

# MANEJO DEL PACIENTE AGITADO EN URGENCIAS: CONTENCIONES. MECÁNICA vs. FARMACOLÓGICA.

Nuria López Álvarez (MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de 3<sup>er</sup> año)

Blanca Heras Pozas (Médico de Urgencias)

# ---- INTRODUCCIÓN: Paciente agitado ----



## Manejo del paciente agitado en urgencias

Anamnesis

Exploración física

Glucemia capilar

**¿Cómo controlamos la  
agitación?**

# ---- INTRODUCCIÓN: Paciente agitado ----



## Manejo del paciente agitado en urgencias

Anamnesis

Exploración física

Glucemia capilar

## ***CONTROL DE LA AGITACIÓN***

Corregir causa desencadenante si se conoce

1º Desescalada verbal

***2º Contención***

# ---- INTRODUCCIÓN: Paciente agitado ----



## Manejo del paciente agitado en urgencias

Anamnesis

Exploración física

Glucemia capilar

## ***CONTROL DE LA AGITACIÓN***

Corregir causa desencadenante si se conoce

1º Desescalada verbal

***2º Contención***

**Comité de Bioética de España:** Contenciones físicas y farmacológicas: medidas destinadas a privar a una persona de su libertad de movimiento.

# ---- CONTENCIÓNES: Introducción ----



### III. OTRAS DISPOSICIONES

2221

*Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.*

MINISTERIO FISCAL



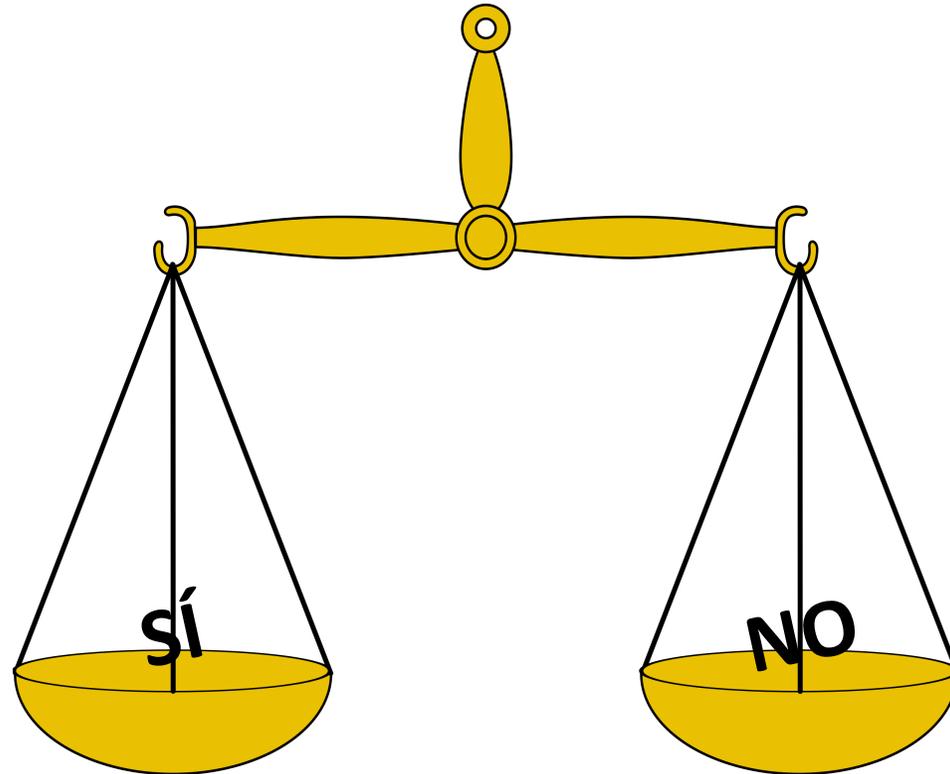
La Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, tipifica como faltas muy graves prestar una asistencia inadecuada a las personas usuarias causándoles con ello un perjuicio grave [art. 57.c)], así como proporcionar a los usuarios un trato degradante que afecte a su dignidad [art. 57.f)].



La Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia, prevé como infracción muy grave proporcionar a las personas usuarias tratos degradantes, discriminatorios o incompatibles con su dignidad, así como la realización de actuaciones que supongan violación, restricción o impedimento injustificado de sus derechos fundamentales y libertades públicas [art. 82.a)].

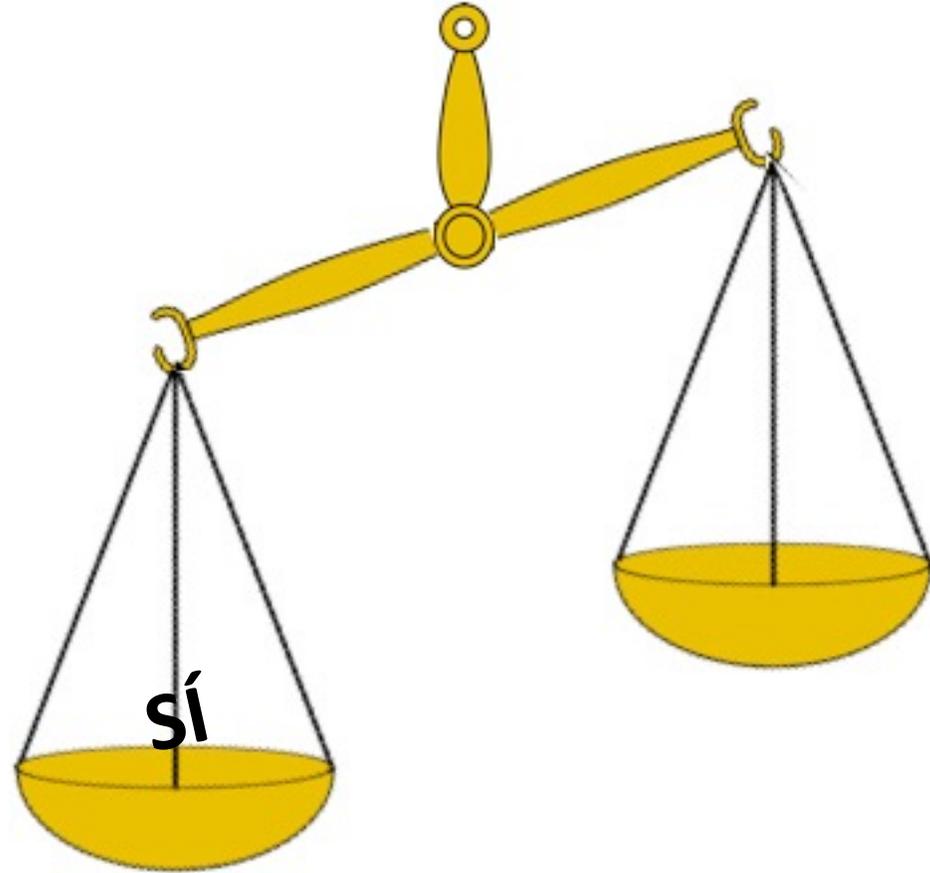
# ---- CONTENCIONES: Indicaciones ----

1º ¿Contener?



# ---- CONTENCIONES: Indicaciones ----

1º ¿Contener?



