



Documento 2/2011



RESTRICCIONES FÍSICAS Y FARMACOLÓGICAS



Índice:

Definición	3
Justificación Clínica	3
Falsas justificaciones	3
No deben aplicarse medidas restrictivas	3
Tipos de medidas	4
No restrictivas o Contención verbal	4
Restrictivas	5
Complicaciones asociadas a la aplicación de medidas restrictivas	7
Procedimiento	8
Consideraciones	9
Recomendaciones	10



Definición

En asistencia sanitaria la restricción se define como el uso de procedimientos físicos (aislamiento), mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo, con la finalidad de controlar las actividades físicas y proteger a la persona de las lesiones que pueda infringir a sí mismo o a otros.

Toda restricción estará en función de cómo la perciba el paciente y de la intención con la que el profesional sanitario la aplique.

Justificación Clínica:

- Prevenir que el paciente se lesione a sí mismo y/o a los demás cuando presente un trastorno emocional o una alteración cognitiva acompañados de conducta violenta o agresiva o no conscientemente coordinada.
- Sintomatología clínica que suponga riesgo vital para el paciente.
- Cuando una exploración complementaria o una intervención quirúrgica requieran postura y sujeción determinadas.
- Cuando hayan fracasado las medidas de prevención no restrictivas.

Falsas justificaciones:

No deben aplicarse medidas restrictivas en los siguientes casos:

- Para facilitar el trabajo de los profesionales.
- Por disponer de plantillas insuficientes de profesionales. (El uso de restricciones no debe ser una alternativa ante recursos humanos o ambientales inadecuados)
- Porque los profesionales carezcan de formación, actitudes y habilidades adecuadas.
- Para evitar riesgos al paciente sin haber valorado previamente dichos riesgos y las consecuencias de la restricción o sin haber buscado suficientemente medidas alternativas (acompañamiento familiar, información comprensible y adecuada, oportunidad en tiempo y espacio, pautas de sedación o analgesia terapéuticamente justificadas.
- Cuando el paciente rechace un tratamiento, cuidado o exploración complementaria. El ejercicio de la autonomía competente y coherente es un derecho inalienable.
- Cuando el paciente no desee ser ingresado y no peligre su salud ni la pública (Gestión del alta voluntaria).



Tipos de medidas:

A. No restrictivas o Contención verbal.

B. Restrictivas: B.1. Física

B.2. Mecánica

B.3. Farmacológica

A. Medidas no restrictivas o contención verbal:

“Dedicar tiempo al paciente más allá de la técnica también es cuidar”

La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites de conducta claros.

- Observar al paciente e identificar los trastornos de ánimo y las alteraciones de la conducta de forma temprana.
- Conocer los antecedentes del paciente (Historia clínica)
- Escuchar al paciente, conocer cuáles son sus necesidades, si tiene miedo o está angustiado por algo.
- Utilizar medidas de contención verbal, tales como explicarle su enfermedad y solicitarle su colaboración.
- Solicitar el apoyo de familiares o allegados.
- No quitarle los objetos personales (gafas, reloj, audífonos...), éstos ayudan al paciente a mantenerse conectado con el medio.
- Procurarle un ambiente relajado. Minimizar ruidos, voces, luces.
- Alejar de alrededor de la cama objetos que puedan causarle algún daño (pies de gotero, aparataje...) al propio paciente o al personal sanitario
- Asegurar adecuada y eficazmente la fijación de catéteres, sondas y drenajes.
- Procurarle una posición en la cama (sillón) confortable y con movilizaciones periódicas, prestando especial atención a las causas de dolor e incomodidad (úlceras por presión, heridas, fracturas, etc).
- Facilitar los cambios posturales y deambular regularmente.



B. Medidas restrictivas:

B.1 Físicas:

- Aislamiento en habitación cerrada.

B.2. Mecánicas:

La contención mecánica debe realizarse cuando la contención verbal o farmacológica haya fracasado. En muchos casos (agitación grave) la contención mecánica y la sedación farmacológica debe realizarse en un mismo tiempo.

Es imprescindible una actuación rápida y coordinada de todo el personal, tanto el sanitario, como los celadores, como el de Seguridad.

