilidades de comunicación verbal y no verbal. En lugar de recurrir a la CM o farmacológica, nuestras intervenciones se enfocan en técnicas y habilidades comunicativas y emocionales. (12, 53)

La desescalada verbal tiene como objetivo tranquilizar a la persona en situaciones de comportamiento hostil al reducir el riesgo para ella y su entorno. Este método crea un ambiente tranquilo y protegido, lo que puede ayudar al bienestar del paciente. Implica una comunicación empática, establecer límites claros y no amenazantes, comprender las emociones del paciente y trabajar juntos para encontrar soluciones seguras y efectivas. La implementación exitosa disminuye la necesidad de utilizar CM y/o farmacológicas, lo que reduce los costos del sistema de salud (10).

Además, este método de tratamiento respeta y fomenta los principios bioéticos fundamentales. La beneficencia, se refleja al promover el bienestar del paciente. El principio de no maleficencia es evitar causar daño, lo que significa evitar intervenciones físicas o farmacológicas innecesarias que puedan tener efectos negativos. Al permitir que el paciente participe activamente en el proceso y toma de decisiones sobre su propio bienestar, se respeta su autonomía. Por último, pero no menos importante, se fomenta el principio de justicia al brindar un trato humano y justo a todos los pacientes por igual, independientemente de su situación o condición. (17)

Las herramientas que utilizamos para establecer una relación terapéutica entre el paciente y el profesional se centran en la escucha activa, la empatía y el respeto mutuo. El componente principal de esta estrategia es la **comunicación**, que es la técnica en la que más se entrena al personal de enfermería. La comunicación verbal y no verbal son los dos componentes principales. (12,20, 53)

#### **VI.4.a La importancia de las emociones en la comunicación**

Es vital comprender cómo opera el cerebro humano si queremos mejorar nuestras habilidades de comunicación. Actualmente, existe mayor comprensión de que las emociones son importantes e inherentes en todas las interacciones sociales. Independientemente de con qué o con quién hablemos, todas las interacciones humanas generan emociones. Estas influyen tanto en nuestro comportamiento como en el de los pacientes, incluso si no decimos una sola palabra. (21) Comprender el papel de las emociones nos permite entender cómo nuestra comunicación impacta en los demás.

El cerebro las utiliza como un sistema de evaluación para identificar estímulos y clasificarlos como confiables o amenazantes. Tienen origen primitivo y no podemos controlar, solo gestionar. Este proceso comienza evaluando los estímulos que percibimos por nuestros sentidos ya sean consciente o inconscientemente. Los categoriza en un circuito de pensamiento y genera la liberación de respuestas hormonales.

Se libera adrenalina, la noradrenalina y el cortisol (son hormonas) cuando un estímulo se considera negativo, lo que nos prepara para la respuesta de lucha,

huida o parálisis. Por otro lado, si el estímulo es positivo, experimentamos sentimientos de alegría, alivio y tranquilidad. Desde un punto de vista bioquímico, el cortisol y la adrenalina nos causan estrés; La serotonina nos da un sentimiento de felicidad; Las endorfinas están asociadas con la sensación de la euforia. (22,23,24)

Existen seis tipos de emociones básicas como resultado de esta interacción hormonal. Conocerlas nos ayudara a identificarlas en el paciente. La **alegría** conduce a comportamientos de acercamiento, mientras que el **miedo** conduce a comportamientos de huida cuando percibimos una situación que no podemos controlar (24,25). La **rabia** percibe el estímulo como amenaza o riesgo, pero contrario al miedo nuestro cerebro percibe la situación controlable. Cuando percibimos una pérdida, ya sea de algo tangible o intangible como nuestra reputación, experimentamos **tristeza (24)**. El **asco** se percibe como una amenaza que puede contaminar nuestro cuerpo, lo que nos hace huir instintivamente de la situación o estímulo que lo provoca. La **sorpresa**, en sí misma, es una emoción neutra que solo adquiere significado y provoca un comportamiento cuando se combina con otra emoción. La sorpresa y el miedo, por ejemplo, pueden provocar una respuesta de sobresalto o evasión. (24)

Las emociones complejas se forman cuando las emociones primarias se combinan, por ejemplo, la frustración puede ser el resultado de una mezcla de emociones diferentes, como la rabia, la tristeza y el miedo. (25)

Imaginemos a alguien que experimenta agitación psicomotriz como resultado de la confusión o la ansiedad. Esta persona puede moverse de manera desordenada, tener dificultad para concentrarse y comunicarse claramente. En este estado, la persona intenta comunicar sus necesidades o deseos, pero se siente impedida o incomprendida con obstáculos a medida que intenta comunicarse o llevar a cabo ciertas acciones. Se siente incapaz de hacerlo, lo que la hace sentir frustración e impotencia consigo misma. La emoción provoca respuestas emocionales y de comportamiento más intensas, como gritar, golpear objetos o incluso volverse agresivo con los demás.

Se cree que hay una conexión entre la agitación y la disfunción en áreas específicas del cerebro (26). Se mencionan investigaciones que han encontrado

correlaciones entre la enfermedad de Alzheimer y cambios estructurales en el hipocampo, la corteza prefrontal y el sistema límbico. Estas modificaciones pueden contribuir a la disfunción emocional y cognitiva que acompaña a la enfermedad. Se están realizando investigaciones que sugieren que pueden estar relacionadas con alteraciones en la conectividad funcional entre regiones del cerebro, particularmente en redes que involucran el procesamiento emocional, la regulación del estado de ánimo y el control inhibitorio. (26)

Como enfermeras es clave preguntarse: ¿qué tipo de estímulo estoy generando en mi interlocutor cuando me comunico? Si nuestra comunicación se ve amenazante o hostil, es probable que provoque emociones negativas. Sin embargo, cuando logramos comunicarnos de manera que provoque sentimientos positivos en el otro, inconscientemente estamos generando una disposición más receptiva para que la persona escuche y comprenda el mensaje que queremos transmitir.

Como resultado de esta comprensión seremos más conscientes de las reacciones y decisiones que suscitamos en los pacientes. Pudiendo mejorar nuestra capacidad para influir y lograr una comunicación más asertiva al comprender la relación entre las emociones, el cerebro y el comportamiento humano. Permitted fomentar comportamientos más adaptativos y positivos en nuestras interacciones. Si entendemos a qué tipo de comportamiento lleva cada emoción básica, entenderemos que tipo de reacción estoy suscitando en el paciente.