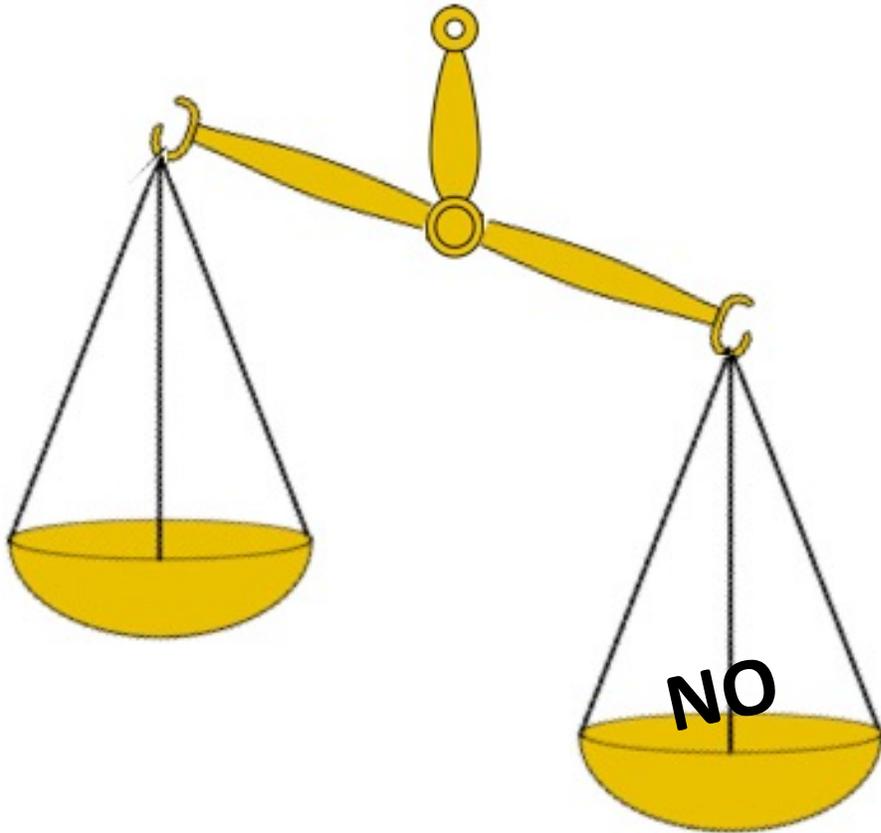
*Fallo de desescalada verbal*

# ---- CONTENCIÓNES: Indicaciones ----



<b>¿Cuándo contener?</b>		
<b><i>Episodios de agitación psicomotriz</i></b>	<b><i>Prevención de daños</i></b>	<b><i>Complementar tratamiento</i></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estados confusionales.</li><li>- Síntomas psicóticos.</li><li>- Cuadros de déficit intelectualivos.</li><li>- Desinhibición del control de impulsos.</li><li>- Síndromes de abstinencia.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Auto/Hetero agresiones.</li><li>- Riesgo de Autólisis.</li><li>- Prevención de caídas o los siniestros por vagabundeo errático no controlado (representa el 75% de las sujeciones).</li><li>- Daños en el entorno.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéutico necesarios para la supervivencia.</li><li>- Para garantizar la inmovilización o descarga prescrita en procesos traumatológicos que así lo requieren.</li><li>- Control postural.</li></ul>

# ---- CONTENCIÓNES: Contraindicaciones ----



Por orden expresa del personal facultativo de no contención.

Si la situación puede resolverse con medidas alternativas:

- Contención verbal.
- Medidas ambientales y/o conductuales.

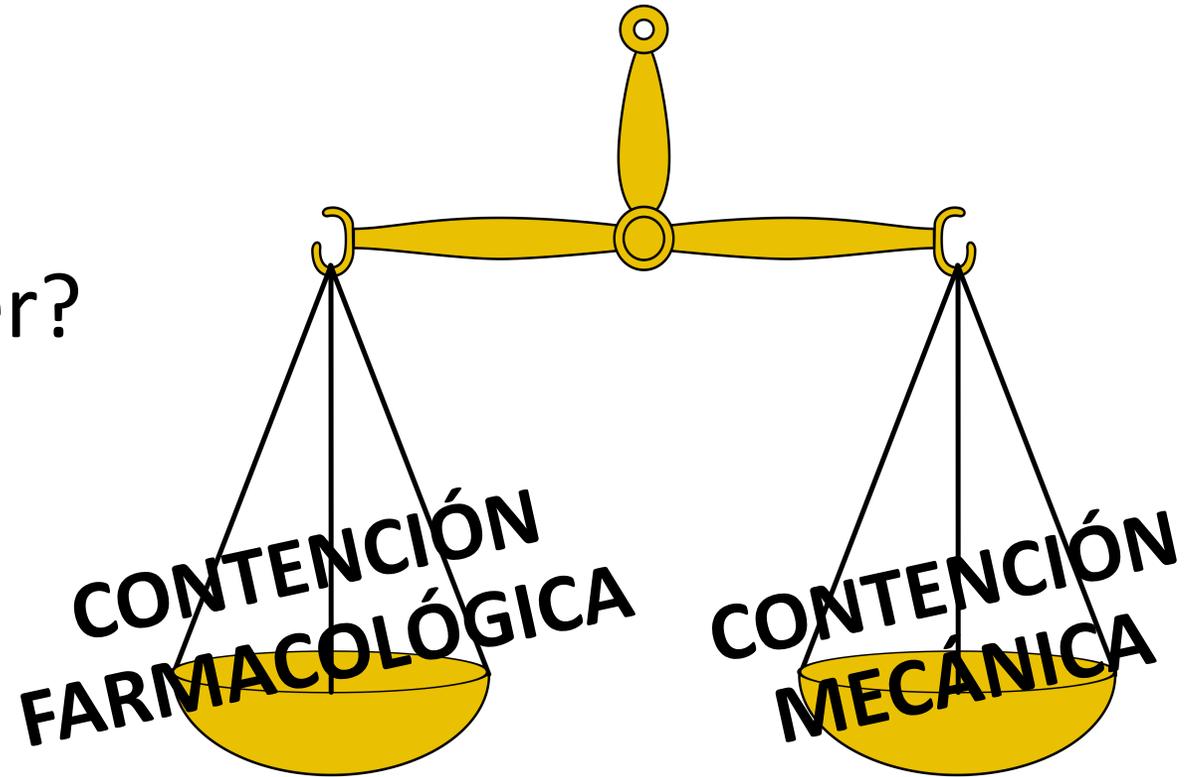
Como medida punitiva-represiva.

