



PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Y TERAPÉUTICA

1. INTRODUCCIÓN

La contención mecánica terapéutica es un último recurso que se utiliza en situaciones extremas para garantizar la seguridad del paciente y del medio.

Dicho recurso es utilizado no sólo en unidades de psiquiatría, sino también en pacientes que presentan un cuadro de agitación, confusión, delirium o enfermos que tengan el nivel de consciencia alterado.

Desde el punto de vista ético la contención mecánica es un procedimiento útil e incluso necesario, siempre que se ajuste a indicaciones clínicas.

2. OBJETIVO.

Proporcionar una normativa interna que conste de procedimientos para actuar de forma coherente, eficaz y rápida, así como poder unificar criterios con la intención de mejorar la calidad asistencial.

Planificar medidas que minimicen el riesgo de caídas y aumenten la seguridad de los pacientes.

3. DEFINICIÓN

Medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo, con sujeción a una cama, en un paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo, de los demás y del entorno.

4. PLAN DE ACTUACIÓN.

- A) MATERIAL NECESARIO.
- B) INDICACIONES.
- C) PRECAUCIONES.
- D) EJECUCIÓN.
- E) SEGUIMIENTO
- F) COMPLICACIONES POTENCIALES.
- G) FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA.
- H) CONTRAINDICACIONES.
- I) ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

A) MATERIAL NECESARIO.

- Juego de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) Compuesto por:
 - 1 sujeción abdominal.
 - 2 muñequeras para los miembros superiores.
 - 2 tobilleras para los miembros inferiores.
 - 2 tiras de fijación a la cama (una para MMII y otra para sujeción torácica).
 - 9 pivotes o anclajes compuestos por los botones de sujeción y sus correspondientes cierres.
 - Imán para anclajes.

Es de primordial importancia el mantenimiento de las sujeciones, especialmente porque las situaciones de aplicación del protocolo que se producen, no permiten la búsqueda y la comprobación del juego de correas. Es por ello que el mantenimiento, la preparación y la comprobación de éstas deben realizarse con antelación y de manera protocolizada.

Todos los equipos de sujeción mecánica estarán centralizados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Cuando se precise de uno se solicitará a la Unidad en cuestión.

Tras su utilización se enviarán al servicio de lavandería para su limpieza con la precaución de **RETIRAR PREVIAMENTE LOS PIVOTES!!!**. Estos se remitirán de forma inmediata a la Unidad de Psiquiatría para su recuento y posterior preparación para un próximo uso.

B) INDICACIONES.

- Para prevenir lesiones a la propia persona (autolesiones, caídas accidentales, etc.) y a terceros (pacientes y/o personal sanitario).
- Evitar alteraciones graves del programa terapéutico de la persona u otras personas enfermas (extracción de sondas, vías y otros sistemas de soporte vital, etc.)
- Impedir daños al entorno (destrucción de mobiliario, aparatos terapéuticos y/o de diagnóstico)
- Si lo solicita la propia persona, y el personal asistencial lo considera justificado.
- Como parte de un programa de modificación de la conducta, previamente explicitado.

C) PRECAUCIONES.

- El personal que vaya a entrar en contacto físico con el paciente se protegerá con guantes.
- Comprobar el correcto estado de la cama y de los sistemas de sujeción (completas y buen estado)
- Preparar la cama, colocando la sujeción de cintura y pies previamente en la misma, asegurándose de que la cama este frenada.
- Eliminar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.
- Retirar objetos de la ropa del paciente que pudieran dañarle.
- El personal que vaya a intervenir en la sujeción no llevara objetos que puedan producir daño o romperse (gafas, reloj, anillos...)
- Inclínación de la cama a 45º salvo contraindicación facultativa.

D) EJECUCIÓN. (Anexo 1)

1. Informar y explicar al paciente y a la familia el motivo de la contención, un miembro del equipo deberá estar siempre visible para el paciente con la finalidad de tranquilizarlo.
2. Personal que interviene:
 - FACULTATIVO:
 - Máximo responsable (indica o autoriza la medida)
 - Informa al paciente y allegados.
 - Decide su finalización.

- ENFERMERA:

- Dirige la contención y coordinación.
- La indica en casos urgentes, y ante la ausencia del facultativo.
- Responsable del instrumental.
- Responsable de los cuidados y control posterior.

- AUXILIAR DE ENFERMERIA:

- Coopera y participa en la contención y en los cuidados posteriores

Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los sistemas de contención.

CELADOR:

- Colabora en la instauración de la contención, movilización y eventual transporte del paciente e instrumental.

