

Contención mecánica en urgencias

Mechanical contention at emergency

Autores: Nerea Carcoba Rubio, Carlos García Barriuso, Concepción Guevara Jiménez

Dirección de contacto: nerecarco@yahoo.es

Cómo citar este artículo: Carcoba Rubio Nerea, García Barriuso Carlos, Guevara Jiménez Concepción. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [citado día mes año];9(60):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf

Fecha recepción: 15/08/2011

Aceptado para su publicación: 19/09/2011

Resumen

La contención mecánica es una medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de un paciente para tratar de garantizar la seguridad de él mismo y/o de los demás. En la mayoría de los casos obliga a actuar en contra de su voluntad, y en un contexto frecuente de urgencia; de tal forma que en su utilización se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y se le priva de libertad de movimientos de forma temporal.

Se realiza una revisión bibliográfica del tema consultando sistemas de vigilancia y protocolos desarrollados en hospitales de varias ciudades españolas, así como la normativa legal vigente en materia sanitaria referente al tema.

Tras el análisis de datos y evidencia, se crea un protocolo de actuación de contención mecánica en urgencias y de las distintas funciones de los componentes del equipo, para abordar con la mayor eficacia y seguridad la posible situación.

Palabras clave

Inmovilización, protocolo, agitación psicomotora, cuidados de enfermería.

Abstract

The restraint is a therapeutic measure aimed at blocking partial or widespread in most of the body of a patient to try to ensure the safety of himself or others. In most cases it forces to act against their will, and in a common context of urgency; in such a way that its use applies a therapeutic plan without the consent of the patient and is temporally deprived of freedom of movement.

A literature review of the issue has been performed consulting surveillance systems and protocols developed at hospitals in several spanish cities. Also the current legal regulations on health matters relating to the subject are checked.

After the analysis of data and evidence, is created a protocol of restraint in emergency and the various functions of the components of the team, to address the situation with greater efficiency and safe as possible.

Key words

Immobilization, protocol, psychomotor agitation, nursing care.

Centro de Trabajo: Hospital de Cruces. Vizcaya.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por contención mecánica la intervención “terapéutica” extrema, mediante la aplicación de dispositivos restrictivos inmovilizadores para limitar la libertad de un paciente, habitualmente incapacitado, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo en aras de su mayor seguridad y/o la de otros, personal sanitario incluido.

El paciente agitado en la urgencia hospitalaria es una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible. Alrededor de un 30% de estos pacientes precisan tratamiento o intervenciones coercitivas y/o restrictivas. Por esta razón, puede ser de gran ayuda una serie de pautas de comportamiento como las reflejadas en el presente artículo que hagan el abordaje de la situación más sencillo y evite lesiones tanto al paciente, como al equipo.

Según la patología, podríamos hacer la siguiente clasificación de pacientes susceptibles de contención:

– Pacientes con alteración orgánica

En el paciente se origina un cuadro que se caracteriza por: confusión, desorientación, inquietud, obnubilación, incoherencia, miedo, ansiedad, excitación y a menudo ilusiones, alucinaciones... Sus causas son: fiebre, post-operatorio, alteración cardíaca y vascular, trastorno neurológico cerebral (tumores, encefalopatías, accidentes cerebrovasculares, demencias...), infecciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas y endocrinológicas, alcohol y drogas bien por consumo o por abstinencia (1).

– Pacientes con alteración psiquiátrica

- Esquizofrenia. En episodios de descompensación son frecuentes los cuadros de agitación psicomotriz.
- Trastorno bipolar, tanto en la descompensación maniaca como depresiva.
- Trastorno límite de la personalidad. Es frecuente la desorganización conductual grave.

– Pacientes sin alteración orgánica ni psiquiátrica

Son casos menos frecuentes. Serían pacientes que sufren una fuerte crisis de ansiedad, llegando a la enajenación a raíz de un suceso especialmente traumático (diagnóstico de enfermedad incurable, muerte familiar, crisis matrimonial...) y la situación se hace incontrolable por otros medios.

Indicaciones (2, 3)

- Prevenir lesiones al propio paciente.
- Prevenir lesiones a otras personas.
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del paciente o de otros pacientes (arranque de vías, sondas...).
- Evitar la fuga de un paciente que acude involuntariamente.
- Evitar daños materiales en el servicio.
- Por solicitud voluntaria del paciente y el médico así lo indica.
- Como parte de un programa de modificación de conducta previamente pactado.

Contraindicaciones

- Si la situación se puede resolver por otros medios (verbal, farmacológico...).

Alternativas a la sujeción

Las siguientes medidas son de gran utilidad, como prevención de una crisis de agitación o para la desactivación en lo posible de la misma.

– Abordaje verbal

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización. De esta forma, se pueden controlar ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo, de origen psíquico, y evitar la necesidad de contención mecánica. Para ello, se darán los siguientes pasos:

- Dar información. El paciente deberá estar informado en todo momento de lo que se le va a hacer. Evitar amenazas y promesas falsas. Ofrecer expectativas razonables (4).
- Mostrar actitud tranquilizadora pero de firmeza (aparentar calma y control de la situación en todo momento).
- Conversación tranquila, hablar sin elevar la voz, suave y con preguntas cortas, escucha activa, no enfrentarse al paciente (ni con actitudes ni con ideas), ni mostrar prejuicios hacia él. Aunque es importante limitar su conducta, y comunicarle qué conducta se aceptará y cuál no.

- Siempre que se pueda, tomar asiento a la misma altura.
- No mantener la mirada fija, sino efectuar desplazamientos naturales de la vista.
- Valorar, y estar atentos ante signos inminentes de violencia, tales como aumento del tono de voz (habla amenazante, lenguaje insolente y grosero,...), tensión muscular (agarrarse a la silla, etc.), nerviosismo, hiperactividad (frotar de manos, caminar de un lado a otro,...), miradas de reojo, etc.

- Medicación oral y/o parenteral

Si la causa es de origen orgánico se convierte en la primera pauta de actuación.

Cuando las medidas de contención verbal no son eficaces. La indicación deberá estar perfectamente establecida y documentada y ser reevaluada constantemente.

- Aislamiento

El aislamiento es el confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector, con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad, o para el control de determinadas conductas (CIE, 1996).

OBJETIVO

El objetivo del artículo es ofrecer a los profesionales unas pautas sobre sujeción/contención de movimientos que incluyan indicaciones, secuencia de actuación, procedimientos técnicos y seguimiento especial de los pacientes susceptibles. Todo ello para favorecer su seguridad así como para garantizar el ejercicio de sus derechos.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Decisión

La primera indicación de contención mecánica la hará siempre el médico. Ante una situación urgente, el personal de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento, pero debe comunicarlo con el médico lo antes posible y quede registrado por escrito.

Personal

El personal mínimo para la contención es de cuatro personas, aunque lo recomendable es cinco (cada uno sujetando una extremidad y el quinto la cabeza):

- 1 médico responsable del paciente o médico psiquiatra de guardia (coordinador de la actuación).
- 1 enfermera/o asignada.
- 1 auxiliar de enfermería.
- 4 miembros del equipo de sujeción como mínimo hasta completar el número.
- Personal de seguridad (en su caso y a requerimiento ante posible riesgo grave de la integridad física del propio paciente o de los profesionales actuantes).

Medios materiales

- 1 cinturón abdominal.
- 2 muñequeras.
- 1 tira de anclaje de pies.
- 2 tobilleras.
- 9 anclajes magnéticos.
- 1 imán (**Foto 1**).

El mantenimiento, comprobación y montaje de las correas debe realizarse con antelación y siguiendo el protocolo que el servicio de urgencias ha establecido.

Todos los juegos de correas tienen que estar identificados con el nombre del servicio. También se identificará con tinta permanente si la correa es de muñeca o pie, así facilitaremos el montaje de las correas.

Siempre deben existir dos juegos de correas preparados y montados en dos camas. Una cama frenada en el box de aislamiento de psiquiatría y otra en el pasillo por si fueran necesarias simultáneamente. Se revisan diariamente y se vuelven a preparar cada vez que se utilizan.

Ejecución (5, 6, 7, 8)

- 1) El coordinador de la actuación se encarga de comunicar al paciente que será aislado por su seguridad y la del resto hasta que se tranquilice y recupere el control.

