

***PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA Y TERAPÉUTICA***

**SERVICIO DE PSIQUIATRIA**

**HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA**

## ***PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECANICA Y TERAPÉUTICA***

### **INTRODUCCIÓN**

Ante un paciente agitado el primer objetivo es su contención psíquica, mecánica y/o química con objeto de minimizar el riesgo de autolesionarse, dañar a otros o deteriorar las instalaciones. Dada la ansiedad que producen estas situaciones de crisis, el personal asistencial debe tener claras las medidas de intervención.

### **OBJETIVOS**

El objetivo de este protocolo es 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.

### **SUJECCIÓN MECANICA TERAPÉUTICA**

Se trata de la utilización de medios mecánicos, para garantizar la inmovilización de un paciente, con un objetivo terapéutico. En todos los casos se considerara como una medida extraordinaria y excepcional. Este acto terapéutico impuesto al paciente debe considerarse vinculado a los mismos condicionamientos legales que el ingreso involuntario.

### **INDICACIONES**

- 1.- **Pacientes con agitación psicomotriz o pródromos de conducta violenta** que resulte peligrosa para él mismo o para los demás.
- 2.- **Prevención de lesiones o daños al propio paciente** (autolesiones o caídas accidentales) **y otras personas** (enfermos o personal sanitario), o al entorno. Como tratamiento de conductas que entrañan peligro para otros o para el mismo paciente.
- 3.- **Agitación no controlable con medicamentos.**
- 4.- En **situaciones de riesgo que requieren un control intensivo o constante** y que no puede ser controladas de ninguna otra manera. Para evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas, otros sistemas de soporte vital, etc.).

5.- Si lo solicita voluntariamente el paciente y existe justificación clínica y/o terapéutica según el criterio del personal sanitario que lo atiende.

### **PRINCIPIOS GENERALES**

**Ante un paciente en crisis.-** Se llamará por megafonía al personal asistencial (médico, enfermería, celadores y auxiliares), que deben acudir rápidamente, para “código de retención” o “para realizar contención mecánica”. Se intervendrá lo antes posible y cuando exista un número suficiente de personas. Mientras, el paciente deberá ser custodiado por parte de celadores.

La intervención del personal de seguridad se requerirá cuando se considere necesario.

**1.-Debe existir un plan de actuación preacordado, con la siguiente estructura organizativa:**

#### ***-Profesional responsable de la indicación:***

*Médico o psiquiatra responsable, en su defecto, otro profesional clínico (enfermería) que pueda tomar la decisión. Valorando la conveniencia de su presencia durante la sujeción.*

#### ***-Personal asistencial y número que la realiza:***

El número ideal del equipo es de seis personas, aunque cinco suelen bastar:

- a. Una persona coordina-dirige el procedimiento de sujeción (médico).
- b. Una persona para sujetar cada una de las extremidades (2 celadores y 2 auxiliares).
- c. Una persona administra la medicación (enfermería).

Es importante que el grupo sea lo más numeroso posible, porque la sola presencia del grupo puede ser disuasoria para el paciente.

*Nos colocaremos a una distancia adecuada. Se informará al paciente que está perdiendo el control pero que se le va ayudar si él lo desea. Todo ello en un tono firme pero comprensivo.*

**2.-Preparación del personal:** debe despojarse de todo objeto peligroso para su integridad física y también la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes, etc.).

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

**4.-Momento de la intervención:** una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para que acepte las demandas verbales y para que se tumben 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.-Actitud del equipo asistencial.-** Se va a reducir a un paciente con intención terapéutica, por lo que se debe mantener una actitud de respeto. Durante la contención no debe haber violencia física ni verbal.

**El personal que asiste a la contención será en todo momento profesional,** no mostrará cólera ni afán de castigo. Su actitud será enérgica pero amable y respetuosa, evitando golpear o someter al paciente a posturas humillantes.

**6.-Se actuará impidiendo el movimiento del paciente -evitando sentarse encima-** (situación que limita la fuerza de la inmovilización y puede lesionar al paciente por presión). Evitar también insultos hacia el paciente y blasfemias.

**7.-Siempre debe estar autorizada por el médico,** aunque sea de forma verbal, pero siempre mejor por escrito en la hoja de órdenes médicas.

**8.-Se debe registrar** minuciosamente la razón de la contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

**9.-Se deben emplear exclusivamente sistemas homologados** de sujeción física.

**10.-Es frecuente que los pacientes sujetos mediante contención se calmen** después de transcurrido algo de tiempo.

### **TÉCNICA DE LA SUJECIÓN TERAPÉUTICA**

Siempre que sea posible (porque el estado del paciente lo permita) **se debe informar** al paciente de las medidas terapéuticas que vamos a tomar, dándole tiempo al paciente a que colabore y obedezca las demandas verbales, tumbándose voluntariamente en la cama.

Si el paciente no obedece, se le reducirá entre los miembros del equipo según el plan previamente marcado, procurando realizarlo cuando el paciente esté distraído. La contención siempre se realizará por orden facultativa.

**Para contener a un paciente se requerirá siempre la colaboración de un equipo de personas** (médico, enfermería, dos celadores y dos auxiliares), con planificación del abordaje para evitar lesiones al paciente, a otros o al propio personal asistencial. Cada persona del equipo tiene asignada una extremidad. Se sujetarán las extremidades del paciente por la zona más distal. Se retirarán todas las pertenencias del paciente que supongan riesgo como mecheros, anillos... durante o tras la sujeción.

