



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

**CONTENCIÓN MECÁNICA DE
PACIENTES AGITADOS EN
URGENCIAS:
Protocolo e intervención formativa
enfermera**

Alumna: Estrella Fernández Manzano

Tutora: Carmela María Molina Azorín

RESUMEN

El manejo del paciente agitado puede plantear muchas dificultades ya que en ocasiones se vuelven agresivos o violentos, poniendo en riesgo su vida o la de los profesionales. Por tanto, la elaboración de un protocolo del procedimiento de contención mecánica junto con la formación del personal es fundamental para resolver la situación.

Objetivo general: evaluar la influencia de una intervención formativa de enfermería sobre la correcta aplicación de la contención mecánica en el servicio de urgencias del HCUV (Hospital Clínico Universitario de Valladolid).

Metodología: revisión bibliográfica y estudio cuasi experimental a través de una intervención formativa mediante diez talleres teóricos-prácticos sobre el protocolo de contención mecánica, con un cuestionario “*ad hoc*”, pre-sesión y post-sesión. La muestra estuvo formada por 95 participantes de urgencias: personal de enfermería, celadores de la unidad en activo, EIR y estudiantes de enfermería que en el momento de la intervención estaban rotando en la Unidad. Análisis estadístico: Los datos fueron tabulados y analizados con el programa SPSS 23.0, obteniendo como resultados un aumento del conocimiento global en 2.5 puntos, un grado de satisfacción por la participación en el taller que se situó en 9.2 ± 0.2 puntos [en una escala de 0 a 10, IC95% (9.0, 9.4)] y un protocolo de contención mecánica adaptado a la unidad.

Conclusión: La realización y presentación del protocolo con una intervención formativa ha producido gran satisfacción al personal de la unidad produciendo mejoras en su conocimiento teórico y práctico.

Palabras clave: agitación, contención mecánica, intervención, urgencias, restricción física

Keywords: agitation, mechanical containment, intervention, emergency, physical restraint

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS.....	4
INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN	1
HIPÓTESIS	4
OBJETIVOS	4
METODOLOGÍA.....	5
DISCUSIÓN.....	15
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXOS	24
ANEXO I: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DE URGENCIAS	24
ANEXO II: CUESTIONARIO	51
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resultados de los cuestionarios	11
Tabla 2: Razones para usar contención mecánica	13
Tabla 3: Sentimientos que produce el uso de contención mecánica	14

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Profesionales que trabajan en urgencias y la muestra	10
Figura 2: Individuos de la muestra por categorías profesionales	11
Figura 3: Nota global pre-sesión y post-sesión.....	12
Figura 4: Resultados pretest y postest por bloques de preguntas	13
Figura 5: Resultados de la escala de Likert de sentimientos.	14
Figura 6: Tipo de notas obtenidas pre-sesión y post-sesión.	14

INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

Los conceptos de Psiquiatría y de contención mecánica han ido evolucionando a lo largo de la historia. El tratamiento de contención ha variado tanto en los materiales usados para llevarlo a cabo, como las indicaciones para aplicarlo. Esta medida ha pasado de emplearse como forma de castigo a ser usado en la psiquiatría moderna como una medida terapéutica ⁽¹⁾. Entendiendo así por contención mecánica: “una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o la totalidad móvil del organismo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos” mediante la aplicación de un dispositivo material homologado. ⁽¹⁾

En la antigüedad se consideraba la aplicación de medidas de restricción, una forma de solucionar los problemas provocados por los enfermos mentales. Las primeras referencias al uso de restricción física pertenecen a la Grecia Clásica, tal como se evidencia en textos como el Corpus Hippocraticum, donde incluía la contención como terapia con cadenas que se usaban en aquellos enfermos que representaban un peligro para sí mismos o para los demás. El uso de cadenas era una práctica que proporcionaba condiciones duras e insanas a los pacientes, por lo que hubo gente que se opuso a este procedimiento. Celio Aurelio, Asclepiades o Sorano de Éfeso fueron algunos de los galenos de Grecia y Roma que lucharon en contra de ésta. ⁽²⁾

Durante la edad Media, la cultura árabe comenzó a humanizar los cuidados en hospitales de dementes, mientras que en Europa, en la misma época, la locura se relacionaba con el pecado y entonces el único tratamiento que existía era la represión. ⁽²⁾

Con la Revolución Francesa y la aparición de los derechos humanos el concepto de psiquiatría y el tratamiento de los enfermos sufrieron cambios importantes. El médico Philippe Pinel, médico que estudió las enfermedades mentales y muy vinculado al tratamiento moral de Pussin, retiró los grilletes como tratamiento de los enfermos mentales, en el siglo XVII en Francia, tal como simboliza el mito “la liberación de los alienados”. Este médico sentó las bases para la aplicación de medidas restrictivas como la contención mecánica o el aislamiento subrayando la seguridad y el respeto de los derechos de los pacientes durante la práctica.

También resaltó la formación, la necesidad de un número mínimo de personas para llevar a cabo la inmovilización y determinó la vigilancia como parte fundamental del tratamiento. Él fue uno de los primeros médicos en defender la rehabilitación de los enfermeros mentales. ^(2,3)

En EEUU, en el 1987 fue aprobada “Omnibus Budget Reconciliation Act”, es decir, la primera ley federal que reguló el uso de restricción física y la práctica de curas. ⁽¹⁾

En la época actual, el abordaje de la enfermedad mental se centra en estimular al paciente para que realice un mayor control sobre su propia vida, libre de medidas coercitivas, donde la contención mecánica sólo debe ser usada como último recurso tras haber intentado controlar la situación previamente con la contención verbal y farmacológica, regulado actualmente en nuestro país por el Decreto Foral de Navarra 221/2011. ⁽³⁾

La clínica común de las patologías psiquiátricas que requieren de una asistencia inmediata y crea tensión en el servicio de urgencias es la agitación psicomotriz. Este estado de hiperactividad de la conducta es definido como “un trastorno conductual caracterizado por un aumento significativo o inadecuado de la actividad motora acompañada de alteraciones emocionales” ^(4,5). Esto crea situaciones de riesgo tanto para el propio paciente como el entorno y los profesionales sanitarios, ya que esta situación puede desencadenar en el paciente agresividad y violencia. ⁽⁶⁻⁸⁾

Los orígenes de una agitación psicomotriz pueden ser tanto psiquiátricas como somáticas o la confluencia de ambas, dando lugar, por tanto, a tres tipos de agitación psicomotriz: psiquiátrica, somática y mixta. Dependiendo del tipo y el grado de agitación producida, el tipo de actuación variará. ⁽⁴⁻¹⁰⁾

Las escenas de hiperactividad que crean una situación estresante, de nerviosismo, en urgencias están frecuentemente causadas por el abuso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol...etc) síndrome de abstinencia, afecciones médicas como lesiones neurológicas, sepsis, exposición a toxinas o anomalías endocrinas, aparte de los brotes agudos desencadenados por trastornos mentales. ^(11, 12)

Las situaciones clínicas de agitación se abordan siguiendo un orden de medidas de contención. En primer lugar, se debe intentar tranquilizar al paciente mediante un abordaje verbal, en caso de que esta no funcione, se debe seguir con la contención farmacológica, aunque a nivel práctico se ha comprobado que, en muchas de las situaciones de urgencia, es decir, la mayoría los casos de agitación requieren de la aplicación de la contención mecánica cuando la terapia verbal ha fracasado y es necesario controlar al paciente para poder administrar el tratamiento farmacológico correspondiente.^(13,14)

Respecto a las medidas terapéuticas usadas para manejar a un paciente agitado en el servicio de urgencias, alrededor de un 30% de ellos precisan tratamiento o intervenciones restrictivas. Estos datos justifican la necesidad de contar con unas pautas adecuadas para manejar a un paciente agitado, pasando por los 3 tipos de abordajes, es decir, seguir el método de desescalada.^(15,16)

JUSTIFICACIÓN.

El abordaje adecuado de un paciente agitado requiere de formación y entrenamiento práctico del personal sanitario, con el propósito de reducir los riesgos que crea la situación⁽²²⁾, así como proporcionar mayor seguridad tanto al paciente como a los mismos profesionales sanitarios que intervienen en la asistencia del mismo, es decir, llevar a cabo una adecuada aplicación de las medidas terapéuticas de contención. El uso de la contención con las sujeciones tiene el riesgo de incumplir los derechos humanos, por eso es importante una buena técnica de colocación y de seguimiento posterior.^(8,10,18-21)

Debido a la experiencia propia en las prácticas, al conocer la inexistencia de un protocolo de contención mecánica en urgencias y revisar uno en la planta de Psiquiatría, se vio la necesidad de realizar uno específico para la unidad de urgencias difundiendo posteriormente mediante una intervención formativa al personal de la misma para unificar criterios, afianzar conocimientos y destrezas a la hora de actuar ante estos pacientes.

HIPÓTESIS

La incorporación de un protocolo mediante una intervención formativa sobre la adecuada aplicación de la contención mecánica, dirigida específicamente a los profesionales de urgencias, tiene efectos beneficiosos aumentando el conocimiento y la aceptación de dicho protocolo por parte del personal del servicio.

OBJETIVOS

General

- Evaluar la influencia de una intervención formativa de enfermería sobre la correcta aplicación de la contención mecánica en el servicio de urgencias del HCUV.

Específicos

- Valorar el nivel de satisfacción de los participantes a los talleres.
- Describir el nivel de conocimientos del protocolo de contención mecánica antes y después de la intervención.
- Unificar criterios en el procedimiento de la contención mecánica.
- Conocer el grado de aceptación de cambios propuestos para la mejora de colocación y acceso al material necesario para la contención mecánica.

METODOLOGÍA

ÁMBITO

Servicio de urgencias generales de un hospital de agudos de tercer nivel. HCUV.

DISEÑO

Revisión bibliográfica para la realización del protocolo de contención mecánica en el servicio de urgencias del HCUV y estudio cuasi experimental a través de una intervención formativa enfermera.

POBLACIÓN

- Para el protocolo: pacientes que lleguen agitados al servicio de urgencias.
- Para la intervención formativa: personal de enfermería, celadores, estudiantes de enfermería y EIR de la unidad de urgencias del HCUV.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Enfermeras y TCAE de la unidad que estén en activo en el periodo de la realización de la intervención.
- Celadores que trabajen en el servicio de urgencias.
- Estudiantes de enfermería y EIR que en el momento de las intervenciones estén rotando por el servicio de urgencias del HCUV.

Criterios de exclusión

- Enfermeras, TCAE y celadores de la unidad que estén de baja o de vacaciones en los días en los que se realizará la intervención.

PROCEDIMIENTO

Opinión de los expertos

Se recogió la opinión de expertos en el tema, como enfermeros que trabajan o habían trabajado en la unidad de psiquiatría, profesionales de Cruz Roja y se ha visitado al servicio de urgencias del otro hospital para obtener información sobre cómo actúan ante este tipo de casos y los protocolos que siguen.

Realización del protocolo

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados, en las siguientes bases de datos electrónicas: Google académico, Pudmed, Scielo, Dialnet, biblioteca de la UVA con las palabras claves: agitación, contención mecánica, intervención, urgencias, restricción física.

Así mismo, se realizó una búsqueda secundaria a través de las referencias bibliográficas de los estudios encontrados. Se utilizó la siguiente secuencia de búsqueda según la base de datos utilizada: (physical restraint OR physical containment OR constraint OR containment measures), (mechanical AND restraint OR restraint, physical OR restraint AND physical OR physical restraint OR physical AND restraint), (Sujeciones físicas O contención mecánica O restricción física). Además, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión/exclusión para la selección de artículos. Criterios de inclusión: revisiones sistemáticas, estudios publicados en inglés o castellano, en humanos y en los últimos 10 años. Criterios de exclusión: estudios que no estuvieran disponibles a texto completo. Posteriormente, se eliminaron los duplicados y los que no se ajustaban al objetivo del estudio. Se hizo una lectura crítica y a partir de ellos se elaboró un protocolo adaptado a las necesidades del servicio, junto con propuestas de innovación de la colocación material. (Anexo I)

Elaboración del cuestionario

Cuestionario auto-administrado “*ad hoc*” con varios ítems. Consta de una parte sobre aspectos sociodemográficos y de 22 preguntas tipo test, 13 de las cuales son de respuestas cerradas politómicas y las otras 9 son preguntas de respuestas cerradas pero dicotómicas. Con las 14 primeras preguntas se trata de evaluar el nivel de conocimientos sobre el procedimiento de la contención mecánica, sobre los materiales, sobre el personal y su legislación y el resto de las preguntas son para obtener información sobre la opinión y experiencia de los participantes sobre esta medida terapéutica. También al final cuenta con una escala tipo Likert ⁽³⁰⁾, para conocer cuáles son las razones que los asistentes consideran indicadas para aplicar la contención mecánica y los sentimientos que les produce tener que aplicar esta medida terapéutica. (Anexo II)

Obtención de permiso:

En abril se obtuvo la aprobación del proyecto por el Comité Ético de Investigación del hospital.

Prueba piloto:

El estudio piloto se llevó a cabo con 7 participantes: 3 estudiantes enfermería, (2 mujeres y 1 hombre), 2 EIR que en ese momento no estaban rotando en la Unidad (2 mujeres) y 2 profesionales de seguridad del hospital (2 hombres). Esta prueba se realizó para verificar la comprensión y la claridad tanto del cuestionario como del taller, para poder hacer los cambios pertinentes antes de proceder a realizar el estudio con la muestra real.

Taller teórico- práctico

La captación del personal de enfermería se realizó mediante una nota informativa enviada por la supervisora a través del correo corporativo a todas las Enfermeras y TCAE de la unidad solicitando su asistencia voluntaria al taller y un cartel informativo en el control de enfermería (por si alguien no accedía al correo los días previos), especificando días y horas de los mismos.

Fueron programados un total de 10 talleres realizados en 5 días durante la segunda quincena de abril de 2018, dentro del horario de trabajo y en el aula de la unidad de 8:30 a 9:45 y de 10:00 a 11:15 para interrumpir lo menos posible la labor asistencial de los participantes y, en caso de ser requerida su presencia, poder ser localizados fácilmente. Se programaron las sesiones de tal manera que todos los turnos tuvieran la oportunidad de participar en la formación excepto uno por falta de tiempo para poder analizar e incluir en el estudio dichos resultados.

Además de pasar por todos los turnos (menos uno) en horario de trabajo, en cada turno se impartió dos veces el taller para acceder al máximo número de trabajadores, permitiendo que unos se suplieran a otros en su puesto de trabajo durante la realización del mismo.

Los materiales utilizados fueron los consentimientos informados, los cuestionarios, ordenador con proyector, camilla de urgencias con sábana, un juego de contenciones y una percha de pantalones de cuatro barras.

Una vez que los participantes acudieron al emplazamiento fijado (fecha y hora), antes del inicio de la sesión se les informó de la finalidad de la intervención. Se les explicó que iba a ser un taller teórico-práctico sobre el protocolo y la correcta aplicación de la contención mecánica, la cual formaba parte del trabajo de fin de grado, de ahí la conveniencia de contestar a las preguntas de dos encuestas con la mayor sinceridad posible, una antes de la sesión y otra al final, garantizándose el anonimato durante todo el proceso, sin beneficio económico y con posibilidad de abandono en cualquier momento. Se les expuso en qué iba a consistir el taller y se les solicitó la firma del consentimiento informado, para poder utilizar, posteriormente, los datos obtenidos para el análisis estadístico.

Tras la información se les entregó a los participantes la hoja de consentimiento informado (Anexo III), cumplimentándose de forma individual y devolviéndola firmada. Posteriormente el cuestionario, al que se asignó a cada participante un código (fecha de nacimiento y el sexo), para garantizar la confidencialidad y así facilitar la comparación posterior de las encuestas de cada participante.

Una vez cumplimentados los cuestionarios, se procedió a realizar la intervención formativa, que consistió en un taller con dos partes. En la primera de ellas, los primeros 25-30 min, se presentaron varios aspectos conceptuales: los tres tipos de medidas para manejar a un paciente agitado, el protocolo y procedimiento a seguir en el uso de la contención mecánica y, en la segunda parte, se impartió un taller práctico de unos 45 minutos para afianzar los conceptos. Al finalizar la sesión, se les entregó el cuestionario para cumplimentar de nuevo.

VARIABLES

VARIABLES dependientes:

- Nivel de conocimiento global antes y después de la intervención. Desglose de este nivel de conocimiento en relación a la contención mecánica referente a la legislación, el personal implicado, materiales y procedimiento.

- Actitud hacia las mejoras para el servicio: colocación de sujeciones en perchas.
- Opinión y sentimientos sobre la contención.
- Satisfacción después del taller.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Datos socio-demográficos: edad y sexo.
- Datos laborales: categoría profesional, tipo de contrato, años trabajados en el servicio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se expresaron como media \pm desviación estándar y las variables cualitativas mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

La comparación de medias se realizó con el test de la t de Student y la comparación de proporciones, mediante el estadístico de contraste Chi Cuadrado.

Se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC95%) y se consideraron como estadísticamente significativos valores de p menores de 0.05. Los datos fueron tabulados y analizados mediante el programa estadístico SPSS 23.0.

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Se solicitó al comité Ético de Investigación Clínica del Área la autorización para impartir los talleres en el servicio de urgencias del HCUV, dando su aprobación y pudiendo así desarrollar el taller siguiendo el Código Deontológico de la enfermería para cumplir los deberes éticos necesarios para realizar el trabajo de forma adecuada, obteniendo de forma verbal y escrita el consentimiento informado a todos los participantes para poder participar en la intervención.

Los cuestionarios cumplimentados están debidamente custodiados por la autora del trabajo, estando identificados únicamente por la fecha de nacimiento y sexo, cumpliendo la legislación española sobre protección de datos (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) y sin la existiendo de ningún conflicto de intereses.

RESULTADOS

1. Protocolo de contención mecánica en urgencias.
2. Resultados de la intervención formativa.

El personal activo en la segunda quincena de abril era de 72 Enfermeras, 42 TCAE, 30 celadores, 4 EIR y 8 estudiantes rotando por el servicio y la muestra estuvo formada por 39 enfermeras, 31 TCAE, 10 celadores, 3 EIR y 8 estudiantes, lo que significa una participación en los colectivos anteriores del 54.2%, 73.8%, 33.3%, 75% y 100%.

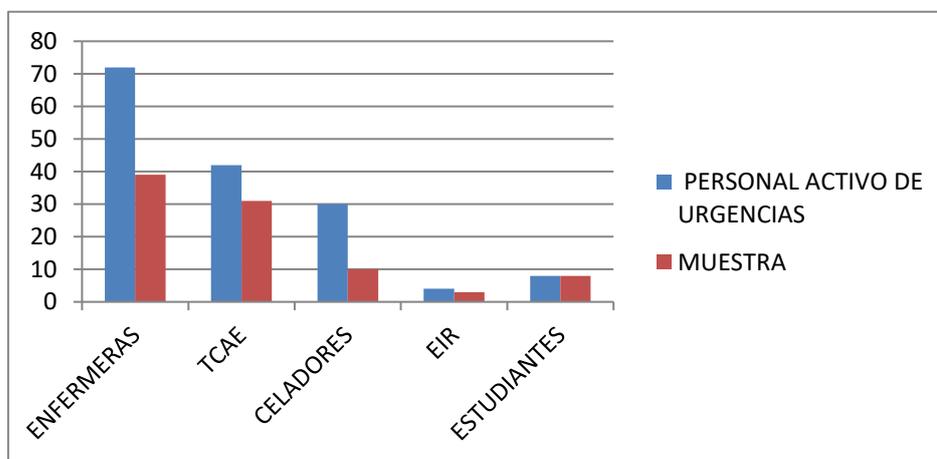


Figura 1: Profesionales que trabajan en urgencias y la muestra

De las 33 enfermeras que no participaron el 15.1% eran hombres y el 84.8% mujeres. El 36.3% eran fijas, 9% con contratos cortos y el 54.5 % largos. Al 39.3% de las que no acudieron al taller no estaban trabajando en los días que se impartió el taller y el 60.6% estaban trabajando, pero no acudieron. En cuanto al tiempo trabajado en el servicio el 54.5% de 0 a 5 años, el 12.1% de 6 a 10 años, el 18.1% de 11 a 15 años, el 9.1% de 16 a 20 años y el 6.1% de 21 a 25 años.

La muestra final tras un solo abandono, estuvo formada por 95 participantes de los cuales el 87.1% fueron mujeres y el 12.9% hombres con edades entre 20 y 35 (39%) de 36 a 50 (36 %) y de 51 a 70 (25 %) con un rango de 22 a 63.

Con relación al tipo de contrato, poseen plaza fija el 8.6%, contrato corto 15.1%, contrato largo un 63.4% y sin contrato el 12.9 %.

Un 67% de los individuos de la muestra han trabajado en el servicio menos de 4 años, un 13% entre 4 y 8 años, un 14% de 8 a 16 años y un 6% más de 16 años.

Respecto a la categoría de los profesionales las enfermeras constituían un 42% y TCAE (33%), celadores (11%), EIR (3%) y estudiantes (11%).



Figura 2: Individuos de la muestra por categorías profesionales

Tabla 1: Resultados de los cuestionarios

	Pregunta	Pre-test	Post-test	Incremento
1	Responsable legal colocar las sujeciones	44.1%	79.4%	35.3%
2	Lugar colocar las tiras de fijación	62.7%	98.8%	36.4%
3	Complicaciones contención abdominal	0	46.7%	46.7%
4	Contención aplicar en primer lugar	75.3%	98.9%	23.7%
5	Las tiras de las manos y los pies son iguales	79%	97.9%	18.9%
6	Tranquilizar al paciente agitado	52.7%	88%	35.4%
7	Frecuencia para revisar al paciente agitado	52.7%	97.8%	45.1%
8	Colocación cintas	65.6%	96.7%	31.1%
9	Posición aconsejable en camilla	47.1%	95.7%	47.3%
10	Encargado del mantenimiento de las cintas	77.4%	93.5%	16.1%
11	Primera tira de sujeción a colocar	77.4 %	100%	22.6%
12	Personas necesarias para aplicación	23.7%	94.6%	70.9%
13	Frecuencia vigilancia paciente con sujeciones	87.1%	94.6%	7.5%
14	Profesional responsable de poner y quitar	39.8%	81.5%	41.4%
15	Documentos para registrar	17.2%	90.3%	73.1%
16	Necesidad hasta fin de procedimiento	69.6 %	8.2%	18.6%

El 88.2% de la muestra había trabajado alguna vez en un servicio donde se tuvieron que utilizar las medidas de contención mecánica, habiendo observado el 70.8% algún tipo de lesión derivado de la colocación de un dispositivo de contención mecánica.

Tras la intervención se sienten capacitados para colocar las sujeciones de forma rápida y segura el 85.7% [IC95% (78.7, 92.7%)], lo que supone un incremento del 52.1% [IC95% (42.1%,62.1%)].

Después del taller, el 100% de los participantes creían necesario repetir las sesiones de formación con simulacros de vez en cuando en el servicio.

La satisfacción por la participación en el taller se situó en 9.2 ± 0.2 puntos [en una escala de 0 a 10, IC95% (9.0, 9.4)].

El nivel de conocimientos global antes de la participación en el taller se situó en 5.6 ± 1.6 puntos [en una escala de 0 a 10, IC95% (5.2, 5.9)] y después del mismo, se obtuvo una media de 8.1 ± 0.2 [en una escala de 0 a 10, IC95% (7.9-8.3)] aumentando 2.5 puntos.

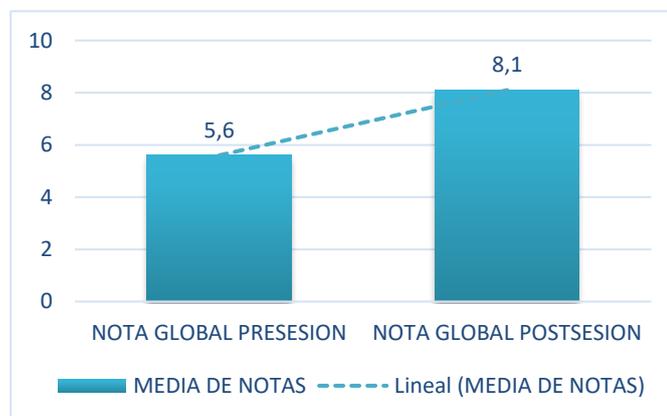


Figura 3: Nota global pre-sesión y post-sesión.

Se dividió el cuestionario para la valoración de conocimientos en apartados relativos siendo las puntuaciones obtenidas: a la legislación (pre-test 4 puntos y en el post-test 5.7 puntos), al uso de los materiales (pre-test 5.5 puntos y en el post-test 8.7 puntos) a las funciones y actuación de los profesionales (pre-test 3.8 puntos en el post-test 9.94) y al procedimiento de la contención (pre-test 6.5 puntos y post-test 9.6 puntos).