La contención mecánica se realiza con los equipos actuales de contención homologados, sujetando las dos piernas a nivel de los tobillos, los brazos a nivel de las muñecas y la cintura para evitar movimientos de lateralización del cuerpo.

- Asegurarse que los miembros no se aprieten de tal forma que puedan producir lesión nerviosa por compresión.
- Tener en cuenta los casos en los que se requiera la prevención de tromboembolismos (profilaxis).
- Las medidas de contención se retirarán tras la reevaluación del estado mental y, estando presente personal suficiente para tal efecto.



B.3. Farmacológicas:

Su uso está indicado en aquellos casos de agitación severa en los que la contención verbal no es eficaz o suficiente. La contención química se realiza mediante la aplicación de psicofármacos que provoquen en el paciente una sedación superficial.

- Se deben mantener medidas de soporte vital general: Control de constantes vitales, teniendo en cuenta toma de tensión arterial, temperatura y pulso. El intervalo de tiempo entre controles se realizará según protocolo de enfermería y, teniendo en cuenta el estado general y posibles complicaciones. Siendo aconsejable cada media hora en pacientes sedados y alargarse hasta dos horas en pacientes sin riesgo.
- Los criterios de selección de la vía de administración de fármacos, se realizarán teniendo en cuenta la colaboración del paciente y la intensidad de la agitación. Puede ser: oral, parenteral: i.m/i.v
- La selección del fármaco: neurolépticos, benzodiazepinas o ambos, se basa en la existencia de sintomatología psicótica, confusional, predominio de la ansiedad en la agitación y, teniendo siempre en cuenta la inestabilidad cardiorrespiratoria.
- En ningún caso las restricciones farmacológicas deben considerarse una prioridad en sí misma. Lo prioritario es la situación del paciente.
- El adecuado análisis riesgo/beneficio de la sedación debe ser adecuadamente registrado en la documentación clínica y, sometidas a reconsideración su justificación y necesidad cada 12 horas.
- La sedación de un paciente agitado debe ser informada a sus allegados y familiares. Al ser una prioridad asistencial el evitar el daño al propio paciente, no es preciso obtener el consentimiento informado, siempre que se registre en la documentación su indicación y riesgo, tal y como se establece en el punto anterior.
- Cuando sea preciso, puede considerarse la posibilidad de ubicar a estos pacientes en unidades de media/alta dependencia de enfermería (UCIM)



Complicaciones asociadas a la aplicación de medidas restrictivas:

Psicológicas

- Mayor agresividad inicial como efecto rebote
- Sentimiento de humillación, vergüenza y miedo
- Deterioro en la comunicación con el equipo asistencial
- Aislamiento social

Biológicas

- Mayor riesgo de infecciones
- Se incrementan el número y grado de las lesiones cutáneas
- Dolor muscular, pérdida de tono y fuerza muscular
- Broncoaspiración e hipoxemia
- Caídas de cama o sillón
- Muerte



Procedimiento

- Evaluar el estado del paciente, antecedentes y posibilidad de evitar el uso de una medida de restricción.
- Comunicar al médico que las medidas no restrictivas han fracasado.
- Comunicar al paciente y/o a los familiares la necesidad de utilizar una medida restrictiva (en el momento de su aplicación o previa visita del familiar).
- Seleccionar el tipo de medida (de elección la que sea menos lesiva para el paciente).
- El médico dejará constancia en la Historia Clínica. No utilizar ni aceptar órdenes verbales.
- La enfermera aplicará la medida de restricción y lo anotará en el registro de enfermería.
- Durante el procedimiento el personal sanitario evitará discusiones con el paciente.
- Se adecuará el número de personal sanitario para aplicar una medida de restricción a las necesidades del paciente, evitando que hayan mas de cuatro personas alrededor de la cama.
- El paciente tendrá fácil acceso al timbre de aviso.
- Evaluar al paciente como mínimo cada dos horas. Seguimiento por circuito cerrado de TV donde se disponga de el.
- Procurar que la sujeción no dificulte la respiración al paciente.
- Procurar que la sujeción no dificulte la deglución ni la evacuación.
- Procurar al paciente una posición lo mas cómoda posible
- Procurar que la sujeción no lesione piel
- Retirar las medidas restrictivas lo antes posible
- Explicar al paciente que ha sucedido y el motivo por el que ha sido sujetado.