#### **VI.4.1.b La importancia de la comunicación verbal y no verbal.**

El psicólogo emérito Albert Mehrabian de la Universidad de Los Ángeles afirma que la comunicación tiene tres componentes y cada uno tiene un impacto emocional único. (27,28) Solo el 7% del impacto proviene de los **mensajes verbales**. Aunque el contenido del mensaje es significativo, su eficacia disminuye cuando no es congruente con la forma en que se expresa. La comunicación **no verbal**, representa el 55% del impacto emocional y es el componente más importante de la comunicación (28). Los gestos, las expresiones faciales, la postura corporal y otros signos no verbales que transmiten emociones y actitudes están incluidos en esta categoría. **La voz**, que

representa el 38% de los efectos emocionales, también juega un papel importante. El timbre, la velocidad del habla y el tono de voz afectan cómo percibimos y entendemos el mensaje. (27)

El mensaje se comprende de manera más efectiva y completa cuando los elementos de la comunicación son armónicos entre sí. Dado que la comunicación no verbal transmite la mayor parte del impacto emocional, cuando alguno de estos elementos de la comunicación es incongruente o contradictorio, nuestra atención tiende a centrarse más en ella. (27)

La comunicación no verbal incluye comportamientos que se pueden manifestar a través del movimiento corporal y gestual que no están relacionados con el lenguaje hablado. (30,31) Esto se observa en la energía que muestra el paciente al moverse, la rapidez o lentitud de sus movimientos, así como los gestos, los tonos de voz, la velocidad del habla y las expresiones faciales. (31)

Como enfermeras, es fundamental aprender a interpretar esta información ya que nos proporciona importantes detalles sobre el estado físico y emocional. Podemos desarrollar y perfeccionar la capacidad de captar y comprender la comunicación no verbal a lo largo del tiempo.

Algunos de los beneficios serían establecer una conexión más profunda con nuestros pacientes, adaptar nuestra comunicación a sus necesidades particulares y brindar un cuidado personalizado. Para lograr esto, debemos poder comunicar al paciente tanto de forma verbal como no verbal que nuestro objetivo es protegerlo contra su enfermedad.

#### **VI.4.1.c Pautas para generar una comunicación asertiva**

Podemos abordar esta situación utilizando los principios de comunicación asertiva y comprensión emocional:

- **Crear un ambiente tranquilo y seguro:** asegurarse que el paciente tenga un ambiente tranquilo y seguro. Reducir cualquier estímulo externo que pueda aumentar la agitación, como luces brillantes o ruidos fuertes. Mantener una postura tranquilizadora y relajada. (6,15,16,19, 20)



- **La comunicación no verbal** implica usar el lenguaje corporal para expresar empatía y calma. Intentar mantener una postura abierta y relajada, gestos suaves y expresiones faciales amables. Ajustamos el tono de voz para que sea calmante y suave.
- **Observar y comprende las emociones:** intentaremos identificar las emociones que podrían estar causando agitación en el paciente. Puede ser miedo, confusión o enojo. Observaremos los signos no verbales del paciente, como movimientos rápidos, respiración agitada o gestos incómodos.
- Aplicaremos las reglas de la **comunicación asertiva:** utilizaremos frases claras y concisas cuando te comuniquemos verbalmente con el paciente. Evitaremos el uso de tonos autoritarios o intimidantes. Reconoceremos los sentimientos del paciente. Por ejemplo, "Parece que te sientes muy incómodo". "Estoy aquí para ayudarte".
- **Ayuda y opciones:** proporcionar al paciente opciones simples para darle un sentido de control sobre la situación. "Podemos ajustar su posición en la cama para que te sientas más cómodo? o ¿Desearía que te ayude con eso?"
- Mantén la **paciencia y la empatía:** en todo momento, es importante mantener la calma y la paciencia. Reconoce que el paciente y sus seres queridos pueden sentirse angustiados por la agitación psicomotriz.
- **Técnicas de relajación:** enseñar al paciente que respire profundamente. Se puede reducir la ansiedad inhalando y exhalando lentamente por la nariz y la boca. Para crear una atmósfera más tranquila, si es posible, aplicar música suave o sonidos relajantes en el ambiente.

#### **VI.4.2 Medidas ambientales o conductuales**

La agitación de los pacientes depende mucho de su entorno, especialmente en áreas de atención médica. Ciertos elementos del entorno físico pueden provocar o empeorar la agitación, pero también se pueden tomar medidas para reducirla y promover un entorno seguro. (15)

Los estímulos sensoriales intensos, como luces brillantes, ruidos fuertes o caóticos, olores fuertes y espacios abarrotados. Estos pueden sobrecargar los sentidos del paciente y causarles estrés y agitación. (32)

La falta de orientación espacial es una causa que desencadena la agitación ansiedad especialmente aquellos con demencia u otras enfermedades cognitivas. Es una complicación mas habitual en pacientes hospitalizados de edad avanzada. Estos pueden experimentar sentimientos de vulnerabilidad en entornos con poca privacidad o donde creen que no tienen control sobre su entorno. (33)

La falta de comodidad física, como camas incómodas, temperaturas inadecuadas o iluminación deficiente aumenta el estado de agitación. (33)

Las medidas para deducir la agitación en el entorno físico pueden ser:

- **Control de estímulos sensoriales:** mediante iluminación suave y control de alarmas, reducir la exposición a luces brillantes y ruidos fuertes. Para crear un ambiente más tranquilo, escuchar música suave o sonidos relajantes.
- **Organización y estructuración del entorno:** mantener un entorno limpio, organizado y estructurado para que sea más fácil orientarse espacialmente.
- **Privacidad y autonomía:** brindar a los pacientes un lugar privado y seguro donde puedan retirarse y sentirse protegidos. Siempre que sea posible, permitir que el paciente participe en las decisiones relacionadas con su entorno.
- **Optimización del confort:** asegurar la comodidad física mediante camas confortables, ropa de cama suave y una temperatura adecuada.
- **Creación de espacios terapéuticos:** Diseñar áreas para actividades recreativas y terapéuticas que fomenten la relajación y el bienestar emocional.
- **Apoyo emocional y social:** brindar apoyo emocional e interacción social mediante la creación de espacios para visitas familiares y actividades grupales. El personal médico y de enfermería deben promover un ambiente cálido y amable.

### **VI.4.3 Contención farmacológica**

Con el envejecimiento de la población, aumenta la demanda de atención médica para pacientes de edad avanzada y/o con demencia (34). Elevando la presión sobre los recursos, el personal y las instalaciones de las unidades de hospitalización.

