



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE GRADO

Título
Intervención enfermera, contención mecánica en la agitación psicomotriz
Autor/es
Andrea Carricaburu Ripa
Director/es
Ivan Santolalla Arnedo
Facultad
Escuela Universitaria de Enfermería
Titulación
Grado en Enfermería
Departamento
Curso Académico
2014-2015



Intervención enfermera, contención mecánica en la agitación psicomotriz,
trabajo fin de grado

de Andrea Carricaburu Ripa, dirigido por Ivan Santolalla Arnedo (publicado por la Universidad de La Rioja), se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

TRABAJO FIN DE GRADO



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

**INTERVENCIÓN ENFERMERA,
CONTENCIÓN MECÁNICA, EN LA
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ**

ANDREA CARRICABURU RIPA

Tutor: Iván Santolalla Arnedo

Logroño, 29 de junio de 2015

Curso académico: 2014-2015

Convocatoria de defensa: junio 2015

RESUMEN

La contención mecánica como intervención enfermera para el cuidado del paciente agitado, es una medida terapéutica con repercusiones éticas, legales y posibles complicaciones en su aplicación, por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo.

Este trabajo se basa en analizar críticamente la intervención enfermera Contención Mecánica en la agitación psicomotriz, a través del análisis del estado actual de la literatura científica y unificación técnica de los distintos protocolos y guías existentes a nivel nacional, obteniendo como conclusión, la necesidad de unificación de criterios técnicos.

Palabras Clave: Intervención enfermera, contención mecánica, agitación psicomotriz, protocolo de contención.

ABSTRACT

Using Mechanical restraint as a nurse for agitated patient care intervention is a therapeutic measure with ethical and legal ramifications. There are also possible complications in its application. So it is especially important to exercise proper protocol.

This work is based on critical analysis of nursing intervention using Mechanical containment for psychomotor agitation. The investigation will analyze the current state of the scientific literature and technical unification of the various protocols and existing guidelines at a national level, obtaining as a conclusion the need for unifying technical criteria.

Key words: Nurse intervention, mechanical restraint, psychomotor agitation, containment's protocol.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

La *agitación psicomotriz* suele ser uno de los cuadros de presentación más frecuente en los diversos ámbitos profesionales, y a su vez uno de los más exigentes tanto a nivel institucional como profesional. La presencia de un paciente agitado, a veces confuso, y generalmente demandante u hostil, constituye un reto para los profesionales sanitarios, ya que habitualmente desbordan sus habilidades de manejo. Es una urgencia en la que existe la necesidad de actuar con rapidez a fin de garantizar la seguridad del paciente y el entorno; por este motivo estos episodios suelen requerir intervención terapéutica previamente al diagnóstico etiológico del episodio. Debido a esto, es necesario que los profesionales conozcan las características básicas de éste concepto, para la realización de un correcto abordaje. (1)

1.1.1 DEFINICIÓN

La agitación psicomotriz es un síndrome inespecífico, de muy variada etiología, que se caracteriza por una alteración del comportamiento motor. Ésta consiste en un aumento desproporcionado y desorganizado de la motricidad, acompañado de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros intensos estados emocionales, Víctor Fernández Gallego, autor del artículo “manejo inicial del paciente agitado”, señala que el estado de ánimo del paciente agitado se puede manifestar como nervioso, eufórico, colérico, y son frecuentes las risas, el llanto y los gritos incontrolables. (2, 3, 4)

Como bien indica, la autora Meritxell Sastre en el artículo “contención mecánica”, generalmente de inicio brusco, que va acompañada de una sintomatología psíquica amplia y exige una intervención inmediata. (5)

Para una definición completa, M^a Jesús García, autora del artículo titulado “agitación psicomotriz”, añade que se trata de un estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia de intencionalidad aparente.

Como ya se ha mencionado anteriormente, puede, además, ser un síntoma y/o un signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos que posteriormente analizaremos detenidamente. (6)

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede ser manifestación de gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como orgánicos por ello, una vez revisado el concepto de agitación psicomotriz, también es de capital importancia conocer las diferentes etiologías subyacentes, así como los principios elementales para el manejo farmacológico de estos casos. (7)

1.1.2 ETIOLOGÍA

Etiología de la agitación psicomotriz (2,8)

a) Causas de la agitación ORGÁNICA

- *Delirium o cuadro confusional agudo:*
 - Alteraciones metabólicas -Infecciones sistémicas y/o del SNC - Fiebre -Insuficiencia Respiratoria -Insuficiencia Cardíaca - Insuficiencia Hepática (encefalopatía hepática) -Insuficiencia Renal (encefalopatía urémica) -Traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos -Estados postoperatorios -Crisis parciales -Ictus isquémicos o hemorrágicos -Tumores intracraneales -Tumores diseminados -Delirium superpuesto a demencia -Tratamiento con: levodopa digital cimetidina ranitidina anticolinérgicos (biperideno, atropina) -Antihistamínicos -Antiepilépticos -Corticoides - Benzodiacepinas -Neurolépticos sedantes (levomepromacina, tioridacina, clorpromacina)

- *Intoxicaciones por:* -Alcohol -Estimulantes (cocaína, anfetaminas y otros) -Cannabis -Neurolépticos -Benzodiacepinas - Anticolinérgicos
- *Síndromes de abstinencia:* -Alcohol (delirium tremens) - Benzodiacepinas -Opiáceos –Otros

Es imprescindible resolver la causa somática subyacente, ya que mientras ésta persista, la agitación no se solucionará realmente y el tratamiento será únicamente sintomático.

Agitación Orgánica: Hay que sospechar organicidad cuando se trate de un cuadro de agitación de comienzo agudo o subagudo en un paciente (más frecuente de edad avanzada) sin historia psiquiátrica previa. Se caracterizan por presentar alteración de la conciencia, desorientación temporoespacial, confusión mental, discurso incoherente, dificultad para la marcha, hiperexcitabilidad muscular.

b) Causas de agitación NO ORGÁNICA

- Psiquiátrica

Psicótica

- Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo: cursa en brotes, agitación con ideación delirante, alteraciones del lenguaje y alucinaciones.
- Episodio maníaco: conducta agitada acompañada de un ánimo eufórico y/o irritable, trastornos del lenguaje (verborrea), pensamiento fugaz (conversación rápida que salta de un tema a otro), hiperactividad y conducta desinhibida.
- Episodio depresivo: depresión agitada más frecuente en ancianos y niños.

-Trastorno por ideas delirantes (paranoia): discurso delirante en torno a temas de celos, perjuicio, persecución...

No psicótica

- Crisis de angustia: sensación de muerte inmediata que puede conllevar agitación.
- Crisis histérica: Se evidencia teatralidad y manipulación del paciente.
- Trastorno de personalidad: sobre todo histriónico, límite y paranoide.
- Alteración de conducta en el Retraso mental o Demencia (distinguir del delirium superpuesto a la demencia).

Agitación Psiquiátrica: Se caracteriza por presentar psicopatología propia de alguna entidad psiquiátrica: pueden existir alucinaciones auditivas (raramente visuales), ideación delirante de perjuicio (esquizofrenia o trast. ideas delirantes) o megalomaníaca (manía), alteraciones de la afectividad (disforia o euforia), hostilidad o agresividad, discurso vociferante, verborreico o disgregado... La conciencia está clara, no suele existir desorientación temporoespacial y la fluctuación es escasa. Suelen tener antecedentes psiquiátricos.

- *Reactiva*

Reacciones de estrés agudo

Reacciones de duelo, situaciones catastróficas (inundaciones, incendios, violaciones...), situaciones de desconexiones ambientales (UCI...)

1.1.3 FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo de la agitación psicomotriz (9, 10,11)

Existen una serie de factores de riesgo en la agitación psicomotriz que debemos tener en cuenta ya que la presencia de algunos de los mismos nos indicará un riesgo más elevado de presentar una conducta agitada.

DEMOGRÁFICOS

- La edad: (entre 15 y 30 años)
- El sexo (más frecuente en varones)
- Antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas
- Bajo estatus socioeconómico
- Estado civil (soltero/a)

CLÍNICOS

- Antecedentes de conductas agitadas o agresivas, se asocian a un mayor riesgo de presentar un nuevo episodio.
- El nivel de conciencia de enfermedad
- La desorganización cognitivo-conductual y la presencia de sintomatología positiva
- Retraso mental, demencias, epilepsia
- Abuso de sustancias
- Esquizofrenia
- La comorbilidad con trastornos de la personalidad

AMBIENTALES

- Tipo de ingreso: involuntario o judicial
- Los conflictos con el personal u otros pacientes pueden actuar como desencadenantes
- El 50% de los episodios de agitación se producen en la primera semana de ingreso
- Antecedentes de conductas violentas anteriores pasadas.