Una vez tumbado en la cama (en decubito supino):

a) **La sujeción completa**: consiste en la **inmovilización del tronco y las 4 extremidades**. Se colocará primero el cinturón ancho abdominal y después las 4 extremidades en diagonal, brazo izquierdo y pierna derecha o brazo derecho y pierna izquierda, asegurándose que los botones funcionen correctamente.

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

*La sujeción será en el siguiente orden: cintura, miembros inferiores y miembros superiores. Si no hubiera suficiente personal, las piernas las sujetará una sola persona. Se debe tener en cuenta la sujeción de la cabeza. En los pacientes intoxicados o con disminución del nivel de conciencia la contención deber ser en decúbito lateral izquierdo.*

*Comprobar y revisar cada uno de los puntos de sujeción. Explicar al paciente, cuando acabe la sujeción, que todas sus necesidades serán atendidas y que se realizarán visitas periódicas por parte del personal de enfermería.*

*Un miembro del equipo siempre debería estar **visible para el paciente**, y su cometido será **tranquilizarle** durante la sujeción. De esta manera se ayuda al paciente a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.*

**Inmovilización de las extremidades extendidas.** *El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa especial (la más ancha) diseñada para ese efecto. ¡¡¡Procurar que no este floja!!! porque el paciente podría deslizarse por ella y ahogarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.*

**La sujeción debe permitir** administrar perfusión endovenosa por el antebrazo, así como recibir líquidos o alimento.

Mantener **la cabeza** del paciente ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

**Comprobar periódicamente** (cada hora aproximadamente), las sujeciones por la seguridad y la comodidad del paciente.

*Incluso cuando están sujetos la mayoría de los pacientes necesitan **medicación antipsicótica** por vía intramuscular.*

*Cuando el paciente esté bajo control y tras valoración facultativa, se deben ir eliminando las restricciones a intervalos de cinco minutos, hasta que el paciente tenga solo dos. Las restantes se eliminaran al mismo tiempo, ya que el paciente no se puede contener con una sola sujeción.*

*La sujeción mecánica debe durar el **menor tiempo posible**.*

## **RECURSOS MATERIALES.**

*Deberá haber al menos un juego completo (**equipo de sujeción de segufix**) en cada botiquín del área correspondiente (urgencias, observación o sala):*

- o 1 sujeción abdominal (tipo segufix).*
- o 2 muñequeiras para miembros superiores.*
- o 2 tobilleras para miembros inferiores.*
- o 2 tiras de fijación a la cama (una para mmii y otra para sujeción torácica).*
- o Botones o anclajes de sujeción con sus correspondientes cierres.*
- o Imanes para liberar los anclajes.*

*Es de primordial importancia la revisión periódica y el mantenimiento de las sujeciones, así como su ubicación en un sitio determinado, conocido por todo el personal asistencial, ya que el momento en que van a ser necesarias va acompañado de ansiedad y urgencia en la mayoría de los casos.*

## **SEGUIMIENTO Y CONTROL**

*Todo paciente inmovilizado requerirá control cada hora por el personal de enfermería, comprobándose su estado. Dicho control, salvo por la noche, implicará mantener contacto visual y verbal con el paciente.*

*-Seguimiento médico: El médico visitará al enfermo, preferiblemente dentro de la primera hora tras la sujeción y siempre dentro de las 3 primeras horas, y valorará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir. Se visitará y valorará el estado del paciente al menos cada 12 horas, revisando la indicación de la medida.*

*-Seguimiento de enfermería: Consiste en observar y valorar al paciente, comprobando el nivel de conciencia, estado de la piel y las posibles lesiones, actuando en consecuencia. Control de las constantes vitales (tensión arterial y pulso) con la frecuencia estimada por parte del facultativo responsable y en su ausencia una vez por turno. Cambios posturales, movilización de miembros superiores e inferiores, comprobación de puntos de sujeción cada 2 horas*

*Revisión de las sujeciones una vez por turno así como control de la ingesta y eliminación.*

*-Finalización de la medida: Será tras indicación médica y siempre progresivamente.*

**Prevención de 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 24 horas ó en pacientes con factores de riesgo se requerirá valorar profilaxis de trombosis, con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

*PROTOCOLO:* Para la aplicación de la misma se realizará un recuento de plaquetas y un tiempo de coagulación.

La HBPM se administrara por vía subcutánea con carácter rotatorio y una vez al día, a la dosis de 4.000 UI.

*CONTRAINDICACIONES:* Esta contraindicada en los trastornos hemorrágicos agudos, enfermedad ulcerosa péptica, hipertensión grave y hepatopatía severas.

**ANTE UN PACIENTE EN CONTENCIÓN MECÁNICA:**

Mantener la **dignidad y la autoestima** del paciente:

- o Preservar la intimidad del paciente.
- o Explicar la situación a los otros pacientes sin revelar la información que el paciente considere confidencial.
- o Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras se halle despierto.
- o Implicar al paciente en planes para poder finalizar la sujeción mecánica.

Mantener la **integridad física** porque ellos no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implica la inmovilidad:

- o Comprobar las constantes vitales periódicamente.
- o Ayudar al paciente en la higiene personal.
- o Regular y controlar la temperatura de la habitación.

- o *Realizar los cambios posturales necesarios.*
- o *Almohadillar las sujeciones.*
- o *Ofrecer alimentos y líquidos.*

**Protocolo realizado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia.**

**Julio/2004**