El uso excesivo de ciertos medicamentos, como las benzodiazepinas y los antipsicóticos, en el manejo de la agitación puede estar directamente relacionado con la falta de enfermeras debido a un alto ratio de paciente/enfermera. (35,36) Los profesionales de la salud pueden enfrentarse a una carga de trabajo abrumadora y tener menos tiempo para dedicar a cada paciente. Esta presión de tiempo puede conducir a una mayor dependencia de la medicación como una solución rápida para controlar los comportamientos problemáticos, en lugar de utilizar alternativas no farmacológicas más seguras y efectivas.

Además, la falta de enfermeras puede dificultar el seguimiento adecuado de los pacientes y la monitorización de los efectos de los medicamentos. Pueden tener menos tiempo para observar de cerca a los pacientes, detectar signos de efectos secundarios y responder rápidamente a cualquier problema. Como resultado, los pacientes pueden mantener regímenes de medicación inadecuados durante períodos prolongados, lo que aumenta el riesgo de experimentar efectos secundarios no deseados, como sedación excesiva, deterioro cognitivo, riesgo de caídas y efectos adversos metabólicos. (37)

A pesar de la falta de claridad sobre su efectividad y posibles efectos adversos, las benzodiazepinas se usan con frecuencia como sedantes en el tratamiento del delirio. Los hallazgos de la revisión, incluyó la comparación de lorazepam (una benzodiazepina) y placebo en dos estudios pequeños. Se ha llegado a la conclusión de que no hay pruebas concluyentes que respalden el uso de lorazepam en pacientes que sufren de delirio. Además, se indica que algunos pacientes han dejado de tomar lorazepam debido a los graves efectos secundarios, lo que indica la necesidad de investigaciones adicionales en este campo. (38)

En el uso de benzodiazepinas en adultos mayores, se identificaron múltiples factores de riesgo. Las caídas, con una frecuencia del 13% al 17,5%, son las

más comunes. Además, la dependencia y la incontinencia urinaria, ambas con una tasa de prevalencia del 15%. (39) Las indicaciones para el uso son proporcionadas por el médico, por lo tanto, no nos extenderemos en su descripción en este protocolo.

Lamentablemente, aunque la contención verbal haya tenido éxito, en algunos casos, se necesita el apoyo farmacológico. Algunos pacientes pueden estar muy agitados o en un estado de alta activación psicomotriz, lo que hace que las intervenciones verbales sean difíciles por si solas. Algunos pacientes pueden tener trastornos psiquiátricos subyacentes, como trastornos de ansiedad aguda o trastornos del estado de ánimo. La combinación puede ser más efectiva y evitar la necesidad de medidas más invasivas, como la contención mecánica.

Las enfermeras deben conocer la vida media y la eliminación del fármaco que están administrando. Por ejemplo, el midazolam tiene una vida media de acción de treinta minutos, pero su eliminación del organismo ocurre en aproximadamente dos horas. Si se administra otra dosis antes de este tiempo, se puede producir un efecto acumulativo con exceso de sedación en el paciente. Dado que el estado limita la autonomía del paciente, la contención farmacológica debe ir acompañada de un cuidado de enfermería que respete la dignidad y los derechos del paciente. (39)

Las principales vías de administración de medicamentos utilizadas por enfermería en la contención farmacológica incluyen (40):

- Los medicamentos se administran por **vía oral** en forma de comprimidos, cápsulas, jarabes, etc. Es uno de los caminos más frecuentes y seguros.
- Las **vías parenterales** son subcutáneas, intramusculares e intravenosas. Son útiles para los pacientes que no pueden tomar medicamentos por vía oral porque permiten una absorción más rápida del fármaco. Aunque deberemos tener en cuenta, que la vía intramuscular puede tener una absorción muy variable dependiendo de la perfusión y puede absorberse muchas horas después de su administración. La vía subcutánea, esta forma de administrar medicamentos puede ser menos invasiva que la intramuscular y la

absorción es tan rápida como la intravenosa, siendo preferible a la intramuscular en caso de urgencia y no disponer de una vía venosa.

- **Vía rectal:** administrar enemas o supositorios permite la absorción del fármaco en casos en que no se puede tomar por vía oral. Aunque su absorción puede ser muy irregular al poder mezclarse con las heces.
- La **vía inhalatoria** implica administrar medicamentos en forma de nebulizaciones, polvos o aerosoles. Útil para tratar enfermedades respiratorias.

Al administrar medicamentos en contención farmacológica, los enfermeros deben considerar aspectos importantes como la dosis, la forma farmacéutica, la vía de administración adecuada, los efectos adversos y la seguridad del paciente.

## **VI.5 Contención mecánica**

### **VI.5.1 Instrumentos y técnicas**

Hay una variedad de dispositivos de contención mecánica creados para este propósito, cada uno de los cuales requiere un procedimiento específico para colocar y usar. Los dispositivos incluyen correas de sujeción para camas y sillones, muñequeras y tobilleras, así como cinturones abdominales anchos. (11)

La colocación varía según el fabricante, el tipo de contención y las características particulares del paciente. Por ejemplo, para instalar un cinturón abdominal ancho, se coloca primero una correa a la cama debajo del colchón para proporcionar estabilidad, y luego se coloca otra correa alrededor del abdomen del paciente para permitir una respiración normal sin limitar el movimiento. Para evitar incomodidades o efectos negativos, es fundamental que el ajuste sea seguro, pero no restrictivo. (16)

En el caso de las muñequeras y tobilleras, se colocan alrededor de las extremidades del paciente de manera segura pero cómoda, evitando que el movimiento del paciente sea limitado.