1.2 INTERVENCIÓN ENFERMERA

La intervención enfermera, se trata de un conjunto de pautas de actuación que tienen por objeto la intervención ante un paciente agitado, con el fin de garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente, resto de pacientes, familiares y profesionales que les atienden, así como del entorno.

Es de vital importancia, comenzar a adoptar medidas en la fase inicial o cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está entrando en fase de agitación y pérdida de control y que pueda ir en aumento. (12)

Como bien expone el Dr. Sánchez de Carmona en el programa científico de “Agitation in Psychiatry”, en el capítulo titulado la agitación y su aumento gradual, es de vital importancia, aprender a detectar los factores desencadenantes y actuar lo antes posible cuando el paciente se encuentre en los estadios iniciales de agitación. El Dr. Sánchez de Carmona, nos expone la siguiente escala de agitación (agitation escalation): La escala se divide en 7 fases; 1: estado de calma; 2: desencadenante; 3: estado de agitación; 4: incremento; 5: PICO - angustia emocional severa; 6: decadencia; 7: recuperación.

Recalca la importancia que tiene el actuar en las fases tempranas, es decir, en las fases 2-3 para poder evitar un estado de agitación. Una vez que el paciente presente un estado de agitación, la meta que debemos de alcanzar es la siguiente: reducir los síntomas del paciente sin que éste entre en un estado de inconsciencia. (13)

La exhaustiva planificación de los cuidados enfermeros, los nuevos tratamientos y descubrimientos en el área de la psiquiatría no han evitado que el paciente agitado plantee situaciones límite en el equipo asistencial, pero siempre que sea posible, se intentará limitar el episodio de agitación recurriendo a otras medidas, ya que la contención mecánica se aplicará única y exclusivamente en última instancia.

1.2.1 MEDIDAS TERAPEÚTICAS

Las medidas terapéuticas son parte de la intervención enfermera durante el procedimiento de un paciente agitado. En primer lugar, es importante, conocer la situación personal del paciente y consultar su historia clínica, para que a través de ella se tomen las decisiones necesarias para abordar la situación. El objetivo de las medidas terapéuticas se centrará en conseguir una limitación del episodio de agitación por parte del paciente. Las medidas terapéuticas se centrarán en cuatro pilares que se presentan a continuación.

CONTENCIÓN VERBAL (NIC 5020): Se trata de la primera medida una medida terapéutica a aplicar siempre que sea posible, con el objetivo de enfriar la situación que ha provocado la agitación del paciente mediante la negociación de medidas terapéuticas. Comprende por un lado una actitud terapéutica y por otro la entrevista. Para ello, se debe de transmitir al paciente tanto de forma verbal como no verbal que con esta intervención, se pretende proteger al paciente frente a su enfermedad. Por otra parte se evitará mostrar miedo, para ello se debe de haber creado previamente unas condiciones de seguridad. También se mostrará firmeza y seguridad. Además es importante Informarle al paciente de que esta crisis es transitoria y que debe de utilizar el autocontrol para superarla. Cuando esta medida es insuficiente para controlar la agitación, se debe mantener y completar con otras medidas terapéuticas de otra índole. Son insuficientes ya que contribuyen decisivamente al tratamiento. (14,15)

En general en pacientes con una descompensación de tipo psicótico es difícil conseguir un abordaje o contención verbal debido a su descompensación de la realidad, pero no por ello hay que dejar de intentarlo. (4)

MEDIDAS AMBIENTALES (NIC 6487): Se trata de otra medida terapéutica que buscar favorecer un ambiente y entorno adecuados, reduciendo o limitando aquellos estímulos que puedan ser provocadores de conductas agresivas. Facilitaremos un cambio del entorno social y para ello, introduciremos una figura que represente autoridad o que le de confianza y sacaremos aquellas personas que puedan producir respuestas negativas.

Posibilitaremos en la medida de lo posible actividades que puedan hacer que disminuya la respuesta agresiva (pasear, una llamada telefónica, etc...).

Ayudaremos a la realización de respuestas desactivadoras como son técnicas de relajación, muscular, respiratorias, etc... (15, 16, 17)

CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA (NIC 2300): Medida terapéutica que consiste en la administración de psicofármacos con el fin de provocar una sedación suficiente en el paciente que logre el control de un episodio de agitación. El objetivo de la contención farmacológica es tranquilizar al paciente lo antes posible mediante la utilización de fármacos con el fin de evitar que se lesione a sí mismo o a las personas que le rodean. Su uso está indicado en aquellos casos de agitación severa.

Las características del paciente deben ser cuidadosamente valoradas con el objeto de individualizar el tratamiento. La selección del fármaco vendrá determinada por su eficacia sedativa, farmacocinética y seguridad.

Siempre que sea posible, la vía oral será la primera opción, especialmente en los casos menos severos. Cuando ésta sea rechazada o resulte inapropiada, el fármaco se administrará por vía parenteral, concretamente por vía intramuscular. La vía intravenosa sólo se utilizará excepcionalmente y con extrema cautela, supervisando y monitorizando al paciente. (12, 14, 15)

CONTENCIÓN MECÁNICA (NIC 6580): Uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad motora y protegerlo de las lesiones que pudieran infringirse a sí mismo, a otros o al entorno, cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas. (12)

1.2.2 IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA

Hoy en día, en los nuevos modelos de atención a la Salud Mental se apuesta por un trabajo multidisciplinar e integrado, considerando factores socioeconómicos relacionados con la enfermedad y apostando por la prevención. Además, se requieren cambios en las actitudes y aptitudes. Se puede observar la evolución de las funciones del personal de enfermería en el campo de la salud mental, su papel actual y las habilidades básicas que ha de poseer para la relación de ayuda a los enfermos mentales. La enfermera de salud mental debe tener unas cualidades personales, unos conocimientos específicos para poder además de desarrollar las funciones básicas de enfermería (administración, docencia, asistencia e investigación), garantizar los conocimientos de los mecanismos psicológicos y psicopatológicos que actúan en el ser humano. (19)

La enfermera especialista en salud mental es el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios científicos y técnicos adecuados, proporciona una atención especializada en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería. (20)

Por tanto, las técnicas terapéuticas no deben estar sujetas a la improvisación, sino que serán el resultado de una adecuada organización de la asistencia. Es importante la claridad y la concreción de los planes de cuidados, ya que favorecerán la orientación de los problemas que se pretendan resolver. (21)

Por ello, el equipo de enfermería debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitado/a y a su entorno (resto de pacientes, personal, espacio físico,...), y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico. (22)

En primer lugar, previamente a su realización debe informarse al paciente del motivo por el que se llevará a cabo, y cuáles son las opciones terapéuticas, sin demorarse más de lo necesario, pero permitiendo una posible colaboración por

parte de aquel, explicándole que tiene una función terapéutica y que no se trata de un castigo. (23)

Las intervenciones que se llevan a cabo, están habitualmente jerarquizadas, debiendo aplicarse sistemáticamente las medidas terapéuticas oportunas ya expuestas con anterioridad; contención verbal, medidas ambientales, contención farmacológica, para resolver el cuadro inicial sin recurrir, en la medida de lo posible, a la contención mecánica, aunque, esta será necesaria en situaciones en las que la presencia de inquietud o agitación psicomotriz supongan un peligro. (22, 24)

La persona que sufre estos episodios no es capaz, debido al estado de alteración psíquica en que se encuentra en ese momento, de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los y las profesionales proporcionarle dicho control.

Tras tomar la decisión de llevar a cabo esta técnica, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización, por parte del personal que la va a llevar a cabo, del procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada al paciente y familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra. (22)

Debido a la trascendencia del procedimiento, enfermería debe registrar toda actividad realizada de forma escrupulosa y por ello se confecciona una hoja de registro de contención mecánica e inmovilización de pacientes, donde se detallan aspectos importantes para guardar observancia a los aspectos profesionales, éticos y legales de esta actividad. (24)

1.3 CONTENCIÓN MECÁNICA

1.3.1. RESEÑA HISTÓRICA

Las personas con enfermedades mentales graves o crónicas han sufrido una larga historia de marginación, han sido víctimas de una actitud general de incompreensión que se ha manifestado de diferentes formas: con la tortura cuando se les consideraba “seres endemoniados”, el olvido, no prestándoles la protección necesaria y formando parte de los grupos sociales más desfavorecidos, la reclusión con la finalidad de control y segregación para mantener el orden social y proteger a la sociedad de estas personas “peligrosas”; y el abandono, social e institucional haciendo de la familia prácticamente el único mecanismo de ayuda y protección del enfermo.

