

Memoria del
Trabajo Fin de Grado
en Enfermería

**LA CONTENCIÓN COMO MÉTODO DE
PROTECCIÓN EN URGENCIAS**

Autor: Garazi Redondo Díez

Director/a: Rosa García Orellan

Asesor/a: Juana Moreno

Convocatoria: febrero

Visto bueno del Director del Trabajo Fin de Grado

D./D^a Rosa García-Orellan, profesor/a adscrito al Departamento de CIENCIAS DE LA SALUD de la Universidad Pública de Navarra informa que el trabajo titulado:

La contención como método de protección en Urgencias

Presentado por D./D^a Garazi Redondo Díez reúne los requisitos para su presentación y defensa, por lo que da su visto bueno.

Para que conste donde proceda, se firma el presente documento en Pamplona a 15 de Febrero de 2013

Fdo.: 
Rosa García-Orellan

RESUMEN

Con frecuencia en los servicios de urgencias, se debe recurrir a la práctica de la contención mecánica en los pacientes agitados con el fin de garantizar su seguridad y la de los de su alrededor.

Este trabajo consiste en dos partes. La primera, se centra en una guía que recoge pautas para llevar a cabo la contención física de un paciente, evitando o procurando minimizar, los posibles riesgos a los que pueda estar sometido tanto el paciente, como en personal sanitario que lo atiende. Se mostrarán las indicaciones a seguir por los sanitarios, su orden y medidas complementarias a la contención física de los pacientes.

También se explica que posibles vías alternativas existen para no tener que llegar a la misma contención, y se indagará en los aspectos éticos y legales que habrá que tener en cuenta para que esta práctica sea eficaz y segura tanto para el personal como para el paciente, respetando en todo momento los derechos del individuo en si.

La segunda parte del trabajo consiste en una reflexión de la situación en el servicio de urgencias y la elaboración de un plan de mejora basado en las necesidades detectadas en dicho servicio.

INDICE

- INTRODUCCIÓN.....Pág.1
- OBJETIVOSPág.2
 - Generales
 - Específicos

- CONTENCIÓN MECÁNICA.....Pág.2
 - Paciente susceptible
 - Indicaciones y contraindicaciones
 - Complicaciones de la contención mecánica
 - Abordajes alternativos
 - Aspectos éticos y legales
 - Procedimiento de la contención mecánica
 - Cuidados de enfermería
 - Supresión de la contención mecánica

- SITUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....Pág.18
- PLAN DE MEJORA PARA EL SERVICIO.....Pág.19
 - Taller sobre la contención mecánica
 - Box de psiquiatría
 - Carteles y folletos sobre la contención
 - Registro de incidencias

- CONCLUSION.....Pág.25
- BIBLIOGRAFÍA.....Pág.26
- ANEXOS.....Pág.27

1. INTRODUCCIÓN

Después de mi experiencia en el servicio de urgencias generales del hospital de Virgen del camino, comprendí la importancia de la contención mecánica en pacientes agitados y la magnitud del problema que representa en el día a día del servicio y la trascendencia de un plan de mejora que consistirá básicamente en la instrucción del personal sanitario en la práctica de la contención física.

La motivación que me lleva a la hora de realizar este trabajo, deriva de la necesidad clínica de una guía que recoja pautas a seguir a la hora de realizar la contención ya que he observado que el personal sanitario no dispone de dicho recurso para clarificar qué prácticas son las adecuadas y como se debe de actuar.

Es un tema polémico que engloba tanto el ámbito médico, en lo referente a la atención psiquiátrica, tanto el ámbito ético ya que entran en juego los derechos de cada individuo.

Antes de profundizar en el tema, es necesario definir la contención y los términos que le rodean. La contención mecánica (*protocolo hospital de San Carlos 2010*) se entiende por la intervención terapéutica extrema mediante la aplicación de dispositivos inmovilizadores para limitar temporalmente la libertad de un paciente, sus movimientos y el acceso a su propio cuerpo para su mayor seguridad y/o la de otros, personal sanitario incluido. Hay que destacar que un paciente agitado no tiene por que ser un paciente agresivo, aunque pueda derivar a una situación en la que el paciente o el personal sanitario que lo atiende, tanto como el equipamiento y el material de su alrededor, puedan resultar dañados. Tal protección del paciente y ajena conlleva la intención terapéutica de mantener un funcionamiento eficaz de los dispositivos implementados (catéteres, sondas, mascarillas...).

Una vez observada la necesidad, mi propuesta se basa en la unificación de criterios y la necesidad de protocolizar los pasos que se deben de dar en cada situación y sobre todo, instruir al personal no solo en la realización de la contención, si no en como se puede evitar la inmovilización de los pacientes a través de abordajes alternativos. Después realizaré un plan de mejora que consistirá en ideas para mejorar la calidad asistencial al paciente de estas características, basándome en las necesidades detectadas en el servicio

Por ello, partiendo de datos obtenidos de diferentes protocolos y autores he creado una guía de actuación que guía al personal sanitario a la hora de enfrentarse a un paciente agitado.

2. OBJETIVOS

➤ **Objetivos generales:**

El objetivo de este trabajo se centra en mejorar la calidad asistencial ofrecida al paciente y minimizar los posibles riesgos tanto para el paciente como para el personal sanitario. Con datos de protocolos ya existentes pretendo crear un documento que unifique las prácticas más adecuadas y la secuencia en la que hay que realizarlas, para procurar la óptima realización de la contención física y métodos de prevención.

➤ **Objetivos específicos:**

- Creación de una guía que contenga:
 - Indicaciones, contraindicaciones y riesgos a la hora de contener
 - Aspectos legales y éticos
 - Secuencias de actuación
 - Abordaje alternativo
- Creación de un plan de mejora aplicable al servicio referido.

3. CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES:

Los médicos siempre han tenido que enfrentarse a pacientes que por diversos motivos y no necesariamente de origen psiquiátrico, presentan una agitación psicomotriz que han debido ser controlados.

Son situaciones que tradicionalmente el médico resolvía con métodos inhumanos para controlar al “paciente enajenado” que consistían en que el paciente fuese contenido con grillos, cepos, reclusiones en jaulas durante meses y posteriormente con sillones y camisas de fuerza

Hoy en día todo lo utilizado para restringir el movimiento de un paciente, es un tipo de sujeción de cuero o correas con velcro utilizadas para atar al paciente a su cama o para administrar medicación sedante que calme a un paciente que se encuentra agitado.

Los avances en el ámbito médico tanto en psiquiatría como en tratamientos sedativos, han hecho que el trato a los pacientes agitados sea más eficaz y digno. El uso de tranquilizantes ha cambiado la faz del problema y se han mejorado con creces el uso de las restricciones mecánicas y el concepto que se tiene de ellas. *(Manejo del paciente agitado. 2009:121)*

3.1 Pacientes susceptibles y evaluación del paciente agitados

La agitación de un paciente puede tener una causa subyacente que puede residir en una enfermedad mental aunque no necesariamente deba de ser así.

Los pacientes susceptibles, son aquellos que su problema puede residir en uno de estos sucesos (1):

- **Agitación orgánica:** cuadro de inicio agudo o subagudo habitualmente en personas de edad avanzada sin historia psiquiátrica previa (delirium o cuadro confusional agudo)

- Alteración del comportamiento
 - Alteración de la conciencia
 - Desorientación temporoespacial
 - Confusión mental
 - Hiperexcitabilidad muscular
 - Alucinaciones visuales
 - Intoxicaciones (cocaína, anfetaminas alcohol, cannabis, neurolepticos, benzodiazepinas, anticolinérgicos)
 - Síndrome de abstinencia de tóxicos, alcohol o medicamentos.
- **Agitación psiquiátrica:** Habitualmente el paciente tiene antecedentes psiquiátricos + clínica característica de alguna patología psiquiátrica
- Alucinaciones auditivas
 - Ideación delirante de perjuicio
 - Alteración de afectividad (disforia o euforia)
 - Hostilidad o agresividad
 - Habla amenazante o insultante
- **Agitación mixta:** se combina la enfermedad psiquiátrica con el factor orgánico como consecuencia de una intoxicación etílica y/o por otros tóxicos. Los pacientes con retraso mental o demencias también pueden presentar agitación como respuesta a un malestar como dolor, fiebre o cualquier otro síntoma que le genere molestias

La evaluación del paciente siempre resulta de gran utilidad, no siempre un paciente llega agitado al servicio si no que la agitación psicomotriz puede darse mientras el paciente permanece a la espera o mientras se le atiende. El personal sanitario siempre debe de mirar por su propia seguridad y para evitar situaciones peligrosas lo mejor será que el paciente sea visto en un lugar libre de instrumentos, si es posible que se permita la presencia de un acompañante. Siempre se debe de adoptar una posición de firmeza y seguridad ante el paciente, y si eso no da resultados, para evitar daños habrá que proceder al control físico.