Los dispositivos conocidos como correas de sujeción para sillones están diseñados para limitar los movimientos de un paciente sentado. La instalación comienza asegurando las correas al armazón de acuerdo con las instrucciones

proporcionadas por el fabricante. Luego, dependiendo de las necesidades del paciente y las recomendaciones del personal médico, se coloca al paciente en el sillón y se ajustan las correas alrededor de su torso y posiblemente, de sus extremidades. (53)

Existen dos tipos de contenciones según el grado de limitación del cuerpo. Las que más se utilizan en los medios hospitalarios para pacientes de edad avanzada son las contenciones parciales que limitan una parte como el tronco o una de las extremidades. El objetivo es evitar caídas o interrupción del tratamiento. La otra es la contención total que limita la mayoría de los movimientos, se utilizan en caso de urgencia o cuando las contenciones anteriores no son suficientes para controlar la agitación. (53, 44)

Las barandillas de cama son una forma común de contención para proteger al paciente. El riesgo de que caiga durante la noche o mientras se mueva en la cama se reduce significativamente. No solo evitan las caídas, sino que también brindan soporte adicional al paciente pudiendo sentirse más seguro y cómodo mientras está en la cama al sostenerse de las barandillas, lo que puede ayudarlo a reducir la ansiedad y mejorar su calidad del sueño. (8, 53)

### **VI.5.2 Problemas detectados**

Los estudios muestran que el uso de la CM es frecuente con cifras que varían desde el 8,4% hasta el 20,8% en España comparado con otros países. Lo justifican como una medida para garantizar la seguridad de los pacientes y evitar caídas y lesiones (41). Aunque existe controversia entre diferentes autores, que cuestionan su efectividad terapéutica y destacan que su aplicación a veces obedece más a conveniencias organizativas que a necesidades reales de los pacientes. (17,18, 41,42)

Estudios han demostrado que su uso puede tener graves consecuencias negativas para la salud y el bienestar de los pacientes. (41) Se distinguen dos grandes tipos de efectos negativos derivados del uso prolongado: físicos y psicológicos. Entre los físicos se encuentran úlceras por presión, infecciones, incontinencias, disminución del apetito, entre otros. Los efectos psicológicos incluyen miedo, vergüenza, agresividad, depresión, apatía y aislamiento social. (41,42)

Andreas Fernández González, quien falleció en 2017 en la unidad psiquiátrica del Hospital Central de Asturias, es un caso lamentable que ilustra los devastadores efectos de la CM y su falta de control. Fue sometido a la práctica durante 75 horas atado a una cama. Lamentablemente, su estancia en estas circunstancias resultó en su muerte. (45)

En España, los defensores de la salud mental se sintieron conmovidos, buscando cambiar la situación con nuevas propuestas. La CM ha sido clasificada por la ONU como una forma de tortura desde 2013 y está prohibida en varios países europeos (43). El caso de Andreas Fernández González nos recuerda la importancia de solucionar este problema y buscar soluciones más respetuosas y humanas.

El control, el seguimiento y el monitoreo de las CM enfrentan una serie de problemas y dificultades en varios niveles. La falta de estándares claros y consistentes para su aplicación y supervisión es uno de los principales problemas. Esto puede deberse a que no hay reglas específicas, lo que deja a los profesionales de la salud sin directrices claras sobre cuándo y cómo aplicar de manera segura y ética. (46)

### **VI.5.3 Mejoras propuestas**

Se pretende crear programas integrales de intervención que abarquen temas como la hidratación, la movilidad, el cuidado de la piel, los cambios en el entorno, fomento de cuidado familiar y las actividades recreativas. Además, ofrecer formación continuada del personal sobre el uso ético y técnico de las contenciones.

Es fundamental establecer un sistema de registro completo que incluya la indicación, el tipo y el uso de las contenciones para permitir un seguimiento de su aplicación y una evaluación continua de su efectividad y necesidad.

### **VI.5.3.a Plan de cuidados de enfermería (10, 11,16, 50, 53)**

#### **Valoración**

- Estado de hidratación del paciente: Se utilizarán registros de ingesta de líquidos, cálculos de balance hídrico y evaluación de signos clínicos de deshidratación, como sequedad de mucosas y disminución de la diuresis, entre otros.
- Nivel de movilidad y capacidad para realizar actividades de la vida diaria: Se utilizarán escalas de evaluación de la movilidad como la escala de Barthel o la escala de Norton para evaluar la capacidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria e identificar posibles limitaciones o riesgos de caídas.
- Estado de la piel, presencia de lesiones o riesgo de ulceración: Se realizará una evaluación visual de la integridad de la piel utilizando escalas como la escala de Braden para evaluar el riesgo de úlceras por presión y la escala de Norton para evaluar el estado general de la piel.
- Entorno del paciente y posibles factores desencadenantes de agitación: Se llevará a cabo una evaluación del entorno físico del paciente, identificando posibles barreras arquitectónicas o riesgos ambientales que puedan afectar su seguridad y bienestar.
- Apoyo familiar y recursos disponibles para el cuidado del paciente: Se llevarán a cabo entrevistas con los cuidadores principales o familiares del paciente para evaluar su participación y colaboración en el cuidado, así como para determinar posibles necesidades de apoyo o educación.

#### **Diagnósticos NANDA**

- La falta de volumen de líquidos está relacionada con una ingesta insuficiente o una restricción debido a la contención física. (00126)
- Riesgo de pérdida de movilidad debido a la inmovilización prolongada. (00094)
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por presión y fricción como resultado de la contención física. (00107)
- La presencia de objetos peligrosos y el riesgo de lesiones físicas en el entorno. (00146)



- Ansiedad por el uso de objetos físicos y la limitación de la libertad. (00146)

### **Plan de cuidados**

#### **Déficit de volumen de líquidos:**

- Monitorizar la ingesta y eliminación de líquidos (NOC: Control de líquidos). Utilizar registros de ingesta y excreción para monitorizar los líquidos consumidos y eliminados por el paciente. (NIC: Vigilancia).
- Estimular al paciente para que beba líquidos adecuados (NOC: Estado de hidratación). Ofrecer líquidos de forma regular y alentar al paciente a beber según sus necesidades y preferencias. (NIC: Estimulación del consumo de líquidos).
- Proporcionar líquidos en diferentes formas (agua, zumos, caldos). (NOC: Nutrición hidratación) Ofrecer variedad de líquidos según las preferencias del paciente y las indicaciones médicas. (NIC: Administración de líquidos).
- Evaluar la respuesta del paciente a la hidratación y ajustar el plan según sea necesario. (NOC: Control de líquidos).
- Valorar regularmente los signos vitales, la mucosa oral y la producción de orina para evaluar el estado de hidratación. (NIC: Monitorización de signos vitales).
- Evaluar la respuesta del paciente a la hidratación y ajustar el plan según sea necesario. (NOC: Control de líquidos) Valorar regularmente los signos vitales, la mucosa oral y la producción de orina para evaluar el estado de hidratación. (NIC: Monitorización de signos vitales).

#### **Riesgo de deterioro de la movilidad:**

- Realizar cambios posturales cada 2 horas. (NOC: Movilidad) Rotar la posición del paciente cada dos horas para prevenir la presión prolongada sobre áreas específicas del cuerpo. (NIC: Posicionamiento).