Consideraciones

El respeto a la dignidad de la persona, la consideración de su autonomía y decisión libre y la norma protegen al paciente y, abogan por su derecho a la autodeterminación y a la libertad, aunque la valoración de la aplicación o no aplicación de una determinada restricción no debería hacerse por una consideración exclusivamente legal, sino porque el profesional reconozca y acepte que está moralmente obligado a tratar y a cuidar al paciente de la mejor forma posible.

Respondiendo al principio de autonomía, es el paciente quien decide si un tratamiento, cuidado o técnica es bueno o malo para el, y en virtud de ésta decisión accede a que se le aplique. El paciente tiene el derecho de tomar sus propias decisiones siempre y cuando sea capaz y competente. En el caso de no ser competente, serían sus familiares los responsables de tomar la decisión que más se ajustará a los deseos del paciente (Se adjunta consentimiento informado general del Hospital General de Castellón y Formulario específico).

En cuanto al principio de beneficencia, la aplicación de una medida restrictiva sólo se instauraría cuando la conducta de paciente suponga un grave riesgo para sí mismo, y los efectos adversos de la medida aplicada fueran menores a los riesgos que supondría no instaurarla. Es el paciente y en su defecto la familia quienes tienen que valorar como positivas unas medidas que restringen la capacidad de movimiento y en definitiva la libertad del paciente.

Según el principio de no maleficencia, se utilizarán las medidas restrictivas que resulten menos agresivas para el paciente y éstas serán retiradas lo antes posible.



Recomendaciones

1. Se recomienda que la evaluación de un paciente, previa pauta de una sujeción, sea realizada por un equipo multidisciplinar (Médico, psiquiatra, psicólogo, enfermera).
2. Se recomienda que no sea un solo miembro del equipo (enfermera) que tome las decisiones y asuma las responsabilidades.
3. Se recomienda que si un profesional del equipo es visto por el paciente como el principal agente agresor, éste debe retirarse y dejar que actúen otros miembros del equipo.
4. Durante el proceso de sujeción, se recomienda no perder de vista ningún movimiento del paciente y en lo posible situarse del lado no dominante (donde se lleva el reloj).
5. Se recomienda monitorizar el uso de medidas de restricción:
 - Motivo de uso
 - Tipo de restricción
 - Duración restricción
 - Efectos adversos detectados
6. Se recomienda mejorar la formación de todo los profesionales en lo relativo al uso de medidas no restrictivas.
7. Se recomienda mejorar la formación de todo los profesionales en lo relativo al uso de medidas restrictivas de tipo físico, mecánico o farmacológico.
8. Se recomienda integrar a los familiares / allegados en el proceso de cuidados.
9. Si la medida restrictiva aplicada ha sido eficaz se respetará el descaso (sueño) del paciente.



Otros documentos publicados:

CBA 1/2007. Recomendaciones del CBA sobre la Reanimación Cardiopulmonar en el medio Hospitalario

CBA 2/2007. Documento de consenso entre la Congregación de los Testigos de Jehová y el CBA del Hospital General de Castelló

CBA 1/2008. El respeto a las creencias religiosas del paciente

CBA 2/2008. Limitación del Esfuerzo Terapéutico

CBA 1/2009. Recomendaciones del CBA sobre Información Clínica Hospitalaria y Participación Familiar

CBA 2/2009. Recomendaciones del CBA sobre la Objeción de Conciencia

CBA 1/2010. Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial sobre la Actuación Asistencial y el Principio de Doble Efecto

CBA 2/2010. Recomendaciones del Comité de Bioética Asistencial sobre el Acceso a la Historia Clínica.

CBA 1/2011. Relación de la población inmigrante con los Servicios sanitarios.

CONTACTOS:

SAIP	964 7 26572
Trabajo social	964 7 26571

Puede consultar todos los documentos e información en:
<http://www.castello.san.gva.es/exp/hgcs/organizacion/CBA.html>