SEGURIDAD:

- Puede ser requerido para colaborar con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

3. Se deberán sujetar las extremidades extendidas y ligeramente abiertas, en posición anatómica, los tobillos y las muñecas a las tiras o a una parte fija de la cama, el tronco se sujetará con el cinturón ancho, cuidando que no esté flojo por el riesgo a deslizarse y ahorcarse, ni muy apretado, porque puede dificultar la respiración, se colocará por encima del pijama sin que presione los botones.

4. Colocar el paciente en decúbito supino en la cama, manteniendo firmemente sujetos los miembros superiores e inferiores, cada uno por una persona; si no hubiera personal suficiente, los dos miembros inferiores serán sujetados por uno solo.

5. La sujeción se realizará por este orden:

1º Cintura.

2º Miembros inferiores.

3º Miembros superiores.

La sujeción completa: consiste en la inmovilización del tronco y las 4 extremidades.

La sujeción parcial: consiste en la inmovilización del tronco y 2 extremidades. Se colocará primero cinturón ancho abdominal y después las dos extremidades, de forma diagonal: brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda.

Mientras se realice la sujeción, una persona debe de tener cuenta la sujeción de la cabeza, evitando que el enfermo se golpee o pueda agredirnos.

6. Comprobar y revisar cada uno de los puntos de sujeción.
7. Proceder a la administración de fármacos si se prescribe.
8. Registro y cumplimentación de la contención en las observaciones de enfermería.

Será de obligado cumplimiento registrar:

- La Fecha, Hora de inicio, Hora Finalización, duración y firma de la enfermera responsable.
- Motivo de la contención.
- Indicación de la contención (enfermería y/o facultativo)
- Tipo de contención (total/parcial)
- Personal que intervino en la contención.
- Valoraciones periódicas cada 2h durante las primeras 8h. El resto de tiempo que dure la contención c/4h.
-

En las que se incluirá:

- Localización y valoración de los puntos de presión y puesta en marcha de intervenciones encaminadas a la prevención de UPP.
- Nivel de consciencia.
- Efectividad de la contención.
- Signos vitales como mínimo cada 8h.

E) SEGUIMIENTO

La contención deberá permitir administrar perfusión endovenosa en el antebrazo y recibir líquidos y/o alimentos, se deberá mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada, para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

Es recomendable sacar las sujeciones de 15 a 20 minutos cada 3-4 h, aprovechando este momento para movilizar las extremidades y cambiarlas de posición.

Si el paciente no colabora, pedir ayuda a otros profesionales o a los familiares, en este tiempo el paciente no puede quedarse solo.

F) COMPLICACIONES POTENCIALES.

- Úlceras por presión.
- Isquemia periférica.
- Compresión nerviosa.
- Luxaciones, fracturas.
- Tromboembolismos:
 - a) Para evitar Tromboembolismos, sobre todo en ancianos, debe liberarse una extremidad de las cuatro cada 30 minutos.
 - b) Para una inmovilización superior a las 24h o en pacientes con factores de riesgo se requerirá valorar profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular (HBPM).
- Broncoaspiración.
- Insuficiencia respiratoria.

G) FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA.

Nunca descontener a un paciente sin la presencia física del personal necesario para su contención. Lo habitual es proceder a una descontención gradual, pasando primero de una contención total a una parcial y después a la descontención total, que se realizará siempre en presencia del personal necesario. Se irán eliminando las restricciones a intervalos de 5 minutos, hasta que sólo queden 2, éstas últimas se retirarán al mismo tiempo.

El tiempo máximo que se establece para toda sujeción de un paciente es el de 8 horas, prolongable a un periodo que nunca debe superar las 72h.

LA CONTENCIÓN DEBE MANTENERSE EL MENOR TIEMPO POSIBLE.

H) CONTRAINDICACIONES.

- Cuando exista la posibilidad de intervenciones alternativas (abordaje verbal, administración de medicación...)
- Cuando se conozca la existencia de alguna contraindicación.
- Como medida de castigo o control.
- Como respuesta a una transgresión o conducta molesta.
- Como sustitución de un tratamiento.
- Por simple conveniencia del equipo.

I) ABORDAJE ALTERNATIVO Y/O COMPLEMENTARIO A LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

- Abordaje o contención verbal.
- Contención farmacológica.
- Medidas ambientales y/o conductuales.

ANTE UN PACIENTE EN CONTENCIÓN MECÁNICA

1.- Mantener la dignidad y la autoestima del paciente.

2.- Mantener la integridad física porque estos pacientes no pueden atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implica la inmovilidad.

3.- Evitar público y alejar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.

4.- Una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para que acepte las demandas verbales y para que se tumbe en la cama. Si no accediese a ello, sin lugar a la discusión verbal, y en silencio, se procederá a tumbarle en la cama.

Evitar, en lo posible hablar con el paciente mientras se realiza la sujeción, y si es necesario, que sea la misma persona la que se dirija al paciente.