Ha de ser sabido que existen indicios que pueden avisarnos de la inquietud de un paciente y ser signo de alarma de una agitación o una situación alarmante inminente. Los signos de aviso que pueden avisarnos de un peligro son:

- **Fase verbal:** amenazas e insultos por parte del paciente, habla grave y amenazante
- **Fase motriz:** se le ve inquieto, pasea de un lado a otro, presenta hiperactividad.
- Daño al equipamiento o la sala donde esta siendo atendido, golpes al inmueble.
- Consumo reciente o habitual de tóxicos
- **Fase de ataque:** causa daños a otros o a sí mismo

No siempre el individuo agitado será agresivo o violento, pero hay que estar atentos por si aparece algún síntoma que alerte que dicho paciente pueda transformar su agitación en agresividad, que resulte dañina para sí mismo o para

las personas que lo rodean. Para ello, será imprescindible el sentido común y la experiencia del sanitario en situaciones como la descrita. También hay que recordar, que la contención física de los pacientes no solo se usa en momentos en los que el paciente está agitado o es agresivo si no que su función también reside en proteger al propio paciente, el equipamiento y el personal.

3.2 Indicaciones, contraindicaciones y abordajes alternativos.

Cuando un paciente muestra agitación, hay veces que en el servicio de urgencias, dicho paciente puede crear una situación de estrés para el personal ya que el personal sanitario puede mostrarse dubitativo o que la situación les desborde. El desconocimiento o la falta de criterios unificador puede hacer que la situación se descontrola, por ello un buen abordaje del paciente hará de la contención una práctica mas sencilla y cómoda para todos.

La buena puesta en práctica, nos ayudará a limitar o disminuir posibles complicaciones o errores que pueden aparecer por la mala realización de una contención física.

Si la contención de un paciente es necesaria, el seguimiento de unas pautas correctamente protocolizadas es la clave para la óptima realización de dicha técnica de forma rápida y segura en cualquier servicio que se realice.

Las indicaciones para la contención mecánica de un paciente son las siguientes (2,3):

- Prevenir de cualquier daño al paciente (autolesiones, caídas, suicidio o accidentes)
- Prevenir lesiones a terceras personas (personal sanitario o enfermos)
- Para prevenir la interrupción de cualquier tratamiento y asegurar su correcto funcionamiento (evitar arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital)
- Prevenir daños físicos en el equipamiento del servicio (destrucción de mobiliario, equipos de diagnóstico y/o terapéuticos)
- Para evitar estímulos externos (aislamiento)
- Como parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado
- Si el paciente lo ha solicitado voluntariamente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende
- Si se prevé que el paciente pueda darse a la fuga y sea necesaria su atención médica en pacientes de ingreso involuntario.

De la misma forma la contención física estará contraindicada en caso como:

- Siempre que sea posible aplicar abordajes alternativos que sin llegar a contener al paciente logremos que se mantenga en un estado de calma y no represente ningún peligro para si mismo o los demás.
- Orden expresa del facultativo de no contención física.
- Nunca debe usarse la contención como castigo, o utilizarla por comodidad o descanso del personal sanitario.
- Cuando la conducta violenta del paciente sea voluntaria, en este caso los miembros de seguridad serán los encargados de controlar la situación.

- Cuando no exista personal sanitario suficiente y la situación sea peligrosa.

3.3 Complicaciones de la contención mecánica:

Hay que tener presente las contraindicaciones explicadas ya que la contención mecánica es una medida con elevado riesgo clínico y legal en caso de estar mal indicada o aplicada. A demás, hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que pueden darse (4):

➤ Generales

- Hipertermia
- Rabdomiolisis (destrucción de las células musculares) que como consecuencia pueda dar paso a síntomas como fiebre náuseas y vómitos.
- Riesgo de tromboembolismo
- Fracturas o luxaciones ocasionadas al forzar la inmovilización
- Asfixia causada por el propio paciente al quedar enredado en el sistema de correas
- Lesiones en el plexo nervioso
- Broncoaspiración
- Riesgo de muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.
- Pérdida de tono muscular y fuerza
- Inestabilidad de la deambulación
- Estreñimiento
- Rigidez
- contractura

➤ Específicos

- Riesgo de la contención abdominal: ahorcamiento, dificultad respiratoria y compresión nerviosa.
- Riesgo de la contención de extremidades: obstaculización de la circulación sanguínea, compresión nerviosa, edemas y hematomas.

Una buena realización de la inmovilización será el determinante para la minimización de los mencionados peligros.

3.4 Abordajes alternativos

Los abordajes alternativos son medidas a adoptar en la fase inicial o cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en fase de agitación y pérdida de control y que pueda ir en aumento. En primer lugar es importante conocer la situación personal del paciente y consultar su historia clínica, para que a través de ella, tomar las decisiones necesarias para abordar la situación.

Siempre que sea posible, se intentará calmar al paciente para no llegar a la contención física. El objetivo de los abordajes alternativos se centrará en conseguir un estado de tranquilidad por parte del paciente si que la restricción física sea necesaria. Los abordajes alternativos se centrarán en 3 pilares que presento a continuación (1, 2, 3,4):

➤ Abordaje verbal / contención verbal

El abordaje verbal es la primera medida que se debe intentar para calmar al individuo. En esta fase puede ser de gran utilidad la presencia de un acompañante que pueda ayudar a calmar al paciente. La contención verbal será útil en casos de agitación leve o moderada y sobre todo de origen psíquico, evitando así llegar a la contención física.

Como para cada actuación, hay pasos o pautas que debemos seguir para que el abordaje verbal sea seguro y eficaz.

- Hay que darse a conocer y presentarse como profesional.
- Hay que informar al paciente de que se le va a hacer evitando promesas falsas.
- Hay que mostrar una actitud tranquilizadora pero siempre adoptando una actitud firme, aparentando calma y control ante la situación.
- Hay que mantener un tono suave, mantener una conversación tranquila y hablar sin elevar la voz y no enfrentarse al paciente. Las preguntas deben de ser cortas, fomentar la escucha activa y nunca mostrar perjuicios hacia el paciente.
- Es importante controlar la conducta del paciente dejando claro que actitudes se aceptaran y cuales no.
- No mantener la vista fija, sino efectuar movimientos naturales de la vista
- Evitaremos mostrar miedo, para ello tenemos que haber creado previamente unas condiciones de seguridad en el entorno.

Siempre se debe intentar empatizar con el individuo, si se consigue un vínculo de confianza con el paciente, es posible que fomentando la escucha y haciéndole ver que sus inquietudes son atendidas evitemos que la agitación de dicho individuo vaya en aumento. Si se prevé que la situación pueda descontrolarse siempre debemos pedir ayuda y seguir con el siguiente escalón en la guía de actuación.

➤ Medidas ambientales

Las medidas ambientales pueden hacer que nuestro paciente se sienta más cómodo y seguro, en un entorno fuera de estímulos externos que puedan alterar su comportamiento.

A veces, el mero hecho de cambiar al individuo de su entorno social resulta efectivo a la hora de controlar su comportamiento. Es importante sacar de contexto a las personas que sean dañinas o provocadoras para el, o que puedan causar alguna confrontación, a la vez que se debe introducir a personas que su presencia sean beneficiarias. En ocasiones el simple hecho de la presencia de una figura de autoridad, una figura de fuerza o la presencia de una persona significativa para el paciente, beneficiará en el trato con el.

Hay que posibilitar al paciente la opción de actividades relajantes para él como pasear o fumar o llamar por teléfono a alguna persona. Siempre se debe escuchar al paciente e intentar comprender su malestar o inquietudes y hay que ayudar en la realización de métodos que ayuden a calmar al paciente como técnicas de respiración o relajación muscular.

➤ Contención farmacológica

Cuando el abordaje verbal y las medidas ambientales fracasan, la contención por vía de la administración de fármacos será el siguiente paso a seguir con el fin de tranquilizar al individuo. Hay que remarcar el riesgo que conlleva la contención farmacológica en relación con caídas, pérdida de movilidad y posibles efectos adversos.

La indicación de la terapia farmacológica dependerá de la magnitud de la agitación del paciente y habrá que tener en cuenta el posible diagnóstico del paciente. El objetivo reside en calmar al paciente lo antes posible evitando que pueda sufrir algún daño.