Foto 1. Medios materiales



- 2) Seleccionar el lugar de la contención y preparar la habitación y recursos necesarios para el aislamiento con la cama dispuesta por si precisa sujeción mecánica. Retirar del lugar cualquier tipo de objeto potencialmente peligroso (sillas, palos de sueros...).
- 3) Una vez tomada la decisión, se debe dar tiempo al paciente para aceptar las demandas verbales, para que colabore y se tumbe en la cama. La presencia de todo el personal encargado de la sujeción puede ser de por sí disuasoria.
- 4) Si no accediese, sin lugar a discusión se procederá a reducirle y a tumbarle en la cama si estuviera al alcance. Si por la premura de la situación hubiese que reducirle en el suelo, el que dirige la actuación da instrucciones, sujeta y protege la cabeza y los otros cuatro sujetan las extremidades del paciente previamente asignadas, asegurando la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas), lo que limita considerablemente la movilidad y disminuye el riesgo de fracturas.

- 5) La posición de inmovilización debe ser la más adecuada en cada caso. La posición de decúbito prono, según algunos autores, tiene ventajas frente a la de decúbito supino, ya que ayuda a prevenir la aspiración de vómito, evita que el paciente se golpee la cabeza contra la camilla y se suele asociar a una resolución más rápida de la crisis. Sin embargo, también se ha asociado con situaciones de muerte súbita por asfixia. Otros, por el contrario, consideran que la de decúbito supino con inclinación de 30° permite un mejor control y vigilancia, anticipa nuevas situaciones de agitación y permite el acceso venoso para administración de medicación intravenosa.
- 6) En la cama se procederá a colocar las ataduras:
 - Sujeción completa: inmovilizar tronco y 4 extremidades; primero cinturón ancho abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal (brazo izquierdo y pierna derecha, brazo derecho y pierna izquierda).
 - Sujeción parcial: inmovilizar el tronco y dos extremidades; primero cinturón ancho y después dos extremidades en diagonal.
- 7) Debe llevarse a cabo encargándose una persona de cada miembro y otra de la sujeción de la cabeza, evitando que el enfermo se golpee o agrede a alguien.
- 8) Recordar realizar comprobación tanto del grado de movilidad del paciente como de la correcta colocación de las sujeciones.
- 9) Registrar al paciente en búsqueda de objetos peligrosos (cinturones, mecheros, navajas, cortauñas...). Se le vestirá con camión del hospital cuando su estado lo permita.
- 10) Explicarle cuando acabe la contención que todas sus necesidades serán atendidas y que se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

Precauciones en una sujeción mecánica (9, 10)

- Evitar llevar objetos que puedan producir daño al paciente o al personal que realiza la sujeción: pendientes, tijeras, reloj, etc.
 - Tener precaución y evitar que el paciente pueda golpear en cualquier parte del cuerpo de un modo intencionado o accidental.
 - Retirar al paciente las prendas de vestir y los objetos que puedan dañarle.
- Es recomendable que los miembros de mayor fortaleza física en el equipo sujeten la mitad superior del cuerpo del paciente.
 - Evitar mostrarse agresivos, ni física ni verbalmente, sin responder a las provocaciones del paciente.
 - Hay que evitar hablar con el paciente mientras se realice la sujeción y si es necesario, tiene que hacerlo una sola persona.

Finalización

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y por orden médica.

Se debe contar con el personal necesario por si fuera precisa nueva contención.

El abandono del aislamiento y la sujeción se realiza de forma progresiva, liberando cada correa con un intervalo de diez minutos, dejando siempre dos para retirar al final y a la vez. Posteriormente, dejarle sin sujeción en la habitación y finalmente liberarle del aislamiento.

Si la situación se prolonga más de 48 horas, es obligatorio proceder a la solicitud de autorización judicial de ingreso (11).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Valoración

- Valoración del paciente: previa, durante y tras el proceso.
- Observación de signos de riesgo.
 - Factores predictores de agresividad.
 - a) Aumento creciente de la actividad motora (juego con las manos, imposibilidad de permanecer quieto, movimientos estereotipados, golpes...)
 - b) Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos o exhibición de violencia sobre objetos...
 - c) Sospecha de consumo de tóxicos.
 - d) Antecedentes de conducta violenta previa.
 - e) La presencia de clínica alucinatoria incrementa el riesgo.

