



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO



SEGURIDAD DEL PACIENTE CON CONTENCION FÍSICA ESTUDIO DE OPINIÓN DE ENFERMERÍA

Autores:

Br. Del Puerto Arrospide , Pablo Daniel.
Br. Demarco Porto, Lorena.
Br. Dominguez Vivas, Andrea Fabiana.
Br. Ferreira Silva, Alba Daniela.
Br. Ferreira Zelaya, Victor José.

Tutora:

Prof. Agdo. Isabel Silva.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012.

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
JUSTIFICACIÓN	6
OBJETIVOS	10
MARCO REFERENCIAL	11
MARCO CONCEPTUAL	13
METODOLOGÍA	25
RESULTADOS Y ANÁLISIS	31
CONCLUSIONES	37
SUGERENCIAS	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	41

RESUMEN

Esta investigación fue realizada por estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, en el marco del trabajo final de investigación.

El tema propuesto refiere a un estudio de opinión de Enfermería sobre la seguridad en la contención física de los pacientes internados en el segundo nivel de atención de una institución privada, en Montevideo, Uruguay. Se llevó a cabo durante el período Octubre- Noviembre de 2012.

El tipo de estudio fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo formado por el personal de Enfermería (Licenciadas/os y Auxiliares) que desempeña sus funciones en los servicios de internación.

La muestra fue no probabilística, de conveniencia. El estudio contó con un alto grado de participación y colaboración del personal de Enfermería.

Los resultados obtenidos ponen en evidencia el ejercicio de una práctica insegura del equipo de Enfermería en este tema, entre los que se destacan: desconocimiento de la población sobre la existencia de la Comisión de Seguridad del Paciente, reconocimiento al médico como responsable de la indicación de la contención, déficits de conocimientos sobre los recursos materiales adecuados para la CF, medidas previas, complicaciones, cuidados de Enfermería y normas y/o protocolos, y una escasa utilización de modelos teóricos por parte de las/os Licenciadas/os en el Proceso de Atención de Enfermería.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Contención física. Enfermería.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

Esta investigación fue realizada por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando la carrera Licenciatura en Enfermería, en el marco de la propuesta programática del Trabajo final de investigación, correspondiente al cuarto ciclo. Se encuentra en la línea de investigación sobre Seguridad de los pacientes de la Cátedra de Salud del Adulto y del Anciano.

El tema propuesto refiere a un estudio de opinión sobre la seguridad en la contención física de pacientes internados en el segundo nivel de atención de una institución privada en la ciudad de Montevideo. Llevado a cabo en el período Octubre- Noviembre de 2012. Tuvo como protagonista principal la disciplina Enfermera, profesión que ocupa un lugar muy importante en la preservación de la seguridad del paciente, representando un recurso fundamental para la disminución de todos los sucesos que determinan una atención insegura. La seguridad del paciente constituye un aspecto fundamental en la práctica profesional de Enfermería, exigiendo una búsqueda permanente del conocimiento.

El uso de las medidas de contención representa un riesgo significativo para la seguridad física de la persona. Por ello es imprescindible su tratamiento y abordaje mediante la realización de investigaciones.

Para el desarrollo de la investigación se realizó previamente una revisión bibliográfica perteneciente a organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras), investigaciones realizadas en países como España, Estados Unidos y Grecia, bibliografía de organismos nacionales (Ministerio de Salud Pública, Red de Enfermería en Seguridad del Paciente de Uruguay, Facultad de Enfermería, Hospital Vilardebó), clases de la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería y trabajos finales de investigación de estudiantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es una práctica segura el uso de medidas de contención física en pacientes adultos y ancianos internados en el segundo nivel de atención de una institución privada, en Montevideo, Uruguay. En el período Octubre - Noviembre 2012?

El trabajo de enfermería establece un valor muy importante a la seguridad de sus pacientes. Esto queda claramente establecido en su juramento de práctica: "Mira libre y enteramente, dedicar mi vida profesional al servicio de la persona humana, ejerciendo la enfermería con conciencia y dedicación [...] no permitir voluntariamente al enfermo que ponga en riesgo la integridad física o psíquica de su persona". Cuando me refiero a la no participación en actividades que afecten o pongan en riesgo la integridad de la persona, me refiero a la reducción de los riesgos a su salud, concepto primordial en la comprensión de la seguridad del paciente.

El uso de las medidas de contención física (en adelante CP) en la asistencia hospitalaria representa un riesgo para la seguridad del paciente. Este procedimiento siempre es llevado a cabo por personal de Enfermería quien, mediante el Plan de Atención de Enfermería (en adelante PAE) brinda los cuidados enfermeros necesarios para garantizar la seguridad de la persona.

En el ámbito internacional existen diversos estudios que vinculan la contención física como una práctica generadora de efectos negativos en materia de seguridad del paciente.

Un estudio reciente publicado en la Revista Española de Geriatria y Geriatria del año 2010 señala varias investigaciones que relacionan la muerte de pacientes con el uso de estas medidas. En su informe menciona a la Food and Drug Administration (FDA) quien establece que en Estados Unidos se producen anualmente unas 100 millones de lesiones y efectos adversos por su utilización. También presenta una investigación que indica un 25 % de muertes ocasionadas en residencias de adultos mayores, de las cuales un 61,3 % se produjeron en centros geriátricos, un 24,2 % en un hospital, un 8,1% en el domicilio de la víctima, y el resto, un 6,4%, en otro tipo de institución. En España y Argentina confirma que un 35% de las Enfermeras encuestadas

JUSTIFICACIÓN

La seguridad física del paciente representa un aspecto muy importante para la Enfermería, incluso mucho tiempo antes de que sea considerada y reconocida como una profesión. En esta materia, Florence Nightingale, en sus primeros trabajos, dedicó sus acciones estableciendo un valor muy importante a la seguridad de sus pacientes. Esto queda claramente establecido en su juramento de práctica: *"Juro, libre y solemnemente, dedicar mi vida profesional al servicio de la persona humana ejerciendo la enfermería con conciencia y dedicación [...]; no participar voluntariamente en actos que pongan en riesgo la integridad física o psíquica del ser humano"*...¹ Cuando menciona la no participación en actividades que atentan contra la integridad de la persona se refiere a la reducción de los daños a su salud, concepto primordial en la preservación de la seguridad del paciente.²

El uso de las medidas de contención física (en adelante CF) en la asistencia hospitalaria representa un riesgo para la seguridad del paciente. Este procedimiento siempre es llevado a cabo por personal de Enfermería quién, mediante el Plan de Atención de Enfermería (en adelante PAE) brinda los cuidados enfermeros necesarios para garantizar la seguridad de la persona.

En el ámbito internacional existen diversos estudios que vinculan la contención física como una práctica generadora de efectos negativos en materia de seguridad del paciente.

Un estudio científico publicado en la Revista Española de Geriátrica y Gerontología del año 2010 señala varias investigaciones que relacionan la muerte de pacientes con el uso de estas medidas. En su informe menciona a la Food and Drug Administration (FDA) quien establece que en Estados Unidos se producen anualmente unas 100 defunciones y efectos adversos por su utilización. También presenta una investigación que indica un 85 % de muertes ocurridas en residenciales de adultos mayores, de las cuales un 61,3 % se produjeron en centros geriátricos, un 24,2 % en un hospital, un 8,1% en el domicilio de la víctima, y el resto, un 6,4%, en otro tipo de institución. En relación a Enfermería confirma que un 36% de las Enfermeras entrevistadas

¹ Florence Nightingale. Notas de Enfermería, 1849.

² Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 5.

desconocen que el uso de medidas de contención física está vinculado al fallecimiento de pacientes.³

Otra investigación realizada en hospitales de agudos en Grecia en el año 2002⁴, indica que el 70,5 % del personal de Enfermería cree necesaria la contención física como medida de protección de los pacientes, el 23,2 % piensa que sirve para controlar su comportamiento y el 0,5 % que su uso se implementa para comodidad del personal sanitario. Afirma también, que el 80 % de las Enfermeras están a favor de estas medidas, frente a un 16,8 % que está en contra. El 57 % de las Licenciadas en Enfermería afirman que la formación académica es un factor importante para evitar la contención física, seguido de la dotación del personal con un 43 %, mientras que el 71,6 % de auxiliares de Enfermería creen que la dotación de personal es el factor más importante y sólo el 28,4 % citaban la formación. El personal de Enfermería declaró que las respuestas más frecuentes de los pacientes a la utilización de la contención eran: agresividad 76,9 %, ira 59 %, tensión 51,6 % y tranquilidad 20,6 %. En relación a los sentimientos experimentados por las Enfermeras cuando utilizan las medidas de contención físicas, el 41,6 % manifestó que sienten simpatía hacia el paciente y nunca satisfacción con el cumplimiento de su deber en un 43,2 %.

En cuanto a investigaciones nacionales, no se encontraron estudios sobre contención física. Sólo se hallaron dos Trabajos finales de Investigación realizados por estudiantes de la Facultad de Enfermería en la Cátedra de Enfermería en Salud Mental (ENSAME). Uno de ellos se refiere a los sentimientos y emociones del personal de Enfermería, frente a las medidas de contención física en pacientes internados en una institución psiquiátrica. El otro trabajo estudia la aplicación, por parte de Enfermería, de protocolos de CF en pacientes con excitación psicomotriz.

³ Fariña E. Revisión: Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Revista Española de Geriátria y Gerontología. Elsevier - Doyma. España, 2011. Página: 37.

⁴ Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. Eur. J. Psychiat. Vol. 16, N.º 2, (87-98). Grecia, 2002.

Rol de Enfermería en la seguridad del paciente

El lugar que ocupa Enfermería dentro de un servicio de salud hace de este grupo profesional un elemento muy importante en materia de seguridad del paciente. Las Enfermeras representan el colectivo más numeroso dentro del sistema de salud y todos los pacientes son receptores de sus cuidados en algún momento de la asistencia sanitaria. También constituye una profesión que se mantiene presente y permanente las 24 horas del día: *“donde hay un paciente, hay una enfermera”*.⁵ Por todo esto, las Enfermeras se sitúan en un contexto crítico, ya sea por la probabilidad de cometer errores durante su asistencia, como por su profesionalidad para proporcionar seguridad a los pacientes, implementar medidas protectoras para el equipo de salud y el servicio, e instaurar un sistema de vigilancia continua de la calidad asistencial.⁶

La seguridad del paciente determina la existencia de los -cuidados enfermeros, estableciendo como fin principal la protección de su integridad, la preservación de su vida y el amparo de sus derechos. Representa en este aspecto el origen, la ejecución y el resultado del cuidado de Enfermería.⁷

En relación a la importancia del cuidado enfermero sobre seguridad del paciente, el Consejo Internacional de Enfermeras (en adelante CIE) enuncia: *“La seguridad del paciente comprende acciones en el reclutamiento, entrenamiento y retención de los profesionales de la salud, mejora del desempeño, seguridad ambiental y gerenciamiento de riesgo, así como incluye el control de infección, el uso seguro de medicamentos, equipamientos seguros, la práctica clínica segura, el ambiente de cuidado seguro y el desenvolvimiento de conocimientos científicos sobre la seguridad del paciente, el cual requiere una infraestructura de apoyo. Particularmente en lo relacionado con el cuidado, la seguridad del paciente debe ser un componente intrínseco a las acciones en todas las etapas del proceso de enfermería, de la colecta de datos a la evaluación de los resultados”*.⁸ Este enunciado establece que la seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculada a los cuidados de Enfermería durante todo el proceso asistencial. También menciona todas aquellas acciones de Enfermería que contribuyen

⁵ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 59

⁶ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: X

⁷ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 12

⁸ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 422

a la seguridad de los pacientes y representan, en su conjunto, el ejercicio seguro de la profesión Enfermera.

Enfermería, como gestora de cuidados, constituye un recurso estratégico fundamental para la disminución o eliminación de todas aquellas circunstancias que implican una atención insegura para los pacientes. Su competencia y compromiso en la administración de los cuidados y su obligación con la seguridad representan aspectos esenciales en su conducta profesional.⁹

- Establecer si el personal de Enfermería posee las competencias indispensables para la existencia adecuada de pacientes con medidas de contención física.
- Identificar los niveles de aplicación de la contención física.
- Identificar al profesional responsable de indicar la CF.
- Determinar los cuidados de enfermería que se suministran a los pacientes con CF.
- Identificar las combinaciones más frecuentes de la CF.
- Identificar si la institución cuenta con normas y/o protocolos sobre el uso de medidas de contención física.
- Determinar la existencia de recursos materiales apropiados para atender a los pacientes con medidas de contención física.
- Establecer si puede utilizarse modelos y/o técnicas para la elaboración del Plan de Atención de Enfermería.

⁹ Cometto M, Gómez P, Marzón G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: X

MAPA OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer si es una práctica segura de Enfermería el uso de medidas de contención física en adultos y ancianos internados en el segundo nivel de atención de una institución privada, en el periodo Octubre – Noviembre de 2012.

Objetivos específicos:

- Establecer si el personal de Enfermería posee los conocimientos indispensables para la asistencia adecuada de pacientes con medidas de contención física.
- Identificar las causas de aplicación de la contención física.
- Identificar al profesional responsable de indicar la CF.
- Determinar los cuidados de Enfermería que se administran a los pacientes con CF.
- Identificar las complicaciones más frecuentes de la CF.
- Identificar si la institución sanitaria cuenta con normas y/o protocolos sobre el uso de medidas de contención física.
- Determinar la existencia de recursos materiales apropiados para prevenir lesiones en pacientes con medidas de contención física.
- Establecer si las/os Licenciadas/os utilizan modelos y/o teorías para la elaboración del Plan de Atención de Enfermería.

MARCO REFERENCIAL

La seguridad del paciente no constituyó un tema de relevancia para la comunidad internacional hasta el año 2001. A partir de esa fecha la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) comenzó su tratamiento a través de la implementación de políticas sanitarias tanto a nivel mundial como en los países miembros.

En el año 2004 el Director General de la OMS pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente creada con el objetivo de *"coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo"*.¹⁰ Esta alianza constituye un ámbito oportuno para la colaboración internacional y la acción de todos los estados, proponiéndose cada dos años un desafío o reto global de seguridad del paciente.

A nivel nacional, en octubre de 2006 el gobierno de la República Oriental del Uruguay a través de una ordenanza ministerial, en el ámbito de la Dirección General de Salud (en adelante DIGESA), crea la Comisión Nacional Asesora de Seguridad del Paciente. Dicha comisión tiene la responsabilidad de diseñar y planificar políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina.¹¹

En el año 2008, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante SNIS), a través de una Ordenanza Ministerial se establece en forma obligatoria la creación y funcionamiento de Comisiones Institucionales de Seguridad del Paciente (en adelante COSEPA), en las Instituciones públicas y privadas de todo el país.¹² También decreta que éstas deberán rendir cuenta ante la Comisión Nacional Asesora.

La Comisión Nacional Asesora en colaboración de las COSEPA están trabajando a nivel nacional sobre los retos globales propuestos por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, tales como: una atención limpia una atención segura, cirugía segura salva vidas, comunicación efectiva durante el traspaso de pacientes utilizando la herramienta Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación (SBAR).¹³

La seguridad del paciente, desde el aspecto de la disciplina Enfermera, es abordada a nivel nacional por la Red de Enfermería en Seguridad del Paciente¹⁴ (en adelante RESPU). Es una asociación conformada por personal de Enfermería, en su mayoría licenciado, docente, médico y auxiliar. Constituye un sistema de intercambio entre sus

¹⁰ OMS. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Punto 11.16 del orden del día provisional. Washington, 4 de mayo de 2006.

¹¹ Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Ordenanza Ministerial N° 481 de 1 de agosto de 2008.

¹² Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Ordenanza Ministerial N° 660 de 20 de octubre de 2006.

¹³ Red de Enfermería en Seguridad del Paciente.

¹⁴ Red de Enfermería en Seguridad del Paciente.

integrantes, posibilitando la potenciación de los conocimientos y voluntades entre sus miembros. Su fin principal consiste en reducir los errores en los cuidados hacia los pacientes aspirando a identificarlos a tiempo, evitar que se produzcan y así contribuir a la seguridad de los usuarios del sistema de salud.

La gestación de la RESPU comenzó durante reuniones programadas por el Fondo Nacional de Recursos (en adelante FNR) en materia de formación de personal sanitario. Fue creada el 3 de diciembre de 2009 en una reunión de Enfermeras pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Hospital de Clínicas, Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE) e Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (en adelante IAMC).

En materia de Seguridad del Paciente, la RESPU ha establecido un plan de trabajo cuyo propósito es *"desarrollar el conocimiento, mantener la educación continua de los recursos humanos, diagnosticar el estado actual, establecer criterios de funcionamiento, normas y protocolos, y pautas guías para ser aplicadas en servicios. Establecer una línea de investigación a bien de mejorar la atención de los usuarios. Incidir en los planes de estudio y en los núcleos políticos. Fomentar el intercambio como estrategia fundamental para la gestión del conocimiento, la información y la comunicación, lo que implica transformar procesos de desarrollo individuales en colectivos"*.¹⁵

El plan de trabajo de la red ha determinado como objetivo general: *"Promover el intercambio de información, experiencias, conocimiento y contribuir con la cooperación técnica en el nivel nacional e internacional en diferentes áreas temáticas vinculadas con la Seguridad del Paciente"*.

¹⁵ Red de Enfermería en Seguridad del Paciente.

MARCO CONCEPTUAL

Seguridad y seguridad del paciente

La seguridad - según el diccionario de la Real Academia Española - se refiere a: *"La calidad de libre exención en todo peligro, daño o riesgo, que pueda darse ya sea en personas o cosas. Tener la garantía suficiente de que dicho peligro no tenga la existencia real"*.¹⁶

Este concepto describe la situación en la que una entidad se encuentra libre de circunstancias, agentes o acciones que puedan causarles daños.

Dentro del sistema de salud se define a la seguridad del paciente como *"la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro"*.¹⁷ La atención sanitaria en su desarrollo puede generar daños derivados de la aplicación de los planes asistenciales. Éstos consisten en *"alteraciones temporales o permanentes de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención"*.¹⁸

El daño constituye tanto lesiones temporales como permanentes, y éstas pueden ser: físicas, sufrimiento, enfermedad, discapacidad y muerte.

Las causas más frecuentes de daños generados por los profesionales de salud son: errores en la administración de fármacos, incumplimiento de las normas y reglas o procedimientos operativos, defectos en la comunicación profesional-paciente, alteraciones en los registros, ausencia de cuidados necesarios o prestación inadecuada de éstos, carencias de información del tratamiento al usuario, entre otros.

Durante la atención sanitaria se debe contemplar la existencia de eventos adversos. Estos son *"lesiones causadas por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta, o a ambas cosas. Son incidentes desfavorables, desgracias terapéuticas, lesiones iatrogénicas u otros sucesos adversos relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro"*

¹⁶ Diccionario de la Real Academia Española.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Pág. 14.

¹⁸ OMS, Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Pág. 115.

médico, una consulta externa u otro establecimiento. Pueden ser consecuencia de actos de comisión o de omisión”.¹⁹ Suponen consecuencias negativas para el paciente. Su alcance se expresa en forma de fallecimiento, lesión, incapacidad, prolongación de la estancia hospitalaria o incremento del consumo de recursos asistenciales. Los eventos adversos están vinculados a una serie de factores que contribuyen a su aparición. Entre ellos se destacan:²⁰

- Factores causales: representan los errores cometidos por el personal sanitario durante la asistencia directa. En este punto puede destacarse la negligencia durante un acto involuntario o intencionado, entendida ésta como “el hecho de no proceder con la competencia, la diligencia y los conocimientos que se esperan de un proveedor de atención sanitaria razonablemente prudente”.²¹ La negligencia constituye una conducta inadecuada por parte del que provee la asistencia, causando lesiones al receptor.

Otro concepto a tener en cuenta es el de mala praxis que se define como “la conducta negligente o incompetencia injustificada en el desempeño de una tarea por parte del profesional de la salud o de un establecimiento sanitario”.²² Se refiere a la responsabilidad profesional por la conducta negligente que provoca daños a la salud del paciente.

- Factores contribuyentes. Son aquellos aspectos determinados por: el proceso salud-enfermedad del paciente, el estado del instrumental y los recursos sanitarios, el grado de conocimiento del personal de la salud, el entorno en el que se ejerce el trabajo, etc.

La seguridad del paciente, desde la perspectiva de una organización de salud, debe contemplar la cultura de la seguridad, la gestión de riesgos, un entorno seguro, la formación del personal sanitario y su provisión.

La cultura de la seguridad se refiere al “conjunto de características y actitudes de las organizaciones y de las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad. Representa la sensibilización cultural de los profesionales en la prevención

¹⁹ OMS, Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Pág. 126.

²⁰ Cometto M, Gómez P, Marzón G, Zárate R, Bortoli S, Falconí C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 104

²¹ OMS, Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Pág. 141.

²² OMS, Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Pág. 139.

de riesgos".²³ Consiste en concientizar a todas las personas integrantes de una organización sanitaria a identificar errores, entenderlos y aplicar mejoras para reducirlos o eliminarlos.

La gestión del riesgo se encuentra representada por las conductas de los profesionales de la salud tendientes a la identificación, evaluación y reducción o eliminación de los distintos factores que determinan la aparición de eventos adversos.²⁴

El entorno hospitalario representa un factor importante para la seguridad. Para la OMS "la salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona".²⁵ En el hospital existen distintos sectores críticos en materia de seguridad, donde el desarrollo de determinados procedimientos puede afectarla negativamente. Por ello, deben existir normas, protocolos, controles y vigilancia para prevenir riesgos a la salud.

A modo de síntesis, puede establecerse que una organización sanitaria segura debe contemplar los aspectos anteriormente mencionados. La cultura de la seguridad, la gestión de riesgos, la promoción de un entorno seguro, la capacitación de los recursos humanos en temas de seguridad, entre otros elementos contribuyen a que la institución sanitaria garantice la seguridad de los pacientes y de todos sus integrantes.

Medidas de contención del paciente

Las medidas de contención que se aplican dentro del proceso asistencial tienen como finalidad la prevención de lesiones en el propio paciente, lesiones a otras personas, o daños significativos en el mobiliario o instrumental del servicio.²⁶

Las medidas que se emplean consisten en la contención verbal, contención farmacológica y contención física.

La contención verbal se refiere a todas las acciones verbales que aplica Enfermería, tendientes a tranquilizar al usuario en situaciones de estrés emocional, irritabilidad, ansiedad, angustia y otras circunstancias en las que existen conductas que ponen en

²³ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Páginas: 99, 100.

²⁴ Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconi C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 126.

²⁵ Definición establecida por la OMS. Cometto, M. Gomez, P. Marzon Grace, Zárate, R. De Bortoli S. Falconi, C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011. Página: 107.

²⁶ Pérez, C. Clase "Emergencias Psiquiátricas y Medidas de Contención". Cátedra de Enfermería en Salud Mental. Montevideo, 2012.

riesgo la seguridad. Esta medida es muy importante porque su eficacia determina la no utilización de las otras.

La contención farmacológica consiste en la administración de medicamentos, indicados por el médico, con el objetivo de contener al paciente y así evitar riesgos para su salud.

La contención física se define como el procedimiento terapéutico utilizado como medida dirigida a restringir la movilidad del paciente, interviniendo sobre la conducta del mismo y proteger así su integridad ante situaciones que ponen en peligro su salud.²⁷ La utilización de ésta se concreta cuando las medidas tanto verbales como farmacológicas han resultado ineficaces.

Las situaciones en las que se aplica la CF del paciente son diversas, entre las cuales se encuentran la CF en Psiquiatría, en Pediatría, en Geriatría y en procesos orgánicos con afectación mental.

Los pacientes con deterioro cognitivo y los pediátricos pueden requerir dentro de su plan terapéutico medidas de seguridad orientadas a evitar su caída o evitar la pérdida de vías, sondas, etc., para ello se tienen que planificar cuidados especiales.

La CF siempre debe garantizar la seguridad del paciente, procedimiento de protección de última elección cuando éste se encuentra en estados de confusión o agitación psicomotriz para evitar autolesiones, lesiones a terceras personas, interrupciones en el plan terapéutico, entre otros.

Nunca la CF debe usarse como castigo, sustitutivo de la falta de personal, si la situación puede resolverse por medidas alternativas (contención verbal o farmacológica), y cuando no exista personal suficiente para realizar la contención o sea una situación peligrosa y técnicamente imposible.

Los daños originados por las medidas de CF²⁸ pueden llegar a ser severos o permanentes implicando la compresión de nervios, contracturas, aparición de úlceras por decúbito, incontinencia urinaria o intestinal, aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones intrahospitalarias, estrangulación e incluso la muerte.

Las inmovilizaciones deberían utilizarse como último recurso cuando las medidas mencionadas anteriormente fuesen ineficaces y con las técnicas menos restrictivas

²⁷ Pérez C. Clase "Emergencias Psiquiátricas y Medidas de Contención". Cátedra de Enfermería en Salud Mental. Montevideo, 2012.

²⁸ Casado M, Lobo M, Undabeytia M, Pineda A. "Error es humano...pero más humano parece ocultario". Revista científica de la Sociedad española de Enfermería de urgencias y emergencias. Segunda época, Nº 6 Especial, XXI Congreso Nacional. SEEUE.

posibles. Si se utilizan, deben aplicarse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.

La CF puede ser indicada por el médico, quien registra su solicitud en la Historia Clínica. Si se requiere la aplicación de la medida y éste se encuentra ausente, la Licenciada en Enfermería podrá actuar por iniciativa propia e instaurarla, informando esta conducta al profesional lo antes posible para respaldar la medida.²⁹

La Licenciada Enfermera, dentro del Plan de Atención de Enfermería determinará la aplicación de la CF, su ejecución y evaluación final de los resultados según los objetivos establecidos previamente.

Los auxiliares de Enfermería intervienen en la ejecución y supresión de la CF, participan en la vigilancia de los pacientes y desarrollan los cuidados de Enfermería establecidos por la licenciada.

En relación al procedimiento, éste debe implementarse bajo los principios de profesionalidad y derechos del paciente. Es necesario tener instrucciones y normativas claras, profesional capacitado, disponer de un protocolo de CF, así como un Plan de Atención de Enfermería estandarizado, criterios explícitos de indicación, tipos de contenciones que puedan ser utilizadas, y sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.

En cuanto a los cuidados de Enfermería en pacientes con CF, éstos surgen del PAE en respuesta a la satisfacción de todas las necesidades del paciente imposibilitado de efectuar su autocuidado.

El PAE representa el método científico de la profesión Enfermera. Tiene su base en los modelos y teorías de Enfermería. Uno de estos modelos es el propuesto por Marjory Gordon que establece una serie de patrones funcionales comunes en todas las personas, proporcionando un marco teórico para el desarrollo de los cuidados de Enfermería.

Modelo de Marjory Gordon³⁰

Marjory Gordon en su modelo define los patrones funcionales como un conjunto de comportamientos presentes en todas las personas, que favorecen a su salud, calidad de vida y a su desarrollo.

²⁹ Pérez C. Clase "Emergencias Psiquiátricas y Medidas de Contención". Cátedra de Enfermería en Salud Mental. Montevideo, 2012.

³⁰ Suarez J, Castillo A, Fernández D, Muñoz M. Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de cuidados. Dirección de Enfermería de atención primaria. Área sanitaria V. Asturias. Junio, 2010.

Los patrones han sido clasificados desde una concepción integral de la persona. No deben interpretarse de manera aislada puesto que resultan de la interrelación de los distintos aspectos que influyen sobre ella.

Esta teoría establece que los patrones son funcionales y eficaces cuando determinan un nivel óptimo de funcionamiento favoreciendo la salud y bienestar. Por otro lado define a los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales cuando se encuentran alterados o en riesgo de alteración.

El modelo de Gordon constituye una herramienta muy importante en la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, permitiendo una valoración de Enfermería sistemática e integral.

Los 11 Patrones Funcionales definidos en este modelo son:

- Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud
Este patrón describe la percepción de la persona sobre su salud y bienestar, y su conducta respecto a su mantenimiento o recuperación. Incluye las prácticas preventivas, la adherencia a tratamientos prescritos y al control de acciones perjudiciales para la salud.
- Patrón 2: Nutricional – Metabólico
Determina las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También contempla los posibles problemas en su ingesta, las características de la piel y mucosas, talla, peso y temperatura.
- Patrón 3: Eliminación
Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: prácticas personales, uso de dispositivos, ostomías, pañales, etc., y características de las excreciones.
- Patrón 4: Actividad – Ejercicio
Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También contempla las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.
- Patrón 5: Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño y descanso a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

- Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo.

Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas. También se determina la existencia o no del dolor y las capacidades cognitivas: la memoria y el lenguaje.

- Patrón 7: Auto percepción - Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad. Contempla el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal.

- Patrón 8: Rol - Relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el entorno familiar, laboral, etc. También contempla la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

- Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

- Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Contempla la capacidad para afrontamiento al estrés, a las amenazas de su propia integridad, sistemas de soporte familiares y/o sociales.

- Patrón 11: Valores - Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye la percepción sobre la vida, valores y expectativas que están relacionados con la salud.

La aplicación de este modelo dentro del PAE a pacientes con medidas de CF determina la afectación de los siguientes patrones funcionales:

*Patrón Cognitivo – Perceptual: En general los pacientes con medidas de CF presentan alteraciones en el nivel de la conciencia y conducta (irritabilidad, intranquilidad o agitación).

*Patrón Nutricional – Metabólico: Un paciente con medidas de CF presenta la dificultad para la ingesta por sí solo de los alimentos, dependiendo del personal de Enfermería para la satisfacción de esta necesidad. También pueden surgir alteraciones en la piel debido a la sujeción: laceraciones, heridas, úlceras por presión, etc.

*Patrón Eliminación: La función excretora en los pacientes con medidas de CF se encuentra afectada debido a la imposibilidad de la persona a moverse. Ésta depende exclusivamente de Enfermería para concurrir al baño o para el uso de la chata y/o violín. Por otro lado existe el riesgo de estreñimiento e incontinencia relacionado a una prolongada inmovilización.

*Patrón Actividad – Ejercicio: La actividad se encuentra alterada en el uso de las medidas de CF. Pueden surgir alteraciones y/o complicaciones tales como: obstrucción de vías aéreas, broncoaspiración, asfixia, limitación de expansión pulmonar, lesiones isquémicas, tromboembolismo, muerte súbita, entre otras.

*Patrón Sueño – Descanso: este patrón puede verse afectado en pacientes con CF debido a que los mismos tienen la imposibilidad de adoptar su posición habitual de descanso. Puede presentar somnolencia, insomnio.

*Patrón Auto percepción – Autoconcepto: la CF puede afectar emocionalmente al paciente: nerviosismo, irritabilidad, angustia, expresiones de inutilidad, miedo, etc.

*Patrón Adaptación - Tolerancia al estrés: el paciente con CF está sometido a una situación de estrés y su adaptación se encuentra alterada. Puede presentar actitudes hostiles hacia las personas que lo cuidan.

Alteración del contenido y curso del pensamiento.

Comunicación.

Los cuidados más importantes de Enfermería pueden resumirse en:

- Si el médico no está presente en la realización de la CF, se le avisará para que pueda valorarlo y respaldar la medida tomada por Enfermería.
- Se incentivará a la familia a que participe en el plan de cuidados con el fin de minimizar y/o retirar la contención cuanto antes.
- Se creará un ambiente confortable para favorecer la tranquilidad del paciente y ayudarlo a adaptarse a su situación; con temperatura y ventilación adecuadas.

- En la medida de lo posible el paciente con sujeción deberá estar en una habitación cercana a enfermería para que pueda ser controlado.
- Se mantendrá la cabecera de la cama elevada para permitir al paciente el contacto con el entorno y reducir el riesgo de aspiraciones.
- La cama deberá tener un sistema de frenado y contar con barandas laterales para evitar la caída del paciente.
- Los espacios entre las barandas y la cama deben ser mínimos para prevenir que la persona quede atrapada.
- Se conservará la alineación corporal del paciente, con miembros en posición fisiológica para evitar problemas funcionales.
- Si la situación lo permite, se facilitará períodos de movilidad con ejercicios activos y/o pasivos de las extremidades cada 2-4 horas.
- Se comprobarán que las sujeciones estén correctamente adecuadas para prevenir lesiones.
- Se realizarán cambios de posición para prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Se procurará la atención de todas las necesidades básicas del paciente con el fin de restablecer el normal funcionamiento de los patrones afectados: alimentación, hidratación, higiene corporal, eliminación, cuidados de la piel, etc.
- Enfermería valorará en forma continua:
 - Estado general del paciente.
 - Alteración del nivel de conciencia. Alteración de la percepción.
 - Alteración del contenido y curso del pensamiento.
 - Comunicación.
 - Actitud del paciente ante la sujeción.
 - Valoración de los miembros contemplando la necesidad de rotación de la sujeción de los mismos.
 - Se controlaran los signos vitales en cada turno.
 - Se controlará la ingesta y eliminación en cada turno.
- Se valorará periódicamente la necesidad de mantener la contención física, y proceder a su retiro cuando el médico lo indique.

- Deberá utilizarse un sistema de registro adecuado para la indicación y seguimiento del paciente.

Para fomentar una aplicación segura de la CF se debe contar con un protocolo que determine los criterios y la conducta a implementar. Debe definir el procedimiento, establecer el objetivo general, objetivos específicos, receptores, personal actuante, recursos materiales, casos en los que debe instaurarse, contraindicaciones, secuencia detallada de las acciones e indicadores de evaluación. En este punto se menciona la existencia del protocolo de contención física en pacientes con alteración mental en estado de excitación y/o agitación del Hospital Vilardebó,³¹ centro asistencial nacional de referencia.

Las complicaciones y lesiones más frecuentes producidos en pacientes con medidas de CF son:³²

- Lesiones en plexos nerviosos.
- Riesgos de tromboembolismos.
- Lesiones al forzar la inmovilización: Fracturas, luxaciones, etc.
- Broncoaspiraciones.
- Lesiones isquémicas. Contracturas isquémicas de los músculos de ambas manos después de tiempos prolongados de sujeción.
- Asfixia. Puede producirse porque se enrede el paciente en el sistema de sujeción generalmente cuando trata de levantarse.
- Muerte súbita.

Los materiales a utilizar en la aplicación de las medidas de CF son:³³

- Cinturón Abdominal: es un sistema que permite al paciente movimientos de giro hacia ambos lados, incorporarse parcialmente o sentarse en la cama sin riesgo de caídas. Se puede instalar fácilmente antes o después de que el paciente se

³¹ Hospital Vilardebó. División de Enfermería. Protocolo de contención física en pacientes con alteración mental en estado de excitación y/o agitación.

³² Casado M, Lobo M, Undabeytia M, Pineda A. "Error es humano...pero más humano parece ocultarlo". Revista científica de la Sociedad española de Enfermería de urgencias y emergencias. Segunda época, N° 6 Especial, XXI Congreso Nacional. SEEUE.

³³ Pérez C. Taller de paciente con agitación psicomotriz y medidas de contención física. ENSAME. Facultad de Enfermería. UDELAR. Montevideo, 2011.

haya acostado. La parte inferior, con tiras de sujeción, se fija a ambos lados de la cama o camilla, la superior se coloca alrededor de la cintura del paciente.

- Muñequeras: permiten asegurar una o ambas manos del paciente. En su interior son acolchonadas para evitar lesiones. Tienen un sistema de sujeción a la cama.
- Tobilleras: permiten la sujeción de los miembros inferiores a los lados de la cama. Su diseño es semejante a las muñequeras.

Estos elementos varían según las distintas marcas que hay en el mercado, tanto en el material con el que están hechos como en los sistemas de sujeción (con velcros, candados, imanes, etc.)

Otro elemento importante para preservar la seguridad del paciente contenido, lo constituye la cama o camilla en la que se coloca al paciente con contención mecánica. Ésta debe tener un sistema de frenado y contar con barandas laterales cuyos espacios sean reducidos para evitar que el paciente quede atrapado entre ellas y la cama.

La medida de CF, interpretada desde el aspecto legal, supone una violación al derecho de la libertad de las personas.

La Constitución de la Republica Oriental del Uruguay establece en su Artículo 7° *"Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general"*.³⁴

Esta medida se aplica en virtud de salvaguardar el derecho a la seguridad del paciente. La privación del derecho a la libertad se enmarca dentro de un proceso asistencial donde los pacientes están en una situación de vulnerabilidad hacia su persona, debiéndose implementar las medidas de CF con el único fin de preservar su integridad. En cuanto a la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública, se desconoce la existencia de normas que regulen la implementación de las medidas de CF.

En esta materia se identificó el Decreto N° 320/999 que reglamenta el uso de estas medidas en instituciones de alojamientos privados para adultos mayores. En su sección D, inciso 14 establece:³⁵

"Que no se utilicen medidas de contención física, salvo las siguientes excepciones: a) Que el estado del residente implique un riesgo para sí mismo, b) Que el estado del

³⁴ Constitución de la Republica Oriental del Uruguay, 1997.

³⁵ Decreto N° 320/999, Política General en materia de ancianidad - Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores. Uruguay, 1999.

residente implique riesgo para otros residentes, o c) Que el estado del residente interfiera con medidas de atención necesarias e ineludibles.

En todos estos casos el médico director técnico realizará un diagnóstico de las posibles causas de su situación, consignando los motivos y duración de la medida. La indicación se revisará diariamente y será limitada hasta que se obtenga el control de la conducta por medios farmacológicos y/o conductuales. La indicación deberá consignarse también en la historia clínica del residente y requerirá de renovación diaria. El establecimiento de las mismas sólo podrá ser llevado a cabo por personal de enfermería, bajo indicación médica, tomándose siempre las precauciones para evitar daño del residente".

El decreto anteriormente mencionado no aplica a la institución médica-asistencial, elegida para la investigación, debido a que solamente reglamenta el uso de las medidas de CF en instituciones de alojamientos privados para adultos mayores.

Criterios de inclusión:

- Poseer un importante colectivo de Enfermeras, lo cual facilita la obtención de una muestra mayor posible que sea representativa del universo en estudio.
- Cuenta con numerosos servicios de segundo nivel de atención de adultos y ancianos, proporcionando un área propicia para la investigación.

2. El amplio conocimiento de los investigadores sobre la institución (planes, fines, servicios, personal, normas, etc.) favoreciendo su desenvolvimiento durante el proceso de recolección de los datos.

Universo

Las enfermeras y Aux. de Enfermería que desempeñan sus funciones en los servicios de atención, en el segundo nivel de atención de adultos y ancianos de una institución privada, a los cuales se les aplicó el cuestionario (Unidad de Avalos).

Muestra

no probabilística, de conveniencia. La selección de los sujetos se realizó en base a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Enfermeras y Auxiliares de Enfermería con un mínimo de un año de antigüedad en la institución.

METODOLOGÍA

La investigación se llevó a cabo durante el período Octubre - Noviembre de 2012 en el segundo nivel de atención de una institución privada en la ciudad de Montevideo.

Diseño

Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en los servicios de segundo nivel de atención de una institución privada de la ciudad de Montevideo.

La elección de la institución fue determinada en base a los siguientes aspectos:

1. Esta institución:

- Representa una de las organizaciones médicas colectivas más importantes a nivel nacional abarcando, en la actualidad, el mayor número de usuarios del Fondo Nacional de Salud.
- Posee un importante colectivo de Enfermería, lo cual facilita la obtención de una muestra mayor posible que sea representativa del universo en estudio.
- Cuenta con numerosos servicios de segundo nivel de atención de adultos y ancianos, proporcionando un área significativa para la investigación.

2. El amplio conocimiento de los investigadores sobre la institución (planta física, servicios, personal, normas, etc.), favoreciendo su desenvolvimiento durante el proceso de recolección de los datos.

Universo

Lic. en Enfermería y Aux. de Enfermería que desempeñan sus funciones en los servicios de internación, en el segundo nivel de atención de adultos y ancianos de una institución privada, a los cuales se les aplicó el cuestionario (Unidad de Análisis).

Muestra

No probabilística, de conveniencia. La selección de los sujetos se realizó en base a los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión:

- Licenciadas/os y Auxiliares de Enfermería con el mínimo de un año de antigüedad en la institución.

- Licenciadas/os y Auxiliares de Enfermería que se encontraron presentes al momento de la entrevista.
- Criterios de exclusión:
- Licenciadas/os y Auxiliares de Enfermería con menos de un año de antigüedad en la institución.
 - Licenciadas/os y Auxiliares de Enfermería que se encontraron ausentes al momento de la entrevista.
 - Licenciadas/os y Auxiliares de Enfermería que se negaron a participar del estudio.
 - Cuestionarios con un porcentaje de respuesta menor al 90%.

Instrumento y Método

Para la recolección de los datos se utilizó como método el Estudio de opinión. Se aplicó una encuesta autoadministrada para obtener información de las personas: opiniones, conocimientos y actitudes sobre el tema elegido. Se utilizó un cuestionario impreso, destinado a conseguir las respuestas sobre el problema en estudio y que el encuestado llenó por sí mismo.

Los investigadores contactaron a los encuestados en los servicios en el que se encontraban trabajando en los turnos matutino, tarde, vespertino y nocturno. Previa presentación se explicó el problema en estudio y el objetivo general del mismo. Se solicitó su colaboración para participar en la investigación. Se entregó el cuestionario para ser completado de manera individual. Cada encuestado leyó y firmo el pedido de consentimiento informado y luego procedió a responder las preguntas. Una vez completo el cuestionario, fue retirado por los investigadores y colocado en un sobre para su posterior análisis.

El cuestionario estuvo compuesto por un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones con una escala tipo Likert y preguntas abiertas.

Luego de la obtención de datos se procedió a la revisión, ordenamiento, depuración, procesamiento, resumen y presentación de los mismos.

La depuración de la información se llevó a cabo para eliminar errores de registro y descartar aquellos cuestionarios que no cumplieron con los requisitos establecidos previamente.

Los datos fueron tabulados con la ayuda de una computadora y mediante la utilización del programa Excel se obtuvieron las medidas de resumen. Para cada una de las variables se utilizó la distribución de frecuencias (frecuencias absolutas y frecuencias relativas porcentuales), medidas de tendencia central y su presentación en las tablas y los gráficos correspondientes.

Definición conceptual y operacional de las variables

1. **Edad:** es el período transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual.
Variable cuantitativa, discreta.
Unidad de medida: años.
Categorías: (18 – 28), (29 – 38), (39 – 48), (49 – 58), (59 o más).
2. **Sexo:** se refiere a las características biológicas que definen a un ser humano como hombre o mujer. Referencia: Organización Mundial de la Salud
Variable cualitativa, nominal.
Categorías: Masculino (M) – Femenino (F).
3. **Profesión:** actividad especializada que desarrolla un funcionario dentro de la institución sanitaria.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Licenciada/o en Enfermería (Lic. en Enf.) – Auxiliar de Enfermería (Aux. Enf.).
4. **Antigüedad en la institución:** período de tiempo desde el momento que ingresó a la institución hasta la fecha actual.
Variable cuantitativa, discreta.
Unidad de medida: años.
Categorías: (0 – 5), (6 – 10), (11 – 15), (16 – 20), (21 – 25), (26 o más).
5. **Conocimiento sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad del paciente en la institución:** Noción que tiene Enfermería sobre la presencia de un comité de seguridad del paciente en la institución.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Si – No.

6. Seguridad del paciente con CF: apreciación que tienen los Licenciados/os y Auxiliares de Enfermería sobre la garantía que brinda el uso de medidas de CF a la seguridad de los pacientes.
Variable cualitativa, ordinal.
Unidad de medida: Nunca – A veces – A menudo – Siempre.
7. Causas de aplicación de la CF: Motivos o razones de la aplicación de la CF que el personal de enfermería identifica.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Confusión - Interrupción del plan terapéutico - Agitación psicomotriz – Castigo - Evitar autolesiones o lesiones a terceros - Sustitutivo de ausencia de personal – Otras.
8. Responsable de la indicación de la CF: Profesional sanitario que indica la aplicación de la CF.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Médico - Lic. en Enfermería – Aux. de Enfermería.
9. Respaldo del médico a Enfermería: aprobación del médico sobre la medida de CF aplicada por Enfermería en su ausencia.
Variable cualitativa, ordinal.
Unidad de medida: Nunca – A veces – A menudo – Siempre.
10. Conocimiento sobre las medidas previas a la CF: medidas conocidas por el personal de Enfermería antes de proceder a la contención física del paciente.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Tiene conocimientos – No tiene conocimientos. Los entrevistados deberán mencionar: contención verbal y contención farmacológica. Ante la ausencia de una o ambas respuestas se determinará que el respondiente no tiene conocimientos sobre la existencia de las mismas.
11. Conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF: noción que tienen los profesionales sobre los cuidados de Enfermería imprescindibles en pacientes con CF.
Variable cualitativa, nominal.
Unidad de medida: Tiene conocimientos – No tiene conocimientos. Los entrevistados deberán responder como mínimo tres cuidados. Si el respondiente

no cumple con lo anteriormente expuesto, se considerará que desconoce los cuidados necesarios para pacientes con CF.

12. Conocimiento de lesiones potenciales y complicaciones en la CF: noción que tienen los profesionales sobre los daños a los pacientes por causa de la aplicación de CF.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Tiene conocimientos – No tiene conocimientos. Los entrevistados deberán responder un mínimo de tres daños. Si el respondiente no cumple con esto, se considerará que desconoce las lesiones potenciales y complicaciones en la CF.

13. Normas y/o protocolos sobre CF: existencia de normas y/o protocolos de Enfermería sobre CF en la institución.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Si – No

14. Presentación en forma escrita de las normas y/o protocolos sobre CF: existencia de las normas y/o protocolos en formato escrito.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Si - No

15. Accesibilidad de Enfermería a las normas y/o protocolos: acceso que tiene el personal de Enfermería a las normas y/o protocolos escritos de la institución.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Si - No

16. Recursos materiales adecuados para la CF: existencia de recursos materiales apropiados para evitar lesiones en pacientes con CF.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Si – No. El entrevistado deberá mencionar los elementos adecuados para la CF. Si esto no se cumple se considerará su respuesta como negativa.

17. Utilización de un modelo de Enfermería: Uso de una teoría o modelo de Enfermería por las/os Lic. en Enfermería para la elaboración del PAE.

Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Si – No. En caso de respuesta afirmativa, el encuestado deberá mencionar el modelo o teoría utilizados.

18. Afectación de los patrones funcionales en pacientes con CF: Patrones funcionales que las/os Lic. en Enfermería identifican como afectados en los pacientes con CF. Variable cualitativa, nominal.

Unidad de medida: Percepción y manejo de la salud - Nutricional metabólico – Eliminación - Actividad y ejercicio - Sueño y descanso - Cognitivo perceptual - Autopercepción y autoconcepto - Rol y relaciones - Sexualidad y reproducción - Adaptación y tolerancia al estrés - Valores y creencias.