- Fomentar la movilización activa o pasiva según la capacidad del paciente. (NOC: Nivel de actividad) Realizar ejercicios de movilización pasiva o activa según las indicaciones médicas y la capacidad del paciente. (NIC: Ejercicios terapéuticos).
- Implementar ejercicios de fortalecimiento muscular y estiramientos. (NOC: Fortaleza muscular) Diseñar un programa de ejercicios adaptado a las necesidades y capacidades del paciente para mantener o mejorar la fuerza muscular y la flexibilidad. (NIC: Entrenamiento de ejercicio).
- Utilizar dispositivos de ayuda para la movilización si es necesario. (NOC: Nivel de actividad) Utilizar dispositivos como grúas o sillas de ruedas para facilitar la movilización del paciente si es necesario. (NIC: Ayudas para la movilización).

#### **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:**

- Inspeccionar la piel periódicamente en busca de signos de deterioro. (NOC: Estado de la piel) Realizar una evaluación regular de la piel para detectar cualquier signo de enrojecimiento, irritación o ulceración. Mantener la piel limpia y seca. (NIC: Observación de la piel).
- Realizar la higiene diaria del paciente y asegurarse de que la piel esté limpia y seca en todo momento. (NIC: Cuidados de la piel).
- Utilizar colchones antiescaras y realizar cambios de posición periódicos para aliviar la presión sobre áreas específicas de la piel. (NIC: Alivio de la presión).
- Educar al paciente y cuidadores sobre la importancia del cuidado de la piel. (NOC: Conocimiento: cuidado de la piel).
- Proporcionar información y enseñar técnicas de cuidado de la piel al paciente y a los cuidadores para prevenir lesiones cutáneas. (NIC: Enseñanza: cuidado de la piel).

#### **Riesgo de lesión física:**

- Evaluar el entorno del paciente y eliminar posibles riesgos (objetos puntiagudos, bordes afilados). (NOC: Seguridad) Realizar una

evaluación del entorno del paciente para identificar y eliminar cualquier objeto o situación que pueda representar un riesgo de lesión. (NIC: Prevención de accidentes).

- Proporcionar supervisión continua por parte del personal de enfermería. (NOC: Seguridad) Asignar personal para supervisar al paciente de forma continua y garantizar su seguridad en todo momento. (NIC: Supervisión).

#### **Ansiedad:**

- Proporcionar apoyo emocional al paciente y familiares. (NOC: Bienestar psicológico) Estar presente para escuchar al paciente y ofrecer palabras de aliento y apoyo emocional. (NIC: Apoyo emocional).
- Explicar el motivo y la duración de la contención física de manera clara y comprensible. (NOC: Conocimiento: procedimiento). Hablar con el paciente y los familiares sobre la necesidad de la contención física y proporcionar información clara y comprensible sobre su finalidad y duración. (NIC: Enseñanza: proceso de tratamiento).
- Ofrecer técnicas de relajación y distracción para reducir la ansiedad. (NOC: Ansiedad). Enseñar al paciente técnicas de respiración profunda, relajación muscular progresiva o distracción mediante actividades agradables para ayudar a reducir los niveles de ansiedad. (NIC: Reducción de la ansiedad).
- Evaluar regularmente el nivel de ansiedad y ajustar las intervenciones según sea necesario. (NOC: Ansiedad). Realizar evaluaciones periódicas del nivel de ansiedad del paciente y adaptar las intervenciones de acuerdo a los resultados obtenidos. (NIC: Manejo de la ansiedad).

#### **VI.5.3.b Registro y seguimiento**

Es fundamental que la aplicación de CM se base en una evaluación individualizada de cada caso, teniendo en cuenta las características y necesidades únicas del paciente. (51)

La frecuencia con la que se monitorizan también debe ser individualizada y adaptada a las circunstancias. El seguimiento puede ser a intervalos cortos (por

ejemplo, cada 15 minutos en las primeras dos horas de colocación) o más largos (por ejemplo, cada hora en situaciones estables). Cada dos horas se debe reevaluar el grado de agitación. Una vez al día reflexión conjunta sobre la necesidad de la contención. La reevaluación continua permite adaptar la intervención a la evolución del paciente y evitar complicaciones.

Se debe evitar el uso de contenciones innecesarias, aplicando la CM con menor intensidad siempre que sea posible, como colocar contenciones en ambos miembros superiores para evitar que el paciente interrumpa el tratamiento de sueroterapia, cuando habitualmente solo es necesario inmovilizar el brazo que no tiene sueroterapia. Alternativamente, se pueden utilizar técnicas menos restrictivas, como el uso de manoplas.

Se podría investigar la implementación rutinaria acuerdo con el protocolo y en acuerdo con los familiares, que las contenciones puedan retirarse cuando estén presentes. Fomentando la colaboración e implicación de los familiares en el proceso curativo.

La CM requiere un registro detallado en la historia clínica. Se debe buscar el consentimiento del paciente o de sus representantes, aunque sea a posteriori si no están presentes en el momento de la indicación. Documentos que se consideran que deben figurar:

- **Registro en la historia clínica:** la CM debe registrarse en la historia clínica de cada paciente. La fecha y hora de inicio y final de la contención, el motivo de su uso, el tipo de contención utilizada, la ubicación en la que se aplicó (como una cama o una silla) y cualquier observación relevante sobre la respuesta del paciente deben registrarse en este registro.
- **Los formularios de registro específicos:** pueden contener campos para los datos mencionados anteriormente, así como espacio adicional para observaciones del personal de enfermería u otros profesionales de la salud que brindan atención al paciente.
- **Supervisión y revisión regulares:** es fundamental que los enfermeros supervisen regularmente a los pacientes que están siendo contenidos mecánicamente. Esto puede incluir el seguimiento de signos vitales, el examen del estado de la piel y las articulaciones del paciente y el seguimiento del bienestar general del paciente.

- **Revisiones multidisciplinares:** en un entorno multidisciplinario, es fundamental realizar revisiones regulares del uso de CM. Esto implica a profesionales de una variedad de campos, como enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, quienes pueden aportar diferentes puntos de vista y experiencia al evaluar el uso de contenciones y encontrar alternativas o cambios en el plan de cuidados.
- **Auditorías de prácticas clínicas:** realizar auditorías regulares de las prácticas clínicas relacionadas con el uso de contenedores mecánicos puede ayudar a garantizar que se cumplan los protocolos y estándares de atención. Un equipo designado para revisar y evaluar el uso de contenciones en un centro de atención médica puede llevar a cabo estas auditorías.

## **VI.6 Costes del proyecto**

Es posible que sea un desafío en términos de tiempo y recursos, capacitar al personal sanitario en el uso adecuado de CM y alternativas no farmacológicas, como la desescalada verbal y medidas ambientales. Además, aumentar el número de enfermeras y otros profesionales médicos implica costos salariales significativos. Esta inversión en personal adicional es necesaria para mejorar la monitorización y reducir la frecuencia de uso de CM.

El desarrollo y mantenimiento de un protocolo detallado y común que se aplique en varios hospitales también implica tiempo y recursos humanos dedicados a su creación, revisión y actualización constante.

La implementación de una evaluación individualizada requiere una mayor atención y tiempo por parte del personal, lo que puede ser un desafío en entornos laborales con altos niveles de actividad. Además, la necesidad de documentación detallada sobre el tipo de contención, el motivo, los objetivos y la duración puede aumentar la carga administrativa.

La implementación de alternativas no farmacológicas, como la desescalada verbal y los ajustes ambientales, requiere personal bien entrenado y condiciones hospitalarias adecuadas.

Mejorar el uso de CM en entornos sanitarios implica una inversión significativa en términos de formación, recursos humanos y equipamiento. Sin embargo, esta inversión se justifica plenamente por las posibles ventajas en términos de

seguridad del paciente, calidad y humanización de la atención y disminución de efectos secundarios.

*Tabla 1. Análisis DAFO de la propuesta de mejora. Elaboración propia.*

<b>DEBILIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<p>La capacitación del personal requiere una inversión significativa de tiempo y recursos.</p> <p>El aumento de personal de enfermería requiere recursos salariales.</p> <p>Creación de un nuevo protocolo común requiere recursos humanos y tiempo.</p> <p>La evaluación individualizada aumenta la carga de trabajo.</p>	<p>Aumento de la carga de trabajo puede ser perjudicial para la aplicación clínica.</p> <p>La falta de recursos económicos y humanos para la contratación de nuevo personal.</p> <p>La resistencia al cambio podría dificultar la aplicación.</p>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<p>La formación del personal aumenta la seguridad del paciente.</p> <p>El uso adecuado de la CM humaniza la relación de la enfermera con el paciente.</p> <p>Un protocolo común estandariza las intervenciones y mejora la atención.</p> <p>El enfoque en otras alternativas puede fomentar la investigación en estas áreas.</p>	<p>La inversión puede conducir a una mejoría en los resultados a largo plazo en la seguridad del paciente y en la reducción de costes sanitarios asociados a procesos secundarios.</p> <p>Nuevas visiones de investigación.</p> <p>La humanización de los cuidados supone una defensa de la necesidad de la enfermería frente a la aplicación de cuidados por la robótica combinada con la Inteligencia artificial.</p>

## VI.7 Leyes que regulan las contenciones mecánicas y los sesgos históricos

Varias leyes y reglamentos regulan el uso de CM en España para garantizar que sean seguros, éticos y respetuosos con los derechos humanos:

1. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica:** esta ley establece los derechos y deberes de los pacientes en relación con su atención médica, incluido el derecho a recibir información detallada y comprensible sobre los procedimientos médicos, que pueden incluir el uso de CM. (47)
2. **Ley 8/2018, de 28 de junio, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte y en la Atención al Final de la Vida:** esta ley se enfoca en el uso de medidas de contención al final de la vida, estableciendo reglas y procedimientos para garantizar que se utilicen de manera respetuosa y ética. (48)
3. **Normativa específica de las comunidades autónomas:** muchas comunidades autónomas en España tienen leyes específicas además de las leyes estatales que regulan el uso de contenciones mecánicas en entornos de atención médica, como hospitales y residencias de ancianos. Estas normas pueden variar según la región, pero pueden incluir pautas sobre el consentimiento informado, la formación del personal y los procedimientos de supervisión. (49)

Los sesgos históricos han afectado la percepción y el trato hacia pacientes de salud mental y pacientes avanzados con deterioro cognitivo, lo que ha contribuido a la persistencia de prácticas como el uso de CM.

Las personas con enfermedades mentales o discapacidades solían ser estigmatizadas y consideradas peligrosas o incompetentes por la sociedad. Esto resultó en la segregación de ellos en residencias o instituciones psiquiátricas, donde se enfrentaron a condiciones de vida inhumanas y al abuso físico y emocional por parte del personal. Estas prácticas reflejaban sesgos profundos en la sociedad que deshumanizaban a estas personas y las consideraban "inferiores" o "indeseables". (5)

En este momento histórico, era común que las instituciones emplearan CM para ejercer control y disciplina, no por su seguridad y beneficio. Las personas fueron sometidas a camas con limitaciones físicas sin tener en cuenta su dignidad o bienestar. La justificación de esta práctica se basaba en la idea de "proteger" o "controlar" a aquellos que se consideraban peligrosos o perturbadores, sin tener en cuenta su libertad o derechos humanos. (6)

El desafío actual radica en superar estos sesgos y adoptar enfoques de atención centrados en la persona que respeten la dignidad y los derechos. Esto implica promover prácticas que reduzcan el uso de CM y la implementación de técnicas alternativas de manejo del comportamiento son pasos significativos hacia este objetivo, pero requieren un cambio cultural más amplio en la forma en que se percibe y se trata a las personas vulnerables en la sociedad.

## **VII.DISCUSIÓN**

Una paradoja está presente en el uso de CM en entornos de atención sanitaria. Por un lado, se reconoce su utilidad en situaciones críticas para prevenir interrupción del tratamiento, asegurando la seguridad del paciente y del personal médico. Por otro lado, se evidencian importantes efectos negativos físicos y psicológicos, lo que cuestiona su uso frecuente y prolongado. (41,42)

La comparación entre la necesidad de usar CM y sus efectos perjudiciales plantea una serie de preguntas éticas y prácticas. Es fundamental que la decisión de su uso se base en una evaluación individualizada. El tipo de contención, la intensidad de esta, el motivo, los objetivos, la duración se deben incluir en la documentación de la historia clínica. Además, para garantizar una práctica ética y respetuosa se incluye el consentimiento del paciente o de sus representantes. En entornos psiquiátricos, el uso se justifica principalmente por episodios agudos de agitación, psicosis o comportamientos autolesivos, donde la contención se convierte en una medida necesaria para evitar daños inmediatos. En estos casos, se lleva una monitorización intensiva y renovaciones frecuentes de la indicación, con revisiones cada dos horas en pacientes agitados y una evaluación constante.