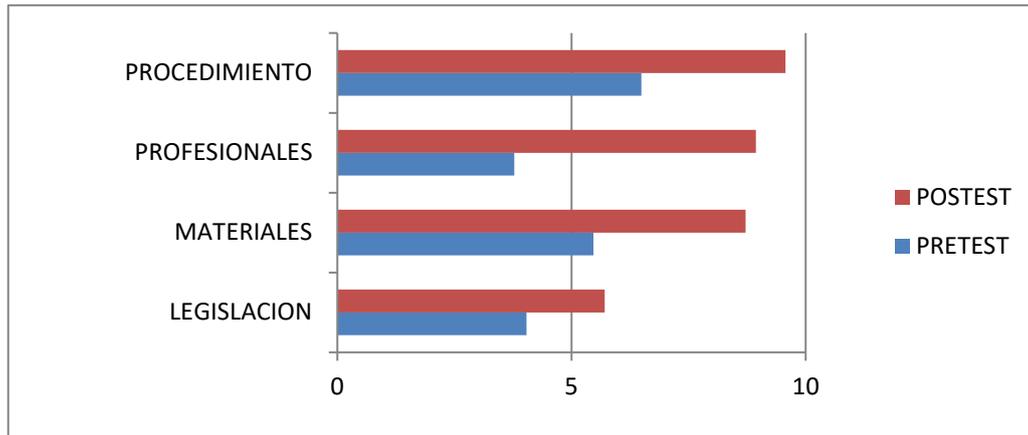


Figura 4: Resultados pretest y posttest por bloques de preguntas

En cuanto a las razones que motivan su uso como medida terapéutica, en unas preguntas formuladas en una escala tipo Likert ⁽³⁰⁾, un 57% está muy de acuerdo en que se utilizan principalmente para garantizar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales, frente al 44.6% que se posicionó favorablemente a que se usan para controlar la conducta del paciente y al 14% que lo hizo en relación a que el motivo de su uso es la comodidad del personal. Tabla 2.

Tabla 2: Razones para usar contención mecánica

RAZONES	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Control de la conducta	32.5%	44.6%	12.1%	7.2%	3.6%
Seguridad del paciente y de los demás	57%	38.4%	2.3%	1.2%	1.2%
Conveniencia del personal	11.4%	14%	10%	34.2%	30.4%

Frente a la escala de Likert ⁽³⁰⁾ de sentimientos que se producen durante la aplicación de la contención mecánica se puede comprobar que hay todo tipo de opiniones, no hay unanimidad hacia un punto, aunque respecto a los sentimientos negativos la mayor frecuencia de los asistentes están en un punto intermedio, es decir, ni de acuerdo ni desacuerdo (culpabilidad 35%, desacuerdo 45.3%, simpatía 40.5%) aunque la tendencia es el desacuerdo, sin embargo, uno de los sentimientos positivos muestra una orientación diferente, es decir, aunque la frecuencia más alta está en el medio, tienden a estar de acuerdo en muchos de los casos con que su uso crea satisfacción con el deber cumplido (33%). Tabla 3.

Tabla 3: Sentimientos que produce el uso de contención mecánica

SENTIMIENTOS	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Culpabilidad	8.8%	12.5%	35%	18.8%	25%
Desacuerdo	1.3%	14.7%	45.3%	21.3%	17.3%
Simpatía	2.7%	6.8%	40.5%	18.9%	31.1%
Satisfacción por el deber cumplido	19.%	33%	35.4%	5.1%	7.6%

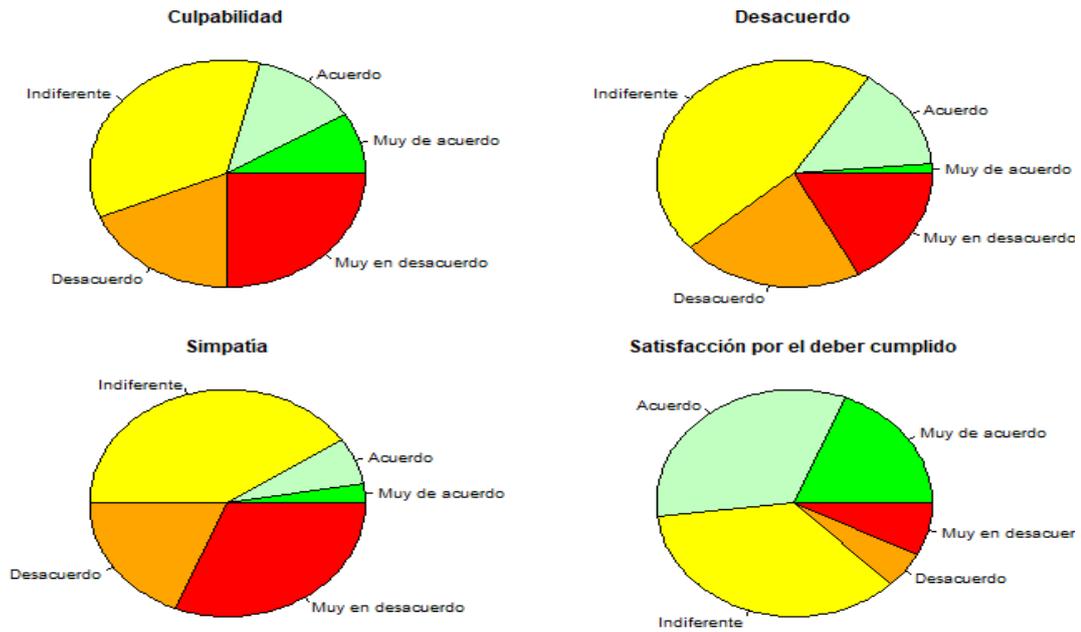


Figura 5: Resultados de la escala de Likert de sentimientos.

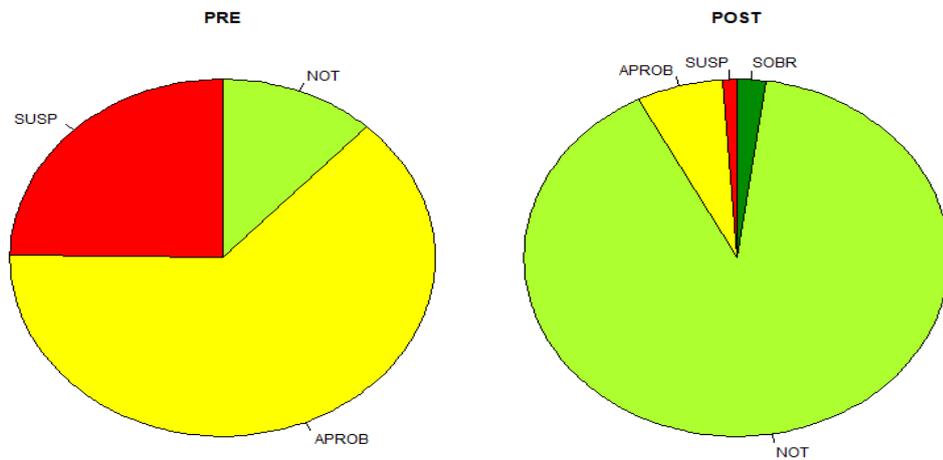


Figura 6: Tipo de notas obtenidas pre-sesión y post-sesión.

DISCUSIÓN

El objetivo principal del trabajo ha consistido en evaluar una intervención formativa en contención mecánica en el servicio de urgencias. La intervención se ha adaptado a los recursos y estructura con los que cuenta la unidad. Tras el análisis de los datos se ha obtenido resultados positivos tal como ha ocurrido en estudios de similares características, en los que los participantes, pese a poseer conocimientos sobre el tema, requieren de una formación continuada. La mayoría de los estudios de características similares que se han encontrado han sido realizados en otros países como Jordania, EE. UU, Taiwán. ⁽²⁶⁻²⁹⁾

De los estudios en España sobre programas de formación destacó un proyecto de formación sobre estrategias de contención elaborado por los residentes de psiquiatría de Sevilla en el año 2015 ⁽³⁰⁾, un estudio donde se realizó una simulación tras una intervención de formación para evaluar el aprendizaje y las habilidades ⁽²²⁾, además de una investigación que se presentó a un congreso de salud mental donde se centró en evaluar las características de la inmovilización tras una sesión formativa. ⁽³¹⁾

En la mayoría de las investigaciones en las que se realizaron intervenciones de formación se llevó a cabo la evaluación del aprendizaje pasado un determinado periodo de tiempo tras la sesión, unos dejaron dos semanas ^(26, 29) y otro un año ⁽³¹⁾ a diferencia del presente trabajo, en el cual se recopilaban los datos el mismo día en que se impartió el taller.

La intervención realizada en este estudio fue impartida a varios profesionales que trabajan en la Unidad entre ellos, enfermeras, TCAE, celadores como algunos de los estudios que ya se habían realizado ^(22, 30, 31), a diferencia de otros estudios que sólo dirigían la intervención en las enfermeras. ^(26, 28, 29)

La mayoría de los estudios sobre contención mecánica a nivel hospitalario se realizan en servicios donde es habitual su uso como psiquiatría y UCI ^(26,27,28,30,32,33), aunque específicamente los que se han realizado con programas de formación han sido dirigidas a varias unidades ^(22, 29, 31) a la UCI ^(26, 27) y psiquiatría ^(28,30) a diferencia de éste que se ha realizado en un servicio de urgencias.

Coincidiendo con los resultados del estudio, se ha comprobado la importancia de realizar programas de formación, a ser posible, adaptados a las características y recursos de cada servicio para adquirir destreza en el manejo de un paciente agitado y conseguir habilidad en la aplicación de la contención mecánica, para prevenir la aparición de lesiones tanto del paciente como del personal sanitario involucrado. (20, 27, 30)

Según la opinión unánime de los participantes de alguno de los estudios de intervención revisados y de nuestra intervención declaran una clara preferencia a recibir formación mediante sesiones prácticas impartidas por un docente que con los videos de internet, ya que estas sesiones les permite resolver dudas, les proporciona más seguridad y un mejor uso de la técnica de contención mecánica. (10, 22, 32)

En esta investigación y, coincidiendo con la opinión de los participantes de otros estudios, el motivo principal por el que se aplica la contención mecánica es por seguridad del paciente. (31, 33)

Hay variedad de estudios sobre restricción física, algunos de los cuales solo evalúan el nivel de conocimientos de los participantes sobre el método de contención mecánica (32 - 35) mientras que otros evalúan aparte del conocimiento de los asistentes, la efectividad de los programas de formación realizados por los propios investigadores, como el presente trabajo.

Algunas de las cuestiones que no tienen consenso entre los participantes de nuestro estudio, en similitud con los resultados de otros son: la falta de conocimiento acerca de la importancia de registrar y documentar por obligación legal y, como forma de realizar el seguimiento de un paciente al que se le ha colocado, las sujeciones para llevar a cabo los cuidados pertinentes (21, 29, 34) y la importancia de llevar a cabo a los 15-20 minutos la primera revisión en un paciente restringido físicamente para evitar la aparición de complicaciones posteriores como la asfixia o heridas. (31, 32)

En las sesiones de formación sobre restricción física, se hace hincapié que es la última medida terapéutica que se debe elegir para manejar a un paciente agitado, para no vulnerar los derechos humanos, usando previamente otras alternativas

que son la contención verbal y farmacológica, es decir, que se debe seguir la técnica de desescalada por lo tanto es importante adquirir habilidad en la comunicación verbal. (2, 22, 30, 33)

LIMITACIONES

Por problema de tiempo, no se pudo realizar la intervención a todos los profesionales de enfermería y celadores que formaban parte de las planillas del servicio de urgencias de HCUV.

Como ha sido una intervención adaptada a las condiciones del servicio de urgencia de un hospital concreto podría limitar la generalización de los resultados.

FORTALEZAS

Es un estudio de campo.

APLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Con la intervención formativa se ha conseguido unificar criterios, delimitar funciones y un aumento de los conocimientos y destrezas sobre procedimiento de los profesionales de la unidad, lo que les hace sentir más seguros en la actuación ante estas situaciones.

DIFUSIÓN

Se presentará el estudio en las próximas Jornadas de Investigación del HCUV de carácter anual.

Se intentará difundir la formación sobre inmovilización terapéutica y el procedimiento de contención mecánica mediante un soporte audiovisual subido al bloc de formación para enfermería.

