

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en el comportamiento a consecuencia de la agitación psicomotora, es una de las urgencias hospitalarias más frecuentes e importantes, de consecuencias graves e incluso fatales.

La contención mecánica, que es la intervención terapéutica extrema, mediante dispositivos restrictivos dirigidos a la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo en pacientes con cuadros de agitación motora, autoagresividad o heteroagresividad con el fin de aumentar su seguridad y la de los demás incluido el personal sanitario. La correcta intervención está basada en el respeto a la persona, su salud y seguridad, considerando aspectos teóricos, legales y éticos necesarios.

Alrededor de un 30% de pacientes agitados precisan tratamiento o intervenciones restrictivas. El objetivo de este protocolo 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 para facilitar el abordaje de la situación y evitar lesiones tanto al paciente, como al equipo.

CONTENCIÓN MECÁNICA

INDICACIONES

- Prevenir lesiones al propio paciente u 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 ingresa involuntariamente.
- Evitar daños materiales en el servicio.
- Por solicitud voluntaria del paciente y el médico así lo indica.

CONTRAINDICACIONES

Si la situación de agitación se puede resolver por otros medios:

- Abordaje verbal: Es la primera pauta de actuación en agitaciones moderadas a través de una adecuada comunicación.
- Abordaje farmacológico: Cuando la causa de agitación es orgánica y/o el abordaje verbal sea ineficaz.

SIGNOS DE RIESGO

Valoración del paciente previa, durante y tras el proceso

- Factores predictores de agresividad: Exceso de actividad motora, gestos y actitudes violentas (amenazas, gritos, violencia sobre objetos, etc), sospecha de consumo de tóxicos, antecedentes de conducta violenta, presencia de clínica alucinatoria.
- Factores predictores de riesgo orgánico vital: Deterioro de constantes vitales, alteración del nivel de conciencia y presencia de alucinaciones visuales.

PROCEDIMIENTO

El médico responsable del paciente o psiquiatra de guardia será el que decida la contención mecánica y será el coordinador del procedimiento.

- El personal mínimo son 4 personas, aunque lo recomendable es 5 (cada uno sujetando una extremidad y el quinto la cabeza). Se contará con personal de enfermería, auxiliar de enfermería y de seguridad (en caso de riesgo grave para la integridad física del propio paciente o de los profesionales actuantes).
- El coordinador comunicará al paciente que será aislado por seguridad hasta que se tranquilice y recupere el control.
- Selección del lugar, se prepara habitación y recursos necesarios (1 cinturón abdominal, 2 muñequeras, 1 tira de anclaje de pies, 2 tobilleras, 9 anclajes magnéticos, 1 imán) se prepara cama por si es necesaria la sujeción mecánica. Retirar del lugar objetos peligrosos (sillas, pie de suero, etc).
- Tomada la decisión, dar tiempo al paciente para que colabore y se tumbe en la cama. Evitar el exceso de personal en la habitación.
- Si no acede a colaborar, reducir y tumbarle en la cama. Las reducciones en el suelo, se harán protegiendo la cabeza, cada profesional sujetará una extremidad asegurando inmovilidad de grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas) reduciendo el riesgo de fracturas, e impidiendo que el enfermo se golpee o agreda a alguien
- Es recomendable que los miembros de mayor fortaleza física en el equipo sujeten la mitad superior del cuerpo del paciente.
- La posición de inmovilización debe ser la más adecuada en cada caso. Algunos autores afirman que la posición de decúbito prono tiene como ventaja la prevención de aspiración de vómito y se asocia a una resolución más rápida de la crisis, sin embargo, también se relaciona con situaciones de muerte súbita por asfixia. Otros autores consideran que la posición de decúbito supino permite un mejor control y vigilancia, anticipa nuevas situaciones de agitación y facilita la administración de medicación intravenosa.
- Una vez que el paciente está en la cama, se colocan 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.
- Se comprueba el grado de movilidad del paciente y de la correcta colocación de las sujeciones.

- Registrar al paciente y retirar objetos peligrosos que puedan dañarle. Se le vestirá con el camisón del hospital cuando su estado lo permita.
- Explicarle cuando acabe la contención que todas sus necesidades serán atendidas y que se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

FINALIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN

Se realizará tras valoración y decisión médica. 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 un corto periodo de tiempo y si todo va bien liberarle finalmente del aislamiento.

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

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- 1. 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 una vez como mínimo.
- 2. Vigilar las constantes vitales y estado de conciencia** manteniendo contacto verbal mientras esté despierto.
- 3. Proporcionarle cuidados necesarios:** alimentación y administración de líquidos en bandeja desechable sin cuchillo ni vaso de cristal, aseo encamado y en función del estado la eliminación será en pañal, cuña o se le acompañará al baño, avisándole de que será nuevamente contenido.
- 4. Valorar la compresión vascular (arterial y venosa) y articular:** pulsos periféricos, temperatura, coloración, entumecimiento y movilidad de los miembros, Prevenir las lesiones por fricción.
- 5. Vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por inmovilización:** tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, etc. Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible.
- 6. 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.

REFERENCIAS

- (1) de Figueroa AB, Carrascal S, Acosta S, Suárez J, Melo A, Pérez J, et al. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. Revista Ciencia y Cuidado 2010;7(1):29-34.
- (2) Rubio NC, Barriuso CG, Jiménez CG. Contención mecánica en urgencias Mechanical contention at emergency. Nure Investigación 2012;2(60).