

Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica.

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2003; 7(3)

Miguel Angel Sevillano Arroyo.

Enfermero de hospitalización de psiquiatría.
Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

PALABRAS CLAVE: Abordaje. Agitación. Protocolo de contención. Cuidados al paciente inmovilizado.

KEYWORDS: Boarding, Excitement, Containment's protocol, Careful to still patient.)

Resumen

Las crisis de agitación se presentan de forma frecuente en la práctica hospitalaria tanto en la unidad de psiquiatría como en otras áreas de hospitalización. Por ello es frecuente que tengamos que recurrir a una técnica compleja, por las connotaciones que conlleva, como es la contención mecánica. Cuando un paciente presenta una crisis de agitación psicomotriz, muchas veces nos vemos desbordados y dubitativos acerca de la conducta correcta a seguir. Un buen abordaje hará mucho más sencillo el control de la situación. Si es precisa la inmovilización, el seguimiento de unas normas protocolizadas para llevar a cabo la contención mecánica nos será de gran utilidad para la realización de la técnica de forma rápida, segura y eficaz.

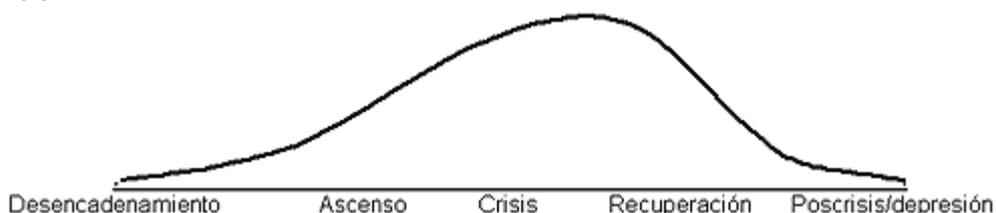
Abstract

The crisis of excitement are appeared in the clinical method often as in the unity of psychiatry as in the others areas of hospital. That is why, is usual we have to hospitalize resort to the complet method due to the connotations, that it involve like is the mecanic containment. When a patient has a crisis of PSICOMOTRIZ excitementa lot of time we are get carried away and we are uncertain about the right behaviour that we have to carry on. A good boarding will do easier the control of the situation. If the immobility is needed, the continuation of formal rules (to carry forward the mecanic containment) will be very useful to us for to realization of the fast, safe and effective method.

Introducción

Barton escribió en 1966: "una persona dócil, aunque atemorizada, a la que se accede de forma hostil y agresiva, puede convertirse en un luchador parapetado. (...)A la mayoría de personas con trastornos, que se muestran intolerantes y amenazadoras, puede convertirlas rápidamente en personas cooperadoras alguien que posea la formación necesaria y que sepa lo que está haciendo". (1).

Las agresiones son comportamientos mediante los cuales se atenta contra otras personas o contra sus pertenencias. La agresión y la violencia siguen un patrón de respuestas emocionales predecible. Podríamos hablar de 5 estadios:(2)



-Desencadenamiento. Aparece un suceso que provoca estrés y que da lugar a respuestas como ira, miedo, ansiedad. La intervención en esta fase suele tener éxito.

-Ascenso. La situación avanza hacia la pérdida de control. La intervención iría encaminada a evitar la violencia.

-Crisis. Es la fase con mayor peligro potencial, con gran contenido violento. La intervención fundamental sería la protección del individuo y de las personas que le rodean.

-Recuperación. El nivel de agresividad disminuye progresivamente. Se valorarán las posibles lesiones. Es fundamental proporcionar un entorno tranquilo al paciente.

-Depresión. Aparecen los sentimientos de culpabilidad y la persona se siente mal por su actuación.

El código NIC 6487 Actuación ambiental: prevención de la violencia (3) se basa en el control y manipulación del ambiente físico para disminuir potenciales conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente. Cita una serie de actividades de intervención ambiental tanto sobre objetos peligrosos como la creación de un ambiente protector para evitar en lo posible el riesgo en el contexto de una crisis de agitación.

Atendiendo a los diagnósticos aprobados por la NANDA (American Nursing Diagnosis Association), sería competencia de la enfermera como atención independiente la intervención en los siguientes diagnósticos (4):

- 1.6.1. Riesgo de lesión: estado en que la persona está en riesgo de sufrir una lesión como resultado de la interacción de condiciones ambientales con sus recursos adaptativos y defensivos. Se detallan medidas ambientales de protección.

- 5.1.1.1. Afrontamiento individual inefectivo: deterioro de los comportamientos adaptativos y de la habilidad de la persona para cubrir las demandas y roles de la vida. Las actividades a realizar se centrarían en el desarrollo de habilidades y técnicas para el control y manejo del estrés.

Las crisis de agitación se presentan de forma frecuente en la práctica diaria especialmente en la unidad de psiquiatría pero, sin embargo, es un hecho que una buena técnica de contención mecánica es, generalmente, poco conocida y por tanto poco dominada por el personal asistencial.

Estudios recientes han constatado cifras reveladoras de pacientes inmovilizados. Así para un total de 900 pacientes ingresados en unidades de hospitalización (exceptuando la unidad de psiquiatría) se obtuvo (5):

o 2.97% en turno de día y 3.51 % en turno de noche de adultos precisaron contención.

o 8.11 % en turno de día y 11.1% en turno de noche de niños que fueron inmovilizados.

Otro estudio reciente (6) tomado de 210 pacientes ingresados en unidad de psiquiatría revela un incidencia del 28.57% con una media de 24.33 h de sujeción a la cama.

Ante estas cifras, el presente artículo persigue como fin dar la importancia que merece al abordaje al paciente agitado así como a la contención mecánica mejorando el conocimiento de la misma.

La realización de la técnica de forma adecuada nos ayudará a limitar posibles complicaciones que pueden aparecer por la no puesta en práctica del procedimiento cuando estaría plenamente justificado o su utilización de forma incorrecta.

Importancia y justificación

La contención mecánica de un paciente supone en sí misma un trauma tanto físico como psicológico que afecta en primer lugar al paciente y por extensión a quién lo lleva a cabo.

En torno al procedimiento surgen múltiples connotaciones de orden físico, psíquico y legal por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo.

· En el orden físico, la técnica en sí tiene un carácter traumático por lo que comporta un riesgo para el paciente y el personal que lo lleva a cabo de ser lesionado. Un adecuado seguimiento del paciente contenido limitará el riesgo de que el paciente sufra complicaciones derivadas del hecho de estar inmovilizado en la cama.

· A nivel psíquico es importantísimo el abordaje verbal del paciente antes, durante y después de la realización de la técnica. Esto puede ser fundamental para desactivar la agresividad del paciente y que la contención no sea, en lo posible, un hecho traumático. En nuestra experiencia en la unidad de hospitalización de agudos hemos constatado que un buen abordaje verbal reduce al mínimo la utilización de la fuerza en la inmovilización. El respeto y la comprensión hacia el paciente a la hora de proceder a su contención facilitará el que éste no lo viva como un ataque a su dignidad como persona.

· Legalmente la inmovilización de un paciente debe ser considerado como un hecho impuesto y como tal conlleva la necesidad de solicitar a un juez el ingreso involuntario del paciente dentro de las primeras 24 h de producirse el hecho. En las siguientes 72 h el paciente deberá ser valorado por dicho juez y confirmado su internamiento (ley

de enjuiciamiento civil 1/2000 de 7 de enero)(7).

Todas estas consideraciones nos llevan a una idea fundamental:

La inmovilización mecánica de un paciente debe estar plenamente justificada y ser considerada como el último recurso terapéutico.

Indicaciones para la contención mecánica

La agitación psicomotriz no es una enfermedad, es un síndrome que puede aparecer en cualquier cuadro psiquiátrico así como en algunos casos de desordenes neurológicos.

El desencadenamiento de la misma es muchas veces imprevisto y la causa hemos de buscarla en la patología de base del paciente. La crisis de agitación es la causa fundamental que origina la necesidad de inmovilizar a un paciente aunque no es el único supuesto como detallaremos a continuación en las indicaciones:

- Paciente con riesgo de lesión para sí mismo o para los demás dentro de un cuadro de auto-heteroagresividad.
- Paciente con deterioro grave de la conducta. Se realiza como refuerzo negativo en caso de desordenes conductuales especialmente importantes. No se debe utilizar sin embargo si la conducta es molesta o se puede utilizar otra alternativa a la inmovilización.
- Para facilitar el mantenimiento del programa terapéutico. En aquellos pacientes que se desinsertan cateterismos venosos, sondajes vesicales y nasogástricos ...
- Como medida facilitadora de reposo en pacientes en estado de confusión.

Según la patología podríamos hacer la siguiente clasificación de pacientes susceptibles de contención:

o Pacientes con alteración orgánica.

En el paciente se origina un cuadro denominado delirium que se caracteriza por: confusión, desorientación, inquietud, obnubilación de la conciencia, incoherencia, miedo, ansiedad, excitación y a menudo ilusiones, alucinaciones...

Sus causas son: fiebre, post-operatorio, alteración cardiaca y vascular, trastorno neurológico cerebral (tumores, encefalopatías, accidentes cerebrovasculares, demencias...), infecciones del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas y endocrinológicas, alcohol y drogas bien por consumo o por abstinencia (8).

o Pacientes con alteración psiquiátrica

- Esquizofrenia. En episodios de descompensación son frecuentes los cuadros de agitación psicomotriz.
- Trastorno bipolar, tanto en la descompensación maniaca como depresiva
- Trastorno límite de la personalidad. Es frecuente la desorganización conductual grave.

o Pacientes sin alteración orgánica ni psiquiátrica.

Son casos menos frecuentes. Serían pacientes que sufren una fuerte crisis de ansiedad, llegando a la enajenación a raíz de un suceso especialmente traumático (diagnóstico de enfermedad incurable, muerte familiar, crisis matrimonial...) y la situación se hace incontrolable por otros medios.

Alternativas a la sujeción mecánica

Las siguientes medidas son de gran utilidad como prevención de una crisis de agitación o para la desactivación en lo posible de la misma. Como hemos reflejado anteriormente, la inmovilización será el último recurso cuando no haya sido efectivo todo lo anterior.

- Abordaje verbal.

La comunicación empática verbal y no verbal será una medida fundamental de abordaje al paciente susceptible de sufrir una crisis de agitación e incluso en el curso de la misma. El afrontamiento se debe realizar con seguridad, confianza y tranquilidad intentando que el paciente vea en nosotros un modelo de actitud adecuada y así desactivar en lo posible su estado de ansiedad. Una actitud inadecuada puede multiplicar su estado de intranquilidad.

- Distracciones lúdicas.

La ludoterapia facilita la liberación de la energía física, favorece el entretenimiento del paciente y aumenta su autoestima. También ejerce un efecto integrador del paciente mejorando el contacto social con otros pacientes y con el personal asistencial.

- Medicación oral y/o parenteral.

Se debe tomar como una medida coadyuvante y no como un sustituto del abordaje verbal. El paciente podría sentirse no escuchado y frustrado con lo cual el medicamento vería mermada su eficacia.

- Aislamiento.

En ocasiones el estado de agitación del paciente es ocasionado por un estímulo externo como la televisión, la radio, las personas que le rodean... Ocurre por ejemplo en los delirios autorreferenciales. En este caso puede ser efectivo el llevar al paciente a un lugar más tranquilo, alejado del estímulo que le está alterando. Esto no quiere decir que encerremos con llave al paciente en la habitación lo cual estaría completamente contraindicado.

Procedimiento de inmovilización

Cuando la situación no ha sido controlada con las medidas anteriores y hemos confirmado la justificación de la contención mecánica, pondremos en marcha el protocolo de actuación.

1. DEFINICION

Conjunto de acciones que nos van a permitir la sujeción del paciente a la cama, siguiendo una actuación coordinada y firme.

2. INDICACION

Siempre será por orden médica.

En situación de urgencia la enfermera podrá poner en marcha el procedimiento comunicándolo seguidamente al médico para que confirme la indicación. En este punto es indispensable que haya un consenso con el personal médico responsable de la unidad para que éste delegue en la enfermera la capacidad de valorar la urgencia e iniciar la inmovilización de un paciente.

3. MATERIAL Y PERSONAL NECESARIO

- Correas de sujeción homologadas (fig. 1):

o 1 cinturón abdominal, 2 muñequeras, 1 tira de anclaje de pies, 2 tobilleras. Optativo en caso de grave agitación una contención de hombro.

o 9 anclajes (11 si usamos la contención de hombro

o 1 Imán.



Figura 1

Sería adecuado tener todo preparado como equipo de contención para su rápida utilización en caso de urgencia.

- 4 personas mínimo, preferiblemente 5 en caso de paciente agresivo o con riesgo de agresividad. Nunca debemos subestimar el riesgo que comporta el intentar la inmovilización de un paciente sin los medios materiales y humanos necesarios.

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A. Inmediatos

- Recuento del material necesario (físico y humano)
- Entorno seguro.

- o Cama preparada y frenada. Si es posible se fijará previamente el cinturón abdominal y la tira de anclaje de pies.
- o Retirar los objetos peligrosos a los que pudiera tener acceso el paciente.

- Dirección de las acciones a realizar.

- o Generalmente la enfermera que se encargará de la cabeza del paciente.
- Explicación del procedimiento al paciente.

- o Le hablaremos del motivo de la medida y le instaremos a que colabore. Aún en los estados de mayor agitación, un buen abordaje verbal será la medida más efectiva para llevar a cabo una inmovilización no traumática.
- o Le explicaremos que la contención se retirará tras alcanzar el objetivo terapéutico.

- La inmovilización será diferente según el estado previo del paciente. De esta forma diferenciaremos los casos de inmovilización por una crisis de agitación de aquellos en que se usa más bien como medida preventiva (Fig. 2).



Figura 2

A.1. Pacientes agitados o agresivos

Hay que intentar que el paciente esté en la habitación para que la medida sea menos traumática y no altere al resto de pacientes.

Cada persona sujetará una extremidad (foto 2).

o En primer lugar se le colocará el cinturón abdominal y después una por una el resto de extremidades.

o Contención 3-4 extremidades en función del grado de agitación.

o Si se contienen 2, se hará en diagonal (muñeca izda/pie dcho-muñeca dcha/pie izdo.)

o Manos ancladas a la abdominal con varias posibilidades en función del estado del paciente.

o Comprobación.

. Grado de movilidad del paciente.

. Correcta colocación de las sujeciones. Una presión excesiva entorpece la circulación y si es insuficiente el paciente se podrá liberar de ellas.

A.2 Pacientes en que se quiere favorecer el reposo o mantener el tratamiento terapéutico.

Para favorecer el reposo no será necesaria la contención total pero sí al menos se le fijará el cinturón abdominal y una de las extremidades inferiores evitando así la liberación del paciente con el mínimo trauma.

Para mantener el tratamiento se variará el tipo de contención según el paciente y el tipo de terapéutica.

- Registro del procedimiento.

Reflejaremos las acciones llevadas a cabo, la hora de inicio y finalización así como las posibles incidencias.

B. A posteriori

El paciente inmovilizado necesita unos cuidados constantes:

- Inspección frecuente del paciente según estado.

- Recoger y reflejar en la gráfica de seguimiento del paciente inmovilizado (anexo 1 y 2) 3 veces por turno las primeras 24 H, y posteriormente 1 vez por turno los siguientes parámetros:

**GRAFICA DE CONTENCIÓN.
PRIMERAS 24 H.(3
VECES/TURNO)**

Apellidos:

Nombre:

Habitación:

Fecha:

	FECHA	MAÑANA	TARDE	NOCHE
Constantes	HORA			
	P 7 ^º			
	180 42º			
	160 41º			
	140 40º			
	120 39º			
	100 38º			
	80 37º			
	60 36º			
	40 35º			
	T.Arterial S			
D				
Niv. Conciencia				
Circulación	Pulso MSD			
	MSI			
	MID			
	MI			
Entradas (+/-)	Ingesta Sólidos			
	Líquidos			
Salidas	Diuresis			
	Deposición			
Tipo de sujeción	Abdominal			
	MSD			
	MSI			
	MID			
	MI			
Lesiones				

Nivel de conciencia: A.agitado,C.consciente,S.sedado+,++,+++O.orientado.

**GRÁFICA DE CONTENCIÓN.
72 HORAS SIGUIENTES: 1 VEZ/TURNO**

	FECHA										
	P	T ^º	M	T	N	M	T	N	M	T	N
Constantes	180	42º									
	160	41º									
	140	40º									
	120	39º									
	100	38º									
	80	37º									
	60	36º									
	40	35º									
	T.Arterial	S									
		D									
	Niv. Conciencia										
Circulación	Pulso	MSD									
		MSI									
		MID									
		AW									
Entradas (+/-)	Ingesta	Sólidos									
		Líquidos									
Salidas	Diuresis										
	Deposición										
Tipo de sujeción	Abdominal										
	MSD										
	MSI										
	MID										
	AW										
Lesiones											
Nivel de conciencia: A.agitado, C.consciente, S.sedado+, ++, +++, O.orientado.											

ANEXO 2

o Constantes vitales incluyendo tensión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura.

o Nivel de conciencia: Agitado, sedado, consciente, orientado. A un paciente agitado generalmente se le administra medicación sedante por lo cual puede disminuir su nivel de conciencia y sufrir aspiraciones, lesiones...

o Pulsos periféricos-perfusión. Vigilar la presión de las sujeciones mediante la coloración de la piel, la presencia de hormigueos, parestesias, pulsos radial y pedio presentes/ausentes.

o Miembros con sujeción. Se irán rotando cada 2 horas aproximadamente los miembros implicados en inmovilizaciones parciales.

o Valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos. Un paciente contenido se puede deshidratar fácilmente. También son relativamente frecuentes las retenciones de orina.

o Posibles lesiones cutáneas y/o articulares: Heridas, roces, úlceras por presión. luxaciones, fracturas. En el caso de pacientes de riesgo sería adecuado abrirle una hoja de seguimiento de úlceras por presión.

Además se deben vigilar los posibles efectos secundarios al estasis venoso por encamamiento: tromboembolismo pulmonar, accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón...Es adecuado realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible. Por parte médica se suele considerar el uso de anticoagulantes (heparinas).

Es muy importante que la temperatura de la habitación sea la adecuada debido a la afectación del sistema de termorregulación ocasionada por los neurolépticos.

En el caso de contención para favorecer el reposo o para mantener el tratamiento terapéutico se valorará la frecuencia de los cuidados y la toma de constantes en función del estado del paciente y de la medicación empleada.

· Cobertura de las necesidades básicas

o Alimentación. Preferentemente se le ofrecerá bandeja desechable sin cuchillo ni vaso de cristal.

o Eliminación. En función del estado del paciente, se recurrirá al pañal, a la cuña o se le acompañara al baño avisándole previamente de que va a ser de nuevo contenido

o Higiene. En la cama o, al igual que para la eliminación, si el paciente lo permite se le puede llevar a la ducha informándole igualmente de que volverá a ser contenido.

5. DESCONTENCIÓN.

Será por orden médica con la valoración previa del paciente. No se le debe informar hasta que se vaya a hacer. Además se debe contar con el personal necesario por si fuese precisa una nueva contención.

Se debe realizar paulatinamente, primero una extremidad y valorar la respuesta del paciente, nunca retirar una inmovilización completa de una sola vez.

Conclusión

El paciente agitado nos provoca habitualmente una sensación de ansiedad y temor ante lo desconocido y a no saber controlar una situación muchas veces impredecible. Por esta razón nos pueden ser de gran ayuda una serie de actitudes y pautas de comportamiento como las reflejadas en el presente artículo.

Por otro lado la protocolización de actuaciones tan complejas como es la inmovilización de un paciente nos servirá de referente para afrontar y evitar las posibles complicaciones de carácter físico, psíquico y legal referidas en el punto 2.

Una adecuada y constante valoración del paciente con riesgo de sufrir una crisis debe ser el eje central sobre el que gire todo nuestro abordaje. La demanda de necesidades por parte de este tipo de pacientes es muy diferente a la que se da en otras patologías y cobra especial importancia aquella carencia que se detecta sin que el paciente verbalice su falta. Un buen seguimiento deberá detectar una posible reagudización de su patología, el abandono del tratamiento (escondiendo la medicación administrada), las conductas inadecuadas, el déficit en la cobertura de las actividades de la vida diaria (higiene, alimentación, vestido...).

Para terminar me gustaría reseñar la importancia de considerar y tratar al paciente con desórdenes psíquicos

como a una persona con respeto a su personalidad, dignidad humana, e intimidad (Art. 10 de la Ley general de Sanidad 14/1986)

ANEXO 3. Criterios de resultado

Se valorarán después de haber llevado a cabo el procedimiento de contención mecánica. Nos serán de utilidad para mejorar el procedimiento.

		SI	NO	NP*
1	¿FUE NECESARIO SALIR DEL LUGAR DE CONTENCIÓN A BUSCAR MATERIAL?			
2	¿ESTABA PRESENTE EL PERSONAL MÍNIMO?			
3	¿EL PACIENTE ACCEDIÓ A MOBILIARIO U OBJETOS PELIGROSOS CON LOS QUE PODER AUTOAGREDIRSE O AGREDIR A OTROS?			
4	¿APARECE EN LA HISTORIA DE ENFERMERÍA REGISTRO DE INICIO E INCIDENCIAS, ASÍ COMO DE LOS CONTROLES QUE SE REALIZAN AL PACIENTE?			
5	¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA COMPLICACIÓN DERIVADA DEL ESTADO DE INMOVILIZACIÓN?			

* NO PROCEDE.

Bibliografía

1. Kaplan, Harold I. y Sadock, Benjamín J. Tratado de psiquiatría tomo II, 2ª ed. Ed. Salvat. Barcelona 1989.
2. Morrison, Michelle. Fundamentos de enfermería en Salud Mental. Ed. Mosby. Madrid 1999.
3. McCiskey, Joanne C. y Bulechek, Gloria M. Clasificación de Intervenciones en Enfermería (CIE). Ed. Síntesis. Madrid 1999.
4. Luis Rodrigo, Mª Teresa. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Ed. Harcourt Brace. Madrid 1999.
5. Comité Asistencial de Ética. Reflexiones sobre los aspectos éticos de la inmovilización de pacientes. Hospital Universitario Central de Asturias . www.hca.es. Oviedo 2001.
6. Rivera Rodríguez, Antonia y Soto Quintas, Mª Dolores E. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de psiquiatría. www.psiquiatria.com. Ourense 2002.
7. Roldán Garrido. Bernabé y Perea Pérez, Bernardo. El consentimiento informado en la práctica médica. Ed. SmithKline Beecham (Madrid 1996).
8. Diccionario Mosby. Medicina, enfermería y ciencias de la salud. Ed. Harcourt España (Madrid 2000).
9. Morrison, Michelle y cols. Enfermería Mosby. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Ed. Harcourt España (Madrid 1999).
10. Ley general de sanidad 14/1986 de 25 de abril. B.O.E. nº 102 de 29 de abril).

11. Sevillano Arroyo, Miguel Angel y cols. Protocolo de contención de la unidad de psiquiatría de Son Dureta de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca 2002.
12. Bobes García, Julio y cols Salud mental: enfermería psiquiátrica.. Ed. Síntesis. Madrid 1994.
13. Andrés, M^a José y cols. Internamientos no voluntarios en el Hospital General. www.psiquiatria.com. Madrid 2002.
14. Herranz, Margarita M^a y cols. Protocolos: protocolo de contención. www.psiquiatria.com. Álava 2003.