Las formas de vida, la situación económica, cultural y social de cada momento han condicionado y permitido al mismo tiempo el desarrollo de diversas medidas de control/atención, quizá no siempre las más adecuadas para el tratamiento de la enfermedad mental. (25)

Hace más de medio siglo, se utilizaron las primeras contenciones, utilizando camisas de fuerza u otros dispositivos de restricción.

Hoy en día, la contención mecánica es una intervención que cobra mucha importancia, es un procedimiento utilizado en el ámbito hospitalario por profesionales enfermeros en muchas unidades de salud mental o de psicogeriatría. (5)

1.3.2. DEFINICIÓN

La contención mecánica es un procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente mediante un sistema de inmovilización física ante el fracaso de una contención verbal o química si procede y que tendrá como objeto el garantizar la seguridad del paciente (evitándole autolesiones, intento de autolisis, etc.); de quienes les rodean (profesionales que le atienden, otros pacientes), impedir en el caso de que tenga la manipulación de otras medidas (vías, sondas, administración de medicación, conexión a aparatos...) que son probablemente necesarias en agitaciones de causa orgánica y otras situaciones médico-quirúrgicas; y asimismo impedir fugas en el caso de pacientes que estén ingresados de forma involuntaria, del mismo modo que reducir estímulos, fomentar el descanso,....

En todo caso, será un método de aplicación temporal hasta que se controle la conducta del paciente o resulte efectiva la sedación farmacológica, especialmente en agitación de origen psiquiátrico. (15)

En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad. (26), ya que, en la mayoría de los casos obligan a actuar en contra de la voluntad del paciente, y en un contexto frecuente de apremio o urgencia; de tal forma que en su utilización pueden concurrir dos circunstancias: por un lado se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y por otro lado se le priva de libertad de movimientos de forma temporal. (24)

1.3.3. MARCO ÉTICO-LEGAL

Marco ético y legal de la contención mecánica (17, 18, 27, 28)

La contención mecánica de los pacientes engloba tantos aspectos éticos tantos legales. Al hablar de la ética y los términos que rodean a la contención mecánica, podemos recalcar que la contención física de un paciente vulnera de forma significativa un pilar en los derechos humanos como es la libertad, pues bien con esa práctica limitamos la libertad de un paciente por medio de materiales de contención homologado.

La restricción de esta libertad se verá justificada únicamente cuando el beneficio que aporte dicha contención sea mayor al perjuicio que pudiese causarle. En este caso hablaríamos de términos como el principio de no maleficencia y el de beneficencia.

El principio de autonomía básicamente consiste en el respeto hacia toda persona, asegurándole la autonomía para que tome decisiones por sí mismo. La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencias externas ni internas, lo que podemos expresar en el ámbito sanitario como el consentimiento informado. De forma general, el paciente tiene derecho a decidir sobre su propio tratamiento pero es discutible, ya que podría causarse algún daño o causarlo en su entorno. En este caso entra en juego el principio de beneficencia. Este principio ético consiste en la obligación del enfermero o sanitario a actuar en todo momento en provecho de otros promoviendo sus legítimos intereses y eliminando cualquier tipo de perjuicios.

Es de mencionar también el principio de no maleficencia que fortalece la idea del no perjuicio del paciente a través de la limitación de sus movimientos. Abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no sólo en el ámbito biomédico sino en todos los sectores de la vida humana. De lo que se trata es de no perjudicar innecesariamente a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

El derecho al respeto de la dignidad del individuo se ve respaldada por nuestra constitución española concretamente el convenio de Oviedo para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano.

Así mismo los principios anteriormente mencionados se ven reflejados en la Ley de Enjuiciamiento civil (Art.763) y en la Ley 41/2002 (cap. II y cap. IV), de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Tras lo expuesto, la agitación psicomotriz se presenta como un síndrome con repercusión grave para los pacientes, profesionales de salud, familiares y personas que les rodean.

La enfermera en nuestro país es el profesional responsable de los cuidados durante estos episodios, con el objetivo de limitar la agitación y sus consecuencias.

La contención mecánica como intervención enfermera para el cuidado del paciente agitado, es una medida terapéutica con repercusiones éticas, legales y posibles complicaciones en su aplicación, por lo que es especialmente importante una adecuada protocolización del mismo.

Por todo ello, se considera de interés realizar una revisión sistemática de los distintos protocolos y guías a nivel nacional con el fin de valorar la homogeneidad y unificación técnica de los mismos

CAPÍTULO 2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la intervención enfermera, contención mecánica, en la agitación psicomotriz.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Valorar la toma de decisión en el inicio de la intervención enfermera “contención mecánica”.

2.2.2. Analizar los recursos humanos necesarios para la intervención “contención mecánica”

2.2.3. Describir los recursos materiales utilizados y los puntos de contención precisos en la “contención mecánica”

2.2.4. Valorar el seguimiento de la intervención por parte de los profesionales implicados en la “contención mecánica”

2.2.5. Analizar los sistemas de registro en la “contención mecánica”

2.2.6. Valorar la toma de decisión en la finalización de la intervención enfermera “contención mecánica”

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El trabajo consiste en realizar una revisión sistemática con el objetivo de analizar la intervención enfermera, contención mecánica, en la agitación psicomotriz, centrándose concretamente en los distintos protocolos y guías a nivel nacional con el fin de homogeneizar y unificar la información revisada. El análisis de los distintos protocolos y guías consistirá en, valorar la necesidad en la toma de decisión en el inicio de la intervención enfermera, analizar los recursos humanos necesarios para la intervención, describir los recursos materiales utilizados y los puntos de contención precisos, valorar el seguimiento de la intervención por parte de los profesionales implicados, analizar los sistemas de registro y valorar la toma de decisión en la finalización de la intervención. Con el objeto de conocer la situación actual, la importancia del tema a tratar e identificar estudios relacionados, se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud: PUBMED, COCHRANE LIBRARY, MEDLINEPLUS, incluyendo Dialnet, Scielo, con el objeto de conocer la literatura escrita a cerca del tema, que ayudará a definir el objetivo que se pretende conseguir.

Asimismo, se utilizaron otras estrategias con la intención de cubrir la mayoría de los artículos publicados en esta área: a) búsqueda manual en revistas relevantes dentro de esta temática; b) búsqueda manual a partir de listas de referencias bibliográficas de los artículos más relevantes sobre el tema y así enriquecer la base de información tras una revisión inicial; c) información contenida en protocolos, d) libros disponibles en la biblioteca de la Universidad de la Rioja, e) buscadores de Internet académicos, entre otros, cuya bibliografía, será posteriormente referenciada.

Adicionalmente, se consultaron los boletines de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, Organización Mundial de la Salud. Finalmente, se seleccionaron las referencias que estuvieran acordes con el objetivo que se quiere lograr con esta revisión.

Para llevar a cabo la búsqueda bibliográfica se han utilizado los siguientes términos en inglés: “mental”, “disease”, “psychomotor”, “agitation”, “mechanical”, “restraint”, “control”, “agitated”, “patient”, “safety”, “prevention”, “nurse”, “protocol”, “etiology”, “treatment”. En castellano: “mental”, “enfermedad”, “psicomotriz”, “agitación”, “mecánica”, “contención”, “control”, “agitado”, “paciente”, “seguridad”, “prevención”, “enfermera”, “protocolo”, “etiología”, “tratamiento”.

Estos términos se han combinado con boleanos “AND”.

Los sinónimos utilizados en las búsquedas han sido los siguientes:

- Agitación, alteración, inquietud (agitation, distress, anxiety)
- Psicomotriz, psicomotor (psychomotor)
- Contención, sujeción, inmovilización (containment, restraint, immobilization)
- Enfermedad, trastorno (disease, disorder)

La búsqueda se realizó durante los meses de enero, febrero principalmente, dándola por finalizada en marzo del año 2015.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Para llevar a cabo la revisión, se limitó la búsqueda a los estudios en seres humanos, en población adulta e infantil de ambos sexos, con disponibilidad a texto completo. En lo que concierne a la antigüedad, se incluyen artículos, protocolos y guías técnicas que hacen referencia a centros nacionales, con una antigüedad inferior a 13 años, en español.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellos estudios basados en especies, diferentes a la humana, de centros no nacionales, de mayor antigüedad de 13 años desde su publicación y en idiomas diferentes al español.

Toda la información sobre las estrategias de búsqueda, puede verse de forma esquemática en una tabla de elaboración propia, denominada “Estrategias de búsqueda”.

Inicialmente se realizaron búsquedas generales en Dialnet y otros buscadores académicos, así como en libros, guías, manuales, protocolos, con el fin de obtener información para centrar el tema y realizar la introducción del mismo.

Posteriormente se procedió a realizar las búsquedas en cada una de las bases de datos. Primero se llevaron a cabo búsquedas generales sin establecer ningún tipo de filtro, y después se fueron combinando términos e introduciendo filtros con el fin de afinar más las búsquedas.

En Dialnet, se realizaron búsquedas básicas con términos generales estableciendo filtros como la disponibilidad del documento, los años de publicación (artículos, guías y protocolos con una antigüedad inferior a 13 años) y el idioma, en español.

La siguiente base de datos utilizada fue Pubmed, y la estrategia de búsqueda fue la misma, inicialmente se establecieron filtros como la disponibilidad del documento, los años de publicación, el idioma, en español, pero no se obtuvieron resultados que cumplieran los criterios de inclusión.

Otras bases utilizadas fueron Cochrane Library y Medlineplus, donde el único filtro establecido fue el año de publicación.

En la tabla de “Estrategias de búsqueda”, pueden verse, las bases de datos utilizadas, las fechas en las que se realizaron las distintas búsquedas, las diferentes combinaciones de términos utilizadas en cada una de ellas, así como los artículos utilizados definitivamente para llevar a cabo la revisión.

El descarte de los artículos que inicialmente se habían seleccionado, fue debido a que se correspondían con años anteriores a la búsqueda, o bien se basaban en conceptos del tema de interés pero no en sus consecuencias, o quizás esos artículos ya se habían obtenido en otras bases.

Los motivos por los que se han seleccionado las bases de datos citadas anteriormente han sido los siguientes:

PUBMED:

Se trata de un sistema de recuperación de la información basado en tecnología world wide web, que permite buscar en la base de datos de referencias bibliográficas denominada MEDLINE. Tiene acceso gratuito a MEDLINE, sin necesidad de registro. Permite realizar 2 tipos de búsquedas: búsquedas básicas y búsquedas avanzadas. No he obtenido resultados que cumplan con los criterios de inclusión.

DIALNET:

Dispone de contenido científico al cual está asociada la Universidad de la Rioja por lo que como alumnos nos facilita el acceso al mismo y a muchos de los artículos de los que dispone. Me ha sido de gran ayuda para encontrar artículos que posteriormente utilicé para completar la introducción del trabajo.

SCIELO: (Scientific Electronic Library Online)

Se trata de una biblioteca electrónica que abarca una colección seleccionada de revistas científicas Brasileñas. Los documentos se encuentran en español, inglés y portugués. Permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas. El objetivo se basa en el desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, diseminación y evaluación de literatura científica en formato electrónico.

Me ha servido de gran ayuda para revisar artículos que posteriormente utilicé para completar el desarrollo del trabajo.

COHCRANEPLUS LIBRARY:

Es una base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane. Los documentos se encuentran en inglés y proporciona el texto completo de revisiones sistemáticas y de protocolos actualmente en curso y las referencias bibliográficas de otros documentos de interés.

Me ha sido de gran ayuda para analizar las estructuras de las revisiones sistemáticas científicas.

TABLA 1. “ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA SCIELO”

BASE DE DATOS: SCIELO				
FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	AUTOR	TÍTULO	AÑO
06/02/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	MERITXELL SASTRE RUSS ET AL	CONTENCIÓN MECÁNICA: DEFINICIÓN CONCEPTUAL	2014

TABLA 2 “ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA DIALNET”

BASE DE DATOS: DIALNET				
FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	AUTOR	TÍTULO	AÑO
12/02/2015	AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	Mª JESUS GARCIA ET AL	AGITACION PSICOMOTRIZ	2012
14/02/2015	PACIENTE AGITADO	VÍCTOR FERNÁNDEZ GALLEGO	MANEJO INICIAL DEL PACIENTE AGITADO	2009
14/02/2015	PACIENTE AGITADO	EMILIO NEGRO GONZALEZ	EL PACIENTE AGITADO: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS	2004
15/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	OLALLA MORIONES JIMENEZ ET AL	CONTENCIÓN MECÁNICA	2010

TABLA 3 “ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA”

BASE DE DATOS: BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA				
FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	AUTOR	TÍTULO	AÑO
02/03/2015	MANEJO AGITACIÓN	EVA MOLINA ALLEN	MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON CUADRO DE AGITACIÓN	2002
03/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	SERGIO MARTÍNEZ VENY ET AL	CONTENCIÓN MECÁNICA	2002

TABLA 4 “ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: BUSCADORES ACADÉMICOS DE INTERNET”

– **TABLA 4.1.**

BASE DE DATOS: BUSCADORES ACADÉMICOS DE INTERNET				
FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	AUTOR	TÍTULO	AÑO
10/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	NEREA CARCOBA RUBIO	CONTENCIÓN MECÁNICA EN URGENCIAS	2012
11/03/2015	CARACTERÍSTICAS	JAIME RODRÍGUEZ	PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE USO DE LA	2012
17/03/2015	SUJECIÓN MECÁNICA	Mª LUISA RODRÍGUEZ DE VERA SELVA ET AL	INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES Y SUJECIÓN MECÁNICA CHUA	2012
17/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	MAITE LANZÁN SANCHO	CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS	2012
15/02/2015	PROTOCOLO AGITACIÓN	INMACULADA GALIÁN MUÑOZ ET AL	PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON AGITACIÓN Y/O HETEROAGRESIVIDAD	2011
17/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	GRUPO DE TRABAJO. UNIDAD DE CALIDAD. SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	PROTOCOLO OPERATIVO CONTENCIÓN MECÁNICA	2011
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	GRUPO DE TRABAJO SOBRE MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEÚTICO. AGENCIA VALENCIANA DE SALUD	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Y TERAPEÚTICA	2010
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA Y GRUPO DE TRABAJO EN CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES. MADRID	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES	2010
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	GRUPO DE TRABAJO SOBRE MEJORA DEL AMBIENTE TERAPEÚTICO. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA	2010
16/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL	CONTENCIÓN MECÁNICA	2010

– TABLA 4.2.

BASE DE DATOS: BUSCADORES ACADEMICOS DE INTERNET				
FECHA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	AUTOR	TITULO	AÑO
19/03/2015	SUJECIÓN TERAPEÚTICA	ASUNCIÓN BOLEA CLEMENTE EL AT. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA	SUJECIÓN TERAPEÚTICA	2010
18/03/2015	SUJECIÓN MECÁNICA	EDURNE GÓMEZ. OSAKIDETZA. HOSPITAL DONOSTIA	SUJECIÓN MECÁNICA	2010
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	DR. J.I. EGUILUZ URUCHURTU Y SUPERVISORA DEL SERVICIO DE PSQUIATRÍA	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN Y SUJECIÓN DE PACIENTES	2009
10/03/2015	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN	DR. JOSÉ MARTÍNEZ ET AL	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES	2009
11/02/2015	INTERVENCIÓN PACIENTE AGITADO	SERVICIO RIOJANO DE SALUD	PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN ANTE UN PACIENTE AGITADO	2008
10/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA Y MÉDICA. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO Y SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA DE ÁLAVA	PROCEDIMIENTO GENERAL SOBRE EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	2008
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN MECÁNICA	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO DE GRANADA	SEGURIDAD DEL PACIENTE: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA E INMOVILIZACIÓN DE PACIENTES	2007
10/03/2015	PROTOCOLO CONTENCIÓN PACIENTES	ANA SEOANE LAGO ET AL. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRINCIPADO DE ASTURIAS	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES	2005
17/03/2015	SUJECIÓN MECÁNICA	DIRECCIÓN ENFERMERA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON Y CAJAL	PROTOCOLO GENERAL. SUJECIÓN MECÁNICA	2005
17/03/2015	PACIENTE AGITADO	JUAN MANUEL TELLEZ LAPEIRA ET AL.	EL PACIENTE AGITADO	2005
10/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	SERVICIO DE PSQUIATRÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA Y TERAPEÚTICA	2004
02/03/2015	CONTENCIÓN MECÁNICA	MIGUEL ÁNGEL SEVILLANO ARROYO	ABORDAJE AL PACIENTE AGITADO. PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA. HOSPITAL SON DURETA. PALMA DE MALLORCA.	2003
10/03/2015	CONTENCIÓN DE PACIENTES	MERCEDES AMADOR ET AL	PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES	2003

