

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN

Ante un paciente que presenta agitación psicomotriz, conductas violentas o conductas de riesgo para él o para el resto de personas que se encuentran en esos momentos en la sala, ya sean pacientes o personal sanitario, el primer objetivo es la contención, con la finalidad de minimizar riesgos.

La contención puede organizarse de tres modos diferentes, pero no excluyentes:

- Contención verbal
- Contención física o sujeción física
- Contención química mediante tratamiento farmacológico o sedación psicofarmacológica.

El médico debe tener claras las medidas de intervención que deben aplicarse en cada momento, responsabilizándose de su decisión, teniendo presente la inutilidad de correr riesgos con pacientes en los que la propia voluntad está abolida en esos momentos.

El personal sanitario de la sala (DUE y Auxiliares) serán los encargados de la ejecución de dicha contención, auxiliados en cada caso por el personal adecuado como celadores o personal de Seguridad.

Como paso previo es importante informar al paciente de las medidas que se van a tomar, sin ambivalencia y sin opción a negociaciones. El paciente debe conocer la prescripción y el motivo. No debemos olvidar que dichas decisiones se toman para garantizar la seguridad del paciente, del personal y de las instalaciones.

A/ CONTENCIÓN VERBAL:

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción, sin asumir riesgos.

- Fomentar la verbalización de las preocupaciones y las razones o impulsos que motivan la conducta del paciente. Mantener actitud de escucha atenta.

- La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites de conducta claros.
- Se realizará por parte del médico o enfermería.

B/ CONTENCIÓN FÍSICA:

La contención física debe realizarse cuando la contención psíquica o química ha fracasado. En muchos casos (agitación grave) la contención física y la sedación farmacológica debe realizarse en un mismo tiempo.

Es imprescindible una actuación rápida y coordinada de todo el personal, tanto el sanitario, como los celadores, como el de Seguridad. Se requieren 5 personas, de forma que 4 personas sujeten cada una de las extremidades y la otra la cabeza.

- La contención física se realiza con los equipos actuales de contención mecánica homologados, sujetando las dos piernas a nivel de los tobillos, los brazos a nivel de las muñecas y la cintura para evitar movimientos de lateralización del cuerpo.
- Asegurarse que los miembros no se aprieten de tal forma que puedan producir lesión nerviosa por compresión.
- Prevención de tromboembolismos (profilaxis):
 - Cuando existe riesgo claro por edad o patología de base, se realizará desde el principio de la sujeción mecánica.
 - En personas sin riesgo, cuando la sujeción se mantenga más de 24 horas.
 - Previa a la profilaxis con heparina, sería aconsejable la valoración del recuento de plaquetas y tiempo de coagulación, que deberían ser normales para iniciar la profilaxis.
- Las medidas de contención se retirarán tras la reevaluación del estado mental y, estando presente personal suficiente para tal efecto.

C/ CONTENCIÓN QUÍMICA:

La contención química se realiza mediante la aplicación de psicofármacos que provoquen en el paciente una sedación superficial.

- Se deben mantener medidas de soporte vital general: Control de constantes vitales, teniendo en cuenta toma de tensión arterial, temperatura y pulso. El intervalo de tiempo entre controles se realizará según protocolo de enfermería y, teniendo en cuenta el estado general y posibles complicaciones. Siendo aconsejable cada media hora en pacientes sedados y alargarse hasta dos horas en pacientes sin riesgo.
- Los criterios de selección de la vía de administración de fármacos, se realizarán teniendo en cuenta la colaboración del paciente y la intensidad de la agitación. Puede ser: oral, parenteral: i.m/i.v
- La selección del fármaco: neurolépticos, benzodicepinas o ambos, se basa en la existencia de sintomatología psicótica, confusional, predominio de la ansiedad en la agitación y, teniendo siempre en cuenta la inestabilidad cardiorrespiratoria.

Es aconsejable la adición, si la patología de base o la edad lo permite, de biperideno en caso de utilizar para la sedación neurolépticos típicos. Las situaciones no recomendables para el uso de biperideno son: ancianos, prostatismo, glaucoma de ángulo agudo, obstrucción intestinal y cardiopatías descompensadas.

PROTOCOLO DE PLAN OPERATIVO DE SUJECIÓN MECÁNICA

• OBJETIVO

- Inmovilizar al paciente en la cama con correas de sujeción, ante la presencia de agitación psicomotriz grave.

• CONSIDERACIONES PREVIAS

- Comprobar el estado de la cama, preparando el equipo adecuado para cada situación.
- Alejar del alcance del paciente cualquier objeto peligroso.
- Retirar de las prendas de vestir los objetos que pudieran dañarle.
- Determinar el tipo de sujeción del paciente: total o parcial.
- En los casos de ingreso voluntario en los que se practique una sujeción total, se transformará el ingreso en involuntario, con las consiguientes medidas emanadas al respecto.
- No apretar en exceso las correas.

• RECURSOS MATERIALES

- Equipo de sujeción mecánica homologado.
- Imán para anclajes.

• RECURSOS HUMANOS

- Personal sanitario (DUE y Auxiliares), celadores y vigilante de seguridad.
- Son aconsejables un número de 5 personas.

• ORGANIZACIÓN DE LA SUJECCIÓN

- *La decisión del protocolo de aplicación de sujeción mecánica, debe ser estrictamente médica y obedeciendo a una situación clínica de riesgo.*
- Debe existir un plan específico, en el que el DUE debe ser el encargado de dirigir todos los pasos a dar.
 - La actitud del personal encargado debe ser en todo momento firme y segura, sabiendo de antemano cada uno qué función tiene.
 - Cada una de las personas debe encargarse de un miembro diferente y otra de la cabeza.
 - Debe informarse al paciente de las medidas que se van a adoptar. Una vez tomada la decisión no caben negociaciones posibles con el paciente, no hay que olvidar que se trata de un momento de máximo riesgo para todos y sería una irresponsabilidad no actuar de esta forma.
- Una vez tomada la decisión y comunicada al paciente, se le debe dar tiempo suficiente para que éste colabore de forma voluntaria en la sujeción. En caso contrario y sin dar lugar a discusión verbal, se procederá a reducirlo y tumbarlo en la cama
- La habitación o lugar elegido para la sujeción debe estar lo más cerca posible del lugar de control de enfermería, para poder controlar lo antes posible cualquier adversidad, además de mantener una vigilancia más estrecha sobre el paciente.
- Se tumbará al paciente en decúbito supino, salvo disminución del nivel de conciencia o en caso donde exista riesgo de aspiración pulmonar (intoxicados), en los que se colocará al paciente en decúbito lateral izquierdo.
- En caso de inmovilización total se coloca las correas de cintura, miembros inferiores y por último miembros superiores. Recordar que cada miembro del equipo debe encargarse de sujetar una parte diferente.

- En caso de sujeción parcial, ésta se efectuará en forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha, o brazo derecho y pierna izquierda.
- Una vez realizada la sujeción:
 - Se comprobará que las correas estén adecuadamente apretadas, pero que no existe riesgo de lesiones por compresión
 - Se preguntará al paciente si tiene alguna necesidad básica que cubrir.
 - Observar hidratación, eliminación, estado de conciencia y comprobación de los puntos de sujeción de acuerdo con el protocolo diseñado a tal efecto por enfermería.
 - Registrar el espacio de sujeción y retirar cinturones, relojes, mecheros, cerillas y otros objetos peligrosos.
- El personal de enfermería realizará un seguimiento estrecho del tiempo que el paciente esté contenido. Se instaurará horario de vigilancia, realizando medidas de soporte vital (según protocolo). Si el paciente está intoxicado o existe algún factor de riesgo añadido, el control del paciente se realizará de forma más estricta.
- La enfermera hará constar en la historia de enfermería la hora de inicio y finalización de la sujeción; así mismo, las incidencias y las medidas de control se anotarán en las hojas específicas de contención. Estas incidencias se adjuntarán a la historia clínica del paciente, como parte del tratamiento y control del mismo y para poder ser consultadas en cualquier momento deseado.
- Los útiles de aseo, platos y cubiertos, la comida y bebida deben ser administrados con seguridad y siempre en presencia del personal sanitario.
- La supresión de la contención se realizará de forma gradual. En el momento de la liberación completa es aconsejable la presencia de al menos cuatro personas.