



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**



APLICACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION DE ENFERMERIA EN CONTENCION FISICA Y MECANICA EN USUARIOS CON AGITACION Y EXITACION PSICOMOTRIZ

AUTORES:

Br. Andriani, Virginia
Br. Mendez, Claudia
Br. Segundo, Maria José
Br. Viera, Maria Virginia
Br. Yakimenko, Carolina

TUTORAS:

Prof.Agr. Lic. Enf. Garay, Margarita
Prof.Adj. Psicóloga Capezzuto, Beatriz

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

Montevideo, 2007

Índice

| | |
|-------------------|--------|
| Resumen..... | Pág.2 |
| Introducción..... | Pág.3 |
| Metodología..... | Pág.5 |
| Resultados..... | Pág.6 |
| Análisis | Pág.26 |
| Conclusiones..... | Pág.30 |
| Sugerencias..... | Pág.31 |
| Bibliografía..... | Pág.32 |
| Anexos..... | Pág.33 |

Resumen

El siguiente trabajo presenta como **problema**. ¿Cuáles son los factores que facilitan o dificultan al equipo de enfermería la aplicación del protocolo de contención física y mecánica, en usuarios con agitación y excitación psicomotriz, en el servicio de emergencia y cuatro salas de internación del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó? Para investigar acerca del mismo, se plantea; como **objetivo general** conocer cuales son para el equipo de enfermería los factores que facilitan o dificultan la aplicación del protocolo de enfermería en contención física y mecánica, y las modificaciones que consideren pertinentes.

En base a ello se definen los **objetivos específicos**:

- Caracterizar a la población de estudio.
- Identificar los factores que facilitan o dificultan al equipo de enfermería en la aplicación de protocolos de contención física y mecánica, en usuarios con agitación y excitación psicomotriz.
- Identificar los cambios que el equipo de enfermería aplicaría en el protocolo ya establecido; de medidas de contención física y mecánica.

La investigación se lleva a cabo en el **Hospital psiquiátrico “Teodoro Vilardebó”, ubicado en la ciudad de Montevideo**, en el barrio “Reducto” dirección Millán 2515. En el periodo comprendido entre **mayo y diciembre del 2007**

El **tipo de investigación** es cuantitativa, descriptiva y de corte transversal.

En cuanto al **procedimiento para recolección de datos** se utilizó un cuestionario individual, de carácter anónimo y voluntario; el cual se otorga a cada integrante de la muestra seleccionada.

Relacionado a los métodos de control de calidad del cuestionario, se realiza una prueba piloto en la mencionada Institución con el fin de garantizar la viabilidad del instrumento.

La fuente de los datos a utilizar para la elaboración de las tablas y gráficos, son los cuestionarios realizados a la muestra seleccionada.

Las **conclusiones principales** obtenidas son:

El alto porcentaje de la población capacitada en psiquiatría en los dos últimos años y las adecuadas características que posee el espacio físico de la institución, son los factores facilitantes en la aplicación del protocolo de medidas de contención física y mecánica.

Según el ideal de los protocolos de referencia nacional e internacional, la dotación de recursos humanos insuficientes y la inaccesibilidad e insuficiencia en los recursos materiales al aplicar las medidas de contención, así como registros incompletos en la historia clínica y falta de instrumentos específicos para el registro del procedimiento; son factores que dificultan la aplicación del protocolo

Por ultimo, de acuerdo a las modificaciones del protocolo propuestas por la población se destacan; la necesidad de aumentar la dotación de recursos humanos para la aplicación de las medidas de contención.

Incrementar los recursos materiales en cantidad y mejorar su mantenimiento y control. Como necesidad en cuanto al protocolo, el aumento de la capacitación y difusión escrita para su aplicación.

Introducción

El presente trabajo de investigación, requisito final para el egreso, se lleva a cabo por cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, perteneciente a la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, en la cátedra de Salud Mental.

Cabe destacar que se realizo en coordinación con autoridades del Hospital quienes manifestaron el interés por el tema planteado debido a que no se conocen antecedentes en cuanto a los resultados de la puesta en práctica del protocolo al momento actual.

Con el fin de lograr un nivel de calidad asistencial uniforme que presente la posibilidad de supervisar el trabajo realizado y recopilar información útil para planificar futuras acciones, se define como instrumento esencial el protocolo de enfermería, el cual permitirá tener criterios de decisión terapéutica estandarizados frente a diversas situaciones.

En lo que refiere a los procedimientos de contención física y mecánica en usuarios con excitación y agitación psicomotriz, es preciso establecer definiciones y criterios comunes, que tengan en cuenta, avances técnicos, farmacológicos, y el respeto por el derecho de las personas en su individualidad.

Partiendo del concepto mencionado **se plantea; investigar** los factores que facilitan o dificultan al equipo de enfermería la aplicación del protocolo de contención física y mecánica, en usuarios con agitación y excitación psicomotriz, en el servicio de emergencia y cuatro salas de internación en el Hospital Vilardebó.

Es importante mencionar que una **crisis de excitación psicomotriz** es un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación de la conducta, liberación desordenada y excesiva de la energía psicofísica.

Y se define la **contención física o mecánica** como la utilización de mecanismos para restringir el movimiento de una parte del cuerpo o de su totalidad con el fin de evitar situaciones que pongan en situación de peligro al paciente o a otras personas.

Esta medida se adopta, en caso de necesidad, para administrar un tratamiento médico, para evitar que la persona se lesione a sí misma o a terceros, o impedir que siga destruyendo objetos o inmuebles.

En referencia a los **antecedentes del problema**, podemos mencionar que a nivel internacional existen protocolos que contienen criterios estandarizados para llevar a cabo las medidas de contención física y mecánica en pacientes con agitación y excitación psicomotriz.