Si no hay personal suficiente o no se dispone de material homologado.

# ---- CONTENCIONES: Tipos ----

1º ¿Contener?

2ª ¿Cómo contener?



# ---- CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA ----

**¿Qué fármaco  
se emplea?**

- Perfil del paciente
- Estado del paciente
- Causa o sospecha de agitación
- Colaboración del paciente
- Experiencia del prescriptor

# ---- CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA ----

	BENZODIAZEPINAS	ANTIPSIKÓTICOS DE 1ª GENERACIÓN	ANTIPSIKÓTICOS DE 2ª GENERACIÓN	Otros (anestésicos)	
VO (vía oral)	Alprazolam Lorazepam	Haloperidol	Quetiapina Olanzapina Risperidona		
IM (intramuscular)	Midazolam	<b>Haloperidol</b>	Olanzapina		
IV (intravenoso)	Midazolam Diazepam	<del>Haloperidol</del>	<del>Olanzapina</del>	Ketamina	Propofol
Indicación	Intoxicación etílica, cocaína, anfetamina, drogas simpatomiméticas. Origen desconocido.	Ancianos Psiquiátricos Origen desconocido		Niños	2ª línea

# ---- CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA ----

	BENZODIAZEPINAS	ANTIPSIKÓTICOS DE 1ª GENERACIÓN	ANTIPSIKÓTICOS DE 2ª GENERACIÓN	Otros (anestésicos)	
VO (vía oral)	Alprazolam Lorazepam	Haloperidol	Quetiapina Olanzapina Risperidona		
IM (intramuscular)	Midazolam	Haloperidol	Olanzapina		
IV (intravenoso)	Midazolam Diazepam	Haloperidol	Olanzapina	Ketamina (niños)	Propofol
Efectos secundarios	Depresión respiratoria Sedación excesiva Ataxia Náuseas Confusión	Somnolencia Extrapiramidalismo QT largo, hipotensión Síndrome neuroléptico maligno		Agitación en esquizofrenia Hipertensión Taquicardia Laringoespasma	Depresión cardíaca

# ---- CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA ----

	BENZODIAZEPINAS	ANTIPSIKÓTICOS DE 1ª GENERACIÓN	ANTIPSIKÓTICOS DE 2ª GENERACIÓN	Otros (anestésicos)	
VO (vía oral)	Alprazolam Lorazepam	Haloperidol	Quetiapina Olanzapina Risperidona		
IM (intramuscular)	Midazolam	Haloperidol	Olanzapina		
IV (intravenoso)	Midazolam Diazepam	Haloperidol	Olanzapina	Ketamina (niños)	Propofol
Efectos secundarios	Depresión respiratoria Sedación excesiva Ataxia Náuseas Confusión	Somnolencia Extrapyramidalismo QT largo, hipotensión <b>ECG</b> Síndrome neuroléptico maligno		Agitación en esquizofrenia Hipertensión Taquicardia Laringoespasma	Depresión cardíaca