5.- Por parte del equipo asistencial de debe mantener una actitud de respeto. Durante la contención no debe haber violencia física ni verbal. Actitud será enérgica pero amable y respetuosa, evitando golpear o someter al paciente a posturas humillantes. Evitar también insultos hacia el paciente y blasfemias.

7.-Se deben emplear exclusivamente sistemas homologados de sujeción física.

Anexo 1. PASO A PASO



Cierre Magnético

Compuesto por:

- Vástago metálico con ranura de anclaje.
- Botón con mecanismo de fijación.
- Llave magnética exclusiva para abrir el sistema.

El botón de cierre magnético es de fácil y rápida colocación.



Bandas laterales

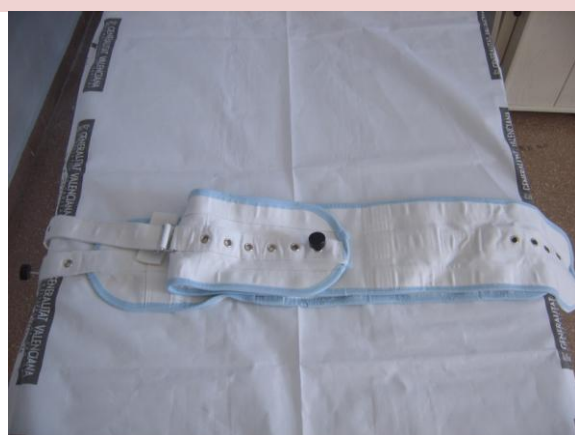
Se colocan en la cintura abdominal. Permite movimientos de giro a ambos lados, incorporarse o sentarse en la cama sin riesgo de caídas y lesiones posteriores por presión de la cintura abdominal sobre el tórax y abdomen del paciente.



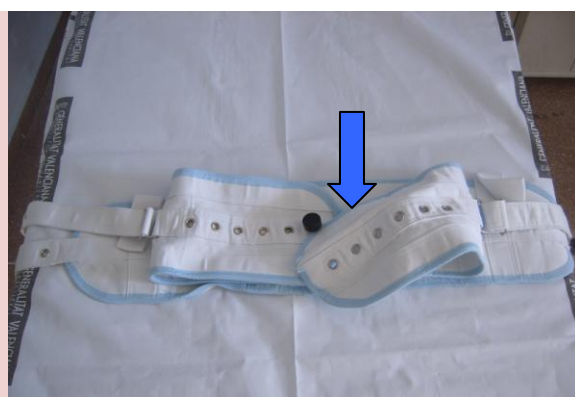
Se sujetan en las anillas laterales del cinturón abdominal.



Una vez pasadas por las anillas del cinturón, se anclarán con los botones de sujeción a la cama.



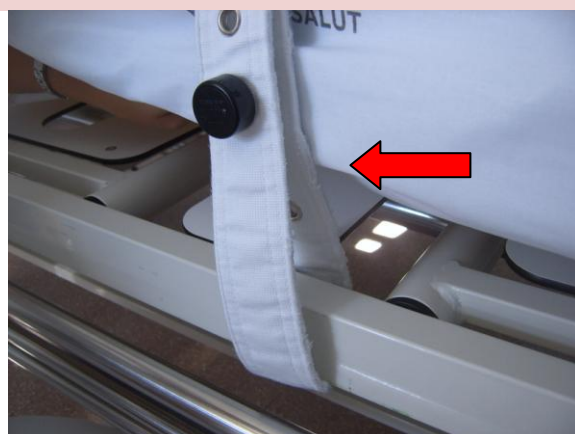
Se fijarán tras colocar el cinturón abdominal alrededor de la cintura del paciente.



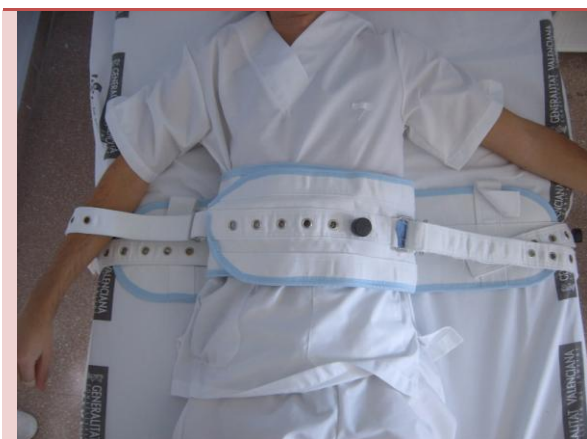
Cinturón abdominal

El cinturón de sujeción abdominal tiene dos partes.

Las cintas de sujeción superior (dos) se colocan alrededor de la cintura del paciente.



Cintas de sujeción inferior (dos) se fijan al bastidor de la cama o camilla firmemente.