CAPÍTULO 4. DESARROLLO

4.1 Valorar la toma de decisión en el inicio de la intervención enfermera.

Protocolos de hospitales a nivel nacional de comunidades autónomas como (Murcia, La Rioja, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, País Vasco e Islas Baleares) y artículos revisados, refieren que la decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable del caso o, en su defecto, por el psiquiatra de guardia. En caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión y comunicarlo lo antes posible al psiquiatra para que ratifique y se responsabilice de la decisión. (8, 10, 12, 14-16, 29-40)

Según el Protocolo de contención de pacientes Hospital Universitario 12 octubre de Madrid y protocolo de contención mecánica en pacientes hospitalizados del Gobierno de Aragón, la primera indicación de contención mecánica la hará, por lo general, el personal de enfermería responsable del caso. Si por la urgencia de la situación el personal de enfermería no pudiera comunicarse con el médico, queda expresamente autorizado para iniciar el procedimiento de contención mecánica, debiendo comunicar el hecho al personal médico lo antes posible para conseguir su conformidad por escrito. (17, 41)

Atendiendo al protocolo operativo de contención mecánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo. HUCA, por norma general, el responsable será el miembro del equipo que establezca la indicación de la CM, que en la gran mayoría de los casos será el personal de enfermería. No siendo necesario en esos casos que quede constancia de ello en órdenes médicas o en curso clínico, aunque sí en la hoja de enfermería. (42)

Por otro lado, según el protocolo de contención mecánica de la clínica Universidad de Navarra, protocolo del Hospital de Donostia, y protocolo general de sujeción mecánica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, la colocación de una contención mecánica siempre debe ser una indicación médica autorizada por el facultativo, por escrito (preferiblemente) o de forma verbal. (43-45)

Finalmente, en el artículo publicado por Maria Jesús García, el médico será el interlocutor, llevando a cabo, si las circunstancias lo aconsejan, un intento de abordaje verbal, en cambio, en un estudio realizado en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, delata que en la unidad de hospitalización de psiquiatría el 90,47% de las CM fueron prescritas por la enfermera o por la enfermera y el médico, frente al 9,52% que lo fueron solo por el médico. En la unidad de hospitalización de urgencias, se invierte la proporción en la prescripción del procedimiento, ya que tan sólo el 9,82% de las CM fueron prescritas por la enfermera y un 9,28% fue prescrita de forma conjunta, frente a 75% que lo fueron por el médico. (6, 46)

4.2 Analizar los recursos humanos necesarios para la intervención.

En primer lugar, protocolos de hospitales a nivel nacional de comunidades autónomas como (La Rioja, Servicio Riojano de Salud, Madrid, Comunidad Valenciana, Andalucía, País Vasco, Islas Baleares, Aragón) y artículos y libros revisados, refieren que el personal mínimo para la correcta realización de la intervención sería de 4 personas, aunque, lo óptimo sería cinco personas, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. (1 médico responsable del paciente o médico psiquiatra de guardia (la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica), 1 enfermera/o asignada, 1 auxiliar de enfermería, 3 miembros del equipo de sujeción como mínimo hasta completar el número, Personal de seguridad (en su caso y a requerimiento ante posible riesgo grave de la integridad física del propio paciente o de los profesionales actuantes). El personal de la planta no designado para realizar la contención estará con el resto de los pacientes acompañándoles hasta que finalice la medida. (10, 12, 15, 17, 29, 30, 33-36, 38, 39, 40, 41, 44)

En segundo lugar, según los protocolos de ciertos hospitales de las siguientes comunidades autónomas: Hospital Psiquiátrico Román Alberca (Murcia), Hospital clínico San Carlos y del Hospital la Fuenfría (Madrid), Complejo Hospitalario Universitario de Albacete/CHUA y Hospital General Universitario de Ciudad Real

(Castilla la Mancha), Clínica Universidad de Navarra (Navarra) y el artículo presentado por Víctor Fernández Gallego, el personal mínimo requerido es de 5 personas y el personal deberá estar bien entrenado. (4, 8, 14, 16, 31, 43)

Por otro lado, en el protocolo de contención mecánica y terapéutica del Servicio de psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, el número ideal para la correcta realización de la intervención es de seis personas, aunque cinco suelen bastar. (37)

De acuerdo con el protocolo de sujeción mecánica del Hospital Universitario Reina Sofía, cada miembro del equipo de contención se dirigirá según el plan preestablecido, a una extremidad. (32)

Por último, de acuerdo con los siguientes protocolos de hospitales a nivel nacional de comunidades autónomas como: (Murcia, La Rioja, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Islas Baleares y Aragón) y artículos revisados, es de vital importancia contar con el personal suficiente a la hora de la supresión de esta, ya que puede precisar una nueva contención mecánica. (8, 12, 14, 15, 31, 38, 39, 41)

4.3 Describir los recursos materiales utilizados y los puntos de contención precisos.

Para empezar, atendiendo a los recursos materiales, según protocolos de hospitales de ámbito nacional como (Murcia, La Rioja, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, País Vasco e Islas Baleares) y artículos revisados, deben de disponer de un juego de correas de sujeción mecánica completo homologado (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) compuesto por: Cinturón ancho abdominal, 2 sujeciones para los miembros superiores, 2 sujeciones para los miembros inferiores, alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama, botones o anclajes suficientes para todas las sujeciones anteriores y botones de sujeción y sus

correspondientes cierres de imán o de muelle. (8, 10, 12, 14-17, 29-32, 34-39, 40, 45)

Según el protocolo del Hospital de Cruces del Servicio de Psiquiatría, además de disponer de los Sistema de sujeción Segufix consta de mecanismos de autoprotección: Colchón de defensa. (33)

Con respecto al protocolo del Gobierno de Aragón, no consta ninguna indicación acerca de los recursos materiales al igual que en el artículo presentado por Víctor Fernández Gallego. (4, 41)

Según el artículo revisado, existen algunos dispositivos que pueden ser considerados elementos de una contención como la baranda de una cama, sin embargo, según el protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, queda fuera del concepto de contención mecánica el uso de barandillas de protección en las camas. (5, 42)

En lo que concierne a los puntos contención mecánica, atendiendo a los protocolos de hospitales de ámbito nacional de comunidades autónomas como (Murcia, La Rioja, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, País Vasco, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Aragón y Principado de Asturias) y artículos y libros revisados coinciden en las siguientes formas de contención: (8,10, 12, 14-16, 30, 32, 33, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 47)

Sujeción completa: Inmovilización del tronco y las cuatro extremidades. Inmovilización de 5 puntos. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo) y MSI (miembro superior izquierdo) y MID (miembro inferior derecho). Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y minimizar el riesgo de una aspiración.

Sin embargo, en el protocolo del Servicio Riojano de Salud, también existe la posibilidad de contención de 4 puntos en una inmovilización completa: se inmoviliza cintura, las extremidades inferiores y una de las extremidades superiores. (12)

Sujeción parcial: Primero se colocará el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD y MII o MSI y MID. Inmovilización de 3 puntos. Al terminar de instaurar la contención se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y evitar una aspiración. Los profesionales de salud mental no suelen utilizar la sujeción parcial en caso de agitación, por el riesgo de colgamientos y caídas, y suelen elegir la aplicación de sujeción completa por razones de seguridad. La sujeción parcial podría ser empleada en casos muy excepcionales, por ejemplo en personas con discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas.

