



Autoras: Pérez Rubio, MN, Gracia Rosich, M y Vilardell Balasch, M.

Introducción

La contención mecánica es una medida terapéutica adoptada cuando la contención verbal y/o farmacológica no han sido efectivas que consiste en la inmovilización total (Tronco y cuatro extremidades) o parcial (tórax y extremidad superiores derecha/izquierda y la inferior izquierda/derecha) del paciente mediante dispositivos técnicos.

Objetivos

Dotar a los profesionales de unas pautas que ayuden a la toma de decisiones y a la actuación y coordinación conjunta, facilitando aspectos técnicos, éticos y legales.

Indicaciones

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas.
- Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retirada de vías, sondas nasogástricas...).
- Evitar daños materiales.
- Para evitar la fuga del paciente si existe riesgo.

-Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

La decisión de sujetar al paciente la tomará:

- El médico responsable o, en su defecto, facultativo de guardia.
- La enfermera en situación de urgencia contactando con el médico con la menor demora posible.

Técnica:

Consideraciones previas:

Comprobar el correcto estado de la cama y de las correas de sujeción.

Eliminar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.

Retirar objetos de la ropa del paciente.

Preveer el tipo de sujeción (total o parcial).

Recursos humanos:

Personal:



- Cuatro (mínimo): Una por extremidad del enfermo.
- Cinco (óptimo): La quinta para sujetar la cabeza.

Recursos materiales:

Dos sujeciones de extremidades superiores (cortas).

Dos sujeciones de extremidades inferiores(largas)

Una sujeción de abdomen

Pivotes de hierro y capuchones de plástico con cierre magnético

Imán para la apertura de cierres magnéticos.(Aconsejable dos).

Secuencia de actuación:

Una vez tomada la decisión de la contención se debe elegir el director del procedimiento

Se tumbará al paciente en decúbito supino sujetando los miembros superiores e inferiores, mínima la sujeción de dos miembros alternos y un máximo de cuatro miembros más la cadera. Cada miembro del equipo se dirigirá a una extremidad preestablecida. Para las superiores se sujetarán hombros y antebrazos. Para las inferiores por encima de las rodillas y los tobillos.

Si el paciente camina y colabora, se le acompañará a la habitación y se le instará a que se tumben en la cama. Una vez tumbado, cada persona sujetará una extremidad y la mantendrá sujeta hasta que todas las contenciones estén aseguradas.

En caso de que la persona se agite, habrá que estar preparado para sostenerle la cabeza y evitar que se haga daño. No se forzarán las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.

Se empezará inmovilizando el abdomen, posteriormente las extremidades inferiores y finalmente las superiores. Cada persona sujetará una extremidad.

No se soltará ninguna de las extremidades hasta comprobar que las sujeciones están bien colocadas.

Si hay que administrar medicación parenteral, el equipo continuará sujetando al paciente hasta finalizar la administración.

Se revisará el entorno más próximo al paciente, retirando aquellos objetos que puedan ser peligrosos.

Se evitará situar la cabeza del paciente en la proximidad a esquinas.

Una vez realizada la contención:

Se comprobará que las correas están convenientemente sujetas controlando el grado de presión.

Siempre identificarse una vez esté el paciente contenido.

Se registrará la contención en la historia del paciente y en la hoja de registro (ANEXO 1).

Será necesario controlar y vigilar al menos cada 15 minutos durante la primera hora y cada dos horas a partir de la primera hora, dejando constancia en las hojas de seguimiento (ANEXO 2).

- Nivel de conciencia
- La tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria y temperatura corporal.

-Las zonas de sujeción: compresión vascular, nerviosa y articular así como las lesiones por fricción...

-Nivel de agitación agresividad y ansiedad.

-Las necesidades básicas de alimentación, hidratación, eliminación e higiene.

Nunca descontener a un paciente sin la presencia física del personal suficiente. Lo habitual es proceder a una descontención gradual, pasando de una total a una parcial.

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación)...

- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

ASPECTOS LEGALES

En esta acción concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad, circunstancias se regulan en el artículo 211 del Código Civil acerca de los internamientos involuntarios y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad acerca del consentimiento informado.

Bibliografía

1. Alfonso Serrano Gil y Rosa Adela Leonseguí Guillot "Introducción a la enfermería en salud Mental". Experto universitario de enfermería en Salud Mental Ed. Díaz de Santos 2012.
2. Salcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica".Edit. Entheus. 2005.
3. Kaplan & Sadock's. "Synopsis of Psychiatry. Ninth Edition. Sadock, B.J. ; Sadock, V.A. 2003.