19. Aporte de un modelo de Enfermería a la seguridad de los pacientes: Juicio que tienen las/os Lic. en Enfermería sobre la contribución de una teoría o modelo de Enfermería a la seguridad del paciente. Pregunta abierta: ¿Considera que la utilización de un modelo de Enfermería en el PAE contribuye a la seguridad de los pacientes? ¿Por qué?

Unidad de medida: considera que si – considera que no – no responde

Se enunciarán las justificaciones realizadas.

Consideraciones éticas

Toda la información obtenida en la investigación tuvo un tratamiento confidencial. Su publicación no permite identificar la institución ni la identidad de las personas que participaron.

Los encuestados recibieron información sobre el problema a investigar y se pidió su consentimiento por escrito, previa explicación de su derecho de participar o no del mismo.

El protocolo de investigación fue enviado para consideración, evaluación y aprobación por el comité de ética de la institución elegida. Luego de aprobado, se procedió a la recolección de datos.

Los resultados serán devueltos a la institución y presentados en el entorno académico de la Facultad de Enfermería.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Se entregaron un total de 63 cuestionarios, de los cuales 17 fueron completados por Licenciadas/os y 46 por Auxiliares de Enfermería. Del total de los mismos se descartaron 2 respondidos por Licenciadas/os y 6 por Auxiliares: 5 tuvieron un porcentaje de respuesta menor al 90% y 2 correspondieron a encuestados con menos de un año de antigüedad en la institución. Esto representa una tasa de respuesta del 87,3%. El compromiso de Enfermería en esta materia se vio reflejado en el interés y disposición de la población, participando y colaborando voluntariamente con los investigadores para la concreción de la investigación.

El 27,3% de la población corresponde a Lic. en Enfermería y el 72,7% a Auxiliares.

El 40% de las/os Licenciadas/os se encuentran en el rango de edad entre 39-48 años, el 26,7% está comprendido entre 18-28 años y 29-38 años respectivamente y el 6,7% entre 49-58 años. La media de la edad es 35,2 años. El 42,5% de los Auxiliares está entre 18-28 años, el 32,5% se encuentra comprendido entre 29-38 años y el 12,5% de la población se ubica entre los 39-48 años y 49-58 años respectivamente. La media de la edad es 32,9 años.

El 86,7% de las/os Licenciadas/os fueron mujeres y el 13,3% hombres, mientras que el 87,5% de Auxiliares corresponden a mujeres y el 12,5% hombres.

Con respecto a los años de antigüedad en la Institución de las/os Licenciadas/os la media es de 6,2 años: el 60% están en el rango de 0-5 años, el 13,3% entre los 6-10 años, el 13,3% entre 16-20 años, el 6,7% entre 11-15 años y el 6,7% corresponde a mayores de 26 años. En el caso de los Auxiliares, la media es de 6,6 años: el 70% están en el rango de 0-5 años, el 10% entre los 6-10 años, el 7,5% entre 11-15 años, el 5% entre los 16-20 años y más de 26 años respectivamente y el 2,5% corresponde entre los 21-25 años.

Las variables edad, sexo y antigüedad en la institución fueron estudiadas solo para caracterizar la población, puesto que éstas representan aspectos poco significativos para el estudio.

La institución cuenta con una Comisión de Seguridad del Paciente, en cumplimiento con la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública, cuyo objetivo es "prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención sanitaria", implementando políticas en materia de seguridad. Al preguntar a las/os

Licenciadas/os si tenían conocimiento sobre su existencia, el 80% mencionó tener conocimiento sobre la COSEPA y el 20% manifestó desconocerla. En el caso de los Auxiliares, el 62,5% reveló conocerla y el 37,7% manifestó desconocerla. En este aspecto el estudio pone en evidencia un alto grado de desconocimiento de la COSEPA por parte del personal de Enfermería, constituyendo un aspecto negativo. Es muy importante que todas/os las/os Lic. en Enfermería tengan conocimiento sobre su existencia, puesto que son referentes de los Auxiliares y las responsables directas del control y la notificación de eventos adversos que aparecen.

En relación a las causas más frecuentes de aplicación de la CF el estudio revelada que: el 93% de las/os Licenciadas/os nombró la agitación psicomotriz, el 73% evitar autolesiones o lesiones a terceros, el 47% confusión, el 13% sustitutivo de ausencia del personal y el 7% por interrupción del plan terapéutico. En esta variable, el 83% de los Auxiliares señaló evitar autolesiones o lesiones a terceros, el 73% agitación psicomotriz, el 33% confusión, el 8% interrupción del plan terapéutico y el 3% sustitutivo de ausencia del personal. Un importante porcentaje de la población expuso, como causa de utilización de la CF, la escasez de recursos humanos; este aspecto no justifica el uso de la medida. La diferencia de porcentajes existente entre las respuestas de las/os Lic. en Enfermería y Auxiliares puede deberse a la función específica de cada uno de ellos; la/el Licenciada/o es quien se encarga de la gestión de los recursos y en este punto ésta/e identifica a la contención física como una consecuencia de la escasez de personal, en cambio como el/la Auxiliar no tiene competencia en la administración del recurso humano no lo considera como una causa al momento de aplicar la CF.

En cuanto al responsable de indicar la contención física, el 93,3% de las/os Licenciadas/os respondió que es el médico quién indica la contención y el 6,7% manifestó ser ellas/os las/os responsables. El 95% de los Auxiliares indicó que es el médico quien indica la contención física y el 2,5% las/os Licenciadas/os y Auxiliares respectivamente. Al preguntar si el médico respalda la medida de CF aplicada por Enfermería, el 53,3% de las/os Licenciadas/os eligió la opción "siempre", el 33,3% "a menudo" y el 13,3% a veces". Para esta variable en el caso de los Auxiliares, el 50 % optó por la categoría "a veces", el 30 % "siempre", el 17,5% "a menudo" y el 2,5% "nunca". Un elevado porcentaje de la población consideró al médico como el responsable de indicar la medida. La mitad de las/os Lic. en Enfermería y una

proporción menor de los Auxiliares consideraron que la medida aplicada en ausencia del profesional, es respaldada siempre por éste.

La contención física es un procedimiento que se aplica cuando las medidas verbales y/o farmacológicas no han sido efectivas. Estas intervenciones deben adoptarse antes de proceder a la misma. Al preguntar a los encuestados sobre este punto se obtuvieron los siguientes resultados: el 73,3% de las/os Licenciadas/os reveló no tener conocimiento sobre ellas y el 26,7% declararon tenerlo. El 82,5 % de los Auxiliares desconoce esas medidas y sólo el 17,5% manifestó conocerlas. Estas respuestas ponen de manifiesto el desconocimiento que tiene la mayoría del personal de Enfermería sobre las medidas previas. La no implementación de éstas provoca un aumento en el uso de la contención física.

Con respecto a las complicaciones y lesiones potenciales más frecuentes generadas por el uso de la contención física, el 100% de las/os Licenciadas/os y Auxiliares revelaron carecer de los conocimientos sobre éstas. Es fundamental que el personal de Enfermería las conozca para poder prevenirlas y evitar así la aparición de efectos nocivos que atentan contra la integridad física de los pacientes contenidos.

En relación al conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF, el 53,3% de las/os Licenciadas/os manifestó no tener conocimiento sobre éstos, y el 46,7% reveló tenerlo. En el caso de los Auxiliares, el 45 % mostró desconocer los cuidados y el 55 % conocerlos. Estos resultados expresan un déficit de conocimientos sobre los cuidados de Enfermería en más de la mitad de la población estudiada. El personal de Enfermería, al carecer de los conocimientos necesarios sobre los cuidados, pone en peligro la seguridad del paciente facilitando la aparición de eventos adversos. El no contar con la competencia y los conocimientos esperados determina la negligencia del proveedor de cuidados. En este aspecto, la responsabilidad profesional por conductas negligentes que provocan daños a la salud de los pacientes constituye la mala praxis.

En cuanto a la existencia de normas y/o protocolos sobre CF, el 60% de las/os Licenciadas/os refirió que la institución no cuenta con éstos y el 40% respondió afirmativamente. De las respuestas afirmativas el 100% manifestó que las normas se encuentran escritas y que tienen acceso a ellas. Para esta variable, el 60% de los Auxiliares refirió que la institución no cuenta con éstos y el 40% respondió afirmativamente. De las respuestas afirmativas, el 68,8% de los Auxiliares manifestó que

las normas se encuentran escritas y el 54,5% refirió no tener acceso a ellas. Los resultados expresan un alto grado de desconocimiento de la existencia de una norma y/o protocolo en la institución estudiada. Para que la aplicación de la contención física sea una práctica segura es fundamental que exista un protocolo, que sea conocido por Enfermería y accesible. El estudio revela que esto no es así, generando consecuencias negativas para la seguridad del paciente.

Con respecto a los recursos materiales, el 100% de las/os Licenciadas/os y Auxiliares mencionaron elementos que no son los adecuados para la CF. Entre los señalados por éstas/os se encuentran: compresas, leucoplasto, vendas de gasa, gasas, algodón y tubuladuras de macrogoteros. La aplicación de la contención física con materiales inapropiados determina la aparición de eventos adversos. Las/os Enfermeras/os deben conocer los recursos necesarios y contar con los mismos para que este procedimiento sea seguro. Lo anteriormente expuesto revela que el personal de Enfermería no conoce los elementos adecuados para la contención física y pone en evidencia una inadecuada utilización de recursos materiales destinados para otros fines.

Al preguntar a las/os Licenciadas/os si para la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería utilizan un modelo o teoría de Enfermería, el 53,3% respondió afirmativamente y el 46,7% declaró no usar ningún modelo. Los modelos mencionados por éstas, en orden decreciente, fueron: modelo de Virginia Henderson, modelo de Dorothea Orem y otros (PAE). En cuanto a la contribución de éstos a la seguridad del paciente el 46,7% de las/os Licenciadas/os respondió que el uso de un modelo contribuye, el 13,3% manifestó que no contribuye y el 40% no contestó la pregunta. Las fundamentaciones que expresaron fueron:

- "El modelo contribuye en la valoración de las necesidades de los pacientes".
- "Contribuye a la asistencia individual, promover el autocuidado y la atención integral con el equipo, paciente y familia".
- "Los modelos de enfermería apuntan al bienestar psicofísico y emocional del paciente".
- "Permite priorizar y visualizar de mejor forma a las necesidades del paciente realizando cuidados integrales biopsicosociales".
- "La planificación de los cuidados de enfermería es fundamental en la atención de los usuarios".

- "Contribuye para valorar necesidades básicas insatisfechas, estado del paciente y detectar si se encuentra acompañado".
- "Permite una buena valoración de cada sistema".
- "Ayuda a la toma de decisiones".
- "Los modelos se complementan sin haber un modelo ideal a utilizar".
- "No he visto que alguien aplique algún modelo teórico".
- "El PAE permite valorar al paciente en forma integral sin olvidar ningún paso".

La conducta profesional de las/os Lic. en Enfermería es el resultado del Proceso de Atención de Enfermería, método científico de la profesión que tiene como base teórica uno o más modelos. En este aspecto, la investigación revela que sólo un poco más de la mitad de las/os Licenciadas/os los utilizan. También debe mencionarse que menos de la mitad de ellas/os consideraron que el uso de los modelos contribuyen mínimamente a la seguridad de los pacientes. Lo anteriormente expuesto pone en evidencia la escasa utilización de los modelos de Enfermería, representando un aspecto negativo en el ejercicio de la profesión Enfermera.

En relación al planteamiento sobre la afectación de los patrones funcionales – correspondientes a la teoría de Marjory Gordon – las/os Licenciadas/os demostraron conocer los que se encuentran afectados en los pacientes con medidas de contención física. Las respuestas de éstas fueron: el 93% refirió que el patrón más afectado es el de Actividad-ejercicio, el 87% Nutricional-metabólico, el 80% Eliminación, el 60% Percepción-manejo de la salud, el 53% Sueño-descanso, el 53% Autopercepción-autoconcepto, el 53% Adaptación-tolerancia al stress, el 33% Cognitivo perceptual, el 33% Rol-relaciones, el 20% Sexualidad-reproducción y el 13% Valores-creencias.

En este aspecto el estudio muestra que casi la mitad de las/as Licenciadas/os no usan un modelo teórico, sin embargo un elevado porcentaje de ellas/os identificó los patrones afectados en el momento de valorar los pacientes con CF.

Al preguntar a la población si el uso de las medidas de contención física garantiza la seguridad del paciente, los resultados obtenidos fueron: el 46,7% de las/os Licenciadas/os consideraron que el uso de las medidas de CF garantiza "a veces" la seguridad del paciente, el 33,3% "a menudo" y el 20% "siempre". En tanto, el 75 % de los Auxiliares consideraron que el uso de las medidas de contención física garantiza "a veces" la seguridad del paciente, el 17,5% "a menudo" y el 7,5% respondieron "siempre".

En esta variable un alto porcentaje de los encuestados consideró a la contención física como una práctica insegura. Estos resultados pueden deberse al déficit de conocimientos de la población sobre el procedimiento, las complicaciones, recursos materiales adecuados, cuidados de Enfermería y desconocimiento de protocolo de CF.

- Seguridad del Proceso en la institución, considerando un aspecto negativo que atenta contra la seguridad.
- Solo una minoría del personal de Enfermería consideró a la contención física como una práctica segura.
- Una importante proporción de los encuestados mencionó la escasez de recursos humanos como causa de aplicación de la restricción física, aspecto que no justifica el uso de la medida.
- El profesional responsable de indicar la restricción física, mencionado por Enfermería, es el médico.
- Déficit de conocimientos del equipo de Enfermería sobre las medidas que conlleva la contención física y sus complicaciones.
- El personal de Enfermería carece de los conocimientos necesarios sobre los cuidados de los pacientes por contención física para estar en peligro de seguridad.
- Desconocimiento de Enfermería sobre los recursos materiales adecuados para la aplicación de la contención física.
- La población desconoce la existencia de normas y/o protocolos sobre contención física de pacientes.
- Escasa utilización de modelos y/o teorías de Enfermería por parte de todos. Licenciados en el Proceso de Atención de Enfermería.

Los aspectos revelados anteriormente ponen en evidencia el ejercicio de una práctica insegura por parte del equipo de Enfermería en materia de medidas de contención física en pacientes internados en el segundo nivel de atención de la institución.

CONCLUSIONES

- El estudio contó con un alto grado de participación y colaboración del personal de Enfermería, favoreciendo el trabajo de los investigadores.
- El desconocimiento de Enfermería sobre la existencia de la Comisión de Seguridad del Paciente en la institución, constituyendo un aspecto negativo que atenta contra la seguridad.
- Sólo una minoría del personal de Enfermería consideró a la contención física como una práctica segura.
- Una importante proporción de los encuestados mencionó la escasez de recursos humanos como causa de utilización de la contención física, aspecto que no justifica el uso de la medida.
- El profesional responsable de indicar la contención física, reconocido por Enfermería, es el médico.
- Déficit de conocimientos del equipo de Enfermería sobre las medidas previas a la contención física y sus complicaciones.
- El personal de Enfermería carece de los conocimientos necesarios sobre los cuidados de los pacientes con contención física poniendo en peligro su seguridad.
- Desconocimiento de Enfermería sobre los recursos materiales adecuados para la aplicación de la contención física.
- La población desconoce la existencia de normas y/o protocolos sobre contención física de pacientes.
- Escasa utilización de modelos y/o teorías de Enfermería por parte de las/os Licenciadas/os en el Proceso de Atención de Enfermería.