La vía más recomendada o la primera de elección será la vía oral o la intravenosa por su rápida actuación. Es cierto que tanto la vía oral como la parenteral son difíciles de llevar a la práctica en la realidad, ya que si hablamos de pacientes agitados el hecho de canalizar una vía venosa puede resultar dificultoso, incluso peligroso.

La elección de los fármacos estará determinada por las características del propio fármaco y su capacidad de sedación, la farmacocinética y su seguridad. Es preferible que el fármaco a elección reúna estas propiedades.

- Rapidez en el inicio de la acción
- Fármaco de acción corta
- Mínimos efectos secundarios.
- Escasas contraindicaciones.
- No interacción farmacológica.

Es conveniente posibilitar al paciente un tranquilizante que se administre por vía oral o sublingual durante la entrevista, habitualmente benzodiazepinas de acción rápida (diazepam, alprazolam, lorazepam, clorazepato dipotásico) o neurolepticos como el haloperidol.

En general, los fármacos a elección serán la benzodiazepinas, siempre y cuando el paciente no presente síntomas psicóticos. Las benzodiazepinas serán eficaces en casos de intoxicaciones o síndromes de abstinencia mientras que los neurolepticos serán efectivos en pacientes que puedan sufrir esquizofrenia, maníacos o individuos con retraso mental. Hay que remarcar que estos medicamentos no son utilizados específicamente en un paciente psiquiátrico, si no que son medicamentos de elección para un paciente que presente agitación.

- *Benzodiazepinas:* Son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central (SNC) con efectos hipnóticos ansiolítico, anticonvulsivo, amnésico y miorelajantes. Producen una sedación rápida y

es preferible usarla por vía intravenosa. Los más utilizados son: midazolán, diazepam y cloracepato dipotásico. (*vademécum*)

- **Neurolépticos:** También denominados antipsicóticos son fármacos utilizados para el tratamiento de enfermedades caracterizadas por su agitación y alteración del juicio. El fin de estos fármacos es el control de la hiperactividad, la excitación y la ansiedad. Los efectos secundarios más frecuentes son los síntomas extrapiramidales que se tratan con biperideno. Los más utilizados son: haloperidol y clorpromacina. (*vademécum*)

Las dosis de los medicamentos son muy variables en función del paciente así como el posible consumo de sustancias tóxicas o uso de otra medicación concomitante. La combinación de los dos tipos de fármacos arriba mencionados es una combinación segura y eficaz que logra un efecto sedativo-tranquilizador más rápidamente que con cada uno de los medicamentos por separado. Además, dicha combinación evita la aparición de efectos secundarios. (1)

Con la pauta farmacológica evitaremos llegar a la contención mecánica o por el contrario, procurar que la contención sea lo más breve posible.

3.5 Aspectos éticos y legales

La contención física de los pacientes engloba tanto aspectos éticos tanto legales por eso es una practica que hay que procurar realizarla de manera menos perjudicial para el paciente. Al hablar de la ética y los términos que rodean la contención mecánica, podemos recalcar que la contención física de un paciente vulnera de forma significativa un pilar en los derechos humanos como es la libertad, pues bien con esta práctica limitamos la libertad de un paciente por medio de correas.

La restricción de esta libertad se verá justificada únicamente cuando el beneficio que aporte dicha contención sea mayor al perjuicio que pudiese causarle. En este caso hablaríamos de términos como el principio de autonomía y el de beneficencia. (2)

El principio de autonomía básicamente consiste en el respeto hacia toda persona, asegurándole la autonomía para que tome decisiones por si mismo. La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencias externas ni internas, lo que podemos expresar en medicina como el consentimiento informado. El paciente tiene derecho a decidir sobre su propio tratamiento pero es discutible en el caso de un paciente agitado sea por la causa que sea, ya que podría causarse algún daño o causarlo en su entorno. En este caso entra en juego el principio de beneficencia. Este principio ético consiste en la obligación del médico o sanitario a actuar en todo momento en provecho de otros promoviendo sus legítimos intereses y eliminando cualquier tipo de perjuicios. La restricción de la libertad por tanto estará basada en la necesidad del personal sanitario en mantener al paciente sin daño alguno.

Es de mencionar también el principio de no maleficencia que fortalece la idea del no perjuicio del paciente a través de la limitación de sus movimientos. Abstenerse

intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

A la vez que la libertad, a través de la contención física de pacientes, podrá verse afectada la dignidad del mismo. El derecho al respeto de la dignidad del individuo se ve respaldada por nuestra constitución española concretamente en el convenio de Oviedo para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano.

Así mismo los principios anteriormente mencionados se ven reflejados en el artículo 17.1 y artículo 15 de la constitución española y en el código civil que hace referencia al internamiento involuntario de los pacientes que podemos trasladar a la situación en el servicio de urgencias, ya que muchos pacientes quedan ingresados en el área de observación en contra de su voluntad.

- **Constitución Española: Art. 17.1:** *“toda persona tiene derecho a la libertad y la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad si no con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la ley”.*
- **Constitución Española: Art.15** *“todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso puedan ser sometidos a tortura o a penas o tratos inhumanos o degradantes”*
- **Código civil (Art.211) y ley de Enjuiciamiento civil (Art.763)** sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Los prospectos del internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de personas que no estén en condiciones de decirlo por sí. En efecto, la ley del artículo 763 expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí, que esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial”.* Esto se aplicará cuando la contención del paciente supere las 24horas.
- **La Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales de Navarra**, lo mismo que la catalana, incluyó mención expresa a los requisitos de uso de contenciones. **El artículo 8.k** reconoce *el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros.*

Basándonos en los principios éticos presentados y las leyes que los respaldan, para que la contención mecánica sea admisible y de trato humano, debe de reunir los requisitos que presento a continuación (3):

- En todo momento se ha de respetar y tener en cuenta la dignidad del paciente mediante la privacidad y con los recursos físicos y humanos utilizados.
- Que el paciente sea informado del procedimiento.
- En caso de que el paciente no pueda ser informado a causa de su estado físico o psíquico se deberá informar a un familiar o representante del mismo a ser posible con carácter previo.
- Que la contención no se alargue más de lo necesario.
- Que se ajuste un protocolo de actuación a seguir en el centro.
- Que no se realice por comodidad del personal sanitario y solo se lleve a cabo cuando el resto de medidas alternativas no hayan dado resultado.

El paciente tiene derecho a ser informado y siempre se debe de intentar que el paciente participe en la medida de lo posible en el proceso, para procurar que el proceso sea lo menos traumático posible.

El médico responsable de la indicación de la contención deberá informar al paciente, familiar o responsable de la finalidad de la restricción de movimientos, los riesgos que existen y las consecuencias del procedimiento. Siempre se deben proporcionar medidas alternativas, como es el tratamiento farmacológico y si es rechazada plantearse la contención del paciente.

A demás toda actuación relacionada con la práctica de la contención física deberá de ser recogida en la historia clínica del paciente

Cualquier médico esta capacitado para tomar la decisión de contener a un paciente, no necesariamente deberá de ser especialista aunque sea lo óptimo en el servicio de urgencias. Si existe sospecha de que pueda dañarse a sí mismo o a su entorno o manifieste una pérdida de control e impulsos es suficiente para tomar la decisión de contener físicamente al paciente agitado.

Dicho esto, el personal sanitario deberá de concretar un plan de actuación respetuoso con los derechos de la persona, igual que se debe aplicar a modo universal; trata a las personas como te gustaría que las personas te trataran a ti.

3.6 Procedimiento de la contención mecánica

Se entiende por contención física o mecánica el uso de dispositivos físicos y/o mecánicos para restringir movimientos de una parte del cuerpo o su totalidad temporalmente, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo de lesión al enfermo o a otra persona de su entorno, impedir, en el caso de que tenga la manipulación de otras medidas (vías, sondas, conexión a aparatos...) y así mismo impedir fugas en caso de que se encuentre en el servicio de urgencias en contra de su voluntad.

Está considerada una intervención terapéutica extrema que se utiliza en el caso de que abordajes alternativos fracasen a la hora de controlar a un paciente aparentemente agitado. En este apartado expondré conceptos sobre la contención y su adecuado procedimiento (1-5)

Tipos de contención mecánica

En el ámbito de la contención se pueden distinguir diferentes maneras de contener según las características del paciente. Es de mencionar que en instituciones para personas de la tercera edad, la contención adopta otro significado. En las residencias de ancianos la contención en la cama esta a la orden del día pero no es como la entendemos. Por seguridad de los pacientes, para evitar que puedan levantarse a las noches, se utiliza la contención abdominal o se les dispone una sabana que recubre todo el cuerpo imposibilitando el movimiento durante la noche. Estas medidas no servirían ante un paciente agitado en el servicio de urgencias además ya he mencionado el riesgo que existe de estrangulación con el uso exclusivo de la contención abdominal. Existen dos tipos de contención recomendadas

- **Contención parcial (*contención de 3 puntos*):** consiste en inmovilizar el tronco y dos extremidades opuestas. Primero colocaremos el cinturón abdominal y a continuación las dos extremidades creando una diagonal. Es utilizado para pacientes con cuadros mas leves, con esta contención el paciente tendrá posibilidad de movimiento con una de las extremidades.
- **Contención completa (*contención de 5 puntos*):** consiste en la inmovilización de las 4 extremidades. Se colocará primero el cinturón abdominal y luego las cuatro extremidades en diagonal. Esta se utilizará en cuadros mas severos y garantiza que le paciente no tenga acceso a vías periféricas, sondas o cualquier dispositivo que s ele haya colocado.