Sin embargo, atendiendo a los puntos de contención, únicamente en los siguientes protocolos de las siguientes comunidades autónomas; protocolo del Hospital Psiquiátrico Román Alberca (Murcia), protocolo de La Rioja, protocolo del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca (Islas baleares) y artículos y libros revisados, indican la posibilidad de contener al paciente de dos puntos en una contención parcial. Se inmovilizan 2 extremidades en diagonal: pierna derecha y brazo izquierdo, o pierna izquierda y brazo derecho. (8, 10,12, 38, 47)

Existe una contradicción entre el protocolo Hospitalario Universitario de Albacete/CHUA y el protocolo del Servicio de Salud del Principado de Asturias, hablando de la contención parcial, según el protocolo del Principado de Asturias, define la contención parcial como un tipo de contención mecánica en la que se limita la movilidad bien del tronco, o bien de una extremidad, en cambio, el protocolo de Albacete define la contención parcial, como un sistema de contención basada en la inmovilización del tronco y 2 extremidades, de forma diagonal; brazo izquierdo–pierna derecha o viceversa y añade que NO se debe inmovilizar un único miembro. (16, 42)

En relación a la posición óptima para la correcta intervención de la contención mecánica, según ciertos autores, para reducir al paciente, deberá ser girado de espaldas sobre el suelo. Con el paciente en el suelo, el que dirige el procedimiento, da instrucciones, sujeta y protege la cabeza del paciente y los otros 4 sujetan cada uno de los miembros del paciente. La posición de decúbito prono según algunos autores tiene ventajas respecto a la decúbito supino, ya que evita la aspiración del vómito, evita que el paciente se golpee la cabeza y se suele asociar a una resolución más rápida de la crisis. Sin embargo, también se ha relacionado con situaciones de muerte súbita por asfixia posicional, especialmente en pacientes obesos o cuando se les aplica una presión en la espalda, otros por el contrario consideran que la mejor es la de decúbito supino con una inclinación de 30°. Por otro lado, atendiendo al siguiente protocolo y artículo, la posición del paciente debe ser en decúbito supino, excepto en pacientes intoxicados o con disminución de conciencia, en estos caso, se debe colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo (posición de seguridad), respetando al máximo, la posición anatómica del paciente, disminuyendo así el riesgo de provocar alteraciones funcionales en los miembros inmovilizados. (4, 16, 40)

Finalmente, en los siguientes protocolos de hospitales de comunidades autónomas como: Hospital Universitario 12 octubre (Madrid), protocolo del Hospital Verge dels Liris, protocolo del Hospital general Universitario de Alicante (Comunidad Valenciana) y protocolo de la Clínica Universidad de Navarra, no especifican los puntos de contención que deben ser aplicados. (17, 29, 34, 43)

4.4 Valorar el seguimiento de la intervención por parte de los profesionales implicados.

En primer lugar, Según los siguientes protocolos a nivel nacional de comunidades autónomas como: (Madrid, Castilla la Mancha, Andalucía, País Vasco, Aragón, Navarra) y los artículos revisados, el seguimiento de la contención mecánica se debe realizar cada 15 minutos y se debe analizar lo siguiente: valorar el nivel de conciencia, valorar el nivel de agitación, vigilar la temperatura ambiental, vigilar el estado de las sujeciones, vigilar las zonas de sujeción, vigilar posibles erosiones, vigilar aparición de complicaciones, cubrir las

necesidades básicas, adecuarla dieta, realizar control de líquidos, toma de constantes por turno (C.V.), utilizar material de seguridad en todas las intervenciones. (5,11, 14, 15, 30, 33, 36, 41, 43)

En segundo lugar, atendiendo a los siguientes protocolos de ámbito nacional de comunidades autónomas como (Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco) y a los artículos revisados, una vez realizada la contención, no especifica la frecuencia en la que se debe visitar al paciente contenido, aunque sí que especifica los cuidados que se deben de realizar. (4, 17, 29, 37, 39, 44, 45, 47)

Por otra parte, en lo que respecta al protocolo del Principado de Asturias Oviedo, HUCA, el seguimiento por parte de la enfermera:

1. CONTENCIÓN TOTAL: El control será como mínimo horario, control de C.V., alejar del paciente cualquier tipo de objeto cortante o peligroso, en caso de deterioro clínico se avisará al servicio médico.

2. CONTENCIÓN PARCIAL: Control al menos una vez por turno y cada vez que se administre el tratamiento. Se comprobará el estado de la piel y el bienestar del paciente, control de C.V., en cuanto la situación del paciente lo permita se retirará la sujeción. (42)

Según el protocolo del Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava, el control horario pautado será como mínimo cada hora, comprobando el estado del paciente, siempre que se pueda el control será permanente bajo monitorización. Este control implica entrar en la habitación y observar y valorar al paciente. Comprobar el estado de la piel y las posibles lesiones, actuando en consecuencia. El control de C.V. se realizará, según pauta prescrita y en su ausencia una vez por turno. Revisión de las sujeciones dos o tres veces por turno. Debe constar por escrito, por parte de la enfermera, la realización y revisión de los controles efectuados, en la hoja de evolutivo y hoja de gráfica. Control de ingesta, deposición y diuresis en cada turno, profilaxis de enfermedad tromboembólica (ETE). (35)

En relación a los siguientes protocolos; protocolo del Hospital Universitario de Albacete/CHUA, protocolo del Hospital General Universitario de Ciudad Real, y artículo revisado, la enfermería hará una visita al enfermo contenido cada 2 horas, al objeto de examinar el estado general del paciente, rellenando el correspondiente Formulario de Seguimiento (C.V, nivel de conciencia, agitación, tipo de sujeción, riesgos de la contención, valorar aparición de complicaciones potenciales relacionadas con la inmovilización, revisión habitación, necesidades básicas: alimentación, higiene, eliminación, manos, pies.) y de verificación de la Contención Mecánica; comprobando el estado de las correas, las posibles erosiones, asegurarse de la correcta circulación de los miembros y prevención de complicaciones. (16, 31, 40)

En cambio, en el protocolo del Hospital Universitario "Reina Sofía", se deben de valorar la C.V. Cada 4 o 6 horas, valorar el nivel de conciencia, vigilar las zonas de contención, evaluar el comportamiento del paciente, valorar la aparición de síntomas de tromboembolismo pulmonar (TEP), cubrir las necesidades básicas, iniciar medidas de prevención de UPP y se debe determinar el estado general del paciente cada 20 o 30 minutos. (32)

En lo referente a los siguientes protocolos; el protocolo del Servicio Murciano de salud del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y el protocolo de enfermería para la contención mecánica del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, se debe realizar una inspección frecuente del paciente según estado. Recoger y reflejar en la gráfica de seguimiento del paciente inmovilizado 3 veces por turno las primeras 24 H, y posteriormente 1 vez por turno los siguientes parámetros: Constantes vitales, nivel de conciencia, pulsos periféricos - perfusión, miembros con sujeción, valorar la ingesta y la eliminación de líquidos y sólidos, posibles lesiones cutáneas y /o articulares. Además se deben de vigilar los posibles efectos secundarios de estasis. Cobertura venosa por encamamiento y cobertura de las necesidades básicas (alimentación, eliminación e higiene). (8, 38)

Durante toda la duración de la inmovilización del paciente será necesario controlar y vigilar: el nivel de conciencia, las constantes vitales, las zonas de sujeción, el nivel de agitación, las complicaciones de la contención mecánica, las

necesidades básicas. Es recomendable que el personal de enfermería marque una pauta para la evaluación del paciente, en inmobilizaciones completas cada 30-60 minutos; en inmobilizaciones parciales cada 60-90 minutos. (10)

Por otro lado, el paciente debe ser observado por el personal de enfermería las veces que se estimen oportunas, constancia en las hojas de seguimiento propias. Además en cada turno se le tomarán las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel. (34)

En cuanto al protocolo de la Clínica Universidad de Navarra, se debe transmitir al paciente que se pasará cada 15 minutos y se asegurará de que ve la hora. Después de la colocación de la CM, vigilar: estado de la piel, visualizar al paciente, registro de úlceras por presión (UPP), CV, déficit de autocuidado, balance, alteración de la nutrición, evaluación/reevaluación (1 vez/día), nutrición, higiene y alimentación (1 vez por turno). (43)

Finalmente, según los siguientes protocolos de comunidades autónomas como Andalucía y Comunidad Valenciana, la frecuencia de los controles dependerá de su situación clínica y la previsión de posibles complicaciones orgánicas, pero debería de hacerse al menos cada 8 horas o cada turno. Se controlará la ingesta y eliminación, se administrarán los cuidados, y se vigilarán los riesgos relacionados con las necesidades comentadas. (15, 30, 34, 37)

4.5 Analizar los sistemas de registro.

En lo que concierne a los sistemas de registro, según los siguientes protocolos de comunidades autónomas como; La Rioja, Andalucía, País Vasco y otras revisiones realizadas, la contención mecánica debe ser registrada en la historia de enfermería, exactamente en la hoja de registro especialmente diseñada para tal fin. (10, 12,15, 33, 35)

En lo referente a los siguientes protocolos a nivel nacional de hospitales de comunidades autónomas como (Murcia, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Islas Baleares, Principado de Asturias y Aragón) y otros artículos revisados, la fecha y la hora tanto de la aplicación como de la supresión de la contención mecánica debe ser anotada en la historia clínica del paciente, además de la razón de contención, la duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras este sujeto. (8, 10,12, 14-17, 29-32, 34, 36-39, 41, 42)

Para finalizar, existen protocolos más completos como: el protocolo del complejo Hospitalario Universitario de Albacete/CHUA (Castilla la Mancha), el Hospital Verge dels Liris de la Agencia Valenciana de Salud (Comunidad Valenciana) y Servicio Andaluz de Salud (Andalucía) y artículos revisados, donde además de registrar la hora de inicio y finalización de la CM en la historia clínica del paciente, especifican la razón de su indicación, tipo de de CM, personal que intervino, motivos de la CM, procedimientos, tipo de sujeciones utilizadas, comunicación al médico de la aplicación de las sujeciones, signos y síntomas de posibles complicaciones, situación clínica del paciente durante el procedimiento, así como si se han empleado medidas alternativas, medicación, controles y evolución clínica, disponer fuera de la historia clínica de la información más relevante para evaluar la práctica de la CM, a nivel local o general, vigilancia de C.V. y respuesta del paciente ante la contención. (16, 29, 30, 40)

4.6 Valorar la toma de decisión en la finalización de la intervención.

Según los protocolos de contención mecánica de comunidades autónomas como La Rioja, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, Aragón, la decisión de la finalización de la intervención es competencia del facultativo médico. (12, 14, 15, 29, 32,41)

En cambio, en protocolos de hospitales de ámbito nacional de comunidades autónomas como (Murcia, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, País Vasco, Madrid, Islas Baleares, Principado de Asturias) y artículos revisados

como, la decisión de la finalización de la intervención la realizan de manera conjunta el facultativo y la enfermera. (8, 31, 34-40, 42)

Atendiendo a los siguientes protocolos de hospitales de comunidades autónomas como; (Murcia, La Rioja, Madrid, Andalucía, Castilla la Mancha, Comunidad Valenciana, Aragón, Islas Baleares y Principado de Asturias) y artículo revisado, la retirada de la contención se debe realizar de manera progresiva observando la respuesta del paciente. (8, 12, 14, 15, 31, 32, 34, 36-38, 40-42)

Asimismo, en el protocolo de Servicio Riojano de Salud, la enfermera-o está capacitada para retirar la contención mecánica de forma temporal, con el objeto del cuidado del paciente. (12)

Por otro lado, existen cuatro protocolos y ciertos artículos donde no especifican la valoración de la decisión de la intervención. (17, 43-45)

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

Atendiendo al análisis exhaustivo de todos los protocolos, se objetiva lo siguiente:

En primer lugar, en lo que respecta a la toma de decisión en el inicio de la intervención, se observa que en la mayoría de protocolos, artículos y guías revisadas, la decisión de su aplicación debe ser tomada por el psiquiatra responsable o en su defecto, por el psiquiatra de guardia y en caso de extrema urgencia, y ante la ausencia de ambos, será el enfermero el encargado de tomar la decisión. Sin embargo, existen ciertos protocolos y artículos, donde la decisión parte en múltiples ocasiones por parte del personal de enfermería, ya que está autorizado para dar la primera indicación.

En segundo lugar, con el objetivo de analizar los recursos humanos necesarios para la intervención y atendiendo a los resultados, se evidencia que en la mayoría de protocolos, el personal mínimo requerido es de cuatro personas; siendo 5 el personal óptimo. Existe un número reducido de protocolos donde el número de personal requerido varía, en muchos casos, la existencia una menor disponibilidad de recursos humanos, por una parte, viene determinada por el nivel económico de cada establecimiento, al igual que por la prevalencia de agitación psicomotriz en cada centro. Por otro lado, la mayoría de protocolos indica la importancia de contar con el personal mínimo a la hora de la supresión de la contención mecánica.

Por un lado, en lo que se refiere a los recursos materiales utilizados, se observa que un número elevado de protocolos coinciden en que se debe disponer de un juego de material de contención mecánica completo y homologado, aunque existen ciertas diferencias entre ciertos protocolos en cuanto a la utilización de ciertos materiales como recurso durante la intervención.

En lo que concierne a los puntos de contención, la mayoría de protocolos coinciden en dos tipos de sujeciones; la sujeción completa de cinco puntos y la sujeción parcial de tres puntos. Sin embargo existen protocolos donde se pueden realizar inmovilizaciones de cuatro puntos en sujeciones totales y de dos

puntos en sujeciones parciales. Asimismo, se contempla que todos los protocolos concuerdan en que nunca se debe inmovilizar un solo miembro, no obstante se analiza la existencia de un protocolo donde indica la posibilidad de limitar una sola extremidad. Del mismo modo, se observan discordancias entre la posición idónea a la hora de la realización de la intervención.

Por otro lado, atendiendo a la valoración del seguimiento de la intervención por parte de los profesionales implicados, después del análisis exhaustivo de todos los protocolos y artículos, se puede afirmar que todos ellos cuentan con la etapa de seguimiento del paciente y que la mayoría de ellos coinciden en los cuidados a administrar ante un paciente contenido, sin embargo, existen muchas diferencias entre las pautas y horarios de seguimiento. Lo que dificulta el trabajo enfermero debido a la disparidad existente entre los diferentes protocolos revisados.

En cuanto al análisis de los sistemas de registro, se puede objetivar que todos los protocolos revisados, disponen de una hoja de registro, sin embargo los artículos y guías analizadas, carecen de ello. Por un lado, existe un número reducido de protocolos donde existe una hoja de registro especialmente diseñada para tal procedimiento, por otro lado, la mayoría de protocolos indican que el registro se debe de realizar en la historia clínica del paciente. Asimismo existen protocolos más completos donde el registro es más específico y detallado. En general, este procedimiento se realiza correctamente debido a que es de vital importancia anotar todo lo sucedido en la intervención.

Finalmente, de acuerdo con la valoración de la toma de decisión en la finalización de la intervención, atendiendo a los datos expuestos, se observa que la mayoría de protocolos coinciden en la valoración conjunta. Por otro lado, en un número minoritario de protocolos revisados, se observa que la decisión es única y exclusivamente competencia del facultativo médico. Asimismo, la mayoría de protocolos indican la retirada de la contención mecánica de forma progresiva y paulatinamente. Existen protocolos donde no se especifica nada a cerca de esta intervención. Por último, en el protocolo de La Rioja, se ha

observado que la enfermera-o está capacitada para retirar la contención mecánica de forma temporal.

Actualmente han cobrado mucha trascendencia los episodios de agitación psicomotriz y la medida terapéutica de contención mecánica.

La conveniencia de la implantación de un protocolo de contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica, radica en la alta frecuencia con la que se dan los episodios de agitación psicomotriz y conductas disruptivas.

Existe una gran variedad de protocolos a nivel nacional.

Tras la revisión sistemática realizada, se considera necesaria la creación de una comisión a nivel nacional, ya que de esta manera se facilitaría el trabajo enfermero, en las diferentes comunidades autónomas.

La finalidad de la misma radica en una homogenización de las intervenciones a realizar durante una agitación psicomotriz, para que de esta manera, el personal que trabaja en la unidad, conozca las indicaciones y procedimientos de la misma.

Para llevarlo a cabo se propone la unificación de criterios técnicos para todo el territorio español.

Debe ser considerada una medida sencilla, clara y concisa, cuyo objetivo principal sea mantener las garantías de seguridad y cuidados de la persona contenida y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para él o la paciente.