Impartir el taller en la Facultad de enfermería alumnos en el curso 2018/2019.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Debido al éxito de este taller, el jefe de la unidad se puso en contacto con la tutora para dar éste mismo a los médicos en cuanto se liberen de otras sesiones ya programadas al igual que la jefa de celadores que también está interesada en repetir el taller para los celadores de todo el hospital. Con lo cual, se ha abierto

un nuevo frente de inquietudes y ganas de aprender al ver lo práctico e importante del contenido del taller y, por otro lado, además de la formación de los médicos del servicio de urgencia y de los celadores, se hará una ampliación del estudio con los datos que se obtengan.

Realizar un taller práctico (tipo simulacro) en cada turno de la unidad, dentro de 6 meses, para comprobar si se ha mantenido el nivel de conocimientos prácticos de la colocación de las sujeciones o no.

Dentro de un año se puede realizar un estudio observacional, sobre la forma de actuación de los profesionales sanitario para estudiar si se producen factores de incidencia durante la colocación de las sujeciones. ⁽³¹⁾

CONCLUSIONES

- La aplicación de intervenciones formativas de enfermería muestra resultados positivos, produciendo mejoras de los conocimientos teóricos y la aplicación práctica.
- El grado de satisfacción con el taller de formación ha sido muy bueno, con una media de 9.2.
- Aunque más de la mitad (62,4%) de los participantes ya habían recibido formación sobre contención mecánica, seguían mostrando interés por ampliar sus conocimientos sobre todo a nivel práctico.
- Existen diferentes opiniones sobre el uso de sujeciones, aunque la mayoría de ellos coinciden en que ante una situación de urgencia extrema se debe usar.
- Casi el 100% de los participantes apoyan las propuestas de innovación para la mejora del servicio.
- Extensión del interés del taller por parte de los médicos de la unidad y celadores de todo el hospital.
- El entrenamiento de los profesionales sanitarios es fundamental para conocer cómo manejar las situaciones conflictivas como las escenas de violencia o agitación, por ello la realización de sesiones/ talleres prácticos de vez en cuando son fundamentales para dotar a los profesionales de habilidades para resolver esas situaciones de alteración de conducta. Estos talleres deberían hacerse cada 6 meses en horario de trabajo para afianzar los conocimientos sobre colocación de las sujeciones mecánicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual [Internet]. 2014 [citado el 3 de marzo de 2018]; 8(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100007>
2. Moreno Sáez MC, Santacruz Unquiles F, Fernández Cañadas P, Cano Ruiz A. y Castro Extremera P. Estudio cualitativo sobre las vivencias del personal de enfermería de salud mental en torno a la contención mecánica en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental. En Asociación Española de Salud Mental (AEESME), ed. Las enfermeras de Salud Mental y la Exclusión Social: Hablando Claro. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid: AEESME, 2015. p. 662-680. Disponible en: <http://www.congresoaeesme.es/wp-content/uploads/2017/03/las-enfermeras.pdf>
3. Decreto Foral 221/2011 del 28 de Septiembre de 2011 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. BON nº 204 de 14 de octubre de 2011.
4. Sánchez Jiménez C, Ruiz Gallardo P. Actuación de enfermería ante una urgencia psiquiátrica: agitación psicomotriz. Ciber Revista SEEUE [Internet]. 2016 [Citado el 30 de febrero 2018]; (52):27-29. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com.ponton.uva.es/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b5ff2c89-6ba7-4b0c-868e-ade15f9717f4%40sessionmgr102>
5. Siesto Marcos M. Estudio y protocolo de actuación para equipos de emergencias sanitarias: el paciente agitado [trabajo de fin de grado en Internet]. [Valladolid]; Universidad de Valladolid; 2015 [Citado el 23 Noviembre 2017]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11826>
6. Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria(CEAS) y grupo de trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes. Protocolo de Contención de Movimientos de pacientes. Madrid: Hospital Clínico San Carlos [Internet]. 2010 [citado el 5 de Marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/normas/CONTENCION%20DE%20PACIENTES%20PROTOCOLO%2056%20PAGINAS%20COMPLETO.pdf>
7. Caballero Guerrero M, Sánchez O. Abordaje enfermero en el paciente agitado. Ciber Revista SEEUE [Internet]. 2016 [citado el 9 de Abril de 2018]; (51): 62-65. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2016/pagina11.html>
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). Recomendación científica: el paciente agitado [Internet]. [Madrid]; 2009 [Citado el 30 de Noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/AGITADO.pdf>
9. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. Actas Esp Psiquiatr [Internet]. 2016 [Citado el 4 de Febrero 2018]; 44(5):166-177

10. Moralejo Gutiérrez A, Martínez Ochotorena E, Rodríguez Fernández A, Vaquero Velerdas L y Rico Romano A. Inmovilización terapéutica. Docencia en el personal sanitario. En AEESME ed. Las Enfermeras de Salud Mental y la Exclusión Social: hablando claro. XXXIV Congreso Nacional De Enfermería De Salud Mental. Madrid: AEEME, 2015. p.777-783. Disponible en: <http://www.congresoaeesme.es/wp-content/uploads/2017/03/lasenfermeras.pdf>
11. Tortosa P, López Rivas L, López Gutiérrez F. Intervenciones de Enfermería en Atención de Urgencias al paciente suicida, ansioso y violenta. En Intervención en contextos clínicos y de la salud [Alicante]: ASUNIVEP, 2016. p. 81-86. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=687099>
12. Ambros A, Figueras Juárez A, Gómez Blanco A, Madrid Fernández C, Rodríguez R, Lagos Pantoja E, et al. Protocolo de actuación de enfermería en contención mecánica. Ciudad Real: Hospital General [Internet]. 2010 [Citado el 14 de febrero 2018]. Disponible en: <http://www.hgucl.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-contencion-mecanica.pdf>
13. Fernández Gallego V, Murcia Pérez E, Sinisterra Aquilino J, Casal Angulo C, Gomez Estarlich MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias [Internet]. 2009 [citado el 9 de Abril]; 21: 121-131. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/manejo-inicial-del-paciente-agitado/>
14. Carcoba Rubio N, García Barriuso C, Guevara Jiménez C. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv [Internet]. 2012 [citado el 20 de Febrero de 2018]; 9(60): Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/592>
15. Conejo García AM, Sánchez Baena MR, Morales Aguilar M. Intervención Enfermera en agitación: desescalada. Rev Enferm Docente. [Internet]. 2016 [citado el 30 de marzo]; 1 (106): 326-328. Disponible en: www.revistaenfermeriadicente.es/index.php/ENDO/article/download/390/pdf_332
16. Galián Muñoz I, Díaz Sánchez C, Bernal Torres J, de Concepción Salesa A, Martínez Serrano J. Protocolo de atención a pacientes con agresividad y/o heteroagresividad. Murcia: Hospital psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud [Internet]. 2011 [consultado 23 noviembre 2017]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/270474-pacientes_agitacion.pdf
17. Crespo Polanco MS. Actualización de conocimientos en la atención a pacientes en estado de agitación [Sesiones de enfermería]. [Valladolid]. Unidad de cirugía del Hospital Rio Hortega, 2016.
18. Liaño Escobedo C, González Gómez S (dir). Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas [trabajo final de grado en Internet]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; 2014. [Citado el 25 de Febrero de 2018]. Disponible en:

- <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5240/LiañoEscobedoC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Nieto R, Iribane C, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. Urgencias Psiquiátricas en el hospital General. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]. 2017 [citado el 25 de Febrero de 2018]; 28(6): 914-922. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.09.004>
 20. Holloman Garland H, Zeller Scott L. Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. West J Emerg Med [Internet]. 2012 [citado el 18 de Abril de 2018]; 13(1): 1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>
 21. Ferre Soria J, Estrada Sánchez MS, Espinoza Serrano PC. Valoración del conocimiento enfermero en la contención mecánica en Geriatría. En Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud del mayor. [Alicante]: ASUNIVEP, 2015.p.93-101.Disponible en: https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/57694/envejecimiento%20activo%20y%20bienestar_personas%20mayores_lleida.pdf?sequence=1 "nvejecimiento%20activo%20y%20bienestar_personas%20mayores_lleida.pdf?sequence=1#page=94
 22. Perez Marin LC, Medina Sendra C, Díaz Sánchez L. Aproximación a la experiencia vivida por el personal sanitario en el manejo del paciente agitado o violento a través de formación teórico-práctica por medio de simulacros. En Intervención en contextos clínicos y de la salud. [Alicante]: ASUNIVEP, 2016. p. 31-37. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=687099>
 23. Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morató Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. Enferm. glob. [Internet]. 2013 [citado el 1 de Mayo de 2018]; 12(30): 196-207. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4203822>
 24. Arroyo Ruiz I, Amor Juliá MA. Prevalencia de la violencia contra profesionales sanitarios y mecanismos de prevención. Ciber Revista SEEUE. [Internet]. 2016 [citado el 6 de Mayo de 2018]; (49): 15-20. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com.ponton.uva.es/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=1eae87f2-26d0-45db-8c02-1b7091ad2ba6%40sessionmgr4009>"sid=1eae87f2-26d0-45db-8c02-1b7091ad2ba6%40sessionmgr4009
 25. Toledo Muñoz LM, Pérez Cárceles MD (dir), Luna Maldonado A (dir). Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: Análisis del contexto clínico, socio demográfico y económico [tesis doctoral en Internet]. [Murcia]: Universidad de Murcia; 2015. [citado el 28 de Marzo]. Disponible en:<http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/307384/TLMTM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Nasrate H, Shamlawi A y Darawad MW. Improving ICU Nurses' Practices of Physical Restraints in Jordan: Effect of an Educational Program. *Health* [Internet]. 2017 [citado el 28 de Abril de 2018]; 9(12): 1632-1643. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/health.2017.912120>
27. Godfrey JL, McGill AC, Jones NT, Oxley SL, Carr RM. Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2014; 65(10): 1277-80.
28. Repique RJ, Vernig PM, Lowe J, Thompson JA, Yap TL. Implementation of a Recovery-Oriented Training Program for Psychiatric Nurses in the Inpatient Setting: A Mixed-Methods Hospital Quality Improvement Study. *Arch. Psychiatr Nurs*. 2016; 30(6): 722-728.
29. Huang HT, Chuang YH, Chiang KF. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *J Nurs Res*. 2009; 17(4): 241-8.
30. Payán Rivera P, Sánchez Moreno R, Jiménez García A, Martínez Cabello V, Quinta Aguza C, Cabello Fernández ME. Efectividad de un programa de formación sobre tipos de estrategias de contención a los profesionales de una UHSM. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2015. [citado el 28 de Marzo de 2018]; 11(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0853.php>
31. Parrondo Fernández M, Otaduy Zubia M. Avanzando en la mejora de la inmovilización terapéutica de los pacientes en hospitalización [Internet]. 2016; Cádiz. Disponible en: <https://www.codem.es/actualidad/avanzando-en-mejora-de-inmovilizacion-terapeutica-de-pacientes-en-hospitalización>
32. Mahmoud A. Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2017 [citado el 25 de enero de 2018]; 31(1): 2-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>
33. Freeman S, Hallett C, McHugh G. Physical restraint: experiences, attitudes and opinions of adult intensive care unit nurses. *Can J Crit Care Nurs* [Internet]. 2016. [citado el 25 de Mayo de 2018]; 21(2): 78-87. Disponible en: <http://dx.doi.org.ponton.uva.es/10.1111/nicc.12197>
34. Eskandari F, Abdullah K, Zainal N, Wong L. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs*. 2017; 26 (23): 4479– 488.
35. Cunha M, André S, Bica I, Ribeiro O, Dias A, Andrade A. Chemical and Physical Restraint of Patients. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2015 [citado el 25 de mayo de 2018]; 389-399. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.02.109>

ANEXOS

ANEXO I: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA DE URGENCIAS

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN.....	25
2. TIPOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA.....	25
• Contención Parcial, de 3 puntos.....	26
• Contención completa, de 5 puntos.....	26
3. OBJETIVOS.....	26
4. POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDA.....	27
5. INDICACIONES.....	27
6. CONTRAINDICACIONES.....	27
7. COMPLICACIONES.....	28
8. PROFESIONALES IMPLICADOS.....	28
9. ASPECTO ÉTICO LEGAL DEL PROCEDIMIENTO.....	29
10. RECURSOS MATERIALES.....	32
• Localización del material.....	35
11. PAUTAS PARA MANTENER LA SEGURIDAD DEL PERSONAL DURANTE EL AISLAMIENTO.....	36
• Espacio físico.....	36
• Pasos previos a la colocación de las sujeciones.....	37
12. PROCEDIMIENTO.....	38
• Decisión.....	38
• Preparación.....	38
• Información.....	39
• Ejecución.....	39
• Comprobación.....	46
• Registro.....	47
• Explicación.....	47
• Finalización.....	47
13. Revisión del protocolo.....	48
14. BIBLIOGRAFÍA.....	48
15. ANEXO I: HOJA DE REGISTRO DE INDICACIÓN.....	50