- Factores predictores de riesgo orgánico vital:
 - a) Deterioro de constantes vitales.
 - b) Alteración del nivel de conciencia.
 - c) Y/o la presencia de alucinaciones visuales

Diagnósticos de enfermería (12)

Siguiendo criterios de taxonomía NANDA los diagnósticos más frecuentes con los que nos podemos encontrar:

- Riesgo de violencia dirigida a otros (138)
- Riesgo de violencia autodirigida (140).
- Riesgo de lesión (35).
- Confusión aguda (128).
- Trastorno de los procesos del pensamiento (130).
- Ansiedad (146).

Objetivos específicos

El enfermero deberá:

- Reducir la ansiedad del paciente.
- Proporcionar un ambiente terapéutico seguro.
- Disminuir los estímulos exteriores.
- Evaluar cualquier riesgo de agresión.

El paciente deberá:

- Reconocer los desencadenantes de su conducta violenta.
- Ser capaz de controlar su conducta (solo o pidiendo ayuda).
- Reducir el número de respuestas violentas.

Intervenciones

- Valoración constante. Durante la primera hora, el paciente será observado cada 15 minutos. A partir de la segunda hora el control será horario, anotando cualquier incidencia en la hoja de enfermería. En sucesivos turnos pasará una vez cómo mínimo.
- Vigilar las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.

- Vigilar estado de conciencia manteniendo contacto verbal con intervalos regulares mientras esté despierto
- Proporcionarle los cuidados necesarios de:
 - Alimentación y administración de líquidos. Preferentemente se le ofrecerá bandeja desechable sin cuchillo ni vaso de cristal.
 - Aseo encamado.
 - Eliminación: En función del estado, se recurrirá al pañal, a la cuña o se le acompañará al baño, avisándole de que será nuevamente contenido.
- Valorar la compresión vascular (arterial y venosa), nerviosa y articular: pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros.
- Prevenir las lesiones por fricción.
- Vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por inmovilización: tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón. Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible.
- Registro en el evolutivo de enfermería: Factores precipitantes de la contención, acciones previas que se han llevado a cabo, puntos de ajuste de la sujeción, duración de la misma, incidencias, toma de constantes, medicación, cuidados (10, 13, 14)

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A, González F, Rodríguez B. Urgencias psiquiátricas. *Medicine* 1999; 7(122): 5729-37.
2. Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Ancora, 1996 (2ªEd): p.1335-1358.
3. Sevillano Arroyo MA. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com*. 2003;7(3). [acceso el 20 Ago 2011] Disponible en: www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatricom/article/.../345/328/
4. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Septiembre 2003.

5. Seoane Lago A, Alava Cascon T, Blanco Prieto M, Diaz Moreno H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Abril 2005.
6. Climent López CE, Castrillón Muñoz E, Miranda CA, González Caro CH, Conde Ramírez SA, Torres F. Urgencias psiquiátricas. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. [acceso 20 Ago 2011] Disponible en: <http://www.medy-net.com/usuarios/jraguilar/Urgencias%20Psiquiatricas.pdf>
7. Fernández Gallego V., Murcia Pérez E., Sinisterra Aquilino J., Casal Angulo C.; Gómez Estarlich, MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias 2009; 21: 121-32.
8. El paciente agitado. Recomendación científica 10/01/09 de 25 de junio de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias. [acceso 15 Ago 2011] Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/AGITADO.pdf>
9. Protocolo de contención y sujeción mecánica de pacientes. Revisión 4. 2009. Servicio de psiquiatría del Hospital de Cruces. Osakidetza
10. Protocolo de sujeción mecánica. Hospital Donostia. Osakidetza. IT-40_PG07_06. Fecha revisión: 16/02/2010.
11. 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 (BOE nº 274, 15-11-2002).
12. Diagnósticos de la NANDA 2009-2011. [acceso 15 Oct 2011]. Disponible en: http://www.dep19.san.gva.es/intranet/servicios/Enfermeria/ficheros/diagnosticos09_11.pdf?u=
13. Negro González E.; García Manso M. El paciente agitado: Planificación de Cuidados. NURE Inv [edición electrónica]. 2004 Jun [citado 20 Ene 2012]; 6(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%20num6.pdf
14. Muñoz Ávila J, Torres Murillo J, Calderón de la Barca Gázquez JM, Berlango Jiménez A, García Criado E.I, Jiménez Murillo L. Manejo en urgencias del paciente agitado o violento. Semergen 25 (6): 532-36.