

LA CONTENCION EN EL INGRESO HOSPITALARIO URGENTE

AUTORAS: M^a Pilar Diéguez Poncela, María Teresa Ojeda Heras

Correo electrónico: pilar_4687@hotmail.com

PALABRAS CLAVE:

Restricción física; atención de enfermería; atención hospitalaria; agitación psicomotora; urgencias.

RESUMEN

La contención mecánica es una medida utilizada con cierta frecuencia en algunas unidades de hospitalización, y en múltiples ocasiones, dentro del servicio de urgencias, ya que debido a las condiciones y características del paciente sobre el que se realiza, suele ser de aplicación urgente.

La contención mecánica como medida terapéutica, se enfoca a la inmovilización parcial o generalizada del cuerpo de un paciente, con el fin de garantizar la seguridad de él mismo y/o de los demás. Frecuentemente se realiza en contra de su voluntad, y en un contexto urgente; de tal forma que en su utilización se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y se le priva de libertad de movimientos de forma temporal.

Se realizó una búsqueda bibliográfica que analizara las principales cuestiones que esta práctica suscita, sobretodo, en los servicios de urgencias, haciendo hincapié en la necesidad de protocolos, guías y consentimientos informados estandarizados.

INTRODUCCION:

La contención física es una práctica llevada a cabo por los profesionales de enfermería en algunas unidades clínicas en las que encontramos pacientes con agitación psicomotora con el fin de buscar la seguridad de estos pacientes así como la de los profesionales que actúan en pro de su salud.

Su utilización es habitual pero, no siempre la formación o el conocimiento acerca de estas lo es también. Las dudas que se nos plantean a los profesionales de enfermería ante este tipo de intervención van desde la propia definición, los tipos de contención que encontramos así como los riesgos o las implicaciones éticas que su uso genera. Además, la existencia de un escaso marco legal creado al respecto o protocolos estandarizados dentro de las unidades dificulta la práctica eficiente de esta técnica.

La enfermería basada en la evidencia se ha convertido en la herramienta utilizada para dar respuesta a estos interrogantes que nos surgen durante la práctica de nuestra profesión, como puede ser este caso. A través de este trabajo intentamos dar respuesta a las preguntas más frecuentes derivadas de la intervención.

OBJETIVO:

Identificar y definir los principales conceptos en los que se basa el uso de la contención/restricción en sus diferentes modalidades, en pacientes con agitación psicomotora en unidades de hospitalización urgente.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando en diferentes bases de datos como Cuiden, Pubmed, Scielo... utilizando como términos de búsqueda las palabras clave referidas y acotando la búsqueda a artículos, protocolos y guías clínicas publicadas en los últimos cinco años (2010-2015) y concebidas dentro del territorio español.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 11 artículos completos, dos protocolos de consenso sobre uso de contenciones físicas y una ley propia emitida por la Comunidad Foral de Navarra.

Los artículos encontrados fueron revisiones bibliográficas, artículos descriptivos o estudios observacionales, los cuales se ajustaban a diferentes aspectos del uso de contenciones como por ejemplo, la seguridad en el uso de la contención física, los accidentes derivados o la preocupación familiar.

La Real Academia Española, en su diccionario, define “contener” como el hecho de “sujetar el movimiento de un cuerpo” y al verbo “sujetar” le aporta connotaciones físicas con matices relacionados con la dominación y el poder. El término “contención”, lo define como la “acción o el efecto de contener, sujetar el movimiento de un cuerpo”, y la “restricción” como la “acción o el hecho de restringir”¹⁻¹⁰.

La comunidad científica opta mayoritariamente por los términos “sujeción” y “restricción” para referirse al empleo en la clínica de las muñequeras, cinturones de sujeción abdominal o pélvica, chalecos de sujeción torácica o integral y los cinturones de cama. Las barandillas de la cama (laterales) no son clarificadas como tales ya que los autores no llegan a un consenso entre los conceptos de si son contenciones o simplemente restricciones añadidas al mobiliario¹⁰.

Ante esto, en otras publicaciones se observa que “sujetar” y “contener” no se corresponden con la misma acción aunque suelen utilizarse como sinónimos¹⁰.

El término genérico “contención”, es el más utilizado en la práctica clínica, y se refiere al hecho de poner un límite a la persona, como algo bien intencionado más beneficioso que perjudicial con la intención, de impedir que traspase un límite físico y/o emocional. A partir de esto definir las contenciones mecánicas en función de los dispositivos crea ambigüedades tanto técnicas como éticas²⁻¹⁰.

Existen diferentes tipos de contención y no solo mecánicas. Dentro del ámbito sanitario, la definición más aceptada es la que se refiere a la utilización de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o su totalidad con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que puedan poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al paciente o a otras personas cercanas¹⁻¹⁰.

La contención mecánica principalmente es indicada ante episodios de agitación psicomotriz. Esta puede definirse como un conjunto de movimientos irreflexivos, continuados y desordenados, de inicio generalmente brusco, en respuesta a impulsos instintivos o afectivos variables, que va acompañado de una sintomatología psíquica amplia y exige una intervención terapéutica inmediata⁸.

Tipos de contención¹⁻²⁻⁹:

- Contención verbal: tienen como finalidad el “enfriamiento” de la situación, disminuyendo la ansiedad, la hostilidad y la agresividad, y previniendo posibles ataques violentos. Se utilizara en casos en los que la pérdida del control sea moderada. Cuando es insuficiente, se mantendrá y complementara con medidas de otra índole. Deberá tenerse en cuenta que es tan importante aquello que se dice como aquello que no (comunicación verbal vs no verbal).
- Contención farmacológica: cuando las medidas de contención verbal no son eficaces en el paciente agitado, puede recurrirse al uso de fármacos con el objetivo de disminuir la inquietud o la agitación psicomotriz. Conlleva un elevado coste en términos de efectos adversos, accidentes, caídas y pérdida de la movilidad, debiendo evitarse en lo posible. La simple presencia de delirium en un anciano no es una indicación de tratamiento farmacológico. La indicación deberá estar perfectamente establecida y documentada y ser reevaluada constantemente. El objetivo de la contención farmacológica es tranquilizar al paciente lo antes posible mediante la utilización de fármacos con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. Se elegirá un fármaco rápido, de acción rápida, no bioacumulable y con mínimos efectos secundarios, contraindicaciones o interacciones farmacológicas. Preferiblemente en monoterapia.
- La contención mecánica general: reducción y contención de movimientos, es decir, autoprotección del personal y protección del paciente. El objetivo de las medidas de contención mecánica es la limitación de movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de prevenir lesiones en el propio paciente o a otras personas, en los casos en los que hayan fallado otras alternativas como la contención verbal o la contención química, o bien como coadyuvante de ambas. Es un procedimiento de protección, de última elección en pacientes que se encuentran en estados de desorientación o agitación psicomotriz. No debe usarse como castigo, o como el sustitutivo de la falta de personal, y debe evitarse su aplicación cuando la situación puede resolverse con medidas alternativas, no exista personal suficiente y entrenado para llevar a cabo la contención de forma segura para el paciente, o sea una situación peligrosa y técnicamente imposible (Ej.: paciente armado).

Ejemplos de contenciones mecanicas¹⁻⁹:

- Cinturón abdominal, permite al paciente movimientos giratorios.
- Bandas cruzadas para el tórax, configuradas en aspa con un refuerzo superior que impiden la incorporación.

- Peto torácico-abdominal impide desplazamientos laterales, permitiendo la incorporación.
- Muñequeras, permiten asegurar una o ambas manos del paciente.
- Tobilleras, permiten adecuar los niveles de sujeción a nuestras necesidades.

El orden de la fijación será: cintura, extremidades inferiores, extremidades superiores, tórax, y por último, dispositivos accesorios: alargaderas anti-rotación, sujeción de muslos y en ocasiones hasta sujeción de hombros. Pueden ser: con velcro, con velcro y anillas, con cierres de seguridad magnéticos, con lazada, pero siempre debe llevarse a cabo con dispositivos homologados⁹.

Siempre que sea posible, se deben utilizar estos dispositivos homologados, y evitar aquellos caseros o rudimentarios, como atar al paciente con sábanas, vendas de crepé, compresas. Todos estos dispositivos están fabricados con tejidos hipoalergénicos y de texturas suaves para evitar posibles lesiones por fricción. Si se ordenan estos dispositivos en grado de seguridad de sujeción, se debe poner en primer lugar los que llevan cierre magnético, en segundo el cierre con velcro y anillas y por último los que llevan cierre con velcro o lazada⁹.

Complicaciones potenciales¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁷:

- Asfixia mecánica: un mecanismo de sujeción mal colocado podría ocasionar en el paciente una presión en cuello, tórax o parte superior del abdomen, dificultando la entrada de aire en los pulmones. Suele ser causada por:
 - o Estrangulación.
 - o Asfixia postural o posicional por suspensión.
 - o Sofocación por compresión toracoabdominal.
- Muerte súbita: la restricción física causa en muchas personas un gran estrés físico y emocional, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación, las cuales podrían sobre estimular el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa o que la resistencia constante a la restricción generaría una acidosis metabólica que también tendría efectos cardiovasculares negativos.
- Lesiones por caídas y golpes, úlceras por presión, estreñimiento, anquilosis, lesiones por quemaduras en aquellos pacientes que fuman en la cama mientras están contenidos, o bien que intentan utilizar el fuego para soltarse de la contención.
- Aspiración: se produce en personas sometidas a restricción en posición supina, en especial aquellas con bajos niveles de conciencia. Podría originar una asfixia, edema de pulmón o neumonía
- Aumento de la agitación, producción de estrés grave (posibilidad de úlcera gastroduodenal y depresión del sistema inmunitario)
- Reducción del apetito, deshidratación e inmovilidad.
- Aislamiento del entorno y alteración de la relación con los cuidadores y el personal sanitario.

- Aumento de las infecciones oportunistas, incremento de la pérdida de memoria, aumento de la estancia hospitalaria y de traslados a residencias asistidas, y abrasiones en la piel y lesiones nerviosas.

La literatura recomienda que las contenciones deben ser utilizadas durante periodos limitados, para dar la oportunidad al paciente a que realice movilizaciones, durante al menos diez minutos cada dos horas, y revisar que no se produzcan efectos adversos derivados del uso, cada 3 o 4 horas. El objetivo final de esta actuación es evitar y prevenir las consecuencias en aquellos pacientes en los que sea necesario el uso de las contenciones³.

Además, como parte de desempeño del rol de los profesionales sanitarios, es nuestra obligación la defensa de los valores éticos y morales, así como evitar el trato inhumano o degradante, ciñéndose al principio de autonomía y no maleficencia, y a determinados valores como la dignidad personal y la percepción de la autoestima¹⁻².

El uso de la contención mecánica se va a ver condicionado por las características de los pacientes y de la propia institución. Pero además, las actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería, van actuar como determinantes en su utilización y van a influir de manera directa en el proceso de toma de decisiones al respecto¹¹.

Ciertamente, en la actualidad existe controversia acerca de la existencia o no de una verdadera indicación sobre el uso de las sujeciones ya que en la mayoría de los casos podrían evitarse utilizando otras alternativas menos cruentas y más dignificantes. Las principales guías y protocolos pautan como principales indicaciones las siguientes¹⁻⁹:

1. Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéutico necesarios para la supervivencia, como sondajes, curas...
2. Control de la agitación y alteraciones conductuales
3. Garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos traumatológicos
4. Prevención de caídas o los siniestros por vagabundeo errático no controlado (representa el 75% de las sujeciones).
5. Control postural.

Por el contrario, existen también estudios que demuestran que las personas sometidas a sujeciones se agitan y presentan trastornos de conducta por el efecto que éstas les producen. Así como, otros estudios basados en evidencia científica, han demostrado que el uso de sujeciones no solo no logra disminuir el número de caídas de forma significativa (principal indicación de las mismas), sino que por el contrario, las caídas que se producen, tienen consecuencias más funestas¹⁻⁹.

La contención mecánica o la restricción física, como intervención, es un procedimiento limitante de derechos y libertades fundamentales para el paciente que lo precisa, por lo que debe ser prescrita o utilizada siguiendo protocolos consensuados y en pacientes indicados, como aquellos agresivos o agitados, o con signos de violencia inminente².

DISCUSION-CONCLUSIONES

No se ha encontrado legislación específica sobre el uso de contenciones o restricciones físicas a pesar de los riesgos clínicos y los potenciales problemas legales que conlleva en los casos de incorrecta aplicación o indicación, es por tanto que la indicación, el procedimiento de la contención, y su supervisión, han de estar debidamente protocolizados y dichos protocolos deben evaluarse periódicamente.

Se debe resaltar que, en la bibliografía revisada, existen aspectos recurrentes, tales como:

La aplicación de medidas de contención implica un mayor grado de atención y seguimiento del paciente sobre el que se aplica, realizando una valoración constante de su estado.

Es importante diferenciar las medidas de sujeción orientadas a mejorar la seguridad del paciente dentro del plan terapéutico y conocer que la contención mecánica no es la primera medida de elección en caso de agitación. Se trata de medidas terapéuticas preventivas con indicaciones y contraindicaciones.

Respecto al tema ético, las intervenciones de Enfermería debe ir encaminadas al cuidado exquisito e integral de las personas a las que se les indica una contención, debemos ser exigentes en la humanización de su atención, de forma que cuidar no pueda ser sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros, es necesario que los cuidados se den con humanidad y con compasión, sin ningún tipo de discriminación de la persona por parte del personal que la atiende. Al contrario, precisamente por la situación en la que se encuentra, la persona deberá ser tratada con la máxima consideración y respeto.

Por último, es necesario desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación que promuevan el menor uso posible y la pericia adecuada para llevar a cabo las sujeciones como medida terapéutica que es, y siempre como último recurso, dirigidas a la ciudadanía en general además de al conjunto de profesionales de los sistemas social y sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Comité interdisciplinar de sujeciones. Documento de consenso sobre sujeciones físicas y farmacológicas (2014). Sociedad española de geriatría y gerontología.
2. Fernández Rodríguez, Á., & Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63-67.
3. Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:197-8
4. Farina-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46:36-42.
5. Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Fernández, M. M., & Santana, E. S. (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el

- uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(4), 201-207.
6. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial Servicio Cántabro de Salud. Guía para la contención física de pacientes (2011). Servicio Cantabro de Salud. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria.
 7. Quintero-Urbe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal*. 2012;38:28---31.
 8. Rus, M. S., & Castillo, F. C. (2014). Contención mecánica: definición conceptual. *ENE Revista de enfermería*, (8), 6. Álvarez, R. T., & Yárnoz, J. M. C. (2012).
 9. Comité de ética para la asistencia sanitaria. Protocolo de contención de movimientos de pacientes (2010). Hospital clínico San Carlos.
 10. Delgado, J. R. (2013). Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 185-189.
 11. Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Hernández, D. D. G. P., & Crego, M. G. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(5), 209-215.
 12. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Disponible en: [http://www.navarra.es/home es/Actualidad/BON/Boletines/2011/204/Anuncio-0/](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2011/204/Anuncio-0/) [consultado 10 enero 2016]
 13. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. *Revista española de medicina legal: órgano de la Asociación Nacional de Médicos Forenses*, 38(1), 3-4.
 14. Suárez, A. A., Ortega, M. C. A., Rivera, E. F., & Aja, B. G. (2012). Estudio sobre la utilización de la contención mecánica en una población geriátrica. *Nuberos Científica*, 1(7).