Antídoto: flumacénilo

**Monitorización (si uso de fármacos parenterales)**

# ---- CONTENCIÓN MECÁNICA----

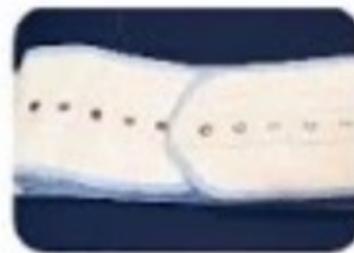
1º Personal para contener (4-5 personas)

*Idealmente no él que lo indica*

2º Material homologado para contener



Cinturón abdominal



Sujeción para las muñecas



Alargadera



Sujeción para los tobillos



Botones e imanes



# ---- CONTENCIÓN MECÁNICA: Tipos ----

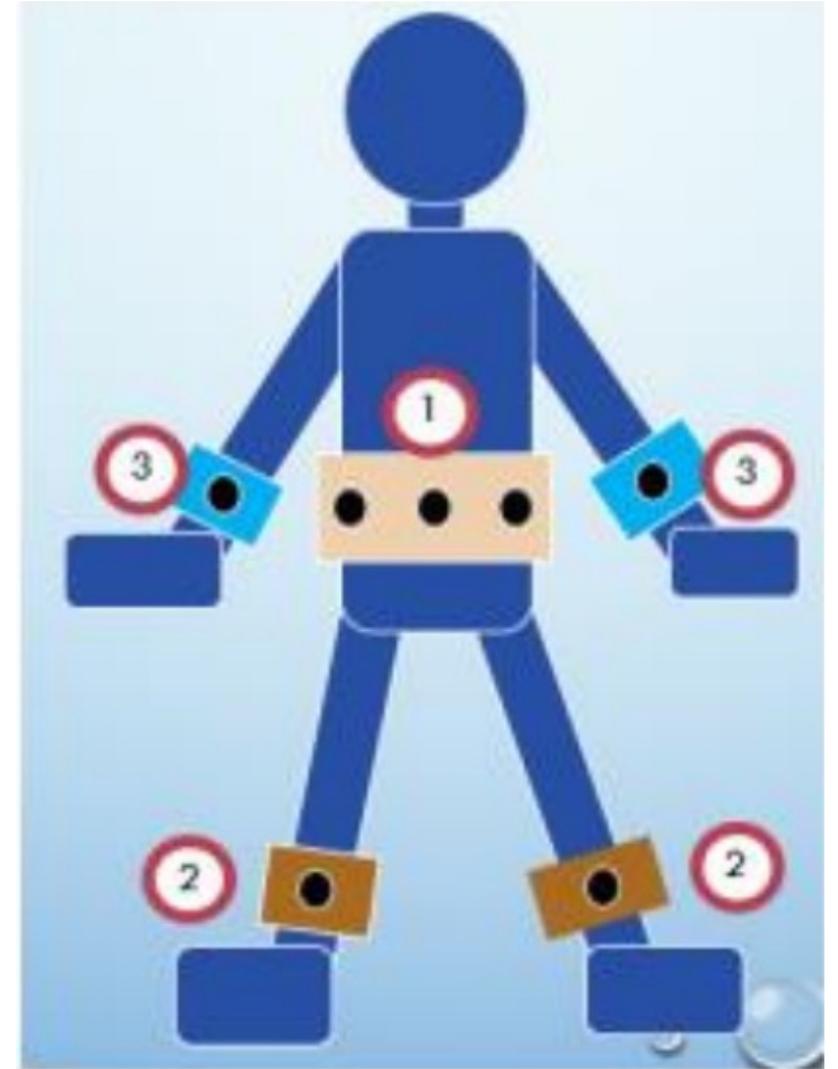
## Sujeción completa:

Inmovilización del tronco y las cuatro extremidades.

- 1º Se coloca el cinturón abdominal.
- 2º Se colocan las cuatro extremidades en diagonal: MSD-MII y MSI-MID (1º MMII).
- 3º Se eleva el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de una aspiración.

***De elección en casos de agitación.***

*Evitar contención en prono*

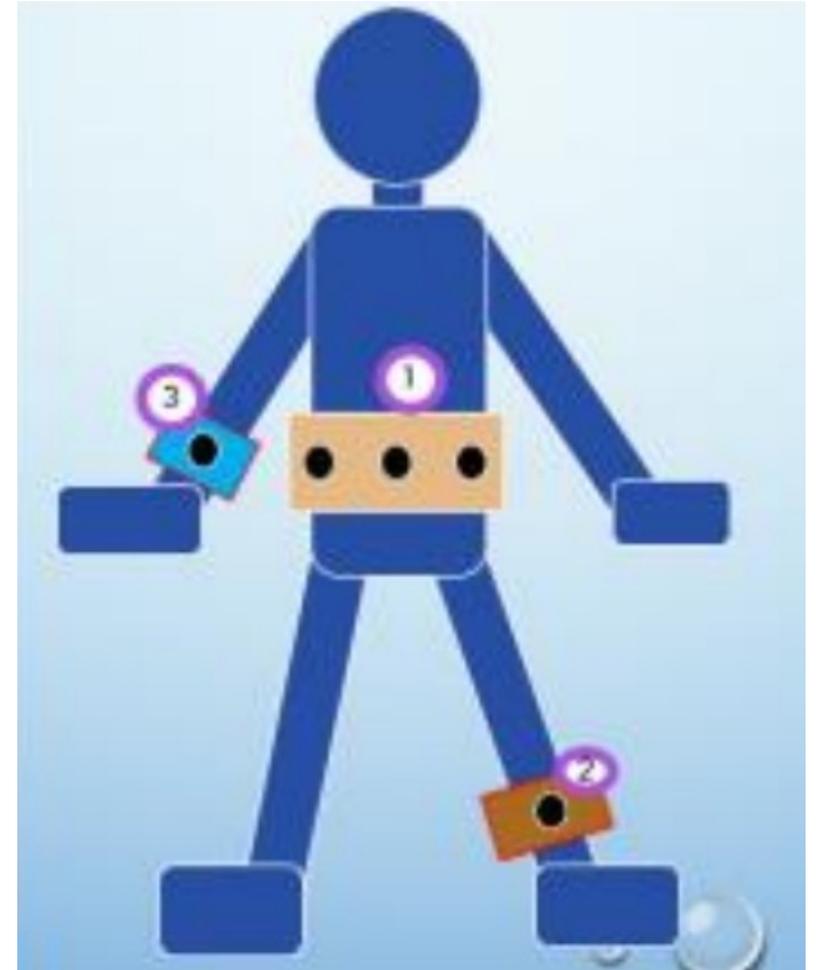


MSD: miembro superior derecho, MII: miembro inferior izquierdo  
MSI : miembro superior izquierdo, MID :miembro inferior derecho

# ---- CONTENCIÓN MECÁNICA: Tipos ----

**Sujeción parcial /cruzada:** en cama.  
Inmovilización del tronco y dos extremidades.

- 1º Se coloca el cinturón abdominal.
- 2º Se colocan dos en diagonal: MSD-MII ó MSI-MID (1º MMII).
- 3º Se eleva el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de una aspiración.



*No recomendada en casos de agitación: riesgo de caídas y colgamientos.*

*Indicada en casos de personas con discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas.*

# ---- CONTENCIÓN MECÁNICA: Tipos ----

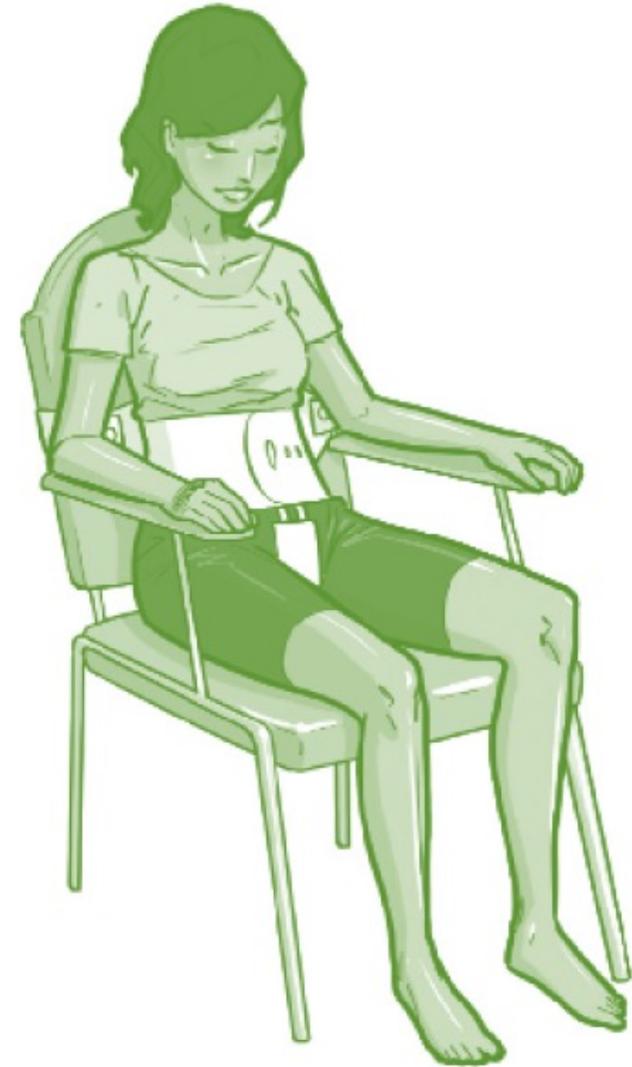
## **Sujeción parcial:** en silla.

Inmovilización con un sistema especial para sillas de ruedas/ sillón.

Indicado en:

- Pacientes con déficit cognitivos moderados-severos.
- Pacientes con sintomatología regresiva grave con alto riesgo de caída.

***Importante la vigilancia para evitar lesiones por colgamiento y caídas.***



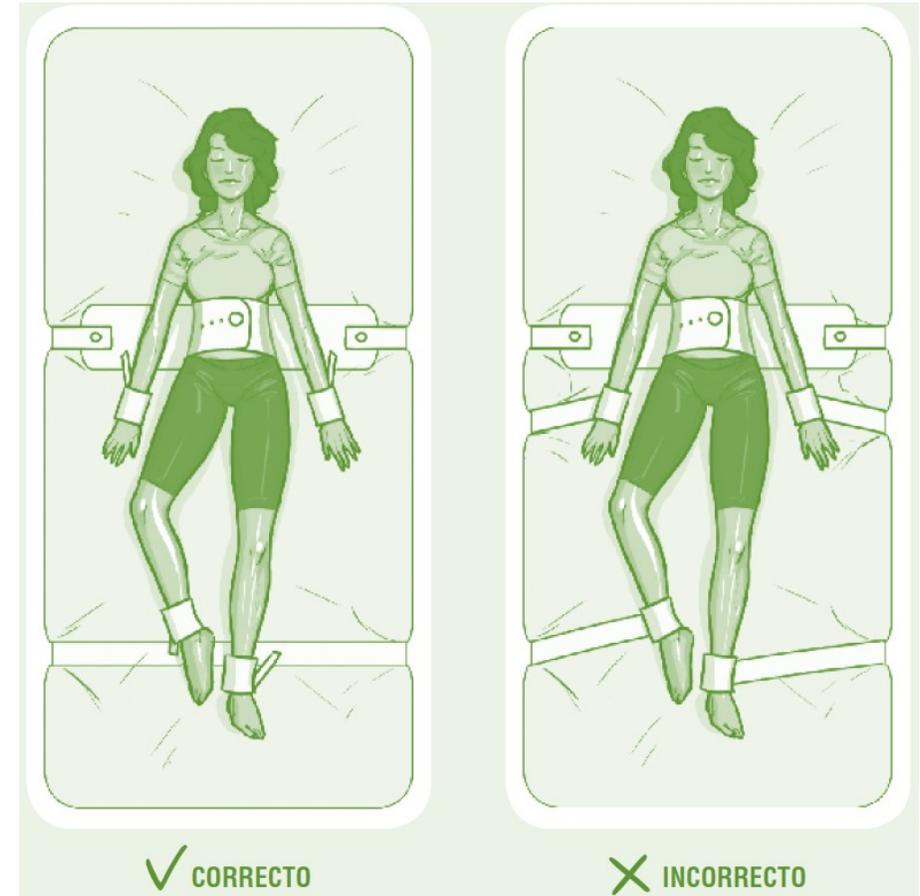
# ---- CONTENCIÓN MECÁNICA: Complicaciones ----