Asimismo, se demuestra la necesidad de que la enfermera adquiera una formación específica en este tipo de intervención, para que su actuación se desarrolle de una manera eficaz y eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos, JI, Caponni, I, Ferrante, R, Frausin, MJ, Ibañez, B. Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 2010; Vol 16(3): 291-304.
2. Madoz Gúrpide, C, Martínez Moneo, M, Otaño, M. El paciente agitado. Libro electrónico de Temas de Urgencia Psiquiátricas. Servicio de psiquiatría. Hospital de Navarra. Servicio Navarro de Salud.
3. Bohorquez, A, Carrascal, S, Acosta, S, Suárez, J, Melo, A, Pérez, P et al. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. Revista ciencia y cuidado, 2010; Vol 7(1).
4. Fernández Gallego, V, Murcia Pérez, E, Sinisterra Aquilino, J, Casal Angulo, C, Gómez Estarlich, MC. Manejo inicial del paciente agitado. Emergencias, 2009; Vol 21:121-132.
5. Sastre Rus, M, Campaña Castillo, F. Contención mecánica: definición conceptual. ENE (Santa Cruz de Tenerife), 2014; Vol 8(1).
6. García Álvarez, MJ, Bugarín González, R. Agitación psicomotriz. Cad Aten Primaria, 2012; Vol 18: 73-77.
7. Cervera Enguix A. y col. “Manual del residente de psiquiatría”; Litofinter SA; Madrid; 1997.

8. Galián Muñoz, Inmaculada et al. Protocolo de Atención a pacientes con Agitación y/o Heteroagresividad. Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Servicio Murciano de Salud, Murcia. 2011.
9. Delgado, H, Noguchi, H. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta agresiva. Rev Neuropsiquiatr, 2014; Vol 77 (1).
10. Molina Alén E. Manejo de Enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Barcelona: Editorial Glosa; 2002.
11. González Negro, E, García Manso, M. Artículo el paciente agitado: Planificación de cuidados. Nure investigación, 2006; nº6.
12. Cestafe Martínez, C, Ezquerro Pérez, J, Gil Argai, R, Ibañez Sáenz, A, Mazo Hernández, MT. Santolalla Arnedo, I. Procedimiento de intervención ante un paciente agitado. Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja. Mayo 2009.
13. Sánchez de Carmona, M, Grunze, H, Vázquez, G, Fleischhacker, W, Vieta, E, Citrome, L et al. Programa científico, agitación en psiquiatría.
14. Santiago Sáez, Andrés. Protocolo de contención de movimientos en pacientes, Comunidad de Madrid. Hospital Clínico San Carlos, Hospital La Fuenfría, Protocolo de FUENFRÍA. Salud Madrid, Madrid. Mayo 2010.
15. Fernández de Piñar y Garzón et al, Enrique Seguridad del paciente. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. Hospital Universitario San Cecilio, Servicio Andaluz de Salud, Granada. Mayo 2007.

16. Rodríguez de Vera Selva et al, M^a Luisa. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo Consensuado. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Albacete. Junio 2012.
17. Amador et al, Mercedes. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Comunidad de Madrid. Septiembre 2003.
18. Fistera. Tema IV. Los principios de la Bioética: Beneficiencia y No-maleficiencia. [Internet]. Atención Primaria en la Red. [Actualizada el 27 de febrero del 2006]. Disponible en: <https://www.fistera.com/formacion/bioetica/pdf/beneficencia.pdf>
19. M.cCloskey D, Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4^a ed. Madrid: Elsevier; 2004.
20. Comisión Local de Docencia. Guía Docente de la especialidad de enfermería en salud mental. Guía Docente EIR. Hospital Universitario La Paz. Comunidad de Madrid. Octubre 2014.
21. Romo Villa, J, Lozano Alonso, R. Plan de cuidados estandarizado para la agitación en adolescentes con psicosis. Granada. Mayo 2006.
22. Revista médica electrónica. Portales médicos. [Internet]. Importancia del protocolo de contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/protocolo-de-contencion-mecanica-hospitalizacion-psiquiatrica-de-agudos/>

23. Gascón Borrachina, J.; Rojo Rodes, J.E.; Salazar Soler, A.; Tomás Vecina, S. Guía Práctica de Manejo Terapéutico y Prevención en el Paciente Agitado. Master Line & Prodigio, S.L. Madrid, 2004.
24. Contención mecánica y farmacológica, aplicado al ámbito enfermero. Atero Ureña, C, Bernal Piñas, P, Cano Granada, E. Contención mecánica y farmacológica, aplicado al ámbito enfermero.2012.
25. Asociación Madrileña de amigos y familiares de personas con esquizofrenia. Evolución de la Atención Psiquiátrica.
26. Asamblea General de las Naciones Unidas. París; 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
27. Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. (Boletín Oficial del Estado, número 7, de 08-01-2000).
28. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002; páginas 40126 a 40132).
29. Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Hospital Verge dels Liris. Agència Valenciana de Salut. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Noviembre 2010.

30. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. 2010.
31. Ambros, A, Figueras Juárez, A, Gómez Blanco, A, Madrid Fernández, C, Rodríguez, R, Lagos Pantoja, E et al. Protocolo Asistencial. Contención mecánica. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Mayo 2010.
32. Bolea Clemente, A, Florez Almonacid, CI, Galván Ledesma, J, García Vázquez, ML, Gracia Sabada, MJ, León García, R. Sujeción Terapéutica. Hospital Universitario Reina Sofía. Octubre 2010.
33. Protocolo de contención y sujeción de pacientes. Hospital de Cruces, Servicio de Psiquiatría. Osakidetza. Marzo 2009.
34. Martínez, J, Martinez Novillo, M, Rodríguez, G, Fuentes, O, López, P, Climent, E. Hospital General Universitario de Alicante. Agència Valenciana de Salut. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Protocolo de Contención de pacientes. 2009.
35. Hernanz, M, Yoller, AB, Larreina, M, Goig, R, Einsenhofer, M, Vaquerizo, I et al. Procedimiento general sobre el uso de la contención mecánica en el tratamiento de pacientes psiquiátricos hospitalizados. Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Osakidetza. Noviembre 2008.
36. Senoane Lago, A, Alava Cascon, T, Blanco Prieto, M, Diaz, Moreno, H. Protocolo de contención de pacientes. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Abril 2005.

37. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Protocolo de contención mecánica y terapéutica. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Julio 2004.
38. Arroyo Sevillano, MA. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. Psiquiatría.com 2003; Vol 7(3).
39. Carcoba Rubio, N, García Barriuso, C, Guevara Jiménez, C. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv 2012 sept-oct; Vol 9(60).
40. Martínez Veny, S, Parets Ramis, P. Contención mecánica. METAS de enfermería 2002Junio-Agosto; Vol.V (nº47): 18-21.
41. Lanzán Sancho, M. Contención mecánica en pacientes hospitalizados. Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. 2012.
42. Grupo de trabajo. Unidad de Calidad. Protocolo Operativo Contención Mecánica. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Febrero 2011.
43. Moriones Jiménez, O, Muñoa Arrieta, I. Contención mecánica. Clínica Universidad de Navarra. Unidad de Agudos de Psiquiatría. Revista hospitalarias 2010; Vol 200. Segundo trimestre.
44. Gómez, E. Sujeción mecánica. Hospital Donostia. Osakidetza. Febrero 2010.

45. Dirección Enfermería. Protocolo General. Sujeción Mecánica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Salud Madrid. Comunidad de Madrid. Septiembre 2005.

46. Rodríguez Sánchez, J, Cuesta Lozano, D, Amaya Refusta, AM, Pérez Jiménez, A, Megías Lizancos, F, Redondo Vaquero, E. Prevalencia y características de uso de la contención mecánica en un hospital general. Presencia 2012 ene-jun; Vol 8(15).

47. Téllez Lapeira, JM, Villena Ferrer, A, Morena Rayo, S, Pascual Pascual, P, López García, C. El paciente agitado. Guías Clínicas 2005; Vol 5(34).

INDICE

RESUMEN.....	2
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.....	3
1.1.1 DEFINICIÓN	3
1.1.2 ETIOLOGÍA.....	4
1.1.3 FACTORES DE RIESGO.....	7
1.2 INTERVENCIÓN ENFERMERA	8
1.2.1 MEDIDAS TERAPEÚTICAS.....	9
1.2.2 IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA	11
1.3 CONTENCIÓN MECÁNICA.....	13
1.3.1. RESEÑA HISTÓRICA	13
1.3.2. DEFINICIÓN	14
1.3.3. MARCO ÉTICO-LEGAL.....	15
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS.....	18
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO 4. DESARROLLO.....	26
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA.....	41