1-DEFINICIÓN

Existen varias definiciones de Contención mecánica, algunas de las más usadas y más completas son:

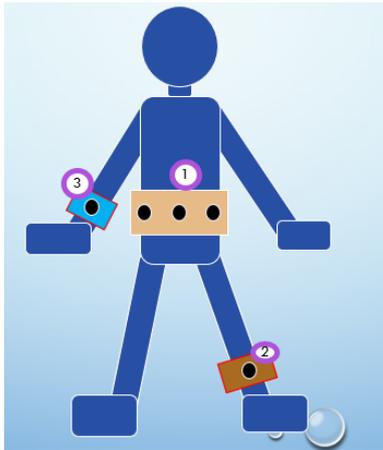
Según las OMS, en 1989 en Auckland, la CM debe considerarse como “método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos..., solo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”. (1, 2)

Debemos señalar la existencia de varios términos usados indistintamente. Estos términos son sujeción, contención y restricción. Todos ellos según varias fuentes tienen la misma definición. Estos términos se usan para denominar a un procedimiento o método que a través de un dispositivo material, mecánico o físico; unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo de éste, y que no sea capaz de ser retirado con facilidad por el propio paciente. El sistema de inmovilización usado debe aplicarse siempre garantizando la seguridad del paciente. (2, 3)

La principal acción de enfermería es impedir las conductas que obligan a usar sujeciones, recurriendo a ellas como último recurso. Aunque en un servicio como es el de urgencias se deben usar en momentos o circunstancias puntuales ante episodio de agitación aguda o esporádica, con una corta duración. (3)

2-TIPOS DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Dependiendo del grado de agitación del paciente y las circunstancias en la que se encuentre habrá de decidirse por colocar una contención parcial o mecánica, pero no es suficiente con la contención abdominal o de una mano.

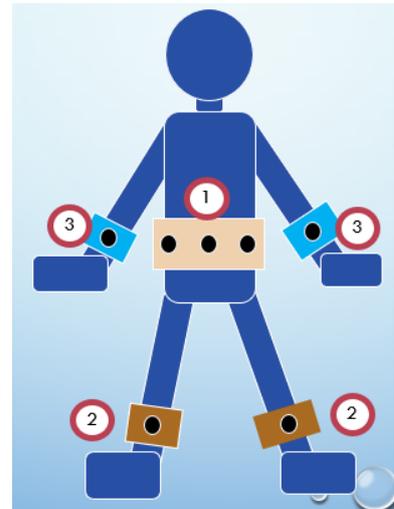


Contención Parcial, de 3 puntos

Consiste en la inmovilización del tronco y de dos extremidades. En primer lugar, se coloca la sujeción abdominal y después las 2 extremidades de forma diagonal o cruzada: brazo derecho y pierna izquierda o pierna derecha con brazo izquierdo, evitando zonas con vías, heridas, vendajes o lesiones. (4 - 8)

Contención completa, de 5 puntos

Esta contención debe ser realizada entre cuatro o cinco personas, aunque a criterio de la enfermera, podría modificarse al número de personas que deben intervenir. Lo ideal es que se realice entre 5 personas. (5 - 8)



3-OBJETIVOS

Objetivo general

Limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente mediante el uso de procedimientos físicos o mecánicos en cama, con tiras de sujeción, a fin de evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso las instalaciones del centro) en los casos en los que haya fallado otras alternativas como la contención verbal o farmacológica. (4)

Objetivos específicos

- Unificar criterios en la colocación de la contención mecánica.
- Mantener la dignidad y la autoestima de la persona contenida.
- Preservar su intimidad.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares.
- Realizar un seguimiento continuo del paciente.

4-POBLACIÓN A QUIEN VA DIRIGIDA

Pacientes que acuden al servicio de Urgencias de adultos del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

5-INDICACIONES

- Solo está justificada ante el fracaso de la contención verbal y farmacológica.
- Prevenir conductas que puedan dañar al propio paciente (golpes, caídas accidentales, autolesiones...).
- Prevenir lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario...).
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retirada de vías, sondas nasogástricas, sistemas de soporte vital...). Este punto sea quizás uno de los más señalados a la hora de aplicar las contenciones en el servicio de urgencias, ya que en muchas ocasiones se debe aplicar este método para poder aplicar los cuidados pertinentes al paciente en estado de agitación psicomotriz.
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente (destrucción del mobiliario, aparatos terapéuticos...).
- Evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre el peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión.
- La existencia de criterios clínicos de indicación médica por previa solicitud voluntaria del paciente.
- Ante un paciente en estado de agitación moderado-extremo. (4 - 12)

6-CONTRAINDICACIONES

- Cuando no existe indicación médica, aunque en caso de urgencia es la enfermera la que puede indicar su colocación.
- Si el conflicto se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o química.
- Utilizar contención mecánica como castigo o pena.

- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (en este caso la competencia es de la Fuerza de Seguridad). Situaciones peligrosas como un paciente armado.
- Para descanso del personal sanitario.
- Cuando no existe personal suficiente o/y el material necesario para realizar la contención. (4 - 12)

7-COMPLICACIONES

Los cuidados y seguimiento de las contenciones deben ir dirigidos a prevenir posibles efectos adversos, ya que el uso de esta medida requiere un incremento de atención por parte de los profesionales de enfermería.

- Derivados de la inmovilización: estreñimiento, dolor, incontinencia, úlceras por presión, trombos, neumonía hipoestática, pérdida de tono muscular...
- Derivados de la contención abdominal: dificultad respiratoria, compresión venosa, y asfixia.
- Derivadas de la contención de las extremidades: aparición de alteraciones en la piel, hematomas, edemas y problemas en la circulación sanguínea.
- Otras complicaciones como broncoaspiración, efectos psicológicos negativos y compromiso de órganos. (6 - 12)

8-PROFESIONALES IMPLICADOS

La aplicación de la contención mecánica implica a todo el personal que trabaje en el servicio de urgencias y, aunque cada uno cumple una función en la misma, todos en un momento dado pueden ser imprescindibles.

- **Médico:** el máximo responsable que se encarga de dirigir y autorizar la medida. El profesional encargado de informar al paciente y allegados de la decisión de colocar la contención mecánica (motivo y objetivos). Profesional también encargado del seguimiento del enfermo contenido y, por tanto, quien decide la retirada de esta medida (6 - 12). Este profesional debe reflejar de

forma razonada la indicación de la contención mecánica en la historia clínica del paciente.

- **Enfermera:** será la responsable del enfermo en la unidad, que ayudará en la preparación y recepción del paciente. Profesional sanitario encargado de coordinar y dirigir la contención. En caso de urgencias y ausencia del facultativo es quien indica la colocación de las sujeciones. Profesional encargado de los cuidados y controles continuos tras la colocación de las sujeciones. ^(5 - 12)
- **TCAE:** personal sanitario que coopera y participa en la contención física y participa en los cuidados posteriores. Tiene un papel imprescindible en el mantenimiento de los juegos de contención, ya que es el personal responsable de custodiar, la revisión por turno y del mantenimiento de éstos. ^(5 - 12)
- **Celador:** personal que colabora en la instauración de la contención, sujeción, movilización y transporte del paciente e instrumental. ^(5 - 12)
- **Personal de Seguridad:** profesionales que en las situaciones de agitación aguda son requeridos para colaborar con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente. ^(5 - 12)

9-ASPECTO ÉTICO LEGAL DEL PROCEDIMIENTO

La contención física es una medida de urgencia, que se usa como último recurso terapéutico. Aunque el abordaje mecánico está permitido legalmente, debe respetar unos principios éticos que van desde la autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad), la justicia, el principio de beneficencia (deseo bien intencionado sanitario de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida), el derecho a la intimidad y la vulnerabilidad y el alto nivel de dependencia que presentan este tipo de pacientes. Requiere de una vigilancia estrecha por parte del personal sanitario, ya que pueden tener consecuencias negativas tanto emocionales como físicas. ^(9, 16)

La colocación de las sujeciones puede vulnerar la libertad y la dignidad de la persona. El Convenio de Oviedo y el **artículo 18,1 de la Constitución** cita el derecho al respeto a la dignidad, por eso la aplicación de sujeciones se debe realizar como última opción para controlar al paciente y siempre en una habitación, aislado del resto de pacientes, preservando así sus derechos y por supuesto usar esta medida el menor tiempo posible. Durante el uso de la contención mecánica se debe procurar respetar el derecho a la libertad y la seguridad, citado en el **Artículo 17.1 de la Constitución Española**.^(9,16)

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 8 y 9. La decisión de colocar las sujeciones físicas y sus incidencias deben ser recogidas en la Historia Clínica tanto el motivo de la adopción de la medida como su mantenimiento en el tiempo.^(9, 16)

Lex Artis: medidas adecuadas que debe adoptar el profesional, si no existen acompañantes a quién transmitir la información, siempre asegurando la protección del paciente.^(8, 16)

Código civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763) sobre Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. El internamiento de una persona que no esté en condiciones de decidirlo requiere de una autorización judicial previa o posterior a la colocación de la medida terapéutica. El art. 763 LE Civil expresa “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial...”. De acuerdo con estos artículos el médico debe solicitar una autorización judicial para colocar la contención mecánica.^(5, 9)

Garantía Judicial: se notificará al juzgado correspondiente, cuando el paciente al que se ha informado y colocado la contención física se encontrara en situación de “ingreso involuntario”. El personal facultativo debe comunicar al juez la adopción de la contención mecánica como medida restrictiva por el bien del paciente es un caso de urgencia por ley en un plazo máximo de 24h. Rellenará un documento que será enviado por fax al juzgado de guardia.^(9, 12, 16)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La decisión de adoptar la contención mecánica como medida terapéutica debe ser comunicada a la persona inmovilizada de manera que lo comprenda, y adaptada a las circunstancias existentes en el momento. Esta información debe ser dada también a los familiares, tal como expone los artículos 5.1 y 5.2 de la Ley 41/2002. La información debe darse con carácter previo a la contención, durante el mantenimiento y el seguimiento excepto en los casos de urgencia que se informará tras la aplicación de la medida. Tras dar información se solicita la autorización por escrito para aplicar la medida terapéutica, es decir, se debe firmar el consentimiento informado. ^(9, 16)

Las situaciones clínicas que obligan a una atención sanitaria inmediata se dispensarán en el servicio de urgencias de los centros sanitarios o fuera de ellos, siempre garantizando la protección de la salud de la población. **Artículo 22** (BOCYL 2010).

La normativa que regula el uso de sujeciones físicas como medida terapéutica en nuestro país es la Comunidad Foral de Navarra con el **Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre.** ⁽¹⁵⁾

En situaciones de urgencia o extraordinaria necesidad donde el propio paciente o las personas de su alrededor presentan un grave riesgo de sufrir daños, está permitido el uso de forma excepcional de medidas de sujeción física sin prescripción facultativa, por el **Artículo 10 del capítulo III del Decreto foral 221/2011 de 28 de septiembre.** ⁽¹⁵⁾

Debe quedar un registro escrito del Plan de Atención Individual en la aplicación de una sujeción, según **el artículo 12 del Capítulo III del Decreto foral 221/2011 del 28 de septiembre**, el cual debe incluir datos como:

- a) Tipo de sujeción aplicada
- b) Hora, día y lugar
- c) Motivación/objetivos
- d) Pauta de control o vigilancia

- e) Medidas a adoptar durante la colocación de las sujeciones para prevenir complicaciones.
- f) Comunicar la aplicación de esta medida a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho o al tutor legal, en su caso.
- g) Fecha y hora de comunicación al facultativo

El capítulo IV (artículo 16) de la Ley Foral defiende los cuidados que se deben garantizar en una persona sobre la que se coloque cintas de sujeción. Entre estas garantías se encuentran que los pacientes contenidos con sujeciones tengan cubiertas todas las necesidades básicas y que reciban todos los cuidados necesarios para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la colocación de sujeciones. ⁽⁹⁾

10-RECURSOS MATERIALES

Los recursos materiales necesarios para el desarrollo eficaz de este procedimiento son:

- Cuatro juegos de sujeciones.
- Dos perchas de pantalones con cuatro de barras
- Una camilla con sábana en el hall
- Una caja con de plástico duro con una bolsa del SACYL
- Consulta 6

Los materiales que se deben usar para llevar a cabo la medida de contención deben ser sujeciones estandarizadas y homologadas que impidan ejercer una presión excesiva en las extremidades, es decir, que no produzcan lesiones, sean confortables y permitan hacer un ajuste rápido y sencillo. ^(6, 7)

Los juegos de sujeciones deben estar en condiciones de ser usados, es decir, en buen estado, completos, ordenados y dispuestos en un lugar de fácil acceso y conocido por todos los miembros del equipo. Se debe realizar una revisión periódica, para que estén correctamente preparados, para el momento que deban usarse. Requiere, por tanto, que el mantenimiento, la preparación y la comprobación se realicen forma protocolizada, por parte de los TCAES asignados a tal fin (el de triaje de las sujeciones del almacén al lado de la

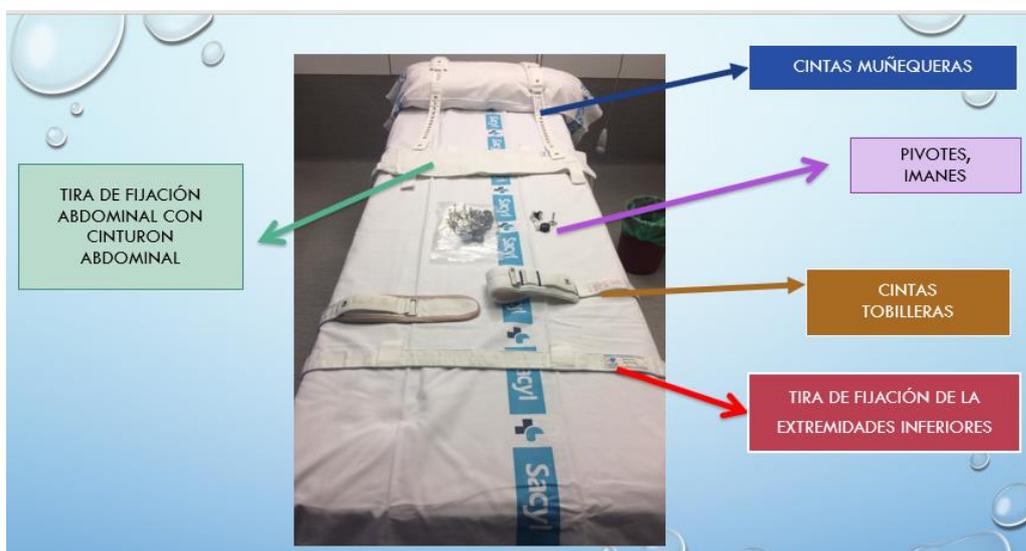
consulta 6 y el de observación de hombres de los juegos del almacén de la ropa) por cada turno. ⁽⁶⁻⁹⁾

Los juegos de cintas deben estar correctamente identificados con el nombre del servicio de urgencias, ya que éstas serán enviadas al servicio de lavandería para su limpieza tras su utilización, con la precaución de retirar previamente los pivotes. Después, serán mandados de vuelta al servicio de urgencias para que los prepare para un próximo uso. También se identificará con tinta o una etiqueta permanente si la correa es de muñecas o pie, así facilitamos el montaje de las correas. ⁽⁹⁾

Cuatro juegos de sujeciones completos

Cada juego completo de sujeciones debe contar con: ⁽⁵⁻⁹⁾

- Una correa ancha para el tronco con la tira de fijación a la camilla (contención abdominal) y otra correa antivuelco.
- Dos correas más estrechas para las muñecas (miembros superiores)
- Dos correas estrechas y largas para los tobillos (miembros inferiores)
- Unas tiras de fijación a la camilla (para las cintas de los tobillos)
- Los materiales necesarios para el cierre magnético son: 13 pivotes o vástago metálico con ranura de anclaje, 13 imanes o botones de fijación y al menos 2 llaves magnéticas para abrir el sistema.



Diferencia entre muñequeras y tobilleras

Para poder colocar bien las cintas en la percha o en la bolsa hay que conocer la diferencia entre muñequeras y tobilleras para agilizar el trabajo tanto a la hora de revisión como a la hora de colocación al paciente.



Aunque todas las contenciones tienen que estar debidamente marcadas con el nombre de la unidad y de la extremidad a la que corresponde, existen varias formas de diferenciar las mismas dependiendo del modelo y de la casa por:

- La longitud: la contención más corta pertenece a la muñeca y la más larga al tobillo, (los brazos son más cortos que las piernas).
- Distancia entre ojales y pitufo. La distancia entre el pitufo y el primer ojal es menor en las muñecas que en los tobillos.
- El color: el azul (por el cielo) suele pertenecer a las muñecas y el color marrón a las tobilleras (por el suelo).
- Hay una casa comercial que tiene una raya negra en la parte ancha y ese juego no hace distinción entre muñecas y tobillos porque son exactamente iguales.

Una camilla con una sábana y las tiras de sujeción abdominal y de tobillos colocadas. Tapada con otra sábana y letrero identificativo.



Dos perchas de pantalones de cuatro barras

Otros dos **juegos** de sujeciones se colocarán en **una percha de 4 barras**, usando cada barra para colocar las sujeciones por orden:



- En la de arriba las sujeciones de las muñecas, poniendo en entre las dos muñequeras dos imanes.
- En la del medio la contención abdominal.
- En la tercera las sujeciones de los tobillos.
- En la cuarta la cinta de fijación de las tobilleras a la camilla.



Una caja de plástico rígido con una bolsa de plástico blanca del SACYL,

Para un juego de sujeciones con los pivotes y tapones ya colocados y una bolsa de plástico pequeña transparente para los 2 imanes.

La consulta 6

Se utilizará como habitación de aislamiento, sin objetos peligrosos, con dos puertas de salida, un botón de emergencia.

Localización del material

- Camilla en el hall
- Una percha con las sujeciones en el almacén de al lado de la consulta 6.
- Una percha en las sujeciones en el almacén de la ropa.
- Un juego de sujeciones en una bolsa dentro de una caja en el almacén de la ropa.



Se dejará una **camilla en el hall con las sujeciones puestas** tapada con una sábana, para el uso habitual de la misma, se debe reconocer esta camilla colocando un letrero para identificarla. Las cintas deben estar preparadas para

que la maniobra se lleve a cabo de la forma más efectiva posible, es decir, las sujeciones deben estar ancladas correctamente, los pivotes con los tapones colocados en las cintas y todos los componentes deben estar puestos en lugares accesibles y conocidos por los miembros de la unidad.

En el caso de ser necesario la utilización de esa camilla para otro paciente que no necesite contención mecánica, la TCAE de triaje quitará las sujeciones y las colocará en una percha en el almacén al lado de la consulta 6 hasta tener disponible de nuevo la camilla del hall para poderlas volver a colocar en la misma.

11- PAUTAS PARA MANTENER LA SEGURIDAD DEL PERSONAL DURANTE EL AISLAMIENTO

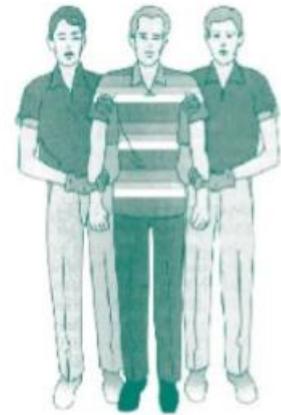
Espacio físico

La consulta 6 es la idónea para manejar a un paciente agitado al disponer de 2 puertas, un botón de alarma para situaciones de emergencia y libre de objetos que el paciente pueda usar para hacer daño o potencialmente peligrosos (agujas, tijeras...). Además, se deberían tomar medidas como:

- Mantener siempre al paciente dentro del campo visual.
- Distancia de seguridad con el paciente (como si hubiera una mesa entre ambos), colocarse en el lado no dominante y próximo a la puerta de salida.
- Se debe dejar la puerta abierta o semiabierta y con compañeros fuera próximos a la puerta o, incluso, de acompañante cuando el riesgo de violencia es elevado.
- Ante una situación con muchos riesgos se debe llamar al personal de seguridad, así como todo el personal necesario para persuadir al paciente o aplicar la contención mecánica. ⁽⁸⁻¹⁶⁾

Pasos previos a la colocación de las sujeciones.

En caso de que el estado del paciente lo permita, ya que muestra colaboración y deseo de ir de pie, con 2 personas es suficiente para trasladarlo a la consulta. Éstas deben sujetarla por las axilas hacia arriba, y por la muñeca hacia abajo. Esta maniobra de traslado del paciente debe hacerse con seguridad, pero sin demasiada fuerza para evitar lesionar al paciente. ⁽⁶⁾



Antes de proceder a la colocación de las sujeciones se debe dar tiempo al paciente para que acepte las demandas verbales, para que colabore y se tumbe en la cama. La presencia de todo el personal encargado de la sujeción puede ser de por sí disuasoria.

En el caso de que el paciente se muestre poco colaborador, agresivo, negativista, sin dar pie a la discusión se procederá a reducirle, trasladarle y tumbarle en la cama. Estas maniobras de inmovilización requieren de 4 a 5 personas.

- REDUCCIÓN

Reducir al paciente consiste en colocar al mismo, de espaldas sobre el suelo, sujetando al mismo a nivel de los hombros y antebrazos, y por encima de las rodillas y de los tobillos. Cada miembro se encargará de inmovilizar una de las extremidades y, en algunas ocasiones, un quinto miembro controlará la cabeza para que no pueda golpearse ni golpear a los profesionales sanitarios (protegiéndola). Con la reducción se pretende limitar la movilidad de las extremidades y así el riesgo de fracturas. ⁽⁶⁻⁸⁾



- TRASLADO

Cada extremidad del paciente debe ser sujeta y trasladada por un miembro del equipo, Las piernas se deben sujetar a la altura de las rodillas, los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros y lo ideal es que otro miembro sujetara

la cabeza, para evitar que el paciente se golpee o lesione a alguien. Durante el desplazamiento procurar no forzar las articulaciones más allá de los límites fisiológicos, ni ejercer presión sobre ellas. (6 - 8)

12-PROCEDIMIENTO

Tras el fracaso de la contención verbal y farmacológica, se procede a la colocación de las sujeciones para inmovilizar de forma mecánica al paciente, aunque de forma excepcional, si no hay tiempo para la farmacológica se hará antes la manual.

Decisión

La primera indicación de contención mecánica la hará el médico. Ante una situación de urgencia, en la que no se puede contactar con el mismo, la enfermera está autorizada para iniciar el procedimiento de contención por su cuenta, pero debe comunicarlo al facultativo con la menor demora posible. Tras decidir tomar la decisión de colocar las sujeciones al paciente se debe cumplimentar y firmar la hoja de indicación (ANEXO I) de contención física. Si la indicación del CM la realiza el médico vía telefónica, la enfermera lo registrará en la hoja de registro, quedando el médico responsable de firmarla lo antes posible. (9)

El procedimiento que debemos seguir tras decidir colocar las sujeciones mecánicas, ya que sea convertido en un método necesario e inevitable, se debe realizar evitando las consecuencias negativas de su colocación.

Preparación

Tras decidir usar la contención mecánica como medio de inmovilización, se deben preparar todos los materiales necesarios, el personal necesario, así como al paciente sobre el que se vaya a colocar las sujeciones.

- Comprobar que esté el juego completo de sujeciones, por lo que se debe disponer en la camilla de forma adecuada antes de colocar al paciente. Los TCAES son el personal que tienen la labor de comprobar y preparar el material necesario.
- En el caso de la camilla del Hall estará preparada y revisada.

Información

Tras decidir usar las sujeciones como medida terapéutica se debe informar y explicar al paciente y a la familia el motivo de la contención. Esta información se dará en muchos de los casos en el servicio de urgencias tras la colocación de las cintas de sujeción. ⁽⁷⁾

Ejecución

- Antes de colocar al paciente y las cintas se debe asegurar que la camilla esté frenada y preparada.
- Posicionar la cama a 30-45° salvo contraindicación facultativa.
- Designar al personal encargado de dirigir la colocación de las sujeciones físicas y comunicarse en todo el momento con el paciente. (dirigiéndose sólo una persona hacia él).
- Una vez tomada la decisión de colocar las cintas de contención y en el momento que las personas necesarias para llevar a cabo la misma estén listas, se debe informar al paciente de la decisión de poner las sujeciones como medida terapéutica de manera temporal para ayudar a su mejoría, con un tono seguro y firme, intentando tranquilizarle a la vez y no perdiéndole nunca de vista. La actitud de la persona que se dirija al paciente debe transmitir dominio de la situación, así como cercanía y humanidad. Se debe dar tiempo al paciente para que acepte y colabore, en caso contrario se procederá a reducirlo. ^(2 - 12)
- En el caso de que el paciente no esté en situación para tomar decisiones, es la familia quien debe ser informada de la situación para que tenga conocimiento y dé la autorización para la aplicación de la medida de forma verbal y escrita. Lo cual debe quedar registrado en la historia. ⁽²⁻¹²⁾
- Los profesionales que van a participar en la contención del paciente deben adoptar las medidas de precaución universales protegiéndose con guantes. ⁽⁵⁾

Antes de colocar las cintas de sujeción se debe preparar al paciente para evitar las consecuencias negativas, para ello se debe asegurar la retirada de objetos

que puedan provocarle daño como los relojes, pulseras, collares... y las prendas de vestir. Todos estos objetos personales serán, entonces, depositados en una bolsa identificada para que no se pierdan. (5 - 7)

- La enfermera requerirá la presencia del personal de Seguridad y de, al menos, dos celadores y un TCAE antes de proceder a la aplicación de la medida de sujeción. Este personal que va a intervenir en la sujeción no debe llevar tampoco objetos que puedan dañar al paciente (reloj, anillos...) (2, 5). Lo ideal para sujetar a un paciente agitado son 5 personas, aunque con 4 sería suficiente.