## COMPLICACIONES

- ✗ Erosiones, laceraciones cutáneas.
- ✗ Desgarros musculares y de los plexos nerviosos.
- ✗ Isquemia de miembros.
- ✗ Estrangulamiento y asfixia.
- ✗ Consecuencias negativas sobre la esfera psíquica.

### *¿Cómo minimizar las complicaciones?*

- ✓ Buena contención.
- ✓ Contención farmacológica asociada.



# ---- GRUPOS ESPECIALES ----

	CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA	CONTENCIÓN MECÁNICA
NIÑOS	<p><i>Difenidramina</i> (antitusivo): vo.  <i>Olanzapina</i> menos extrapiramidalismo.  <i>Benzodiazepinas</i>: evitar, efecto paradójico.</p>	<p>Adolescentes &lt;2 horas.  Niños &lt;1 horas.</p>
EMBARAZADAS	<p>1ª línea: <i>Risperidona</i> (no teratogénico).  2ª línea: <i>Haloperidol</i> (sólo si puntual).  <i>Benzodiazepinas</i>.</p>	<p>Evitarlo en 2º y 3er trimestre (compresión VCI).  Si se realiza: poner algo bajo el lado derecho.</p>
ANCIANOS	<p>Dosis más bajas.  Aumenta riesgo de alargamiento de QT.</p>	<p>Lo más breve posible, probar a descontener precozmente.</p>

# ---- CONTENCIÓN: Conclusiones ----

- Indicación adecuada.
- Informar y respetar. Entorno seguro.
- Designar a una persona para dirigir el procedimiento:  
***Reducción → Traslado → Tumbar en cama → Contención.***
- ***Firmar parte de contención***  
*(Cuando se descontenga firmar el de descontención)*

## ***MANEJO DE LA AGITACIÓN***

Corregir causa desencadenante

1º Desescalada verbal

***2º Contención***

Disponer de personal suficiente



APLICACIÓN DE SISTEMAS DE CONTENCIÓN:  
la mejor opción para minimizar daños: ***farmacológica + mecánica***

***Valoración continua posterior a contención***

# ---- BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ----

- Cui N, Yan X, Zhang Y, Chen D, Zhang H, Zheng Q, et al. Non-Pharmacological Interventions for Minimizing Physical Restraints Use in Intensive Care Units: An Umbrella Review. *Front Med (Lausanne)*. 27 de abril de 2022;9:806945.
- Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. enero de 2011;46(1):36-42.
- Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier JN, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatr Psychiatry*. octubre de 2009;24(10):1110-8.
- Lach HW, Leach KM, Butcher HK. Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care. *J Gerontol Nurs*. febrero de 2016;42(2):17-26.
- Lachance C, Wright MD. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 [citado 13 de diciembre de 2022]. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545889/>
- Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. julio de 2013;48(4):185-9.
- Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 3 de julio de 2020;1(5):898-907.
- Evidence-Based Practice Guideline: Changing the Practice of Physical Restraint Use in Acute Care [Internet]. *Journal of Gerontological Nursing*. [citado 13 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00989134-20160113-04>
- Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014.



Fundación  
Médicos de Asturias



SEMES - Asturias



SEMES  
Sociedad Española de  
Medicina de Urgencias  
y Emergencias



SEMES  
GALICIA



SEMESMIR

# AGRADECIMIENTOS



**TRANSINSA**

TRANSPORTES INTEGRALES SANITARIOS DE ASTURIAS

**AstraZeneca**