Al colocar el cinturón abdominal alrededor de la cintura, tener en cuenta:

Si está demasiado floja el paciente podría deslizarse por ella y presentar riesgo de asfixia.

Si está excesivamente fuerte, podría dificultar la respiración.

Comprobar que entre la cintura y el cinturón cabe nuestra mano, colocada horizontalmente.



Tras colocar el cinturón abdominal se fijarán las bandas laterales a los pivotes que unen la cintura a la cama.



Tira tobillera de fijación a la cama.

Se fija a la cama con cierres magnéticos. Dispone de dos anillas inoxidables o de tela a través de las cuáles se hacen pasar las prolongaciones de las tobilleras para fijarlas con mayor o menor firmeza a los cierres magnéticos.



Se coloca en la parte inferior de la cama.



Se une a ella firmemente, a través del bastidor de la cama.



Tobilleras

Se colocan alrededor del tobillo.



Se pasa a través de la anilla metálica de la tobillera.



Se gira, de nuevo, sobre el tobillo, pero hacia el lado contrario, para fijarla al pivote.



Tras fijarla al pivote, la alargadera de la tobillera se pasa a través de la anilla de la tira de fijación tobillera y se une al mismo pivote que la fija a la cama.



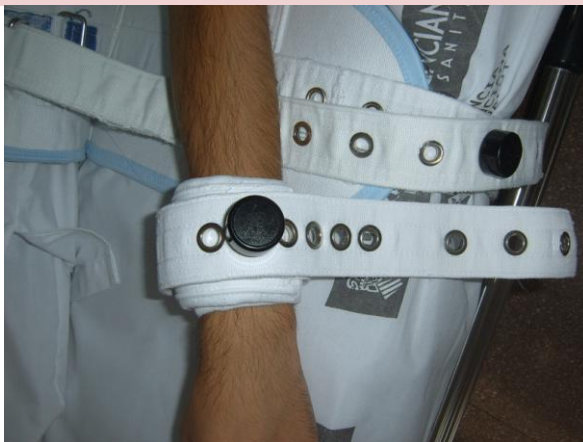
Entre la tobillera y el tobillo debe caber un dedo través para prevenir lesiones vasculares y dérmicas.



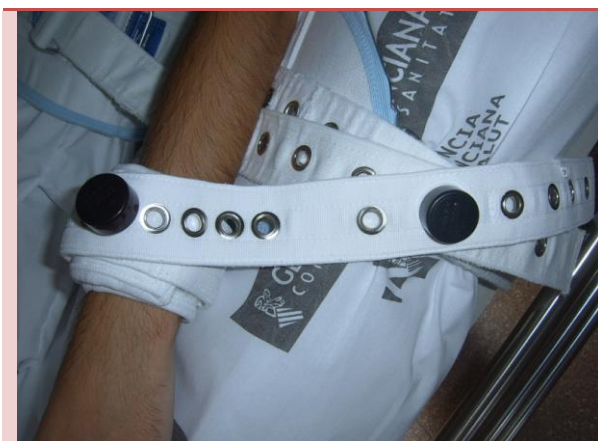
Muñequera

Se coloca alrededor de la muñeca del paciente.

Debe de caber un dedo través entre ambas.



Se fija al cierre magnético.



Se fija la alargadera de la muñequera a la tira del cinturón abdominal unida al bastidor de la cama.



Paciente con sujeción abdominal, brazos y piernas.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

1. FACULTATIVO: Máximo responsable. Informa. Decide su finalización.
2. ENFERMERA/O: Dirige la coordinación e indica en ausencia del facultativo. Responsable del instrumental y de los cuidados.
3. AUX. ENFERMERIA: Cooperar en los cuidados. Custodia y mantenimiento de los instrumentos.
4. CELADOR: Colabora y eventual transporte del paciente e instrumental.
5. SEGURIDAD: Colaborar con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

REGISTRO DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO:

- Fecha, hora inicio, hora finalización, duración y firma.
- Motivo de la contención.
- Indicación de la contención.
- Tipo de contención (total/parcial)
- Personal que intervino.
- Valoraciones periódicas c/2h durante las primeras 8h:
 - prevención UPP
 - nivel de consciencia
 - efectividad de la contención

CONTENCIÓN MECÁNICA TERAPEUTICA

CONTRAINDICACIONES

- Posibilidad de intervención alternativas.
- Existencia de alguna contraindicación.
 - Como medida de castigo o control.
 - Como respuesta a una transgresión.
 - Como sustitución de un tratamiento.
- Por simple conveniencia del equipo.

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Ulceras por presión
- Isquemia periférica
- Compresión nerviosa
- Luxaciones, fracturas.
- Tromboembolismos
- Broncoaspiración.
- Insuficiencia Respiratoria