Debe decidirse qué tipo de contención es la idónea en cada caso bien de 3 puntos o de 5, pero nunca dejar sólo con el cinturón abdominal o cinturón abdominal y una extremidad. (5)

El procedimiento debe planearse de una forma rápida y realizarse con buena coordinación del equipo sanitario. Una restricción física debe aplicarse siempre de forma individual, ya que cada caso es diferente, pero con una prescripción médica o por decisión de la enfermera responsable del paciente ante una situación crítica de agitación en ausencia del médico. Ante la decisión de colocar las sujeciones mecánicas se debe rellenar una hoja de registro de la indicación de CM, (Anexo I) donde conste el motivo, el tipo de CM, quién toma la decisión y las sucesivas revisiones o anulación de las medidas adoptadas. Ya que se debe realizar una continua revisión de la causa que provocó la colocación de la contención para retirarla en cuanto ceda, de una manera progresiva y lo antes posible. (2 - 12)

Al ser una medida terapéutica más debe ser informada a la familia, quienes deben firmar un documento informativo, en caso de que el paciente no haya podido dar su previa autorización. (2 - 12)

1. El modo en que se debe abordar cada situación o paciente será coordinado por la enfermera. Uno de los profesionales del grupo será asignado como interlocutor, esta función recae generalmente sobre la enfermera. El interlocutor será el único que se deba dirigir al paciente durante la inmovilización y colocación de las sujeciones, pues es preferible que solo un

profesional se dirija al paciente ante una situación de agitación, estando a su vista para que se tranquilice; un exceso de personal a su alrededor puede alterarlo más. (6, 7)

La persona que se dirija al paciente debe cuidar tanto el lenguaje verbal como no verbal en todo momento. Esta persona debe utilizar una voz suave, pausada pero segura, dando órdenes concisas y fáciles de comprender, acompañada de una postura relajada y serena, pero firme, colocándose en frente del paciente de forma que al hablarle le esté mirando a los ojos de una manera natural. Este coordinador debe mostrar empatía, reconociendo los sentimientos del paciente en todo momento, debiéndose encargarse de comunicarle al paciente que el motivo de su aislamiento e inmovilización es por su seguridad y la del resto de personas, hasta que se tranquilice y recupere el control... (7). Este profesional tiene que evitar todo tipo de expectación, para procurar preservar la intimidad del paciente. Además, hay que darle tiempo para que acepte y entienda nuestras indicaciones, buscando así su colaboración. (8, 16)

2. Trasladar al paciente a una consulta o habitación para mantenerlo aislado del resto de pacientes. Retirar del lugar cualquier tipo de objeto potencialmente peligroso (sillas, palos de sueros...). (12)

3. Inmovilización en la cama

El paciente será en la cama en decúbito supino, con la alineación correcta de las diferentes partes del cuerpo y elevando el cabecero (inclinación de 30°) permitiendo así un mejor acceso a las vías venosas para administrar la medicación intravenosa, excepto en intoxicados o con disminución del nivel de conciencia que se dejarán en posición de seguridad (en decúbito lateral izquierdo), ya que se presenta disminución del nivel de vigilia y es previsible la aparición de vómitos. (7 - 9)

Algunos autores hablan de las ventajas que tienen la colocación de los pacientes agitados en decúbito prono ya que previene la aspiración de vómito, evita que el paciente se golpee la cabeza contra la camilla y soluciona la crisis de una forma bastante rápida. (9)

Las sujeciones deberán estar colocadas en la camilla del hall, pero en caso de no ser así por alguna circunstancia, se cogerá uno de los juegos de sujeciones colocados en las perchas y se colocarán en la camilla.

Colocación de las sujeciones en la camilla

Se comienza con la colocación de las 2 bandas laterales o tiras de fijación, una a nivel de la cintura abdominal y la otra en la parte inferior de la cama, a nivel de los tobillos:



Cintura abdominal

Las bandas de fijación laterales se colocan a nivel de la cintura abdominal. Estas permiten que el paciente se incorpore, se siente en la cama y se pueda girar a ambos lados, pero sin riesgo de caídas y lesiones posteriores por presión de la cintura abdominal sobre el tórax y abdomen del paciente. Las tiras se sujetan en las anillas laterales del cinturón abdominal en el caso de que estén separadas.



Las dos cintas de sujeción inferior del cinturón abdominal se fijan al bastidor de la cama (zona fija de la cama) o camilla firmemente mediante un pivote y botón de fijación ⁽⁵⁾, en el hueco justo después de la articulación de la cabera de la camilla.

Como el cinturón dispone de anillas de tela en la parte superior e inferior, hay que tener en cuenta que la parte de arriba pertenece a la cabeza por lo que las hebillas tienen menos separación que en la parte inferior, las cuales se dirigen a la cadera.

Extremidades inferiores

La tira de fijación de los tobillos se fija en la parte inferior de la camilla con cierres magnéticos, a través del bastidor de la camilla (la zona fija de la misma) en el último hueco. La parte estrecha de las tobilleras se deben pasar a través de dos anillas de tela para fijarlos con mayor o menor firmeza a los cierres magnéticos. ⁽⁵⁾



En función de la crisis de agitación del paciente se decidirá el tipo de contención parcial o completa para sujetar el paciente en la camilla.

En la 1^o fase de una contención completa, cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. Durante la sujeción se debe reducir el movimiento desde las zonas distales, evitando el tórax, por el riesgo de lesiones. La sujeción correcta debe realizar una extensión forzada, de modo que se limiten en todo momento los movimientos del paciente. (2 - 10)

La 2^a fase que es la inmovilización se comienza con la colocación del cinturón abdominal de Segufix, continuando por los miembros inferiores y por último los superiores. La sujeción abdominal se ajustará a nivel lumbar sujetando cada extremo a un soporte fijo (bastidor de la camilla) de manera que quede tensa. (2-10)

La sujeción se realizará por los profesionales de enfermería tanto TCAES como enfermeras, aunque también se requerirá la presencia de al menos dos celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de Seguridad.

Si se prevé que estos recursos humanos son insuficientes. Este procedimiento requiere de la colaboración de todo el personal, incluido el médico, el cual dará la autorización para colocar la medida terapéutica.

Las cintas de sujeción colocadas en la camilla facilitan una rápida colocación de las sujeciones sobre el paciente.

Las 2 tiras de fijación la abdominal y la de los pies deben estar aseguradas a los bastidores de la camilla (zona fija) preparadas con las contenciones de las extremidades mediante una clavija, pincho o pitufo y un tapón, que se debe colocar en la cara externa de la camilla. (5, 7)

Como una de las precauciones que hay que tener durante la colocación de las cintas de sujeción, es que éstas no se deben poner directamente sobre zonas con heridas o catéteres, para evitar la aparición de complicaciones posteriores. (6)

Cinturón abdominal

Las dos cintas de sujeción superiores son la parte del cinturón que debe colocarse alrededor de la cintura del paciente. Tras la colocación alrededor de la cintura abdominal del paciente se debe 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 y/o producir dolor abdominal.

Tras la colocación del cinturón de manera horizontal se debe comprobar que entre la cintura y el cinturón quepa una mano.

Después de colocar el cinturón al paciente se fijará las bandas laterales (antivuelco) a los pivotes que unen el cinturón abdominal a la camilla. ^(5, 7)

Proceso de colocación de las contenciones de las extremidades

El procedimiento para colocar los brazaletes de las muñequeras y tobilleras es similar, dejando el brazaletes sujeto con un pivote y un tapón en la cara externa y, después, la parte más estrecha debe engancharse adecuadamente en el cinturón abdominal (la cinta de sujeción) y las cintas de los tobillos, introducir por las tabillas de la tira de sujeción y anclar a la tira de fijación de los pies con el mismo pivote.

ORDEN / REGLA NEMOTÉCNICA	PROCESO DE COLOCACIÓN	FOTOS
1. CUCHARA	Se pasa la sujeción en forma de cuchara, es decir la parte ancha hacia el paciente y la parte estrecha hacia el profesional.	
2. PULSERA	Se coloca la sujeción en forma de pulsera, rodeando la extremidad del paciente (tobillo o muñeca) colocando correctamente el velcro.	
3. HEBILLA	Se debe pasar la alargadera por la hebilla de metal	
4. CAMBIO DE SENTIDO	Un cambio de sentido, es decir se gira la cinta por encima de la hebilla.	
5. PIVOTE	Se pasa uno de los ojales por el pivote ya colocado previamente en la parte de la sujeción que se coloca alrededor de la extremidad del paciente.	
6. TAPÓN	Se coloca el imán sobre el pivote.	
7.	Unión de la muñequera o tobillera a la tira de fijación de la cama, es decir con otro pivote o en el mismo que está ya colocado. Existe la posibilidad de reducir más la movilidad de las extremidades (mayor fijación) pasando las cintas por las anillas de tela de las tiras de fijación.	

Extremidades inferiores/Tobillera

Las piernas deben colocarse extendidas y ligeramente abiertas al colocar las tobilleras, a la medida del tobillo del paciente. ⁽⁶⁾

La forma de terminar de sujetar la EEII es pasando el extremo de la cinta de la tobillera a través de la anilla de la tira de fijación inferior, uniéndola posteriormente al mismo pivote con el botón magnético, que previamente fijaba a la camilla la tira de fijación.



La forma de prevenir lesiones vasculares y dérmicas es dejando un espacio de un dedo entre la tobillera y el tobillo. ⁽⁵⁾

Extremidad superior/Muñequera

Antes de colocar las muñequeras se deben colocar los brazos a ambos lados del cuerpo del paciente, estirados y ligeramente separados. Posteriormente, se ajustan las cintas de la muñequera a la medida de la muñeca del paciente mediante los ojales dispuestos a tal fin y cerrando a continuación con el botón magnético. Se debe dejar un espacio de un dedo entre muñequera y muñeca. Tras colocar las cintas en el paciente es necesario fijar la alargadera de la muñeca a la tira del cinturón abdominal unida al bastidor de la cama ⁽⁵⁻⁸⁾. Hay que asegurarse que el botón de fijación quede en la cara externa de la extremidad. ⁽⁶⁾

La retirada del personal se realizará de forma pausada y progresiva. El coordinador de la medida será el último en retirarse. ⁽⁸⁾

Comprobación

Tras la colocación de las sujeciones se debe verificar el grado de movilidad del paciente, que las cintas no dañen al paciente y que se pueda manipular fácilmente las vías venosas periféricas, sondas o drenajes...etc. Debe realizarse cada una de las comprobaciones mencionadas previamente en la colocación de cada una de las 5 partes del cuerpo inmovilizadas con cintas, para evitar efectos adversos, como la existencia de espacio entre la cinta y el paciente. ⁽⁵⁾

También se debe verificar si el paciente presenta factores de riesgo como; embarazo, diabetes, tabaco...etc, para poner en marcha las medidas de prevención oportunas. ⁽⁵⁻⁷⁾

Registro

Registrar al paciente en búsqueda de objetos peligrosos (cinturones, mecheros, navajas, cortaúñas...). Se le vestirá con camión del hospital cuando su estado lo permita.

La contención mecánica como medida terapéutica requiere de un seguimiento continuo protocolizado por parte de los profesionales de enfermería. Esta intervención consiste en una observación continua del paciente para controlar la evolución clínica del mismo y poder determinar así el origen de dicho comportamiento.

El modelo de control que mejor se adapta al servicio de urgencias, donde los pacientes están unas horas ingresados o como mucho un día entero en la sala de observación consiste en realizar la observación en intervalos predefinidos variables, es decir, cada 15-20 minutos durante la primera hora y después siempre que lo necesite el paciente, dejando pasar como mínimo 2 horas, siempre según la evolución del cuadro clínico. ⁽⁸⁻¹¹⁾

La contención mecánica es una medida sanitaria, la cual debe realizarse bajo una vigilancia médica estricta, por lo que hay que monitorizar las constantes vitales y la posible aparición de complicaciones. Anotando entonces las incidencias en la hoja de seguimiento **(ANEXO I)**.

Explicación

Al final de la colocación de las sujeciones, la persona coordinadora deberá explicar al paciente que todas sus necesidades serán atendidas por el personal de enfermería y que se le realizarán visitas periódicas.

Finalización

La contención será retirada tras la valoración facultativa y por orden médica tras consulta consensuada con el equipo de enfermería. Durante la misma debe de

estar presente todo el personal necesario, por si se precisara una nueva sujeción^(8, 9). Las sujeciones físicas deben mantenerse el tiempo estrictamente necesario.

La retirada de la contención se realizará de forma progresiva, liberando cada cinta cada diez minutos (siempre que el paciente muestre mejoría), dejando siempre dos para retirar al final y a la vez. Las sujeciones se deben ir suprimiendo del mismo modo en que se colocan en forma diagonal, es decir primero una mano, luego el pie contrario⁽¹²⁾. Después de retirar las sujeciones el paciente permanecerá en la habitación de aislamiento durante un tiempo antes de liberarlo por completo para valorar cómo reacciona.⁽⁹⁾

13-Revisión del protocolo

Este protocolo será revisado cada dos años para hacer las modificaciones correspondientes, según las necesidades del servicio.

BIBLIOGRAFIA

1. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Auckland: Organización de Naciones Unidas; 1989.
2. Comité Interdisciplinar de Sujeciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Documento de Consenso sobre Contenciones Mecánicas y Farmacológicas. 2014.
3. Mongil Jorin H, Castro Manrique, E (dir), Niño Martín V (dir). Contención mecánica y cuidados de enfermería en ancianos institucionalizados [trabajo de fin de grado en Internet]. [Valladolid]. Universidad de Valladolid [Citado el 23 de Febrero de 2018]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/13628/1/TFG-H351.pdf>
4. Rodríguez de Vera Selva M, Alarcón Tobarra N, Ruiz García J, Pérez Mascuñán M. Protocolo consensuado: Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica del Complejo. [internet] Albacete: (CHUA); 2012. [Consultado el 19 de Febrero 2018]. Disponible en: https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13e_cbc6f578cb43bfa788.pdf
5. El-khabit Vazquez M, Navarro Dominguez F, García del Río M, Navarro Lamarca G, Guedes O, Rendón Acosta A et al. Protocolo de contención mecánica. [internet] Andalucía: Consejería de Salud; 2010. [consultado el 15 de Marzo] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/410/pdf/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf
6. Jérez Barroso FJ, Bermejo Serradilla B, Rodríguez Pérez B, López González M C, Acedo Gallego P, Leonés Gil E et al. Protocolo de contención mecánica. [internet]. Extremadura: unidades de hospitalización psiquiátrica; 2017. [Consultado el 7 de Abril de 2018]. Disponible en: http://www.areasaludbadajoz.com/PROTOCOLO_DE_CONTENCI%C3%83Nbadajoz.pdf
7. Hospital Verge Dels Liris. Protocolo de Contención Mecánica y Terapéutica. [internet]. Valencia: Agencia Valenciana de Salud; 2010. [Consultado el 10 de Febrero] Disponible en:

<http://www.a14.san.gva.es/cas/hospital/enfermeria/infprof/protoc/PROTOCOLO%20DE%20CONTENCI%C3%93N%20MEC%C3%81NICA%20Y%20TERAP%C3%89UTICA%20-%202010.pdf>

8. Crespo Polanco MS. Actualización de conocimientos en la atención a pacientes en estado de agitación. [Sesiones de Enfermería]. Valladolid: Unidad de Cirugía General del Hospital de Rio Hortega, 2016.
9. Comité de Ética para la asistencia sanitaria y grupo de Trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes. Protocolo de Contención de Movimientos de pacientes. [internet] Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2010. [citado el 5 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/normas/CONTENCION%20DE%20PACIENTES%20PROTOCOLO%2056%20PAGINAS%20COMPLETO.pdf>
10. Carcoba Rubio N, García Barriuso C, Guevara Jiménez C. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 [citado el 20 de Febrero de 2018]; 9(60): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf
11. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin, MJ, Ibañez B. Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”. [internet] Argentina: Universidad Nacional de Rosario; 2010. p 1-11. [citado el 10 de Marzo de 2018]. p 1-11. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Especiales/47/Especiales%20-%20Exitacion%20psicomotriz.pdf>
12. Ambros A, Figueras Juárez A, Gómez Blanco A, Madrid Fernández C, Rodríguez R, Lagos Pantoja E et al. Protocolo de actuación de enfermería en contención mecánica. [Internet]. Ciudad Real: Hospital General; 2010. [Citado el 14 de Febrero. 2018]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-contencion-mecanica.pdf>
13. Molero M, Perez- Fuentes M, Gázquez J, BarragánA, MartosA. y Simón M. Intervención en contextos clínicos y de la salud. [internet]. 2016. [Citado el 11 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/intervencion-contextos-clinicos-salud.pdf>
14. Liaño EscobedoC y González Gómez S(dir). Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas [trabajo de fin de carrera en Internet]. [Cantabria] Universidad de Cantabria. 2014 [Citado el 25 de Febrero 2018].Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5240/Lia%c3%b1oEscobedoC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. Decreto Foral 221/2011 del 28 de Septiembre de 2011 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. BON nº 204 de 14 de octubre de 2011.
16. Caballero Guerrero M, Sánchez O. Abordaje enfermero en el paciente agitado. Ciber Revista SEEUE [Internet]. 2016; (51): 62-65. [citado el 9 de Abril] Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2016/01/Documento-de-consenso-ANESM_SEEUE-paciente-agitado.pdf

ANEXO I: HOJA DE REGISTRO DE INDICACIÓN

ALGORITMO DE COLOCACION DE LAS SUJECIONES PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS Y FORMULARIO DE INDICACIÓN

PRESCRITO POR:	
DÍA DE INDICACIÓN	
HORA DE INDICACIÓN	

DÍA DE RETIRADA	
HORA DE RETIRADA	

The diagram shows a blue human figure with a yellow chest restraint and blue wrist and ankle restraints. Arrows point from 'HORA' tables to each restraint location. Each 'HORA' table has two columns and three rows.

MOTIVO	
--------	--

TURNO	RESPONSABLES
MAÑANA	
TARDE	
NOCHE	

HORA	

CONTROL Y SEGUIMIENTO

Estado de la piel	
Aparición de incidencias	

RELLENAR CON UNA X LOS CUADROS DE REVISIÓN

ANEXO II: CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE CONTENCIÓN MECÁNICA

Sexo: H M

Fecha de nacimiento: / /

Categoría profesional: TCAE Enfermer@ Estudiante EIR Celador/a

Tipo de contrato: largo corto plaza fija

Tiempo trabajado en el servicio:

1. Legalmente ¿quién tiene la responsabilidad de decidir colocar las sujeciones ante un paciente agitado?
 - a) Médico
 - b) Enfermera, en ausencia del médico.
 - c) TCAE
 - d) A y b son ciertas
2. las tiras de fijación de sujeciones se deben colocar....
 - a) En la barandilla de las camillas
 - b) En el bastidor de las camillas
 - c) en el somier
 - d) a y c son ciertas
3. Respecto a la colocación de un cinturón abdominal ¿Cuál es la complicación más frecuente?
 - a) Asfixia por estar demasiado apretado.
 - b) Dolor abdominal.
 - c) Deslizamiento del paciente por estar demasiado flojo.
 - d) Todas son ciertas.
4. ¿Cuál es el tipo de contención que hay que elegir en primer lugar?:
 - a) Contención mecánica
 - b) Contención verbal
 - c) Contención farmacológica
 - d) Da lo mismo
5. ¿Las sujeciones de las muñecas y de los tobillos son iguales?
 - a) Si
 - b) Las cintas de los pies son más cortas
 - c) Algunas veces
 - d) No

6. ¿Ante un paciente agitado, es recomendable que sean varias personas a la vez las que se dirigirán al paciente para intentar tranquilizarle?
 - a) Si
 - b) Como mínimo 3
 - c) Ninguna es cierta
 - d) Es recomendable que sea la persona coordinadora
7. ¿El paciente agitado con contención mecánica cada cuanto tiene que ser revisado?
 - a) De 15 a 30 min
 - b) Cada 40-60 min
 - c) Cada 5 min
 - d) Cada turno
8. ¿Cuál es el proceso de colocación de las cintas en una contención mecánica parcial?
 - a) Diagonal
 - b) Paralela
 - c) Da igual el orden
 - d) Sólo en la extremidad inferior izquierda
9. ¿Cuál es la posición aconsejable de la camilla, por norma general, para un paciente con sujeciones?
 - a) En decúbito lateral
 - b) En decúbito prono
 - c) Con el cabecero elevado a 30º y en decúbito supino
 - d) En decúbito supino.
10. ¿Quién es el encargado del mantenimiento de las cintas de sujeción?
 - a) Enfermeras
 - b) TCAES
 - c) Celadores
 - d) Supervisora
11. ¿Qué sujeción se coloca primero en la contención mecánica?
 - a) La contención abdominal
 - b) La tobillera
 - c) La muñequera
 - d) Todas a la vez

12. ¿Cuántas personas son aconsejables para la realización de la CM completa del paciente agitado?
 - a) 3
 - b) 2
 - c) 4
 - d) 5
13. ¿Cree que un paciente agitado al que se le ha colocado un cinturón de sujeción en cama, está seguro y por tanto precisa menos vigilancia que si no lo tuviera?
 - a) Si
 - b) No
14. ¿Qué profesional es el responsable de poner las sujeciones y quitarlas?
 - a) TCAE
 - b) Enfermera
 - c) Médico
 - d) Celador
15. ¿Conoce qué documentos hay que cumplimentar para registrar una contención mecánica?
 - a) Si
 - b) No
16. ¿Usted cree que la colocación de las cintas para una sujeción en una percha mejor que en una bolsa, permitiría una actuación más rápida y coordinada cuando se necesita aplicar sobre un paciente?
 - a) Si
 - b) No
17. ¿Ha trabajado usted alguna vez en servicios donde se hayan tenido que utilizar las medidas de contención mecánica?
 - a) Si
 - b) No
18. Ante un paciente que se encuentra en una situación en la que precisa sueroterapia o monitorización continua y no se dispone de su total colaboración... ¿Considera necesario colocar algún dispositivo de contención, hasta la finalización de dicho procedimiento?
 - a) Si
 - b) No
19. ¿Ha observado en alguna ocasión, algún tipo de lesión/ daño físico derivado del uso de un dispositivo de contención mecánica?
 - a) Si
 - b) No

20. ¿Ha recibido usted algún tipo de formación teórico y/o práctica sobre las técnicas de la contención mecánica, a lo largo sus años de profesión?
- a) Si
b) No
21. ¿Se siente capacitada para colocar las sujeciones de forma rápida y segura?
- a) Si
b) No
22. ¿Usted creé que es necesario realizar sesiones de formación con simulacros como de vez en cuando en el servicio de urgencia?
- a) Si
b) No

Conteste con una x:

¿Cuáles son las razones por las que a menudo se usa la contención mecánica?

RAZONES	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Control de la conducta					
Seguridad del paciente y de los demás					
Conveniencia del personal					

¿Qué siente cuando tiene que utilizar contención mecánica como herramienta para controlar al paciente?

SENTIMIENTOS	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Culpabilidad					
Desacuerdo					
Simpatía					
Satisfacción por el deber cumplido					

Valore el de grado de satisfacción con la sesión. Marque la casilla elegida con una X.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muchas gracias por su participación.

ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Dña _____

doy constancia de haber sido informado/a por Dña Estrella Fernández Manzano de los objetivos del estudio llamado “Contención mecánica del paciente agitado en urgencias” cumpliendo los requisitos de la Ley básica 41/2002 de 14 de Noviembre, Reguladora de la autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y documentación Clínica. Los datos obtenidos se manejarán de una forma estrictamente confidencial. Acepto así, que los datos del cuestionario sean usados para un estudio estadístico del trabajo de fin de carrera (TFG).

Habiendo recibido la información y comprendiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto, acepto participar en el estudio.

Fecha y firma: