



¿Qué hacer ante la contención mecánica? (y II)

En la primera parte de este artículo, publicado en el número anterior se expusieron premisas, indicaciones, contraindicaciones y plan de actuación cuando se decide emplear la contención mecánica. Completamos la información con información sobre el seguimiento de esta medida y la opinión de varios profesionales.

ALEJANDRO FLORIT,
SOR MARÍA ANGUSTIAS CASADO
y JOSEP GINÉ

El seguimiento de la medida es algo fundamental que no puede olvidarse. Se contemplan necesarios dos tipos de seguimientos excepcionales dada la vulnerabilidad de la persona sometida a esta medida.

- **Seguimiento psiquiátrico:** El psiquiatra visitará a la persona, preferiblemente dentro de la primera hora tras la sujeción y siempre dentro de las tres primeras horas, y valorará la pertinencia o no de la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir en lo sucesivo (recomendaciones de la Task Force de la APA), además lo visitará y valorará su estado al menos cada 12 horas. Diariamente se revisará la indicación de la medida.

- **Seguimiento de enfermería:** el control horario pautado será como mínimo cada 20 minutos, comprobando el estado del paciente. Este control implica entrar en la habitación y observar y valorar al paciente, comprobar el estado de la piel y las posibles lesiones causadas por la contención mecánica, actuando en consecuencia. Además se realizará el control de constantes vitales según pauta prescrita y en su ausencia, al menos, una vez por turno, así como el control de la ingesta y eliminación en cada turno. Por último, se deben revisar las sujeciones al menos una vez por turno. Debe constar por escrito, por parte del enfermero/a, la realización y revisión de los controles efectuados, en la hoja de evolutivo y hoja de gráfica.

Finalizar la medida

La finalización del episodio restrictivo tendrá lugar tras la indicación médica, cuando la



necesidad de tal medida haya cedido y siempre progresivamente. Deberá siempre figurar por escrito en la Hoja de Tratamiento. El tiempo máximo que se establece para sujeción de paciente es de 8 horas (un turno) mientras que el tiempo límite durante el que se puede prolongar una indicación de sujeción será de 72 horas. Una vez superado ese margen extremo, el paciente será liberado de la medida. Cualquier otra indicación de sujeción posterior tendrá que ser valorada de nuevo y el procedimiento habrá de ponerse en marcha desde el principio.

DR. MAGÍN FLORENSA. *Psiquiatra de la Unidad de Agudos*

Al comenzar la residencia de psiquiatría un momento controvertido fue presenciar por primera vez una contención mecánica. Uno se plantea si ha escogido correctamente la especialidad: La vocación médica parte de una persona que sufre y solicita cuidados para aliviar su malestar. Pero en ocasiones la propia naturaleza de la enfermedad hace que la persona que la padece no sea consciente de necesitar ayuda. Y surge la eterna pugna entre la autonomía del paciente y la conveniencia de instaurar un tratamiento incluso de forma involuntaria.

Mi adjunto percibió la confusión que generaba en mí esa situación, en la que se estaba obligando a una persona adulta a permanecer ingresada, e intentó ayudarme: “Estaba en su casa esperando a que alguien le agrediera, sintiéndose controlado, sin poder confiar en nadie, ni en su familia, ni comía por temor a ser envenenado. Aunque ahora no te lo parezca, le estamos ayudando”.

En efecto, tras unas semanas de ingreso el paciente había mejorado y volvía a relacionarse con los suyos con normalidad.

La contención mecánica debe realizarse de acuerdo a una determinada metodología protocolizada, únicamente cuando existe una indicación médica para ello, buscando garantizar la integridad física tanto del paciente como de las personas de su entorno. Igualmente importante es seguir respetando la condición humana de la persona, haciendo que se sienta escuchada, cuidada y que a pesar de su enfermedad llegue a comprender que nuestra única meta es preservar su bienestar. ♥

MÓNICA DÍAZ FAUSTERO. *Auxiliar de enfermería*

Dar una opinión sobre una medida terapéutica tan excepcional no es tarea fácil. No llevo mucho tiempo en salud mental, pero sí trabajando en sanidad y creo que la razón principal de nuestro trabajo es el bienestar del enfermo. Como auxiliar, nuestra relación es muy cercana, día a día con ellos.

Por eso cuando se agotan otros recursos como la contención verbal, en la cual es súper importante el tono con el que se dice y que normalmente funciona. Por ejemplo, decirle al paciente venga vamos al patio, nos fumamos un cigarro y me cuentas qué te pasa.

Entonces se llega a la contención mecánica que es sobre todo el último recurso en una situación que es límite. Cuando el juicio de un paciente le impide controlarse y garantizar su seguridad o la del resto de su entorno, tanto personal sanitario como para el resto de enfermos, hay que dar respuesta sanitaria. Pero siempre salvaguardando la dignidad del paciente. Para él tampoco es fácil, por eso tiene que estar informado en todo momento.

En una contención hay dos fases. La primera es el momento de la acción donde actúas intentando evitar que te lastimen apoyándote en los compañeros. En este momento es decisiva la fuerza física, por tanto se valora que sean hombres. Una segunda es cuando pasa el temporal y recapitas sobre lo que ha pasado. Hablas con el paciente y te das cuenta que él también está afectado, que es una situación desagradable. Tienes un sentimiento de frustración, de que no se haya podido solucionar de otra forma. Nunca es agradable y nunca te acostumbras a ello.

Es una medida muy útil si se hace bien, siguiendo un plan de actuación correcto y por supuesto indicada por un psiquiatra. ♥



Posteriormente, es conveniente que el psiquiatra encargado del paciente comente con él la idoneidad de la medida y los sentimientos que ha generado en el paciente. Por último, **la aplicación de este protocolo se evaluará a través de la hoja diseñada a tal efecto, cada vez que se proceda a una contención mecánica.**

Josep Giné ha pedido opinión a distintos profesionales de la Provincia de Barcelona sobre este tema para poder tener diferentes visiones. En todas las opiniones hay un denominador común: el bienestar del paciente. ♥

VÍCTOR MANUEL RUIZ. *Enfermero Unidad Psicogeriátrica Sagrat Cor Martorell*

Cualquier intervención de enfermería se debe basar en el respeto a la persona, esto incluye, entre otros aspectos, el respeto a su libertad de movimientos y a su salud y seguridad. ¿Cómo debe actuar enfermería frente a una persona con demencia que presenta alto riesgo de lesión y precisa la aplicación de un dispositivo de contención física/mecánica?

El uso de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona. Es necesario que los enfermeros/as que trabajamos en el mundo de la psicogeriatría reflexionemos entorno a este problema ético y establezcamos unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona.

La contención física/mecánica es una medida de urgencia que se debe de utilizar como último recurso, después de que hayan fracasado todas las medidas alternativas, como la contención verbal, las medidas ambientales, la contención farmacológica. En pacientes demenciados puede aumentar el grado de agitación al sentirse la persona amenazada.

El objetivo de las enfermeras/os consiste en velar por la promoción y protección de la salud y garantizar la seguridad de las personas a su cargo. Es, precisamente, esta misma tarea la que, a veces, nos lleva a tener que aplicar estas medidas terapéuticas restrictivas a los pacientes con riesgo de autolesión.

Teniendo presentes los principios fundamentales de la bioética, la aplicación de una medida de sujeción no puede actuar nunca como medida de castigo o de control, como respuesta a una trasgresión o comportamiento molesto, como sustitución de un tratamiento, por comodidad del equipo asistencial o conveniencia de otras personas.

Debemos realizar un esfuerzo, no sólo para proteger a la persona de un daño, sino para garantizar su bienestar. Los beneficios de la acción deben ser siempre superiores a los perjuicios. Es por este motivo que requerirá una atención integral más intensa por parte de todo el equipo asistencial. ♥

MÓNICA TRONCHONI RAMOS. *P.I.R. Primer año. Unidad de Subagudos*

Como psicóloga residente de primer año, mi experiencia clínica es escasa. Debido a ello, sólo tengo una idea aproximada sobre el procedimiento de contención mecánica y sus casos indicados de aplicación. En cualquier caso, desde que comencé mi residencia, me ha sorprendido gratamente descubrir que se recurre a este procedimiento menos de lo que suponía.

En principio, todos los profesionales deben conocer con detalle los procedimientos a seguir para aplicar la contención mecánica. Sin embargo, no creo que sea suficiente con esto. Me parece más importante aún, establecer individualizadamente su utilización.

Este es un problema que tiene para mí varias vertientes:

- las consideraciones éticas sobre la necesidad específica –en el momento y la situación precisa– de la contención mecánica y su posible sustitución por la verbal,
- las consecuencias que implica para la continuidad de la terapia y su eficacia, y
- la necesidad y conveniencia de informar debidamente al paciente.

Obviamente, el fin de todas nuestras acciones es lograr el bienestar del paciente tanto a corto como a largo plazo. Por ello creo que a la formación sobre procedimientos debería añadirse una reflexión paralela sobre todos los aspectos menos técnicos que influyen sobre el resultado de nuestro trabajo. ♥