Los aspectos revelados anteriormente ponen en evidencia el ejercicio de una práctica insegura por parte del equipo de Enfermería en materia de medidas de contención física en pacientes internados en el segundo nivel de atención de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUGERENCIAS

- Se debería brindar información sobre la Comisión de Seguridad del Paciente a todo el personal de Enfermería para prevenir, identificar y reducir los eventos adversos que puedan producirse durante la asistencia.
- El equipo de Salud deberá recibir capacitación en materia de seguridad del paciente con medidas de contención física.
- La institución tendría que proporcionar y dar a conocer un protocolo sobre contención física al equipo de salud, estableciendo objetivo general, receptores, personal actuante, recursos materiales, casos en los que debe instaurarse, contraindicaciones, secuencia detallada de las acciones e indicadores de evaluación.
- Enfermería deberá establecer un Plan de Atención de cuidados estandarizado para pacientes con contención física.
- Las/os Licenciadas/os en Enfermería deberían ser impulsadas a utilizar modelos y/o teorías de Enfermería en el ejercicio de su profesión.

en <http://www.msp.gub.uy/img/nd/cxv2901.PDF>

• Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>

• Ferrás E. Revisión: Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Elsevier-Doyma. España. 2011. Disponible en: <http://www.cuidadoscriticos.org/boletines/boletines/SEGURODAD-RESTRICCIONES-EMILIO-FERRAS-031501A15C03A31F52.pdf>

• Fundación Arco Dorabella. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta N° 3. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Disponible en: http://www.fca.org/Portals/0/Seguridad/Alerta%203%20Inmovilizacion_V2.pdf

• Hernández Sánchez R, Fernández C, España P. Metodología de la investigación. 1997. Disponible en: <http://www.cerebral.org/revista/revista-social/revista-social-metodologia-de-la-investigacion/>

• Leñero C, Pizarri M, Merluzzi A, Kalfat M, Tafaz C, Piel C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos privados. *Eur J Psychol*. vol. 36, N° 2, 187-190, 2002. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v36i2.187-190>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Casado M, Lobo M, Undabeytia M, Pineda A. "Error es humano...pero más humano parece ocultarlo". Revista científica de la Sociedad española de Enfermería de urgencias y emergencias. Segunda época, N° 6 Especial, XXI Congreso Nacional. SEEUE. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina7.html>
- Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria y Grupo de trabajo en Contención de Movimientos de Pacientes. Protocolo de Contención de Movimientos en Pacientes. Hospital La Fuenfría Hospital Clínico San Carlos. Madrid, 2010. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_57886_FICHERO_NOTICIA_99413.pdf
- Cometto M, Gómez P, Marzon G, Zárate R, Bortoli S, Falconí C, et al. Enfermería y seguridad de los pacientes. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2011.
- Constitución de la Republica Oriental del Uruguay, 1997. Disponible en <http://www.rau.edu.uy/uruguay/const97-1.6.htm>
- Decreto N° 320/999. Política General en materia de ancianidad - Reglamentación Técnica de los Alojamientos Privados para Adultos Mayores. Uruguay, 1999. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/2907.PDF>
- Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>
- Fariña E. Revisión: Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Elsevier-Doyma. España, 2011. Disponible en: <http://www.cuidadosdignos.org/blog/wp-content/nuevo//SEGURIDAD-Y-RESTRICCIONES-EMILIO-FARI%C3%91A-L%C3%93PEZ.pdf>
- Fundación Avedis Donabedian. Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta N° 5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. Disponible en: http://www.fadq.org/Portals/0/SeguridadAt/Alerta%205%20Inmovilizacion_v2.pdf
- Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 1997. Disponible en: Libros sobre gerencia social: <http://gerenciasocial.net/libros/mi2000-metodologia-de-la-investigacion/>
- Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. Eur. J. Psychiat. Vol. 16, N.º 2, (87-98), 2002. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000200002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1579-699X2002000200002>.

- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Ordenanza Ministerial N° 660 de 20 de octubre de 2006. Disponible en: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2406,15753
- Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay. Ordenanza Ministerial N° 481 de 1 de agosto de 2008. Disponible en www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?2406,15753
- Muñoz A. Interrumpir el error. Encuentro Nacional de Enfermería por la Seguridad del Paciente. La Diaria. Montevideo, 14 de mayo de 2012. Disponible en <http://ladiaria.com.uy/articulo/2012/5/interrumpir-el-error/>
- Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1 Informe técnico definitivo. Enero del 2009. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OMS. 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional. Seguridad del paciente. Washington, 4 de mayo de 2006. Disponible en: www.forosalud.org.pe/Seguridad_del_paciente.doc
- Pineda E, Alvarado E, De Canales F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1994.
- Ruiz J. "Los Estudios de Opinión". Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias sociales y humanas. Colombia 2010.
- Red de Enfermería en Seguridad del Paciente. Disponible en: <http://164.73.124.24/fenf/respu/default.html>
- Suarez J, Castillo A, Fernández D, Muñoz, M. Manual de valoración de patrones funcionales. Comisión de cuidados. Dirección de Enfermería de atención primaria. Área sanitaria V. Asturias. Junio, 2010.

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Tablas y Gráficos.....	43
ANEXO II: Cuestionario.....	77
ANEXO III: Definición de Estado de Opinión.....	80
ANEXO IV: Protocolo de CF de Hospital Vialandón.....	81
ANEXO V: Carta 1 a División de Enfermería.....	85
ANEXO VI: Carta 2 a División de Enfermería.....	87
ANEXO VII: Cronograma de actividades.....	88
ANEXO VIII: Anexos.....	89

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

TABLAS Y GRÁFICOS

ANEXO I: Tablas y Gráficos.....	43
ANEXO II: Cuestionario	77
ANEXO III: Definición de Estudio de Opinión.....	80
ANEXO IV: Protocolo de CF de Hospital Vilardebó	81
ANEXO V: Carta 1 a División de Enfermería	86
ANEXO VI: Carta 2 a División de Enfermería	87
ANEXO VII: Cronograma de actividades	88
ANEXO VIII: Recursos.....	89

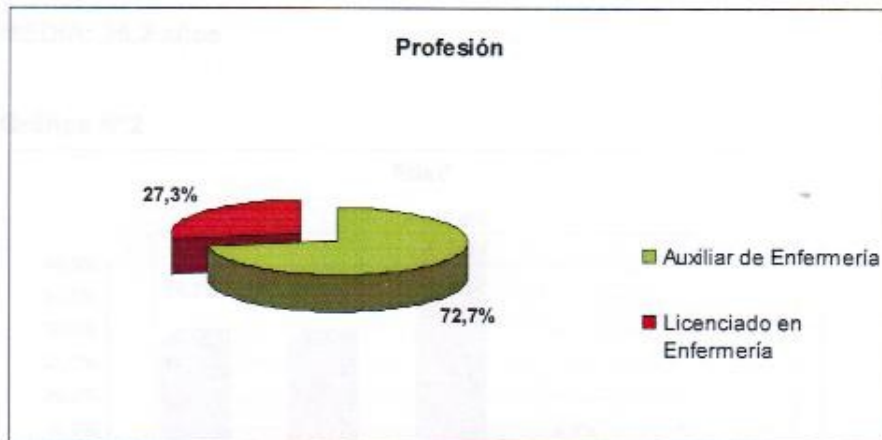
ANEXO I
TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N°1: Profesión

Profesión	FA	FR%
Auxiliar de Enfermería	40	72,7%
Licenciado en Enfermería	15	27,3%
Total	55	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°1



* Fuente: Cuestionario.

VARIABLES REFERENTES A LIC. EN ENFERMERÍA

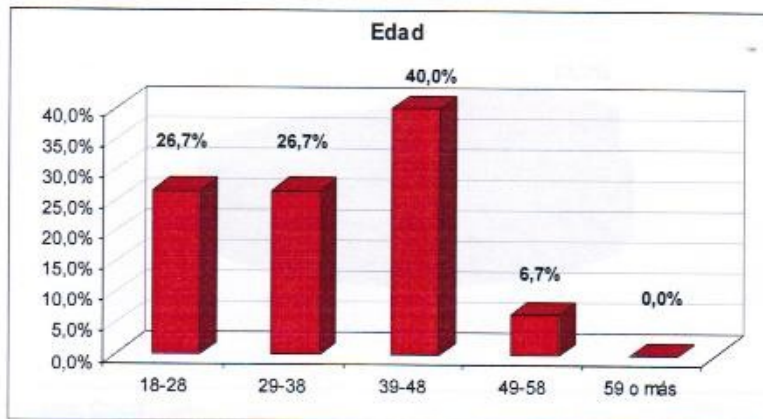
Tabla N°2 Edad

Edad	FA	FR%
18-28	4	26,7%
29-38	4	26,7%
39-48	6	40,0%
49-58	1	6,0%
59 o más	0	0,0%
Total	15	100,0%

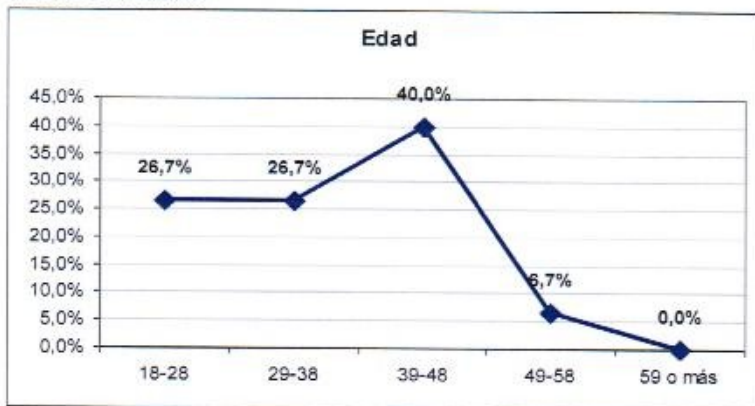
* Fuente: Cuestionario.

MEDIA: 35.2 años

Gráfica N°2



* Fuente: Cuestionario.



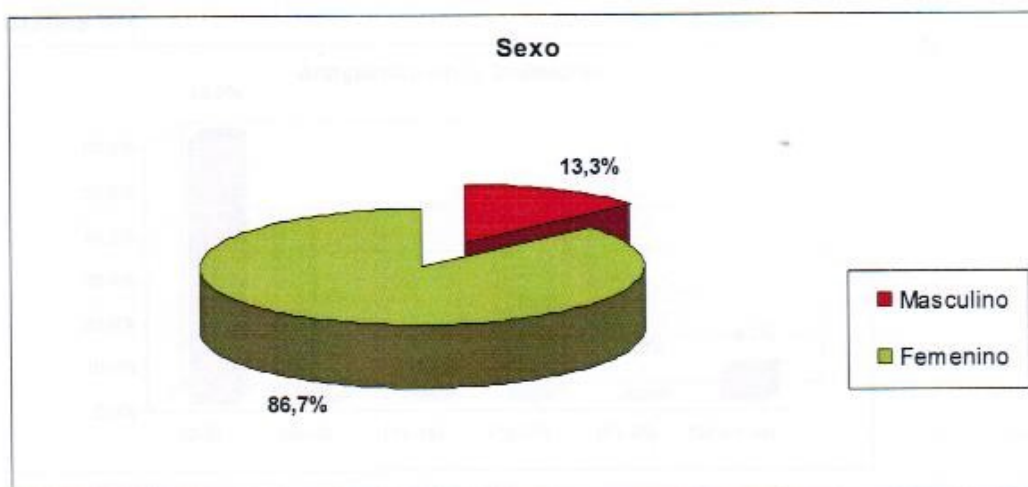
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N° 3 Sexo

Sexo	FA	FR%
Masculino	2	13,3%
Femenino	13	86,7%
Total	15	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°3



* Fuente: Cuestionario.

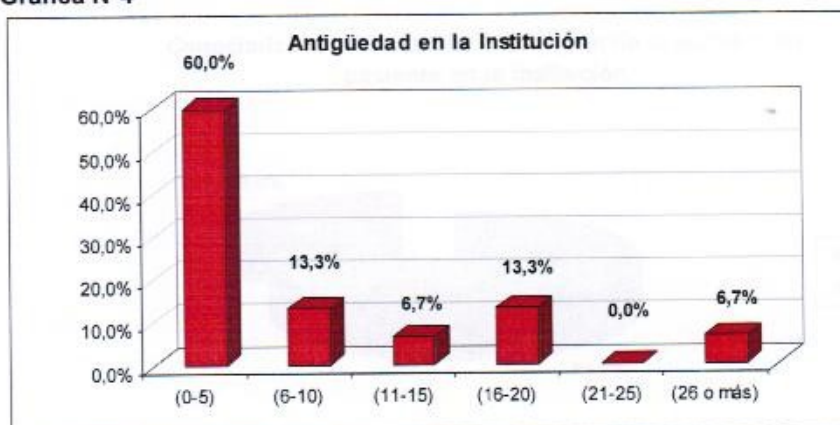
Tabla N°4 Antigüedad en la Institución

Antigüedad en la Institución	FA	FR%
(0-5)	9	60,0%
(6-10)	2	13,3%
(11-15)	1	6,7%
(16-20)	2	13,3%
(21-25)	0	0,0%
(26 o más)	1	6,7%
Total	15	100,0%

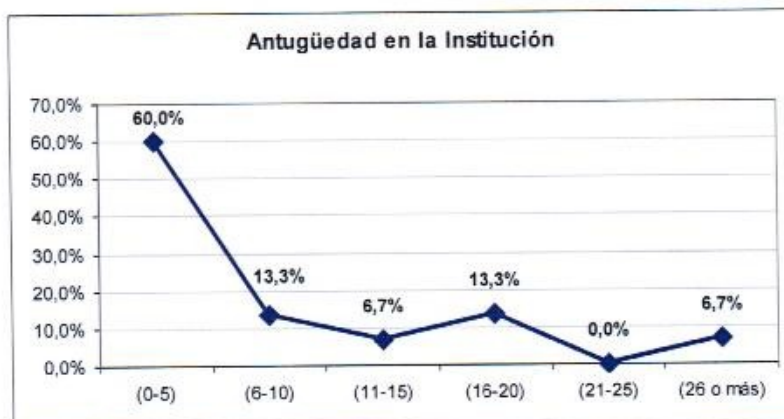
* Fuente: Cuestionario.

MEDIA: 6.2 años

Gráfica N°4



* Fuente: Cuestionario.



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°5 Conocimiento sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad del paciente en la Institución.

Conocimiento sobre comité o comisión de seguridad del paciente en la institución	FA	FR%
SI	12	80,0%
NO	3	20,0%
Total	15	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°5



* Fuente: Cuestionario.

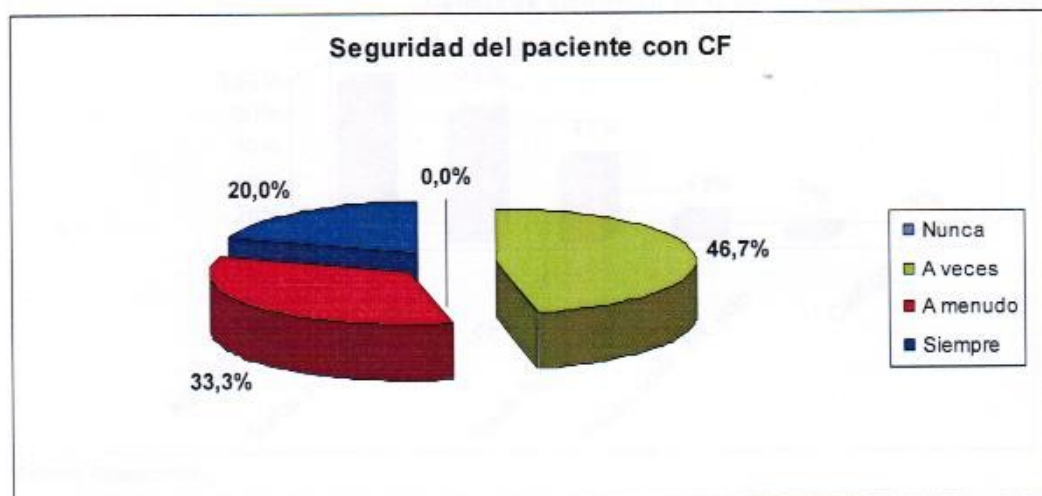
Tabla N°6 Seguridad del paciente con CF

Seguridad del paciente con CF	FA	FR%
Nunca	0	0,0%
A veces	7	46,7%
A menudo	5	33,3%
Siempre	3	20,0%
Total	15	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°6

Gráfica N°7



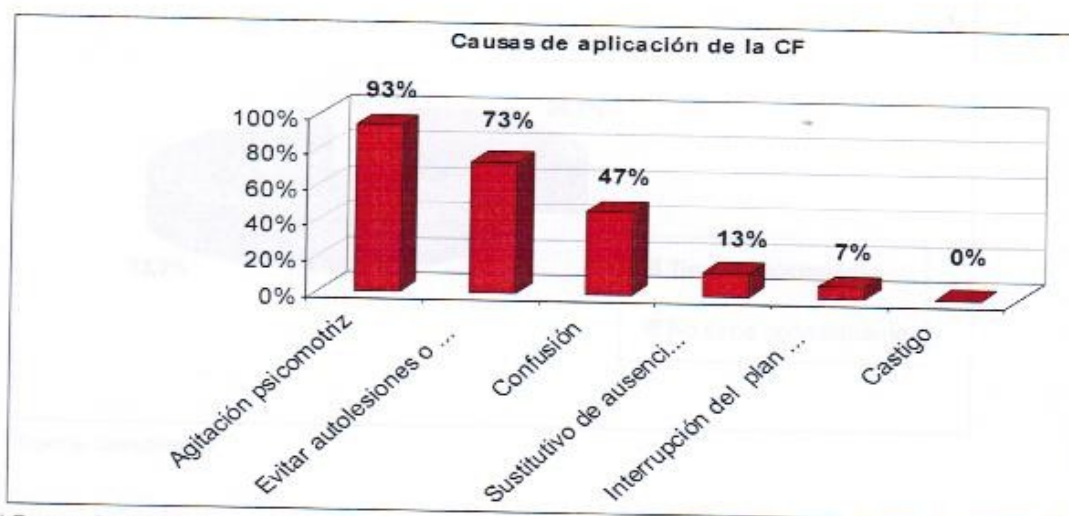
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°7 Causas de la aplicación de la CF

Causas de aplicación de la CF	FA	FR%
Agitación psicomotriz	14	93%
Evitar autolesiones o lesiones a terceros	11	73%
Confusión	7	47%
Sustitutivo de ausencia de personal	2	13%
Interrupción del plan terapéutico	1	7%
Castigo	0	0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°7



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°8 Conocimientos sobre la medidas previas a la CF

Conocimiento sobre las medidas previas a la CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	4	26,7%
No tiene conocimiento	11	73,3%
Total	15	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°8



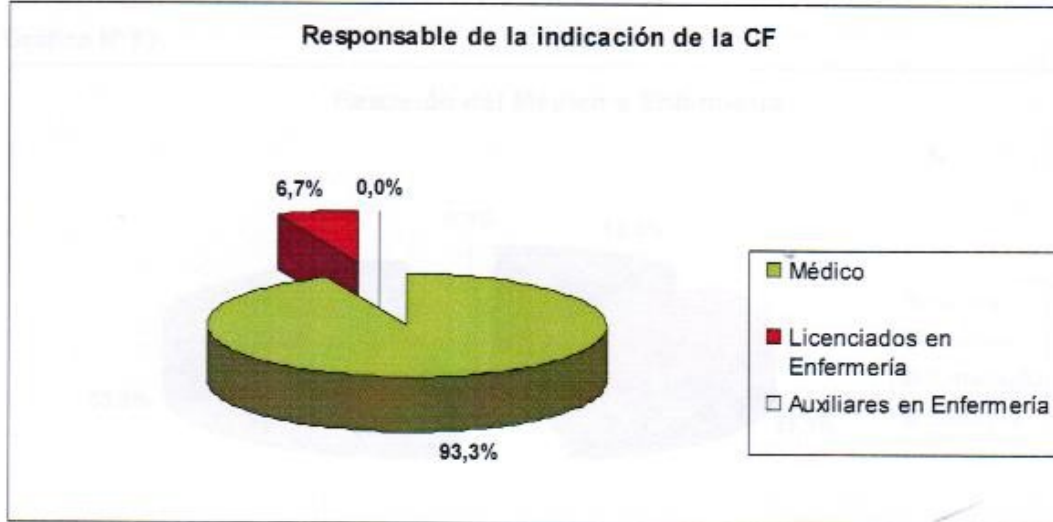
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°9 Responsable de la indicación de la CF

Responsables de la indicación de la CF	FA	FR%
Médico	14	93,3%
Licenciados en Enfermería	1	6,7%
Auxiliares en Enfermería	0	0,0%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°9



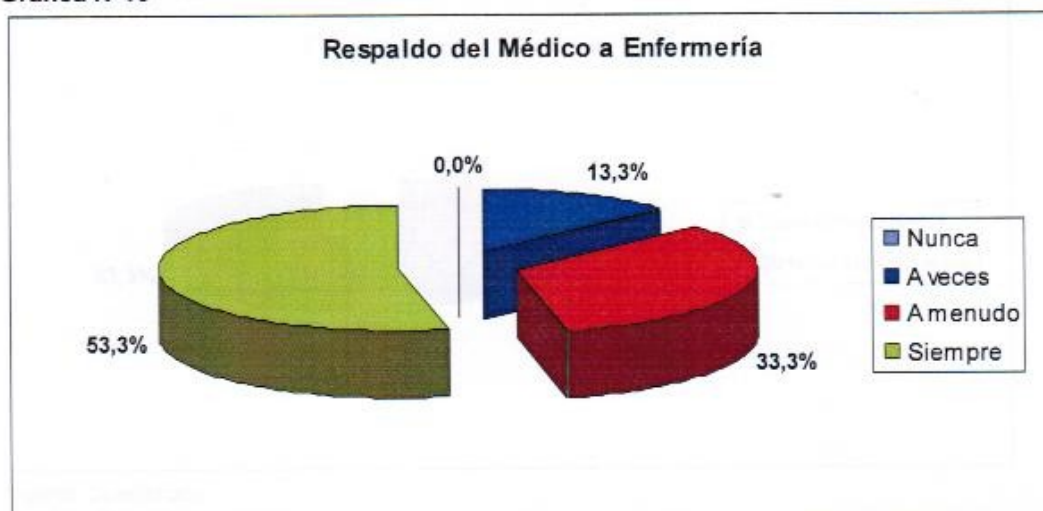
*Fuente: Cuestionario.

Tabla N°10 Respaldo del médico a Enfermería

Respaldo del Médico a Enfermería	FA	FR%
Nunca	0	0,0%
A veces	2	13,3%
A menudo	5	33,3%
Siempre	8	53,3%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°10



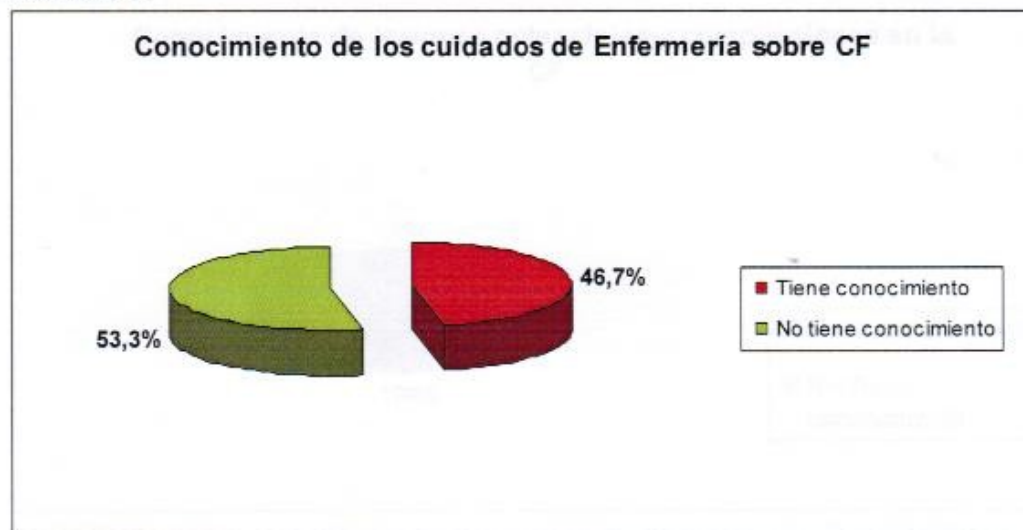
*Fuente: Cuestionario

Tabla N°11 Conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF

Conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	7	46,7%
No tiene conocimiento	8	53,3%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°11



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°12 Conocimiento de las lesiones potenciales y complicaciones en la CF

Conocimiento de lesiones potenciales y complicaciones en la CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	0	0,0%
No Tiene conocimiento	15	100,0%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°12



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°13 Normas y/o protocolos sobre CF

Normas y/o protocolos sobre CF	FA	FR%
Si	6	40,0%
No	9	60,0%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°13



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°14 Presentación en forma escrita de las normas y/o protocolos sobre CF

Presentación en forma escrita de las normas y/o protocolos sobre CF	FA	FR%
Si	6	100,0%
No	0	0,0%
Total	6	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°14



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°15 Accesibilidad de Enfermería a las normas y/o protocolos

Accesibilidad de Enfermería a las normas y/o protocolos	FA	FR%
Si	6	100,0%
No	0	0,0%
Total	6	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°15



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°16 Recursos materiales adecuados para la CF

Recursos materiales adecuados para la CF	FA	FR%
Si	0	0,0%
No	15	100,0%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°16



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°17 Utilización de un modelo de Enfermería

Utilización de un modelo de Enfermería	FA	FR%
Si	8	53,3%
No	7	46,7%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°17



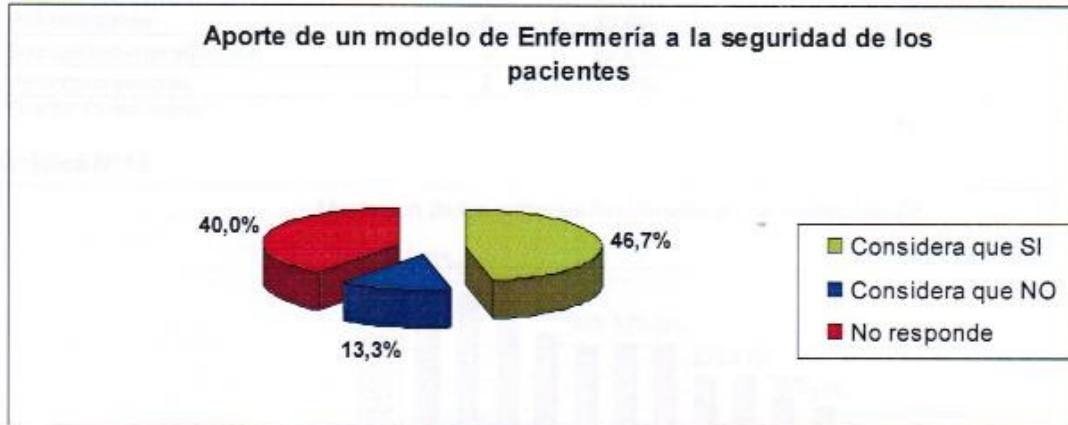
*Fuente: Cuestionario

Tabla N°18 Aporte de un modelo de Enfermería a la seguridad de los pacientes

Aporte de un modelo de Enfermería a la seguridad de los pacientes	FA	FR%
Considera que SI	7	46,7%
Considera que NO	2	13,3%
No responde	6	40,0%
Total	15	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°18



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°19 Afectación de los patrones funcionales en pacientes con CF

Afectación de los patrones funcionales en pacientes con CF	FA	FR%
Actividad y ejercicio	14	93,0%
Nutricional metabólico	13	87,0%
Eliminación	12	80,0%
Percepción-manejo de la salud	9	60,0%
Sueño-descanso	8	53,0%
Autopercepción-autoconcepto	8	53,0%
Adaptación-tolerancia al estrés	8	53,0%
Cognitivo perceptual	5	33,0%
Rol-relaciones	5	33,0%
Sexualidad-reproducción	3	20,0%
Valores-creencias	2	13,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°19



*Fuente: Cuestionario

VARIABLES REFERENTES A AUX. DE ENFERMERÍA

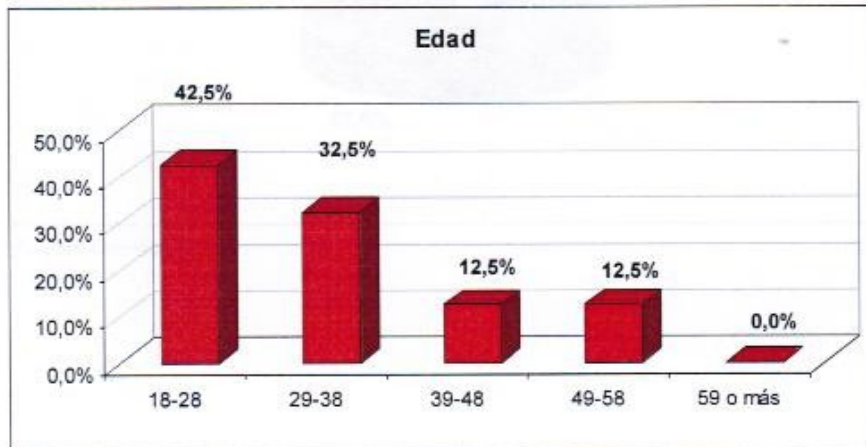
Tabla N°20 Edad

Edad	FA	FR%
18-28	17	42,5%
29-38	13	32,5%
39-48	5	12,5%
49-58	5	12,5%
59 o más	0	0,0%
Total	40	100,0%

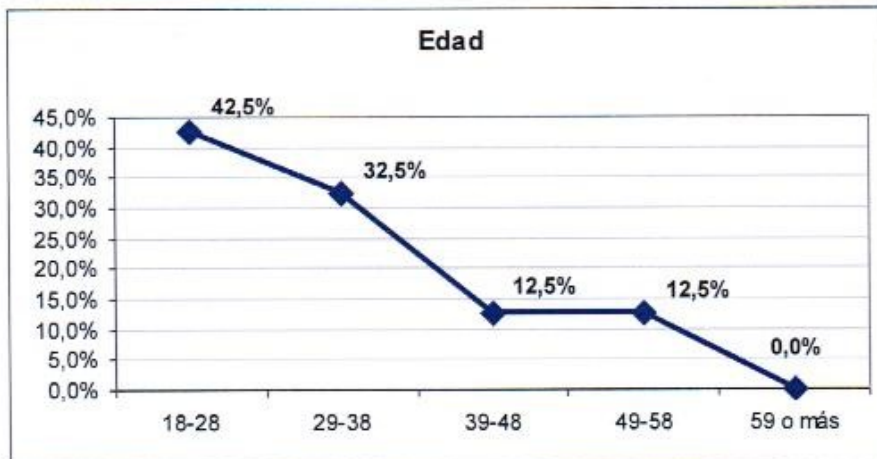
* Fuente: Cuestionario.

MEDIA: 32.9 años

Gráfica N°20



* Fuente: Cuestionario.