Decisión

La decisión de proceder a la contención mecánica la tomará en un principio el personal de enfermería del servicio, y responsable del caso. Éste, se pondrá en contacto con el personal médico para acordar si proceder o no, la contención del paciente.

Cualquier médico está capacitado para diagnosticar o reconocer los signos de alarma que presenta un paciente agitado, no es necesario que sea especialista, ni en psiquiatría ni en el servicio de urgencias.

En ausencia de un médico: La valoración de la conducta agitada no esta expresamente relacionada con un especialista o un médico, si no con el sentido común del profesional sanitario que le atiende. Por lo tanto, si fuera imposible contactar con algún médico y la urgencia lo requiera, el personal de enfermería está autorizado a proceder a la contención física del paciente agitado. Posteriormente, deberá comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para que conste por escrito y comenzar con las medidas complementarias oportunas.

Tiempo

Una vez que los abordajes alternativos han fallado y la contención física esté iniciada, en cada turno el personal deberá de valorar al paciente, al menos que se le haya retirado la contención con anterioridad.

El médico que sea responsable del paciente contenido, realizará una primera valoración del mismo en el transcurso de la primera hora de la contención. Tras 4 horas de inmovilización, el médico correspondiente volverá a reevaluar para registrar cambios en la conducta del paciente.

Personal

Al tratarse de una emergencia, lo indicado sería que acuda todo el personal que se pueda dejando al resto de los enfermos con una atención mínima hasta controlar la situación. Si esto no fuese posible, el personal mínimo que debe de realizar la inmovilización es de 4 personas, aunque lo ideal serán 5. Siempre se requerirá la presencia de los celadores y si es necesario del personal de seguridad para garantizar la seguridad de todos los miembros mientras se realiza la inmovilización.

La implicación en la actuación de reducir al paciente incluye a todo el personal sanitario, independientemente de su cargo. Una persona será la que guíe o dirija la contención del paciente. Es preferible que toda aquella persona que no vaya a implicarse o participar en la práctica se mantenga al margen, aunque en ciertas ocasiones la presencia de más miembros de los necesarios para el control de la conducta del paciente es de gran ayuda. Es importante comentar, que el personal que vaya a asistir en la práctica de la contención física, debe retirar de sus bolsillos todo los objetos que lleve para que no pueda ser utilizados por el paciente para causar algún daño a si mismo o al resto (fonendoscopio, tijeras, pinzas...)



Figura nº 1: reducción del paciente (5)

La contención será realizada por el personal de enfermería con la ayuda de celadores y auxiliares de enfermería. Como norma, el medico que ha indicado la contención deberá estar presente en la realización del acto. Cuando se crea que la seguridad del personal está comprometida, más allá de la presencia del personal de seguridad de urgencias, se deberá de avisar a las fuerzas de seguridad del estado para el control de la situación.

En todo momento, el personal deberá de mostrar una actitud firme y segura, sin llegar a ser autoritario y siempre fomentando la escucha activa del paciente.

Recursos materiales:

Contamos con recursos materiales que consisten en bandas y cinturones que irán sujetos a la cama para impedir la movilización parcial o total del paciente. El material que necesitaremos será:

- Cama o camilla. Si será ingresado en el área de observación se contendrá en una cama.
- Sujeción de cuerpo
- Dos muñequeras
- Dos tobilleras
- Dos alargaderas
- Correa de sujeción de pies
- Imanes y pinchos.
- Llave magnética.

En lo referente a los imanes y pinchos, en el servicio de urgencias de virgen del camino, comentaron que ciertos equipos de imanes, debido a la baja calidad del producto, era posible que se soltarán, el cambio de este recurso podría ser planteado para una mejora del hospital, aunque no sea imprescindible.

Comprobación previa

Antes de realizar la inmovilización hay que realizar ciertas comprobaciones para que la contención sea lo más eficaz posible.

- Es conveniente que el material de la contención se guarde en un lugar accesible y cómodo para todo el personal.
- Comprobar el estado previo del material y de la cama en la que va a realizarse la inmovilización.
- Hay que asegurarse de que el material que va a ser usado en la contención del paciente este limpia y en buen estado
- Hay que alejar al paciente de cualquier objeto que pueda usarse como arma y causar daño a si mismo o al resto.
- Asegurar un lugar que no represente una amenaza para el paciente y pueda preservar su intimidad.
- Se deben de tomar medidas preventivas de seguridad para el personal como el uso de guantes y la retirada de objetos potencialmente peligrosos para el personal

Ejecución de la contención

En la contención mecánica, sobre todo en el caso de que esta acción sea contra de la voluntad del paciente, deberá de ser una acción rápida y bien coordinada. No hay que olvidar que esta práctica puede poner en peligro al paciente, y es probable que aumente la ansiedad y agresividad del mismo. No se debe de pensar que es una medida definitiva, aunque lo más probable es que el enfermo llegue a calmarse con esta práctica. Estos son los pasos que deberán de seguirse para que la contención sea lo más eficaz posible.

- Es necesario explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar de manera más clara y sencilla posible dependiendo de su estado. También se deberá de informar al resto de pacientes si se está realizando en un área común.

- El tono que se debe de emplear para dirigirse al paciente tiene que ser calmado y tranquilizador.
- El personal deber de evitar mostrar algún acto de de agresividad o mostrar ira contra el paciente, ni responder a insultos o provocaciones.
- Debe de concederse tiempo al paciente para responder a abordajes alternativos como las órdenes verbales y en caso de que la contención sea necesaria dar la oportunidad de que se tumbe voluntariamente en la camilla.
- Una vez que se ha decidido proceder a la contención mecánica, después de que los abordajes alternativos hayan fallado, no se debe de insistir en el diálogo para que el paciente no tenga reacciones inesperadas.
- El personal deberá de ser cualificado y entrenado, y ser el número suficiente, al ser posible 5 y de no ser posible un mínimo 4.
- Uno de los presentes en la contención, generalmente el médico, deberá de ser quien dirija el procedimiento, colocándose en el lado de la cabeza del paciente. No es necesario de que sea así, uno del personal de enfermería puede ser quien dirija la inmovilización y que sea confirmada por le médico correspondiente.
- Previamente, el personal implicado deberá asignarse el trabajo de cada uno, determinando el plan específico a seguir. Es decir, cada un deberá de sujetar una extremidad, y otro la cabeza. No se debe olvidar el uso de los guantes en todo momento
- Es preferible que la sujeción se realice en su propia cama y que sea el propio paciente quien vaya a pie hacia la cama.
- Antes de realizar la contención se preparará la cama con anterioridad, colocando la sujeción de cintura y de pies en la misma y siempre comprobar que la cama está frenada.
- Si las circunstancias lo permitiesen, se desnudará al paciente y se le retirarán las pertenencias que puedan interferir en la contención o que puedan causarle daños durante la misma
- Si el paciente debe de ser reducido en el suelo, se le debe de girar de espaldas sobre el suelo. Con el paciente en el suelo, quien dirige el procedimiento, dará las instrucciones y será el encargado de sujetar y proteger la cabeza del paciente y los otros cuatro serán los encargados de contener las extremidades. Hay que asegurar la inmovilización de las grandes articulaciones como los hombros, codos y rodillas, lo que limitará cuantiosamente la movilidad del paciente y evitando así posibles fracturas. Tras ser reducido en el suelo el paciente será trasladado a una camilla apta para ser contenido.



Figura traslado a la camilla (5)

- El paciente se colocará en la camilla de cubito supino y se procederá a contener. Las sujeciones deberán de estar preparadas en la cama con los pinchos correspondientes para que la actuación sea lo más rápida posible. si es preferible debería de ser en este orden: cintura, extremidades inferiores, extremidades superiores y tórax si se precisa.



- Hay que colocar la faja abdominal de manera transversal en la cama encima de la sábana inferior y ajustándola a la cama.
- Al colocar al paciente se debe de cerrar la faja a nivel de la cintura, ajustarla a la medida del paciente y cerrar usando el botón magnético siempre y cuando procurando que el paciente se sienta cómodo pero no pueda liberarse.

Figura 3: contención abdominal (5)

- Para inmovilizar las extremidades inferiores, hay que disponer y ajustar a la medida de la cama la cinta de anclaje de los pies. Hay que ajustar la correa de los tobillos a la medida del paciente y fijarlo nuevamente con un botón magnético. Se permitirá un ligero movimiento o se realizará una inmovilización total imposibilitando el movimiento.



figura4.inmovilización de EEII (5)



En el caso de las extremidades superiores, quien realice la inmovilización de las manos, deberá de utilizar una de sus manos para sujetar al paciente por la axila tirando hacia arriba, y con la otra, deberá tirar hacia abajo por la muñeca del paciente, y lo mismo en la otra extremidad. **Figura 5: inmovilización de EESS (5)**

- Debido al riesgo de tromboembolismo, se deberá de revisar la contención periódicamente para garantizar la comodidad del paciente y así de paso ver si existen cambios en su actitud. En caso de que la inmovilización se prolongue, es conveniente liberar una extremidad de forma alternativa cada 30 minutos.
- En caso de que por algún motivo no dispongamos del material homologado, se podría utilizar como medida temporal hasta conseguir las correas, vendas de crepe o similares aunque no sea conveniente.

Respecto a la posición del paciente, según algunos autores (6) la posición de decúbito prono tiene ventajas sobre la decúbito supino, ya que evita la aspiración de vómitos y evita que el paciente en cuestión se golpee la cabeza contra la camilla. Está práctica suele asociarse a una mejor resolución de la crisis. Sin embargo también se ha relacionado con asfixia posicional (7) en pacientes obesos o a los que se les ejerce una presión en la espalda.

Otros autores consideran que la mejor postura para realizar la contención mecánica es la colocación del paciente en decúbito supino con una inclinación de 30° (8).

Hay que considerar la postura de decúbito supino permitirá la colocación de sistemas de vigilancia y control como la monitorización y además, un mejor acceso venoso para la administración de medicamentos. De la misma manera, podremos anticipar posibles nuevas situaciones de agitación y prevenirlas.

Paciente con contención voluntaria

En los supuestos excepcionales en los que el paciente, con capacidad y en condiciones de decidir, de su consentimiento para la adopción de la medida de contención mecánica, parece conveniente que este consentimiento se recoja en un documento escrito firmado por el paciente.

Si el paciente no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, se informará, cuando las circunstancias lo permitan, a los familiares o a las personas vinculadas con el paciente. (2)

Paciente detenido y en observación

En caso de que el paciente acuda *esposado* al servicio de urgencias, se seguirán los principios de seguridad. Se podrá liberar cuando se haya iniciado el tratamiento farmacológico pertinente y este haga efecto. Si el paciente se trata de una persona detenida, se deberá de valorar el posible riesgo de fuga antes de retirar la contención y se requerirá la presencia de un agente de seguridad. (1)

Los pacientes que permanecen en áreas de observación, con tal de que no puedan acceder a vías periféricas o puedan interrumpir el tratamiento que se le está administrando, se podrá vendar las manos en forma de guante de boxeo para evitar el movimiento de los dedos pero si el de la extremidad, o amarrando el brazo a la barra de sujeción con correas.

No hay que olvidar que la contención o la inmovilización por medio de medidas físicas como son las correas, es un proceso posiblemente traumático para el paciente. Si este no cede, será necesario plantearse las medidas farmacológicas más sedativas. (1,2)

3.7 Cuidados de la contención mecánica

Una vez que hayamos conseguido aplicar la medida de contención mecánica a nuestro paciente, estos son los cuidados de enfermería que habrá que brindar al paciente en cuestión (9)

- Mantener la dignidad y autoestima del paciente
- Preservar su intimidad.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras esté despierto.
- Implicar al paciente en planes de cuidados, para poder finalizar la sujeción.
- Mantener la integridad física, porque no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y puede sufrir los riesgos de la inmovilización
- Observarle con frecuencia y retirar los objetos peligrosos del entorno.
- Comprobar la presencia de pulso, vigilar la temperatura, color y sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.
- Vigilar las constantes vitales y nivel de conciencia
- Proporcionarle los cuidados necesarios de alimentación, aseo y eliminación.
- Precaución a las complicaciones: tromboembolismo pulmonar (TEP) y trombosis venosa profunda.

- Todos los pacientes que estén inmovilizados con correas de sujeción mecánica en el Servicio de Urgencias deben permanecer custodiados y vigilados de manera permanente por Personal de Enfermería.
- La retirada de la sujeción mecánica se debe realizar de manera paulatina retirando en primer lugar una extremidad superior seguido de la extremidad contralateral inferior y así hasta proceder a la retirada del cinturón en último lugar.
- Durante las comidas, habrá que retirar los cubiertos al paciente y que un miembro del personal permanezca con el paciente.

3.8 Supresión de la contención mecánica

La decisión de acabar con la contención mecánica, se hará conjuntamente entre el facultativo y la enfermera responsable del paciente en cuestión. La contención mecánica solo debe mantenerse únicamente hasta conseguir el efecto terapéutico deseado. La supresión de la contención mecánica se realizará cuando se haya conseguido el efecto deseado, es decir cuando haya cesado la agitación del paciente y no represente ningún daño para el ni para los que lo rodean.

El médico es quien debe de autorizar la retirada de la contención, habiendo sido informado por el enfermero/a que ha valorado previamente que las razones o conductas que llevaron a la contención de dicho paciente han cesado. Hay que seguir las pautas que presento a continuación (1-5)

- La liberación del paciente se hará de forma progresiva según aumente el autocontrol del paciente y se soltará una mano y un pie, hasta llegar a la contención de tres puntos en forma de cruz (mano - abdomen - pie contrario a la mano).
- La suspensión de la contención hay que realizarla con el personal suficiente y se observará el estado del paciente y su conducta tras su retirada.
- Se anotará la fecha y hora de la retirada de la misma y se registrará cualquier incidente que se haya podido producir en la misma.
- Es conveniente evaluar conjuntamente entre el personal y el paciente las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida de contención tras suspender la restricción.
- Las sujeciones mecánicas deben ser retiradas cuando no se estén utilizando con el paciente, no debiendo ser colgadas de la cama, colocadas entre las sábanas ni sueltas debajo de la cama o en la habitación, puesto que se corre el riesgo de manipulación de la mismas por el paciente, además de ser un elemento que puede ser percibido como amenazante.
- Cuando se retiren las contenciones hay que asegurarse de que no faltan tornillos ni cierres magnéticos y que no han sufrido alteraciones que afecten a su posterior eficacia. Si están deterioradas se retirarán de su uso, comunicándolo a la supervisora de enfermería y procediendo a su reparación.

Una vez que se haya acabado con la contención, se deberá de reflejar en la historia del paciente las actuaciones que se han llevado a cabo, por que se decidió contener y reflejar las posibles complicaciones que hayan surgido

3.9 Vigilancia y traslado del paciente contenido

Cuando un paciente contenido en el servicio de urgencias ha de ser trasladado a otra área del hospital, u a otro establecimiento, la vigilancia y el control de dicho paciente comprende (1):

- Nunca dejar solo al paciente aunque este esté inmovilizado
- Cada cierto tiempo es conveniente revisar que las fijaciones estén bien aseguradas.
- Siempre hay que garantizar que las fijaciones sean confortables para el paciente y que ejerzan su función sin riesgo de perjudicar al paciente o causen lesiones como quemaduras por roce, dificultad de la circulación et.
- Siempre hay que evitar al paciente estímulos externos que puedan causar algún tipo de estrés al paciente o puedan alterar su comportamiento. Por ello, si el traslado se realiza en ambulancia es preferible que se evite el uso de sirenas y aceleraciones y deceleraciones bruscos. También hay que procurarle un habitáculo confortable, con una adecuada temperatura.
- Hay que estar al tanto de posibles cambios en el paciente, valorando periódicamente su conducta o estado de conciencia, toma de constantes vitales etc.
- Si el paciente esta sedado siempre será aconsejable monitorizarlo y aspirar las secreciones periódicamente.

El traslado del paciente se debe de realizar a un centro útil, es decir que se le traslado a un centro que vaya a responder a las necesidades que el paciente presenta en ese instante. En el caso de tratarse de una causa orgánica se ingresará al paciente en un hospital general mientras que si se trata de una causa psiquiátrica, sea trasladado a un centro psiquiátrico o a donde sea pertinente. Es importante que estas actuaciones queden registradas, para poder tomar medidas de prevención, mejoras de tratamiento formación del personal y tomar medidas legales si fuera necesario.

4. SITUACIÓN EN EL SERVICIO

En el servicio de urgencias de Virgen del Camino, con frecuencia acuden pacientes que por diferentes causas (orgánicas, psiquiátricas etc.) se encuentran en un estado de agitación psicomotriz que debe de ser controlado. Tras mi experiencia en dicho servicio pude observar que pese los conocimientos básicos que el personal posee sobre la contención física del paciente, no todo el personal se siente cualificado para realizarlo, o desconocen la manera correcta de realizarlo.

Las pautas que recoge el protocolo sobre una buena contención son mínimas y no ayudan a la hora de clarificar que se debe de realizar en cada situación. El desconocimiento del personal puede llegar a desbordarlos a la hora de enfrentarse a un paciente con una agitación severa.

En mi caso, siendo alumna de enfermería jamás he tenido que lidiar con un paciente agitado y mucho menos he realizado una contención. Los planes de mejora que introduciré en este trabajo los dirijo para personas como yo, es decir que no tienen nociones sobre la contención. De esta manera, cuando lleguen al

servicio tengan recursos para aprender cual es el modo correcto de realizar dicha práctica.

En el servicio de urgencias, por motivo de espacio el paciente que debe de ser evaluado por psiquiatría no dispone de un área específico y equipado para tales casos. Además el problema más conocido en el servicio es la falta de comunicación o unificación de criterios entre los psiquiatras y el personal de enfermería a la hora de trasladar el paciente al área de observación.

5. PLAN DE MEJORA

Basándome en los problemas detectados en el servicio de urgencias, he elaborado, diferentes ideas que puedan mejorar la situación actual del servicio. De este modo pretendo conseguir la minimización de errores y servir de ayuda para el personal sanitario que realice en algún momento una contención mecánica en un paciente agitado.

El plan que he elaborado se fundamentará en 4 pilares:

- Creación de un taller sobre la contención mecánica, como educación para el personal sanitario.
- La creación de un espacio físico específico para los pacientes que necesiten atención psiquiátrica.
- Guía que recoja las pautas a seguir en la contención mecánica que este visualmente accesible para el personal e información para el acompañante. (incluidos en los anexos)
- Crear un registro o libro de actas que recoja la información sobre todas las contenciones mecánicas realizadas en el servicio.

1. Taller de contención mecánica

Uno de los puntos más cruciales en el plan de mejora, se basa en la educación del personal del servicio de urgencias para que la calidad asistencial ofrecida al paciente sea la mas adecuada posible. La necesidad de la creación de un protocolo que recoja las pautas a seguir en una contención mecánica surge del desconocimiento o falta de unificación de criterios a la hora de inmovilizar al paciente.

El punto central de mi plan de mejora será la organización de talleres. Estos talleres se realizarán anualmente y deberán de consistir en clases teóricas y practicas en las que deberán de participar el personal de enfermería, auxiliar de enfermería y celadores.

En caso de que algún profesional no haya podido presentarse o se haya incorporado mas tarde será competencia del hospital formar a dicho profesional a lo que la contención mecánica se refiere. Este taller es original y no esta basado en ningún otro taller creado anteriormente.

- **Objetivo del taller:** Instruir al personal sanitario que trabaja en el ámbito de la urgencia, sobre la realización correcta una inmovilización física, su base teórica y como disminuir posibles riesgos y negligencias por parte del personal sanitario. Este taller no solo se centrará en el bienestar del paciente, si no que el fundamento del taller a parte de proporcionar el mejor trato al paciente agitado, consistirá en la protección y seguridad del propio profesional.
 - **Programa del taller:** El taller consistirá en dos partes, una de ellas consiste en una exposición teórica basada en la información recopilada en la parte inicial de este trabajo. La otra sección del taller, consiste en clases prácticas en las que se llevaran acabo las prácticas explicadas en la parte teórica previamente.
- Exposición teórica

Toda la información impartida en este taller se fundamenta en la base bibliográfica utilizada en mi trabajo. El contenido de la exposición teórica será la siguiente:

- Indicaciones y contraindicaciones: el personal debe de interiorizar cuando esta indicado una contención y cuando no evitando riesgos al paciente.
- Efectos adversos: es importante que el personal sanitario conozca los posibles efectos adversos que la contención puede causar, con el fin de poder evitarlos o detectar el problema con la mayor rapidez posible.
- Abordaje alternativo: se explicaran las diferentes vías por las cuales podremos evitar la inmovilización de un paciente agitado. En este apartado se hablara de:
 - Abordaje verbal: su importancia, como llevarlo a la práctica el tono que debe de usarse y como utilizar la palabra como herramienta (sería interesante que un psiquiatra fuera el encargado de este apartado del taller)
 - Abordaje ambiental: enseñar recursos valiosos que puedan ser utilizados para el manejo o control de un paciente agitado.
 - Abordaje farmacológico: nociones básicas de la pauta farmacológica que se utilice en los pacientes agitados, conocer sus efectos adversos y las características de la medicación con el fin de detectar posibles complicaciones causadas por la medicación administrada al paciente.
- Detección de signos de alarma: a modo de prevención primaria es necesario formar al personal de manera que detecte los signos de alarma en un paciente agitado para que la situación no se des controle y pueda acabar herido alguno de los implicados. De misma manera se deberán de impartir conocimientos relacionados con el abordaje a este tipo de pacientes para garantizar la seguridad del personal.
- Concienciación del personal: en esta área hablaremos de la importancia ética de la contención mecánica, el personal sanitario debe de tener conciencia ética y legal sobre la inmovilización de un paciente, e intentar empalizar con el.

- Área de enfermería: este marco teórico se basará en la instrucción del personal de enfermería en concreto. En este apartado basándome en el protocolo de *osakidetza del 16/02/2010* se explicarán los cuidados que se deben proporcionar al paciente contenido.
- Procedimiento de la contención mecánica: en este apartado se presentará teóricamente el procedimiento correcto a seguir en la inmovilización de un paciente agitado.
 - Material homologado que debe de usarse y en que orden debe de usarse.
 - Personal necesario para la contención
 - Enseñar distintos tipos de contención, su utilidad y características.
 - Paso a seguir en la contención mecánica.
 - Como crear un plan de contención: enseñar a los profesionales a organizarse entre ellos, explicar cómo deben de repartir el trabajo etc.
 - Pasos a seguir para la liberación de un paciente.
- Marco práctico.

Después de la clase teórica, se realizarán clases prácticas con el objetivo de instruir al personal en la realización de la contención, conocer el material, manipularlo y usarlo en una persona real (o un maniquí si no hubiese voluntarios) Se basará en estos pilares:

- Enseñar al personal a inmovilizar al paciente agitado para realizar la contención.
 - Representando una situación real el personal aprenderá la manera correcta de reducir e inmovilizar al paciente en distintas ocasiones (en la camilla, como inmovilizarlo en el suelo y trasladarlo a la cama etc.)
- El personal se familiarizará con el material utilizado en la contención y de manera práctica se harán grupos de distintos compañeros para aprender a colocar los imanes, las cinchas etc. En este apartado será conveniente que un enfermero o auxiliar familiarizado con el ámbito de la psiquiatría y debidamente formado sea quien instruya al resto.
- Se realizarán prácticas de contención intercambiando papeles entre los participantes, es decir, por turnos uno será quien dirija, otro el paciente y otros encargados de la contención de las extremidades.
- Por último, se enseñará al personal a realizar un correcto traslado del paciente, como se debe de contener en una camilla y como sería su correcto traslado en ambulancia.

De manera interactiva, el personal aprenderá a realizar una contención pasando por distintos papeles para que en cualquier caso su actuación sea la mas adecuada posible y sepan como deben de proceder en distintos casos.

Al final del taller, sería interesante dedicar un tiempo a evaluar experiencias previas del personal que acude al taller, es decir que el personal tenga la oportunidad de compartir sus experiencias y dudas al respecto. De esta manera se podrán analizar

errores cometidos y buscar una solución para que no se vuelvan a cometer. Hablar de las vivencias relacionadas con la contención mecánica ayudará al resto de participantes, de manera que si se viesen en la misma situación ya tendrían una guía a seguir para solucionar el problema.

2. BOX de psiquiatría

La falta de espacio para tratar al paciente psiquiátrico plantea otro punto a mejorar del servicio de urgencias.

Son muchos los pacientes que acuden para ser vistos por un psiquiatra o acuden a urgencias por motivos de agitación. En un principio no se dispone de un espacio habilitado para pacientes de estas características. Normalmente los pacientes son vistos en habitaciones o “boxes” que su finalidad son tratar a pacientes con otras patologías y se contiene o en el mencionado box o en el área de triaje.

Por ello propongo la realización de esta área siguiendo el modelo del hospital donosita reflejado en los manuales de distribución y organización de urgencias. (10) Es de mencionar que el hospital de Navarra el área de urgencias también dispone de una sala llamada “sala reservada” equipada para atender a pacientes de estas características.

La habitación o box destinado psiquiatría reunirá estas características según el modelo del servicio vasco de la salud.

- 2 puertas, de diferente apertura.
- Mobiliario sujeto al suelo.
- Timbre de alarma debajo de la mesa que suena en la sala de celadores.
- Ausencia de elementos informáticos arrojadizos.
- Ventanas de doble cristal, que precisan de llave para su apertura. La llave de las ventanas se encuentra en un cajón de la sala de informes que en nuestro caos podría localizarse en el área de triaje.
- Hay siempre una camilla preparada con los elementos de sujeción al lado del despacho de psiquiatría. El imán para las correas se encuentra en un cajón de la sala de informes que también podría ir en el área de triaje.

De esta manera no ocuparemos salas que puedan destinarse a otro tipo de cuidados y el paciente psiquiátrico tendrá habilitado para ser atendido. Ese espacio estará adecuado para que el especialista pueda entrevistar al paciente cómodamente y además este pueda sentirse cómodo en un área neutra y segura tanto para el profesional como para el paciente

3. Carteles y Folletos

Otra de mis ideas para mejorar la realización de la contención mecánica será la creación de carteles que estarán dirigidos a la comodidad del personal de enfermería y los folletos que en este caso estarán dirigidos al propio paciente y en el caso de tenerlo, su acompañante. (Anexo 1 y 2)

- **Objetivo:** Explicar brevemente los pasos a seguir durante la contención mecánica ayudándonos de dibujos para que sirva de guía o referencia en el momento de la contención.
- **Colocación:** Si bien no se ha habilitado un espacio que sea exclusivo para pacientes de psiquiatría, en el caso del hospital virgen del camino colocaría dicho cartel orientativo en la sala de triaje a la vista de cualquier profesional.
- **Contenido:** Se basará en dibujos o imágenes que reflejen los pasos a seguir en el momento de realizar una contención, al lado de cada imagen habrá una breve explicación de lo que se está realizando. Se explicará:
 - Manera de reducir al paciente en el suelo y su traslado a la camilla (y las pertinentes imágenes de cómo se debe de realizar)
 - Exposición del material (brevemente enumerar el material necesario para llevar a cabo la contención)
 - Orden de la inmovilización y pasos a seguir por el personal sanitario. (como ordenar al personal, y guiar con imágenes como inmovilizar cada extremidad) representado con sencillas imágenes para orientar al que lo realiza.

De esta manera quiero conseguir un guía visual para el personal que en ese instante esté realizando la contención o inmovilización del paciente. De este modo si surgiesen dudas mientras que la práctica se esta llevando a cabo, en lugar de tener que consultar el protocolo, la información estaría al alcance evitando perdidas de tiempo y malas actuaciones. No sería necesario que algún miembro de la persona sanitario que está realizando la contención abandonara la sala en ningún momento ya que la información estaría accesible en la propia sala.

Los folletos por otra parte, estarán orientados para el familiar o acompañante del paciente en cuestión. A demás de informar al paciente verbalmente se le proporcionaría por escrito información sobre la práctica de la contención mecánica, que contenga:

- Definición y características de la restricción mecánica.
- Motivos por los que se decide contener físicamente a un paciente
- Objetivo de dicha práctica
- Indicaciones de la inmovilización física
- Cuando se suprime la contención mecánica.

Con estos folletos pretendo conseguir que la familia del paciente o el propio paciente tengan información complementaria a la que el personal le ofrece. Así pues, si el paciente no se siente satisfecho o le surgen mas dudas sobre el procedimiento, siempre tendrá un documento al que recurrir para poder despejarlas. De esta manera, si el profesional ha omitido información o se le ha olvidado informar al paciente de alguna cosa, siempre tendrá a mano la información necesaria para comprender la necesidad de la contención, y de que manera se procede en esta práctica.

La existencia de este documento no eximiría la obligación del médico responsable y del personal sanitario a informar al paciente y la familia del procedimiento realizado. Los profesionales sanitarios siempre deben de estar dispuestos a aclarar cualquier duda que el paciente no comprenda, o escuchar las preocupaciones que puedan surgir respecto a la contención física.

4. Registro de actuaciones

La última de mis propuestas consiste en crear un documento que registre cada una de las contenciones que se realizan en el servicio. Aunque la contención deba de registrarse también en la historia clínica del paciente, sería interesante tener un registro que sea exclusivo sobre las actuaciones de contención mecánica. Puede consistir en un registro informático o también puede basarse en un registro escrito, como un cuaderno. Esto puede quedar a gusto del servicio, la importancia reside en registrar los datos sobre la contención mecánica. (Anexo 3)

- **Objetivo:** registrar y cuantificar la práctica de la contención mecánica con el fin de llevar un registro anual sobre las contenciones realizadas en el servicio y las posibles complicaciones que se hayan podido producir.
- **Contenido:** Este registro contendrá datos valiosos que puedan establecer estadísticas valiosas a final de año, relevantes para el hospital. Las variables a definir serán:
 - Sexo del paciente
 - Edad del paciente
 - Causa de la agitación
 - Orgánica (causado por agentes tóxicos, ambientales, síndromes de abstinencia etc.)
 - Psiquiátrica (patología psiquiátrica o a causa de un episodio psicótico)
 - Tiempo aproximado que se halla empleado en la realización de la contención.
 - Cuanto tiempo permanece el paciente con la contención mecánica.

De esta manera se podrán analizar a final de año estadísticamente cual es la población más afectada, edad y sexo del paciente más susceptible a la contención, y cuanto tiempo de media permanecen contenidos los pacientes en este servicio. No será necesario añadir datos personales del paciente como el nombre pues el fin de este registro es conocer datos relacionados con la práctica para minimizar riesgos, no saber a que paciente fue realizada la contención ni que profesional la realizó.

A parte de los datos estadísticos es importante que se registren episodios memorables de anotar, es decir es importante anotar incidencias o errores que se hayan podido cometer mientras se realizaba la contención de un paciente agitado. Esta idea la combinaría con el taller que he mencionado anteriormente. De esta manera, se podrían exponer los casos recogidos durante el año, exponerlos, y debatir entre los presentes el hecho que se presenta.

De esta manera, a partir de casos reales, se podrán analizar los errores que fueron cometidos durante contenciones mecánicas pasadas, y los propios participantes

tendrán oportunidad de analizar y comprender los errores que se cometieron y cómo podría haber sido resueltos con el mero hecho de aprender y no en hacer hincapié en el error.

Con los datos estadísticos reunidos en este informe podrán cuantificarse las contenciones que se han realizado durante un periodo establecido, y revisarlos para que el siguiente año, el numero obtenido sea reducido y los riesgos minimizados.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la finalidad de este trabajo, que consiste en mejorar la calidad asistencial ofrecida al paciente en la práctica de la contención mecánica, con las pautas donde contemplo el material, las recomendaciones previas o procedimiento de la práctica, junto con el desarrollo del plan de mejora que muestro en el trabajo, el fin que deseo es la concienciación del personal sanitario sobre la importancia de la adecuada realización de la práctica y la implicación personal que se debe de tener a la hora de actuar.

La a seguridad y la eficacia de los cuidados ofrecidos al paciente tanto la seguridad del personal en la práctica de las restricciones mecánicas, son pilares fundamentales para mejorar la calidad asistencial que deseo mejorar en el servicio de urgencias y por lo tanto partes esenciales en el plan de mejora que he presentado que consisten en la educación e instrucción al personal en la práctica de esta técnica.

La realización de este trabajo, contempla tanto aspectos teóricos sobre la práctica de la contención, como conceptos e ideas a tener en cuenta como son los aspectos éticos y legales o los cuidados que se deben de proporcionar al paciente, todo ello encaminado a una humanización del cuidado de las restricciones mecánicas como método terapéutico en el servicio de urgencias. Se pretende proporcionar herramientas a los profesionales del ámbito sanitario para que dicha práctica siempre se aborde de la manera mas adecuada para el paciente y para los que están a su alrededor y sea posible minimizar los riesgos para todo aquel que está implicado en la contención mecánica.

Por lo tanto, siendo la atención al paciente y su cuidado la máxima prioridad, pretendo que las propuestas de mejora desarrolladas en el trabajo sean herramientas útiles a utilizar en el servicio de urgencias al que he dirigido este trabajo, para que la calidad del servicio brindado a los pacientes sea el adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

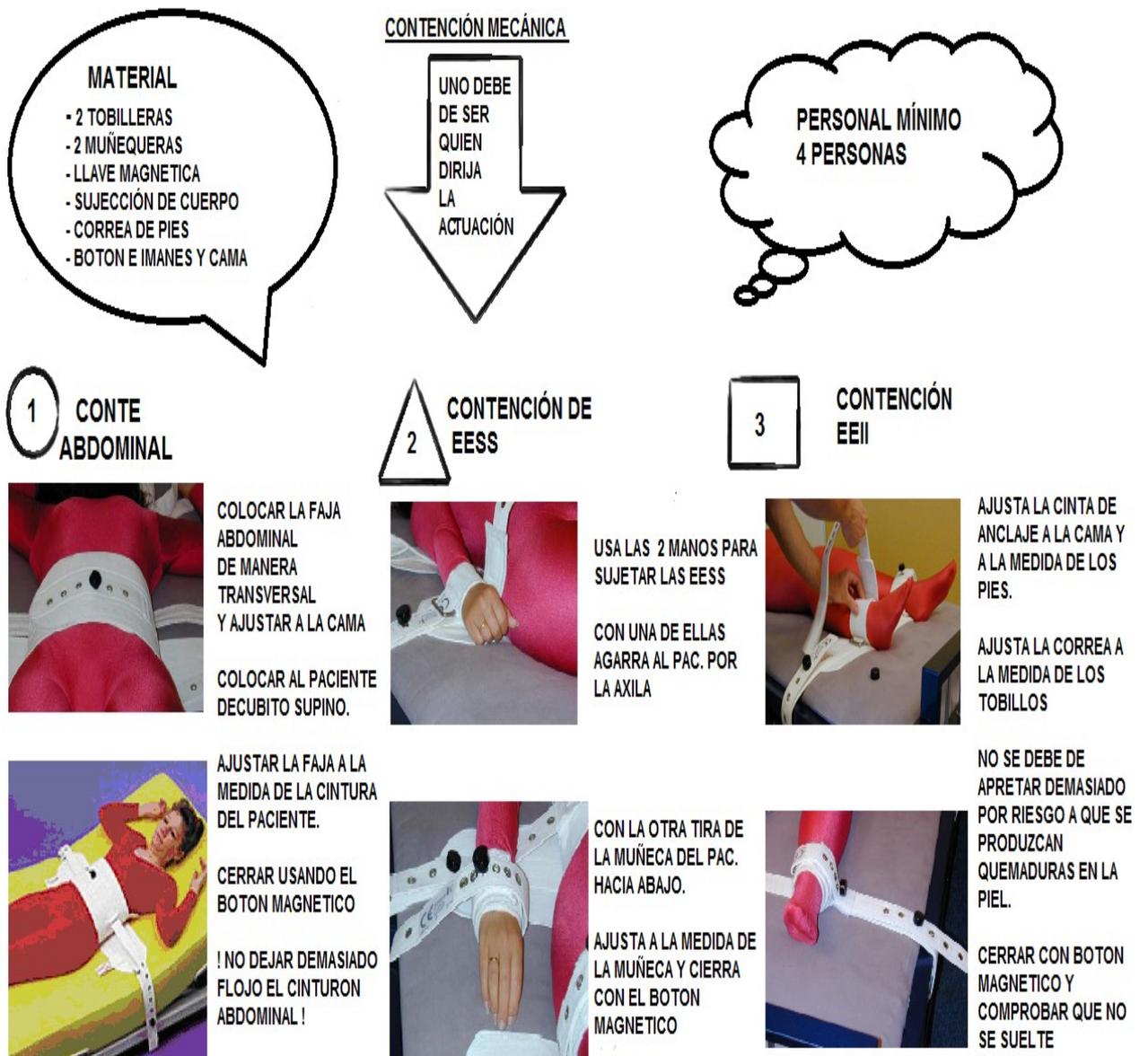
- (1) V. Fernández et al. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* 2009; 21:121-132.
- (2) Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Septiembre 2003
- (3) Protocolo de contención de movimiento de pacientes. Hospital clínico San Carlos, Hospital de la Fuentefría. Mayo 2010.
- (4) Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. Revisión 2012. Complejo Universitario del Hospital de Albacete
- (5) Seguridad del paciente: protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Hospital Universitario San Cecilio, Granada 2007.
- (6) (Mallada P, Gascón J, Menchón JM, Otín JM; Valles V. *Agitación psicomotriz. En: soler PA y Gascón J: RTM II. Recomendaciones terapéuticas en trastornos mentales. Comité de Consenso de Cataluña en terapéutica de trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson. 1999.*)
- (7) Bell MD, Rao VJ, Weitli C, Rodrigo RN, *positional asphyxia in adults: 30 case. Am J foren Med Pathol* 1992; 13:101-7
- (8) *Goven de les illes balears. Gestión sanitaria de Mallorca (GESMA). Protocolo de contención mecánica.*
- (9) Protocolo de contención mecánica del hospital de osakidetza revisado 16/02/2010)
- (10) Distribución y organización del área C. Hospital Donostia 2010:2.
<http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Organizacion/Funcionamiento/IT-010%20Organizacion%20Area%20C%20v2.pdf>

Bibliografía complementaria:

- (1) Pérez González S. Protocolo de restricción de movimientos. *Enfermería global*. 2003; 2
- (2) Muñoz Ávila J, Martínez Grueiro M, Montero Pérez FJ, Jiménez Murillo L. *Manejo en urgencias del paciente agitado*. En: *Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. 2º ed. Madrid: Harcourt SA; 2002. p. 609-14
- (3) Amador M, Arias S, Porta J, Durá MJ, Gómez ML et al. Protocolo de contención mecánica de movimientos, Madrid: Hospital universitario 12 octubre; septiembre 2003

ANEXO 1: CARTEL

Este prototipo podría ser una guía para crear un cartel para colocar en el servicio.



CONTENCIÓN MECÁNICA

Se entiende por contención física o mecánica el uso de dispositivos físicos y/o mecánicos para restringir movimientos de una parte del cuerpo o su totalidad temporalmente, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en riesgo de lesión al enfermo o a otra persona de su entorno, impedir, en el caso de que tenga la manipulación de otras medidas (vías, sondas, conexión a aparatos...) y así mismo impedir fugas en caso de que se encuentre en el servicio de urgencias en contra de su voluntad.

Está considerada una intervención terapéutica extrema que se utiliza en el caso de que abordajes alternativos fracasasen a la hora de controlar a un paciente aparentemente agitado.

¿Por qué se contiene? ¿Cuál es su objetivo?

El personal sanitario siempre mira en el bien del paciente, la contención mecánica se fundamenta en el bienestar del paciente. Se contendrá siempre y cuando las medidas alternativas hayan fallado.

Se contiene para:

Prevenir de cualquier daño al paciente (autolesiones, caídas, suicidio o accidentes)

Prevenir lesiones a terceras personas (personal sanitario o enfermos)

Para prevenir la interrupción de cualquier tratamiento y asegurar su correcto funcionamiento (evitar arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital)

Prevenir daños físicos en el equipamiento del servicio (destrucción de mobiliario, equipos de diagnóstico y/o terapéuticos)

¿Cuándo esta indicado?

La contención mecánica esta indicada para pacientes que presentan agitación y puedan representar un riesgo para si mismo y para el personal que lo trata.

La contención nunca será utilizada en estos casos.

Nunca se utilizará como castigo o por agotamiento del personal sanitario.

Nunca se realizará si es posible evitarlo con medidas alternativas (uso de fármacos o por medio de la conversación)

Cuando la conducta violenta sea voluntaria. En este caso serán los agentes de seguridad quienes se ocupen del individuo.

¿Cuándo se suspende la contención?

Una vez que la contención ya no sea necesaria y se haya conseguido el efecto terapéutico deseado, se procederá a la supresión de la restricción. Cuando el paciente no contemple riesgo alguno y este en un estado de calma, se retirará la contención.

La contención mecánica se realizará con el fin de preservar la integridad física del paciente y se le proporcionarán los cuidados pertinentes para que la práctica sea segura y lo menos dañina para el paciente

ANEXO 3. Tabla de registro

La tabla que muestro a continuación es un prototipo de lo que podría usarse como registro de la contención mecánica

Con esta tabla se podrá registrar los datos de manera ordenada y darle el fin que he planteado en el plan de mejora.

FECHA	EDAD / SEXO	CAUSA DE LA AGITACIÓN	TIEMPO EMPLEADO	DURACIÓN DE LA CONTENCIÓN	INCIDENCIAS