MEJORANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTE LA NECESIDAD DE CONTENSIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS

AUTORES: Laura Montero Gálvez, Ana Belén Jiménez Conejo

PALABRAS CLAVE: Restricción física, inmovilización, agitación psicomotora, Prevención y control.

RESUMEN

La restricción física es un procedimiento utilizado desde la antigüedad para controlar el comportamiento de los enfermos mentales. Consideraban habitual el uso de cadenas para inmovilizarles y pocos personajes intentaron humanizar el cuidado proponiendo medidas de sujeción más suaves. En España, hasta el siglo XX, no se publicaron guías de cuidados para la correcta aplicación de restricciones físicas. A mitad de este siglo con el descubrimiento de los antipsicóticos y las declaraciones ético-legales se redujo el uso desmesurado de este método.

En los servicios de urgencias frecuentemente se utiliza la contención física en los pacientes agitados como medida de protección y seguridad para él mismo además de para el personal y los familiares.

La inmovilización terapéutica es una medida de protección que requiere indicación médica y por lo tanto conlleva complicaciones potenciales si no se aplica adecuadamente. Por ello este trabajo se centra en el análisis de protocolos nacionales para consensuar el marco teórico sobre el procedimiento de su aplicación, recursos humanos y materiales, y así unificar criterios de seguridad y calidad asistencial.

Hemos realizado una revisión bibliográfica con el fin de establecer y unificar criterios y pautas de actuación en realización de inmovilización de pacientes y aplicación de contención mecánica, garantizar la seguridad del paciente, mejorar la calidad asistencial, dotar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los conocimientos y pautas a seguir, potenciar la utilización de medidas alternativas y dar a conocer las implicaciones éticas y jurídico-legales

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La sujeción terapéutica consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas y los tobillos. Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad.

Su indicación sólo está justificada ante el fracaso de otras alternativas, ya que vulnera el principio de autonomía de la persona al limitar la libertad del paciente, suponiendo una restricción de

los derechos fundamentales de amparo constitucional de las personas afectadas por las intervenciones corporales

Los usuarios de los servicios de Urgencias, especialmente aquellos que padecen una psicopatología aguda, son especialmente vulnerables a numerosos y potenciales riesgos. Estos riesgos pueden relacionarse con su propia conducta y con las técnicas y cuidados que se les proporcionen.

La agitación es un episodio médico muy frecuente en urgencias y su manejo es muy complicado por la poca colaboración del paciente por lo que casi siempre requiere del uso de la contención y aunque se supone que es una medida excepcional, esta debe aplicarse con la mejor calidad posible.

Indicaciones:

- Prevención y control de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
- Contingencia en la terapia conductual de conductas peligrosas.
- Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
- Episodio de agitación psicomotora en embarazadas.
- Prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
- Prevenir la agresión y automutilación que no responde a otras intervenciones, en el caso de deficientes mentales graves.

Contraindicaciones:

- Orden expresa del médico de no aplicar contención.
- Siempre que exista la posibilidad de aplicar otros abordajes terapéuticos.
- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento en pacientes conscientes y orientados.
- Como sustitución de un tratamiento ya en curso.
- Por simple conveniencia del equipo.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento del estado general de salud del paciente.
- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.

- Cuando no exista personal suficiente para realizar la contención o sea una situación de peligrosa (paciente armado).

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo de este trabajo es proporcionar los conocimientos actuales para la aplicación de la contención física como medida de seguridad en los Servicios de Urgencias

Objetivos específicos:

- Inmovilización del paciente a la cama mediante sistemas de sujeción total o parcial, para garantizar la seguridad del mismo o de los demás.
- Evitar las consecuencias traumáticas para el paciente derivadas del acto de la sujeción, garantizando la protección de sus derechos.
- Mantener la integridad física, porque puede sufrir los riesgos de la inmovilidad.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica de los diferentes o protocolos y artículos encontrados de origen nacional, así como la consulta de la normativa ética y legal existente en materia de sanidad en referencia a la inmovilización terapéutica.

RESULTADOS

Las primeras medidas de contención que deben usarse son las verbales y farmacológicas y solo cuando estas fracasen se debe recurrir a la contención mecánica. Ante la diversidad de criterios que varían entre hospitales y comunidades autonómicas y tras la revisión de la bibliografía se establecen las siguientes como principales medidas de seguridad:

- Verificar la prescripción médica, debiendo figurar por escrito.
- Informar al paciente y familia, dándoles tiempo a que lo acepten y den su consentimiento
- Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente
- Debe existir personal suficiente para llevar a cabo la sujeción, y que cada profesional sepa su función
- Retirar al enfermo las prendas de vestir y los objetos que pudieran dañarle
- Comprobar que están preparados todos los recursos materiales, que se encuentran en buen estado y seleccionar y aplicar correctamente el dispositivo de sujeción, según sea parcial (implica la inmovilización de tronco y dos extremidades) o completa (implica la inmovilización del tronco y las cuatro extremidades).

- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, evitar las barandillas, comprobar que no están ni demasiado apretados, ni demasiado holgados, permitiendo siempre la ingesta del paciente y la administración del tratamiento
- Valorar constantes vitales, nivel de conciencia, zonas de sujeción (coloración, entumecimiento, movilidad de miembros, pulsos) de forma periódica
- Iniciar medidas de prevención de ulceras por presión.
- Retirada de la sujeción terapéutica tras la valoración conjunta del facultativo y enfermera, se hará de forma progresiva a medida que aumente el autocontrol, observando en todo momento el estado del paciente y su comportamiento.
- Evaluar con el paciente las circunstancias que han rodeado la adopción de esta medida.
- Registrar la fecha y hora de la retirada y las incidencias de la misma.

DISCUSIÓN Y APLICACIONES A LA PRÁCTICA

La mayoría de los pacientes agitados llegan al Servicio de Urgencias con un alto grado de agitación. Con mucha frecuencia son pacientes que no han sido controlados por el personal de atención primaria o que necesitan ser trasladados por los equipos de urgencias extrahospitalarias desde sus domicilios, donde su manejo es imposible por parte de sus familiares. Es por ello que para tratar su elevada agitación los procedimientos habituales son dos, la contención física y la contención farmacológica, los cuales deben ser igual de rápidos como eficaces, además de seguros y de calidad.
Por otra parte, las características de la estructura física e instalaciones de la urgencia hospitalaria obligan a manejar al paciente de una forma rápida y eficaz pero dentro de un contexto de no demasiada intimidad y comodidad para el paciente. Este contexto se refiere a la inexistencia de habitaciones individuales y sus respectivas camas. Este tipo de pacientes son atendidos en la salas de boxes, donde en lugar de camas disponen de camillas. Estos boxes se separan de otros pacientes mediante cortinas, lo que supone un tratamiento del paciente psiquiátrico un tanto inapropiado y también muy incómodo para el paciente contenido.

Se debe reforzar:

- Evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas. La sujeción mecánica debería utilizarse solamente como último recurso, y sólo cuando los beneficios potenciales sean mayores que el daño potencial.
- Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones y en las pautas a seguir en el caso de tener que utilizar la contención y/o

inmovilización de pacientes. La formación sobre sujeción mecánica puede reducir con seguridad su uso

- Sólo utilizar la restricción física como medida terapéutica y durante cortos períodos de tiempo.
- Si debe usarse sujeción mecánica, se recomienda que solamente se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente, o que facilite el tratamiento
- Evaluar continuamente a los pacientes inmovilizados, valorando la posibilidad de retirar la contención cuanto ésta ya no sea necesaria.
- La intervención debe quedar siempre registrada.
- Mantener el material de contención localizado y en perfectas condiciones para su uso (Comprobar el material cuando se recibe de lavandería, revisando botones, anclajes, velcros...)

No se debe:

- Avergonzar al paciente por su actitud.
- Utilizar estrategias como: Decirle que se calme, ofrecerle medicación "para estar más tranquilo", negarse a escucharle, elevar el volumen de la voz, mantener una discusión en público o empeñarse en seguir hablando aunque se esté en vía muerta.
- Nunca sujetar a un paciente agitado en una silla de ruedas o en un sillón por el elevado riesgo de caídas.
- Nunca se utilizara la restricción física como sustituto de vigilancia

BIBLIOGRAFÍA

-Rodríguez de Vera Selva M.L., et al. Inmovilización de Pacientes y Sujeción Mecánica [en línea]. 1ª ed. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Disponible en:http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documnos/7023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf; 2012

-Carcoba Rubio N., García Barriuso C., Guevara Jiménez C. Contención Mecánica en Urgencias [en línea]. NURE Inv, 9(60). (Consultado el 8 de Marzo 2014); Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf; 2012.

-Manual de procedimientos generales de enfermería. Contención física inmovilización del paciente. Hospital Universitario Virgen del Rocio. 2012; Disponible: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf.