

Autores: Fernández Rodríguez, Ángela\*; Rivas Cilleros, Elena\*\*; López Alonso, Jose Carlos \*\*\*.

\*Centro de Atención a la Dependencia Sierrallana, \*\*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, \*\*\*Hospital Santa Clotilde.



### INTRODUCCIÓN

Se denomina agitación psicomotriz al cuadro clínico en el cual el paciente presenta hiperactividad motora y psíquica, con un aumento incontrolable de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar, pudiendo llegar a la violencia física con auto y/o heteroagresividad hacia personas u objetos.

Esta situación se considera urgencia psiquiátrica, y las medidas terapéuticas existentes son amplias: control ambiental, medidas conductuales, contención psicológica, contención química, contención mecánica y aislamiento.

### MEDIDAS TERAPÉUTICAS

El control ambiental consiste en la modificación del contexto para conseguir un ambiente tranquilo, fuera de fuentes estresantes para el paciente, como por ejemplo el ruido. También se puede incluir o excluir del ambiente personas concretas que disminuyan o aumenten respectivamente la excitación del paciente.

Con medidas conductuales nos referimos a hacer que el paciente participe en tareas que sean incompatibles con su estado de agitación, por ejemplo dar un paseo, realizar ejercicio físico o participar en talleres ocupacionales.

La contención verbal o psicológica pretende negociar situaciones terapéuticas, disminuir la agresividad y prevenir la violencia. Es una medida útil en casos en que la pérdida de control no es total. Es sumamente importante que la comunicación no verbal no sea agresiva, y que incluya elementos tranquilizadores.

La contención química consiste en la administración de fármacos, generalmente antipsicóticos y/o benzodiacepinas.

La contención mecánica o restricción física consiste en inmovilizar parcial o totalmente a un individuo, mediante procedimientos físicos, de manera que podamos controlar sus conductas violentas o de alto riesgo para su salud o la de terceras personas.

Se entiende por aislamiento al confinamiento de un paciente dentro de una habitación, impidiéndole la salida durante un periodo de tiempo limitado.

Estas medidas terapéuticas se podrán utilizar de manera combinada, y dependerá de cada situación concreta cuáles de ellas sean usadas. Así, en los casos en que la pérdida de control no es total, se podrán utilizar el control ambiental, las medidas conductuales y la contención verbal. Cuando la situación sea más aguda, será preciso utilizar la contención química y mecánica, así como el aislamiento, siendo estos dos últimos utilizados siempre como MEDIDA EXCEPCIONAL debido a sus posibles efectos adversos e implicaciones éticas.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ramos Brieva JA. Contención mecánica, restricción de movimientos y aislamiento. Barcelona: Edit Masson; 1999  
López Sánchez O et al. Actuación enfermera ante el paciente con agitación psicomotriz. Revista científica Hygia de enfermería. 2011; nº 76: 47-53.

### CONTENCIÓN MECÁNICA

La contención mecánica requiere una aplicación meticulosa para prevenir la aparición de complicaciones.

Esta medida terapéutica debe ser indicada siempre por un facultativo, si bien debido a la urgencia de la situación y a la proximidad al paciente, el enfermero está autorizado a tomar dicha decisión, realizándose posteriormente la indicación médica.

Aunque las facultades psíquicas del paciente estén disminuidas, es importante informar al paciente (y en su caso a la familia), antes de iniciar la contención, de una manera comprensible y acorde con su nivel de atención y colaboración.

Nos aseguraremos de que las sujeciones están colocadas debidamente en la cama antes de iniciar el procedimiento.

La contención puede ser completa o en 5 puntos (abdomen, MMII y MMSS) o parcial (abdomen, MI y MS contralateral).

El materia actualmente homologado consta de: sujeción abdominal, peto torácico, sujeciones de manos y pies, adaptador de sujeción para los pies, alargaderas, imanes y anclajes.

El personal mínimo para que el procedimiento sea seguro son 4 personas (una controla cada miembro), si bien sería óptimo que hubiera 5 personas: la quinta controla la cabeza, se comunica con el paciente y dirige la contención.

El paciente será colocado en decúbito supino, salvo en casos de disminución de conciencia o riesgo de broncoaspiración, que se hará en decúbito lateral izquierdo.

El orden de contención será el siguiente: sujeción abdominal, miembros inferiores y finalmente miembros superiores.

Elevar el cabecero de la cama, para evitar broncoaspiraciones.

Durante la contención se realizará una valoración frecuente del paciente, se facilitará la comunicación con el personal y se aplicarán los cuidados derivados de la contención, así como de su patología.

La supresión de la contención será gradual, realizando una contención parcial previa a descontener completamente.

La contención durará siempre el mínimo tiempo necesario para alcanzar el objetivo terapéutico.