En pacientes de edad avanzada con deterioro cognitivo, se utilizan principalmente para prevenir caídas y controlar comportamientos erráticos. Aunque las indicaciones pueden no ser tan urgentes como en los otros, los



riesgos de efectos negativos sobre el paciente son igualmente importantes. En estos entornos, la revisión de CM tiende a ser menos frecuente, con recomendaciones de evaluaciones mensuales o quincenales, dependiendo del caso.

Nuestro trabajo aborda críticamente el uso excesivo de contenciones, especialmente en pacientes con demencia, y destaca los riesgos asociados con la falta de monitorización adecuada y el seguimiento de los efectos secundarios. La falta de enfermeras y la presión de tiempo pueden contribuir a una mayor dependencia, lo que resalta la necesidad de aumentar el número de enfermeras e investigaciones respecto a nuevas alternativas de tratamiento.

Gracias a la experiencia que adquirí durante las rotaciones por unidades psiquiátricas y no psiquiátricas, así como a las observaciones de los tutores. Hemos descrito varias deficiencias en el manejo de CM. La falta de un protocolo común entre los hospitales en los que he realizado las practicas nos ha sorprendido. Los actuales difieren mucho entre estos temas o no los abordan de manera suficiente.

Además, nos ha asombrado que, a pesar de ser común en ambos entornos, las unidades de psiquiatría tienen una regulación y monitorización mucho más rigurosa y detallada que las unidades no psiquiátricas. Esto demuestra la necesidad de desarrollar un documento común para garantizar un enfoque más unificado en las áreas no psiquiátricas.

No se pudo llevar a cabo una recopilación de datos a nivel de Castilla y León para analizar las diversas variables entre los hospitales debido a restricciones de tiempo. Esta ampliación del estudio habría permitido concluir con recomendaciones más precisas y detalladas, lo que sin duda constituiría un proyecto de investigación futura interesante. A pesar de estas limitaciones, recopilamos las observaciones y los resultados actuales desarrollando una propuesta de mejora.

El protocolo de acción sugerido incluye criterios de selección detallados que explican claramente las situaciones en las que se justifica el uso y las contraindicaciones a tener en cuenta. Esto crea una base sólida para que el personal médico y de enfermería tome decisiones éticas e informadas.

Además, se hace hincapié en los recursos humanos y materiales necesarios, así como los documentos necesarios para un seguimiento de la aplicación de CM. La evaluación inicial es esencial para determinar si CM es realmente necesaria y, cuando sea posible, minimizar la intensidad precisa o considerar alternativas menos restrictivas. (6,7,9-11,13,16,17)

Las intervenciones no farmacológicas, como la desescalada verbal y las medidas ambientales o conductuales, son alternativas a la aplicación de CM. Se ha demostrado que la comunicación efectiva, tanto verbal como no verbal, es una herramienta útil para reducir la agitación y mejorar el bienestar del paciente. La comprensión profunda de las emociones y cómo afectan el comportamiento humano destaca la importancia de desarrollar una relación empática con el paciente y ajustar las intervenciones a sus necesidades individuales. (10,12,17,20, 53)

## **VIII.CONCLUSIÓN.**

Según los estudios, el uso de la contención mecánica es común en España. Aunque se utiliza para proteger a los pacientes y prevenir lesiones y caídas, su aplicación terapéutica es cuestionada. El uso prolongado e inadecuado de contención mecánica puede tener efectos físicos graves, así como efectos psicológicos, como miedo, vergüenza y aislamiento social.

Se propone un protocolo detallado que establezca criterios claros para el uso justificado y humanizado de la contención mecánica y sus contraindicaciones. Además, se enfatiza la importancia de implementar intervenciones no farmacológicas, como la desescalada verbal y medidas ambientales o conductuales, como alternativas al uso de contención mecánica. Para garantizar una práctica ética y transparente, también se destaca la importancia de controlar el seguimiento y el registro en la historia clínica.

Hemos elaborado en modo de resumen un decálogo con las recomendaciones al aplicar una contención mecánica (figura 2).

## Figura 2. Decálogo de recomendaciones:

- 1- **Intentar evitar** si es posible la CM, mediante el empleo de otras opciones.
- 2- **Reducir la intensidad** o necesidad de contención al grado mínimo necesario. Si es suficiente contener en la extremidad contraria a donde tiene la vía no precisa mayor contención.
- 3- **Reducir al mínimo el tiempo** preciso.
- 4- **Plantearse hasta cuándo** será necesaria.
- 5- **Revisar programadamente su retirada**, si no hemos podido proveer hasta cuándo.
- 6- **Comprobar que hemos informado adecuadamente** de la motivación de la indicación, las ventajas y riesgos al paciente, tutor o familiar.
- 7- **Verificar que hemos registrado adecuadamente** la CM, en la historia clínica y formulario de protocolo específico de CM.
- 8- **Elaborar un plan que facilite su retirada** ¿la opción elegida puede reemplazarse por otra medida que podemos ir poniendo en marcha?, ¿necesidad de mantener/retirar sueroterapia?, ¿necesidad de mantener/retirar sondas?, ¿uso de hipnóticos o neurolépticos preventivos?...
- 9- **En su caso es preciso pautar medidas preventivas**, por ejemplo, antitrombóticas por inmovilización con heparina de bajo peso molecular, por edemas intensos en EEII, insuficiencia venosa, Insuficiencia cardiaca congestiva, etc.
- 10- **Revisar periódicamente las consecuencias de la inmovilización**, rozaduras e integridad de piel, deterioro circulatorio de la extremidad por isquemia o dificultad de drenaje, deterioro respiratorio por sujeción abdominal, riesgo de broncoaspiración o decúbitos por presión. etc.