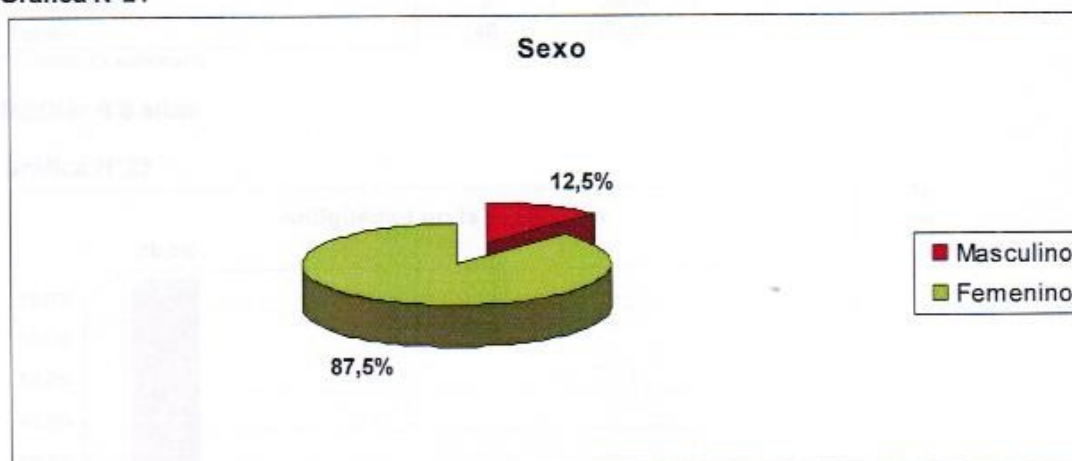
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N° 21 Sexo

Sexo	FA	FR%
Masculino	5	12,5%
Femenino	35	87,5%
Total	40	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°21



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°22 Antigüedad en la Institución

Antigüedad en la Institución	FA	FR%
(0-5)	28	70,0%
(6-10)	4	10,0%
(11-15)	3	7,5%
(16-20)	2	5,0%
(21-25)	1	2,5%
(26 o más)	2	5,0%
Total	40	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

MEDIA: 6.6 años

Gráfica N°22



* Fuente: Cuestionario.



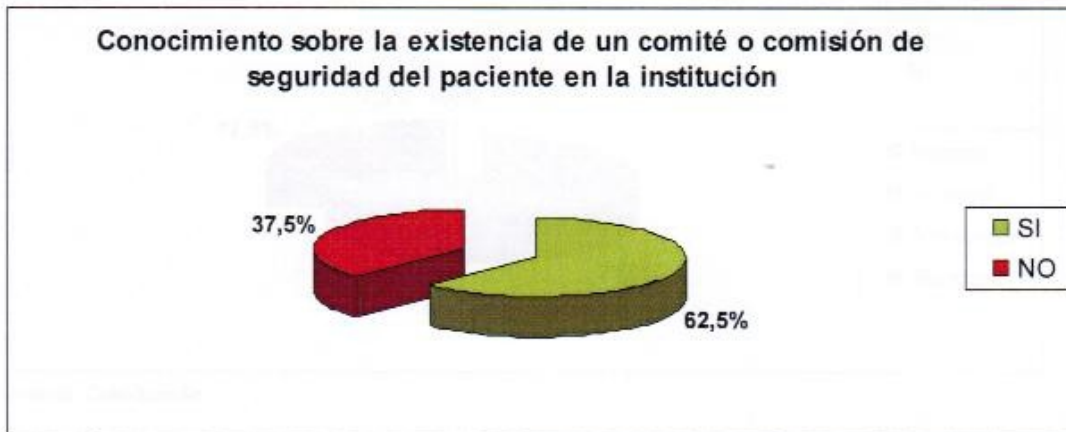
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°23 Conocimiento sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad del paciente en la Institución.

Conocimiento sobre comité o comisión de seguridad del paciente en la institución	FA	FR%
SI	25	62,5%
NO	15	37,5%
Total	40	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°23



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°24 Seguridad del paciente con CF

Seguridad del paciente con CF	FA	FR%
Nunca	0	0,0%
A veces	30	75,0%
A menudo	7	17,5%
Siempre	3	7,5%
Total	40	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°24



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°25 Causas de la aplicación de la CF

Causas de aplicación de la CF	FA	FR%
Evitar autolesiones o lesiones a terceros	33	83,0%
Agitación psicomotriz	29	73,0%
Confusión	13	33,0%
Interrupción del plan terapéutico	3	8,0%
Otras	2	5,0%
Sustitutivo de ausencia de personal	1	3,0%
Castigo	0	0,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°25



* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°26 Conocimientos sobre la medidas previas a la CF

Conocimiento sobre las medidas previas a la CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	7	17,5%
No tiene conocimiento	33	82,5%
Total	40	100,0%

* Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°26



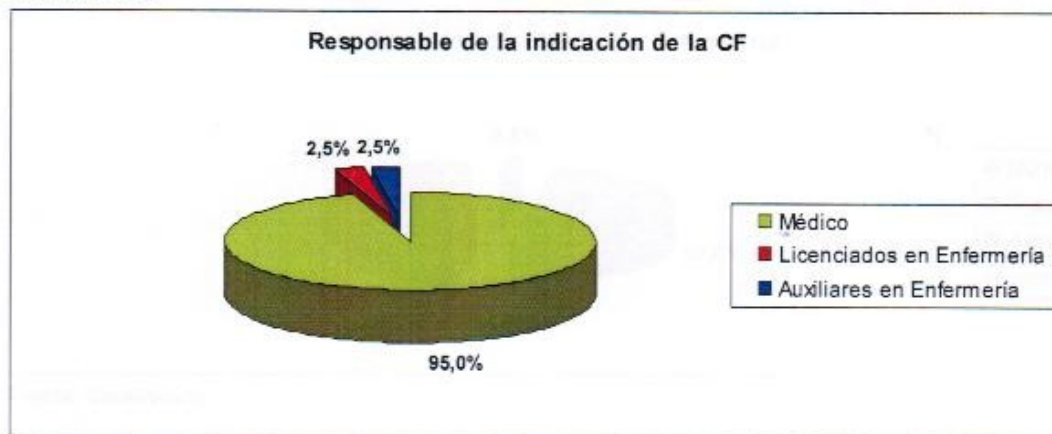
* Fuente: Cuestionario.

Tabla N°27 Responsable de la indicación de la CF

Responsables de la indicación de la CF	FA	FR%
Médico	38	95,0%
Licenciados en Enfermería	1	2,5%
Auxiliares en Enfermería	1	2,5%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario.

Gráfica N°27



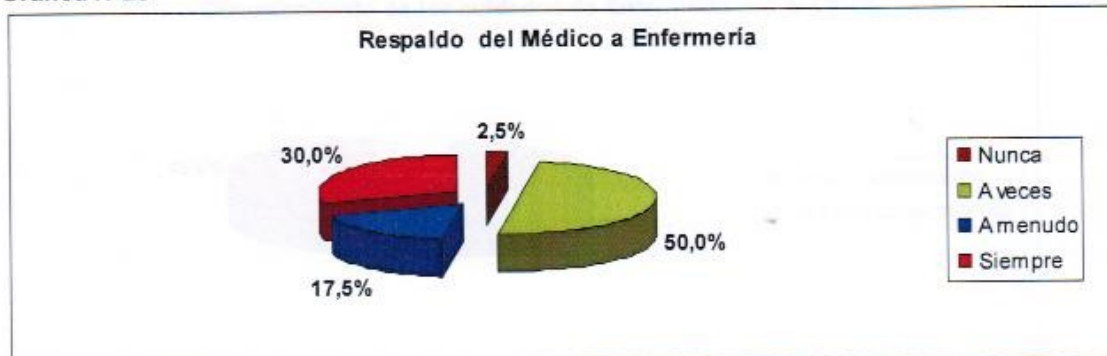
*Fuente: Cuestionario.

Tabla N°28 Respaldo del médico a Enfermería

Respaldo del Médico a Enfermería	FA	FR%
Nunca	1	2,5%
A veces	20	50,0%
A menudo	7	17,5%
Siempre	12	30,0%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°28



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°29 Conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF

Conocimiento de los cuidados de Enfermería sobre CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	22	55,0%
No tiene conocimiento	18	45,0%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°29



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°30 Conocimiento de las lesiones potenciales y complicaciones en la CF

Conocimiento de lesiones potenciales y complicaciones en la CF	FA	FR%
Tiene conocimiento	0	0,0%
No Tiene conocimiento	40	100,0%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°30



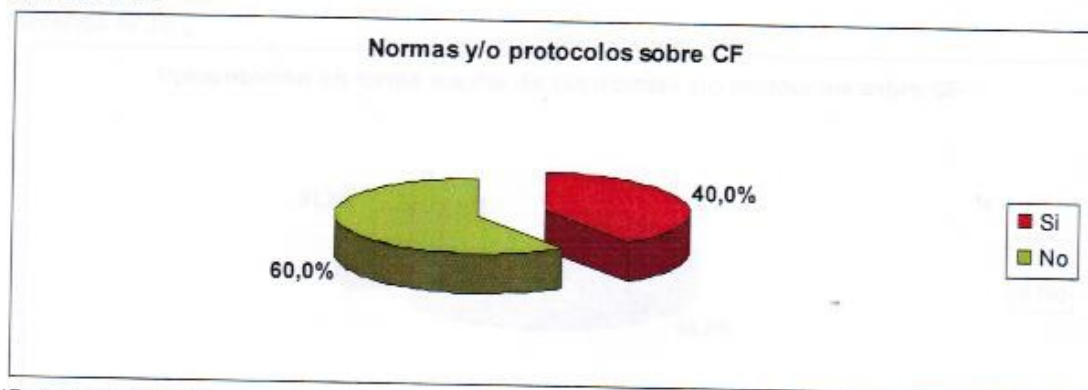
*Fuente: Cuestionario

Tabla N°31 Normas y/o protocolos sobre CF

Normas y/o protocolos sobre CF	FA	FR%
Si	16	40,0%
No	24	60,0%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°31



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°32 Presentación en forma escrita de las normas y/o protocolos sobre CF

Presentación en forma escrita de las normas y/o protocolos sobre CF	FA	FR%
Si	11	68,8%
No	5	31,3%
Total	16	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°32



*Fuente: Cuestionario

Tabla N°33 Accesibilidad de Enfermería a las normas y/o protocolos

Accesibilidad de Enfermería a las normas y/o protocolos	FA	FR%
Si	5	45,5%
No	6	54,5%
Total	11	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°33



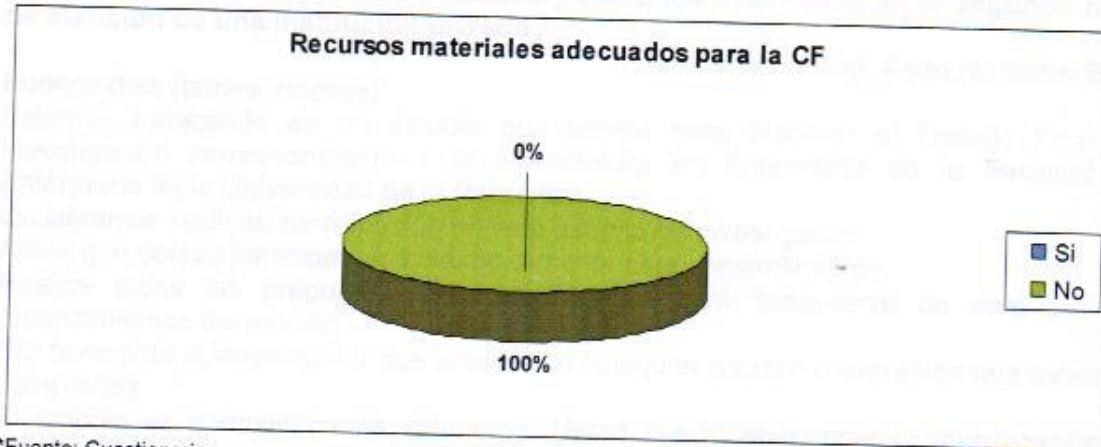
*Fuente: Cuestionario

Tabla N°34 Recursos materiales adecuados para la CF

Recursos materiales adecuados para la CF	FA	FR%
Si	0	0,0%
No	40	100,0%
Total	40	100,0%

*Fuente: Cuestionario

Gráfica N°34



*Fuente: Cuestionario

ANEXO II CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO

Estudio de opinión de Enfermería: ¿Es una práctica segura el uso de medidas de contención física en pacientes adultos y ancianos internados en el segundo nivel de atención de una institución privada?

Tutora: Prof. Agdo.(s) Isabel Silva

Buenos días (tardes, noches):

Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar el Trabajo Final de Investigación correspondiente a la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Quisiéramos pedir su participación en este estudio de investigación.

Antes que decida participar lea cuidadosamente este consentimiento.

Realice todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de entender los procedimientos del estudio.

Por favor pida al investigador que le explique cualquier palabra o expresión que usted no comprenda.

El estudio es completamente voluntario. Usted puede abandonar la investigación al momento de entregar el cuestionario. Luego de esta instancia no será posible, pues el formulario se adjuntará a los ya obtenidos de otros encuestados y no tendrá ninguna información que determine su identidad, siendo imposible su exclusión.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar. Serán Licenciadas/os en Enfermería y Auxiliares de Enfermería.

Su participación no tendrá ningún beneficio personal.

Deberá contestar preguntas que no llevarán mucho tiempo. La información proporcionada por usted será confidencial. Se sumarán sus respuestas, se reportarán en la investigación, pero nunca se revelarán datos individuales.

Consentimiento

He leído la información y se me ha explicado de manera adecuada todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación en él.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información para los propósitos descritos anteriormente.

Nombre del participante..... Firma.....

Fecha:.....

Cuestionario N°.....

Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lea cuidadosamente cada una de las consignas y seleccione con una cruz (X) la opción que considere más apropiada. Escriba su respuesta con lapicera, en imprenta y letra clara.

La consigna número once (11) debe ser respondida solamente por las/os Lic. en Enfermería.

Profesión: Licenciada/o en Enfermería ___ Auxiliar de Enfermería ___

Edad: ___ años Sexo: F ___ M ___ Año de ingreso a la institución: _____

1. ¿Tiene conocimiento sobre la existencia de un comité o comisión de seguridad del paciente en la institución? Si ___ No ___
2. Considera usted que el uso de medidas de contención física garantiza la seguridad del paciente: Nunca ___ A veces ___ A menudo ___ Siempre ___
3. Las causas más frecuentes de aplicación de la contención física en pacientes adultos y/o ancianos se deben a:
Confusión ___ Interrupción del plan terapéutico ___ Agitación psicomotriz ___ Castigo ___
Evitar autolesiones o lesiones a terceros ___ Sustitutivo de ausencia de personal ___
Otras ___ ¿Cuáles? _____
4. ¿Cuáles son las medidas o acciones que adopta antes de proceder a la contención física del paciente? Menciónelas: _____

5. ¿Quién indica la aplicación de la contención física?
Médico ___ Lic. en Enfermería ___ Aux. de Enfermería ___
6. Cuando la contención física es aplicada por Enfermería. ¿El médico respalda la medida?
Nunca ___ A veces ___ A menudo ___ Siempre ___
7. Mencione tres o más cuidados de Enfermería que considera imprescindibles en un paciente con contención física. _____

8. Mencione tres o más complicaciones en un paciente con medidas de contención física. _____

9. a) ¿La institución o el servicio en el que se desempeña posee normas y/o protocolo sobre el uso de la contención física? Si ___ No ___
b) ¿Esas normas están escritas? Si ___ No ___

- c) ¿Tiene fácil acceso a ellas? Si ___ No ___
10. ¿Cuenta con recursos materiales apropiados para evitar lesiones en el paciente con contención física? Si ___ No ___ Menciónelos _____
- _____
- _____

11. Le recordamos que esta consigna debe contestarla solamente las/os Lic. en Enfermería.

- a) ¿En la elaboración del Proceso de Atención de Enfermería en su servicio utiliza un modelo o teoría de Enfermería? Si ___ No ___ ¿Cuál? _____

- b) ¿Considera que la utilización de un modelo de Enfermería en el PAE contribuye a la seguridad de los pacientes? ¿Por qué?
- _____
- _____
- _____
- _____

- c) Uno de los modelos de Enfermería más utilizado se basa en patrones funcionales que determinan el nivel de salud y bienestar de las personas. Establezca la afectación de los patrones funcionales en pacientes con contención física, marcando con una cruz (X):

- Percepción - manejo de la salud _____
- Nutricional metabólico _____
- Eliminación _____
- Actividad y ejercicio _____
- Sueño – descanso _____
- Cognitivo perceptual _____
- Auto percepción – autoconcepto _____
- Rol – relaciones _____
- Sexualidad – reproducción _____
- Adaptación – tolerancia al estrés _____
- Valores – creencias _____

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO III

Estudio de Opinión

El estudio de opinión consiste en "una técnica destinada a obtener información primaria de un número representativo de individuos de una población para proyectar sus resultados sobre la población total". Aignerren, 1992.³⁶

José Aignerren³⁷ expresa que "los estudios de opinión son en la práctica una foto instantánea, una radiografía de la opinión pública. La calidad de la fotografía depende no sólo de la calidad de la máquina fotográfica, sino también, de la capacidad creativa y de manejo del operador. En esta definición, la máquina es el instrumento o encuesta y el fotógrafo operador es el encuestador, el cual, tiene como presupuesto un conocimiento del contexto cultural en el cual se aplicará el instrumento".³⁸

Según la definición de este autor se concluye que el estudio de opinión es una técnica orientada a obtener información expresada en las respuestas de los encuestados, pertenecientes a una muestra representativa, para luego hacer extensivos los resultados al universo.

En cuanto a la metodología de los estudios de opinión se destacan la observación y la encuesta.

³⁶ Ruiz J. "Los Estudios de Opinión". Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias sociales y humanas. Colombia 2010. Página 10.

³⁷ José Miguel Aignerren, 1992. Doctor en Ciencias Sociales, Magister en Sociología, Especialista en Demografía.

³⁸ Ruiz J. "Los Estudios de Opinión". Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias sociales y humanas. Colombia 2010. Página 7.

ANEXO IV

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA Y MECÁNICA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN MENTAL EN ESTADO DE EXCITACIÓN Y/O AGITACIÓN DE HOSPITAL VILARDEBÓ

OBJETIVO GENERAL

- Establecer criterios de actuación en el manejo de pacientes en estado de excitación y agitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantizar la seguridad del paciente, del resto de los pacientes, de los familiares y del equipo técnico.
- Fomentar la eficacia del equipo técnico en el uso de medidas de contención.

POBLACIÓN SUJETO

- Cualquier paciente internado en el hospital o atendido en el servicio de emergencia o servicio ambulatorio podría ser susceptible de contención.

JUSTIFICACIÓN

- La enfermedad y la hospitalización ofrecen estímulos suficientes para constituirse en fuentes importantes de estrés emocional. Este es un acontecimiento singular y amenazante en sus vidas frente al que deben desplegar todos sus recursos, ya sean adaptativos o no adaptativos.

INDICACIONES

- Prevenir lesiones al propio paciente (auto agresión, caídas accidentales).
- Prevenir lesiones a otras personas (hetero agresividad).
- Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio u otros pacientes (arranque de vías venosas, sondas, etc.).
- Evitar daños físicos significativos en el servicio.
- Reducir estímulos sensoriales.
- Si lo solicita voluntariamente el usuario ante sensación inminente de crisis.

CONTRAINDICACIONES

No se debe utilizar la contención mecánica en las siguientes situaciones:

- Como un castigo al paciente por su trasgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo al tratamiento.
- En caso de encefalopatías y cuadros confusionales que pueda perjudicar al paciente.
- Cuando existen una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia.

PROCEDIMIENTO

- Valorar la situación de crisis, observando la expresión gestual y verbal del paciente y su entorno.
- Lograr un ambiente físico libre de elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal (instrumentos para agredir y/o agredirse).
- Identificar el grado de aceptación del paciente, de ser controlado desde afuera, (autocontrol).
- Identificar al integrante del equipo que influye positivamente sobre el usuario para que durante el procedimiento le brinde a éste seguridad.
- La indicación de sujeción mecánica la realizará el médico responsable del caso o el médico de guardia.
- Comunicarle al médico la situación y solicitarle que realice las indicaciones de contención mecánica y farmacológica, así como su registro en Historia Clínica.
- Si el médico no puede atender la demanda en ese momento enfermería puede actuar por propia iniciativa.
- Verificar antes de intervenir que las medidas de contención (mecánica y farmacológica), estén accesibles y sean adecuadas.
- El material específico, deberá existir en cantidad suficiente al menos dos juegos completo por sala de acuerdo a las características de la misma bajo la responsabilidad y supervisión de enfermería.
- Estar atento a los cambios de actitud bruscos del paciente, no invadiendo su espacio, ni con actitud desafiante.
- Mantenerse a una distancia prudencial, quedando fuera del alcance de sus piernas y brazos, evitando permanecer frente al paciente, si es posible sentarse al lado del mismo.
- Dirigirse al paciente en forma calmada con un tono de voz suave pero firme, sin provocaciones y escuchando cuando habla.
- A medida que aumenta la tensión antes de la aparición de la conducta violenta, incluso los pacientes mas graves pueden responder al contacto interpersonal no provocativo y a una expresión de protección y cuidado.
- No mostrarse agresivo, ni físico ni verbalmente, no se puede responder a los insultos, agresiones o provocaciones.
- La contención física y mecánica deberá realizarse con 2 a 5 personas según la situación.
- El equipo operativo deberá realizar vigilancia de imprevistos, contacto visual permanente. Atención a cabeza, boca y miembros del paciente.

CONTENCIÓN FÍSICA

- En el caso que se haya tomado la decisión de realizar la contención física, se debe retirar al o los acompañantes del paciente u otros acompañantes que se encuentren en el sector, debido a que este procedimiento puede ser mal interpretado o ser tomado como una agresión hacia el paciente.
- El equipo que intervendrá deberá idealmente estar formado por un mínimo de 3 personas y un máximo de 5 personas.
- Uno de los integrantes coordinará el procedimiento y será el que administre la medicación; y cada uno de los participantes conocerá por adelantado que tarea debe realizar él y los demás para una eficiente intervención.
- Contener físicamente al usuario, evitando traumatismos, no forzar las articulaciones más allá del límite funcional y evitando que éste nos lesione, se administra la medicación y posteriormente se traslada a la unidad.

CONTENCIÓN MECÁNICA

- Las medidas de contención se colocarán en forma que no interrumpen la circulación y no provoquen lesiones en la piel del paciente.
- Registrar detalladamente todo el procedimiento: motivo, método utilizado, control de signos vitales y conducta del usuario.
- Al paciente excitado o agitado que se le haya aplicado sujeción física y/o mecánica se le considerará como un PACIENTE CRÍTICO, ya que requieren de atención total para la satisfacción de sus necesidades básicas.
- El abordaje de estos pacientes requiere un mayor control por parte de enfermería dado el potencial lesivo de auto y hetero agresividad.
- La intervención técnica debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y quienes lo atienden.
- Si es posible antes de actuar explicar al paciente lo que se va hacer de forma clara y simple.

MEDICO PSIQUIATRA

- Indicará las medidas de contención mecánicas.
- Valorará nuevamente al paciente a las 2 horas de aplicada la contención mecánica.
- El tiempo de colocación será como máximo de 72 horas si se debe continuar con las medidas el médico deberá realizar una nueva valoración e indicación.
- Registrará en la historia clínica las valoraciones y las indicaciones médicas.

EQUIPO DE ENFERMERÍA

- Planificará el cuidado para satisfacer todas las necesidades físicas y psicológicas del paciente impedido de realizar su autocuidado a causa de las medidas de contención.

- Controlará cada 15 minutos el estado del paciente, las sujeciones y el entorno en cada turno.
- Realizará el control de constantes vitales y estado de conciencia.
- Valorará de manera continua la aparición de complicaciones potenciales y la necesidad de mantener la contención.
- Asegurarse de que hay una buena ventilación y temperatura en la habitación.
- Quitará las sujeciones en forma alternativa y progresiva (comenzando por MMSS), a medida que mejore el paciente, controlando la respuesta del mismo, favoreciendo su participación en el autocuidado.
- Progresivamente se ayudará al paciente a integrar la experiencia vivida, y fortalecer así el vínculo y la relación de confianza entre él y el equipo.

SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

- Procederá a enseñar el procedimiento al personal de enfermería que ingresa al hospital.
- Evaluará el procedimiento para identificar aciertos y corregir errores con los actores.
- Valorará el estado del paciente, realizará el diagnóstico de enfermería y planificará el cuidado conjuntamente con enfermería operativa.
- Realizará registros en la historia clínica.

VIGILANCIA

- El vigilante actuará en la contención física y mecánica del paciente cuando sea solicitada su ayuda en sala o en servicio de emergencia por parte del médico o de enfermería.
- En ambientes abiertos como sala de espera, corredores, patios, jardines, entrada del hospital o cuando no se encuentra el técnico en sala o emergencia por causa justificada, actuarán si observan una situación de violencia.
- Solicitar posteriormente la intervención técnica del médico y/o de enfermería o trasladar al paciente donde corresponda.

COMPLICACIONES POTENCIALES

- Síntomas extra piramidales ocasionados por los neurolépticos.
- Posibles aspiraciones ante una sedación excesiva.
- Lesiones de piel y articulaciones al realizar la inmovilización.
- Autolesiones.
- Éxtasis venosos.

CONSIDERACIONES

- La contención física es una medida alternativa de seguridad, utilizándola como último recurso después del fracaso de la contención psicoemocional.
- La misma constituye una violación de los derechos del usuario y que sólo está justificada cuando sea necesario protegerlo a él mismo o a otros.
- En caso de ingreso no deberá ser internado con engaño.
- Ser informado debidamente es un derecho del paciente y la familia.

EVALUACIÓN

- El paciente estará contenido y no se realizará autolesiones.
- Se controlará los movimientos del paciente sin provocarle lesiones y/o contusiones.
- No se producirán lesiones en los miembros del equipo de salud.
- Se registrarán las actividades realizadas por el médico, supervisora y auxiliar de enfermería en la historia clínica de forma clara y precisa.
- Enfermería valorará de manera continua el estado del paciente, la aparición de complicaciones potenciales y la necesidad de mantener o retirar las medidas de contención.
- Informes y registro de los procedimientos empleados en el cuaderno de incidencias y cuaderno de novedades de la supervisión.

El trabajo se basó en la adecuación del protocolo presentado en el trabajo titulado "Protocolo de Actuación en Usuarios que presentan Excitación Psicomotriz". Autores Licenciados en Enfermería Isabel Alzate, Carlos Pérez, Sandra Pérez, Matilde Pérez y Luis Tato. Congreso de Servicio de Emergencia 2006.

Organización Departamento de Enfermería, Departamento de Psiquiatría, Servicio de Vigilancia. Asesoría Lic. Enf. Pierina Marcolini, coordinación Lic. Enf. Matilde Pérez y Sr. Fernando Boms.

BIBLIOGRAFÍA

- Dr. Jesús Antonio Ramos. Contención Mecánica. Psiquiatría Médica. Editorial Masson S. A. Barcelona 1999.
- Servicio Vasco de Salud. Hospital Psiquiátrico ARABANO. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental. Protocolo de Contención Año 2005.
- J. Douglas Evaluación y Manejo del Paciente Violento 1988.
- K. Tardiff Normativa Contención 1988.
- Dra. Stella Bocchino. Paciente Agresivo y Excitado. Facultad de Medicina. Universidad de la República. 2006.
- Lic. Enf. Pierina Marcolini, Contención de Pacientes con Alteración Mental Descompensados. Hospital Vilardebó. Año 2000

ANEXO V



Montevideo, Octubre 14 de 2012

Montevideo, Setiembre 28 de 2012.

Licenciada Directora de la División de Enfermería

Los abajo firmantes, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República – quienes se encuentran realizando el Trabajo Final de Investigación bajo la tutoría de la Prof. Agda.(s) Isabel Silva - solicitan a usted autorización para llevar a cabo la misma en los Servicios de Enfermería de la Institución en el período Octubre – Noviembre del corriente.

Adjuntamos copia del Protocolo de investigación.

Agradecemos su respuesta.

Cordialmente,

Br. Ferreira Silva, Alba Daniela

Br. Domínguez Vivas, Andrea Fabiana

Br. Demarco Porto, Lorena

Br. Ferreira Zelaya, Víctor José

Br. Del Puerto Arrospide, Pablo Daniel

Comité de Ética

Br. Ferreira Silva, Alba Daniela

Br. Domínguez Vivas, Andrea Fabiana

Br. Demarco Porto, Lorena

Br. Ferreira Zelaya, Víctor José

Br. Del Puerto Arrospide, Pablo Daniel

ANEXO VI

Montevideo, Octubre 14 de 2012.

Licenciada Directora de la División de Enfermería
.....

Los abajo firmantes, estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República – quienes realizarán el Trabajo Final de Investigación bajo la tutoría de la Prof. Agda.(s) Isabel Silva, en la Institución- informan a usted las pautas a seguir durante la recolección de datos correspondientes al estudio.

El proceso de recolección de datos y aplicación del cuestionario será implementado de la siguiente manera:

1. Los investigadores contactarán a las/os Lic. Enfermeras/os y Auxiliares de Enfermería, en los servicios en el que se encuentran trabajando en los turnos matutino, tarde, vespertino y nocturno.
2. La etapa de recolección de la información será a partir del día 18/10/2012 hasta el día 31/10/2012.(ver cronograma).
3. Serán dos investigadores por cada sector quienes, previa autorización de la Licenciada, procederán a la captación de los encuestados. Los mismos irán debidamente identificados.
4. Se solicitará la colaboración de los funcionarios para participar en la investigación.
5. Se entregará el cuestionario que será llenado de manera individual por los encuestados en un período no mayor a 10 minutos.
6. Una vez completo los formularios serán retirados por los investigadores.

Para garantizar el normal funcionamiento de los servicios se avisará a la/el supervisora/or del turno para que ésta comunique a las Licenciadas/os de los distintos sectores. De esta manera, el personal de Enfermería tendrá conocimiento de nuestra presencia en el sanatorio.

Cordialmente,

Br. Ferreira Silva, Alba Daniela
Br. Domínguez Vivas, Andrea Fabiana
Br. Demarco Porto, Lorena
Br. Ferreira Zelaya, Víctor José
Br. Del Puerto Arrospide, Pablo Daniel

ANEXO VII
Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	DICIEMBRE 2011	ENERO FEBRERO 2012	MARZO ABRIL 2012	MAYO JUNIO 2012	JULIO AGOSTO 2012	SETIEMBRE OCTUBRE 2012	NOVIEMBRE DICIEMBRE 2012
REUNION CON LA CATEDRA Y ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN							
TUTORIAS		15/02			6/08 17/08 29/08	28/09	30/11 07/12
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO							
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA							
APROBACIÓN DE PROTOCOLO						28/9	
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN						18/10 31/10	
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS							1/11 15/11
ELABORACION DEL INFORME FINAL							20/11 05/12
DEFENSA							

ANEXO VIII Recursos

1. Recursos humanos:
 - 5 estudiantes.
2. Recursos materiales:
 - Material bibliográfico.
 - Hojas de recolección de datos: cuestionario previamente diseñado.
 - Hojas de papel blancas.
 - Lapiceras.
 - Sobres.
 - Computadora:
 - Programa Microsoft Word.
 - Programa Excel.
 - Impresora.
3. Recursos financieros:
 - Propios de los investigadores. Los valores establecidos son aproximados.
 - Viáticos: \$ 7000
 - Impresiones: \$ 1200
 - Papelería: \$ 300
 - Compra de Bibliografía: \$ 300
 - Comunicaciones telefónicas: \$ 700
 - Fotocopias: \$ 350
 - En suma: \$ 9850