## X.BIBLIOGRAFIA

1. Real Academia Española. (n.d.). \*Contener\*. Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/contener>
2. Real Academia Española. (n.d.). \*Sujetar\*. Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/sujetar>
3. Real Academia Española. (n.d.). \*Dominio\*. Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/dominio>
4. Real Academia Española. (n.d.). \*Señorío\*. Recuperado de <https://www.rae.es/drae2001/se%C3%B1or%C3%ADo>
5. Historioteca. (n.d.). \*Tratamiento de enfermos mentales en la Edad Media: métodos y creencias\*. Recuperado de <https://www.historioteca.com>
6. Revista Portales Médicos. (n.d.). \*Contenciones mecánicas en enfermería: evidencia y prácticas óptimas para una atención centrada en el paciente\*. Recuperado de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/contenciones-mecanicas-en-enfermeria-evidencia-y-practicas-optimas-para-una-atencion-centrada-en-el-paciente/>
7. Revista de Calidad Asistencial. (n.d.). \*Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios\*. Recuperado de <https://www.elsevier.es>
8. Constitución Española. (n.d.). \*Artículo 17 de la Constitución Española\*. Recuperado de <https://www.laconstitucion.es/articulo-17-de-la-constitucion-espanola.html>
9. ENE. (n.d.). \*Contención mecánica de pacientes\*. Recuperado de <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/359/contencionmecanica>
10. Astursalud. (n.d.). \*Consecuencias de las contenciones mecánicas\*. Recuperado de <https://www.astursalud.es>

11. Chospab. (n.d.). \*Protocolo de contención mecánica\*. Recuperado de <https://www.chospab.es>
12. Universidad Pública de Navarra. (n.d.). \*Contención mecánica en cuidados críticos\*. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/45462>
13. Enfermería Intensiva. (n.d.). \*Uso de contenciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: caracterización, estándares de aplicación y factores relacionados. Resultados de un estudio multicéntrico\*. Recuperado de <https://www.elsevier.es>
14. Universidad de Zaragoza. (n.d.). \*Contención mecánica: definición conceptual\*. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/111802>
15. Instituto de Salud Carlos III. (n.d.). \*Contención mecánica: definición conceptual\*. Recuperado de <https://www.isciii.es>
16. Junta de Andalucía. (n.d.). \*Protocolo de contención mecánica\*. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es>
17. Chospab. (n.d.). \*Protocolo de contención mecánica\*. Recuperado de <https://www.chospab.es>
18. Astursalud. (n.d.). \*Consecuencias de las contenciones mecánicas\*. Recuperado de <https://www.astursalud.es>
19. Revista Española de Geriatria y Gerontología. (n.d.). \*Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social\*. Recuperado de <https://www.elsevier.es>
20. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (n.d.). \*Guía de cuidados\*. Recuperado de <https://www.codem.es>
21. Universidad de Vigo. (n.d.). \*El papel de las emociones para la comunicación eficaz\*. Recuperado de <https://www.uvigo.es>
22. Diálogo Filosófico. (n.d.). \*Neurociencia de las emociones: claves del comportamiento humano\*. Recuperado de <https://www.dialogofilosofico.com>
23. (n.d.). \*Texto del manuscrito\*. Recuperado de <https://scielo.cl>
24. Danzaterapia México. (n.d.). \*Maquetación 1\*. Recuperado de <https://www.danzaterapiamexico.com>

25. SciELO Chile. (n.d.). \*Respuestas de Frustración en Humanos\*. Recuperado de <https://www.scielo.cl>
26. PubMed. (n.d.). \*Neural correlates of the impulse dyscontrol domain of mild behavioral impairment\*. Recuperado de <https://www.nih.gov>
27. Mehrabian, A. (1981). \*Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes\*. Wadsworth Publishing Company.
28. Mehrabian, A. (2007). \*Nonverbal communication\*. Transaction Publishers.
29. PubMed. (n.d.). \*Neuronas espejo\*. Recuperado de <https://www.nih.gov>
30. Redalyc. (n.d.). \*El lenguaje no verbal: un proceso cognitivo superior indispensable para el ser humano\*. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
31. SciELO Chile. (n.d.). \*TRENDS IN STUDIES ON NON-VERBAL COMMUNICATION: CONVERGENCES AND DIVERGENCES\*. Recuperado de <https://www.scielo.cl>
32. ScienceDirect. (n.d.). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com>
33. PubMed. (n.d.). Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
34. Instituto de Salud Carlos III. (n.d.). \*Delirium en ancianos institucionalizados: una epidemia silenciosa\*. Recuperado de <https://www.isciii.es>
35. Universidad Privada del Norte. (n.d.). \*Errores de prescripción por teleconsulta en recetas médicas de pacientes geriátricos crónicos del centro clínico Jesus Maria, noviembre - diciembre 2021\*. Recuperado de <https://www.unid.edu.pe>
36. Sociedad Cubana de Salud Pública. (n.d.). \*Prescripción racional de benzodiazepinas en adultos mayores en la atención primaria de salud\*. Recuperado de <https://www.sld.cu>
37. Cochrane Library. (n.d.). \*Efectos secundarios de haloperidol en ancianos\*. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com>
38. Cochrane Library. (n.d.). \*Uso de benzodiazepinas en ancianos\*. Recuperado de <https://www.cochranelibrary.com>

39. Semantic Scholar. (n.d.). \*Cuidados de enfermería al paciente con agitación o delirio\*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org>
40. Semantic Scholar. (n.d.). \*MANUAL DE VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS PARA ENFERMERÍA\*. Recuperado de <https://www.semanticscholar.org>
41. Enfermería Cantabria. (n.d.). \*Guía de cuidados de enfermería\*. Recuperado de <https://enfermeriacantabria.com>
42. Universidad Pública de Navarra. (n.d.). Recuperado de <https://www.unavarra.es>
43. El Salto Diario. (n.d.). \*Método de contención mecánica en la sociedad del castigo\*. Recuperado de <https://www.elsaltodiario.com>
44. Revista Sanitaria de Investigación. (n.d.). \*Contención mecánica: aspectos generales y aplicación práctica\*. Recuperado de <https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com>
45. El Mira. (n.d.). \*Muere de meningitis tras 75 horas atada en la unidad psiquiátrica\*. Recuperado de <https://www.elmira.es>
46. Revista de Calidad Asistencial. (n.d.). \*Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios\*. Recuperado de <https://www.elsevier.es>
47. Iberley. (n.d.). \*Ley 41/2002 de 14 de Nov (Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica)\*. Recuperado de <https://www.iberley.es>
48. Iberley. (n.d.). \*Ley 8/2018 de 28 de Jun C.A. Aragón (Actualización de derechos históricos)\*. Recuperado de <https://www.iberley.es>
49. Instituto de Salud Carlos III. (n.d.). \*Informe sobre contenciones mecánicas\*. Recuperado de <https://www.isciii.es>
50. NNNConsult. (n.d.). Recuperado de <https://www.nnnconsult.com>
51. Revista de Calidad Asistencial. (n.d.). \*Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios\*. Recuperado de <https://www.elsevier.es>

52. Universidad de Zaragoza. (n.d.). Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/111802>
53. Ponton UVA. (n.d.). \*Guía de seguridad en la atención a personas con trastornos mentales\*. Recuperado de <https://www.uva.es>