A nivel nacional, se encuentra en el Hospital Vilardebó, un protocolo de medidas de contención física y mecánica elaborado por un grupo de Licenciados en Enfermería del Departamento de Enfermería, que coincide con los criterios principales desarrollados en los protocolos internacionales.

Es importante destacar que en ninguno de los protocolos mencionados se manifiesta la evaluación de los mismos y, en la búsqueda bibliográfica no se encuentran antecedentes que describan la relación del personal de salud con los protocolos planteados y los factores que llevan al personal a aplicar o no los mismos.

Desde el punto de vista científico, el tema propuesto en la investigación pretende aportar la base para nuevas perspectivas a tener en cuenta en la organización de la gestión de enfermería actual. Considerando que proporcionarían información necesaria para colaborar a elevar la calidad asistencial y obtener una mayor satisfacción del grupo de enfermería a la hora de accionar en su labor.

Metodología

Universo: totalidad del equipo de enfermería que cumple funciones en hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”.

Muestra: equipo de enfermería (Licenciadas/os en Enfermería y Auxiliares de Enfermería) que cumplan funciones de asistencia directa al usuario en el servicio de emergencia y en las salas de internación 8 y 8bis de hombres y, 21 y 23 de mujeres del hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”.

Criterio de inclusión: Licenciadas/os en Enfermería y Auxiliares de Enfermería que desarrollen tareas de atención directa a usuarios en el servicio de emergencia y en las salas de internación 8 y 8bis de hombres y, 21 y 23 de mujeres en los turnos matutino, tarde, vespertino y noche que se encuentren en el servicio del hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”, el día de la toma de la muestra.

Criterios de exclusión: Licenciadas/os en Enfermería o Auxiliares de Enfermería, que se encuentren en periodo de licencia vacacional, licencia médica, libre o no brinden atención directa al usuario en emergencia y en las salas de internación directa, 8 y 8bis de hombres y, 21 y 23 de mujeres y demás servicios en el hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”.

Área de estudio: la investigación se realiza en Uruguay, específicamente en la ciudad de Montevideo, en el hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”.

Tipo de estudio: la investigación es de tipo cuantitativa de diseño descriptivo y de corte transversal.

Método de recolección de datos: se recaban los datos por medio de un cuestionario individual, de carácter anónimo, y voluntario. Anexo I

Procedimientos para la recolección de información: previo a la puesta en práctica de la investigación se realiza por escrito la solicitud de un permiso ético el cual será dirigido a la dirección del hospital psiquiátrico de referencia nacional “Teodoro Vilardebó”. (Anexo II)

Una vez concedido el permiso ético, se solicita e informa sobre la puesta en práctica de la recolección de datos a todas las salas en donde se llevara a cabo dicha recolección, por medio de una carta dirigida a cada Licenciada supervisora y el equipo de enfermería del servicio u/o sala. Anexo III

Para validar nuestro instrumento realizaremos una prueba piloto en el mismo centro hospitalario de referencia nacional. Tomando salas no incluidas en el estudio, salas 26 y 12 bis en el turno tarde.

La fuente de los datos a utilizar para la elaboración de las tablas y gráficos, son los cuestionarios realizados a la muestra seleccionada.

Los gráficos univariados y bivariados se realizan sobre la base del cálculo de las frecuencias relativas porcentuales.

Resultados

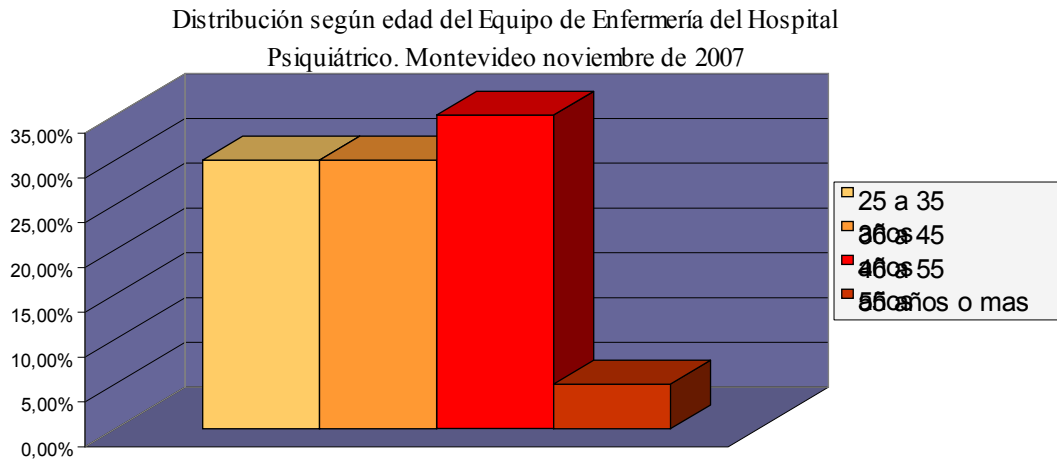
Tabla I

**Distribución según edad del Equipo de Enfermería en Hospital Psiquiátrico.
Montevideo noviembre de 2007**

| Edad | FA | FR% |
|---------------|----|------|
| 25 a 35 años | 11 | 30% |
| 36 a 45 años | 11 | 30% |
| 46 a 55 años | 13 | 35% |
| 55 años o mas | 2 | 5% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico I



Fuente: cuestionario al personal

Se observa que el 35% de la población esta comprendida en el rango de 46 a 55 años de edad, y en un segundo lugar, ambos con 30%, se encuentran los rangos de 25 a 35 años y 36 a 45 años.

Tabla II

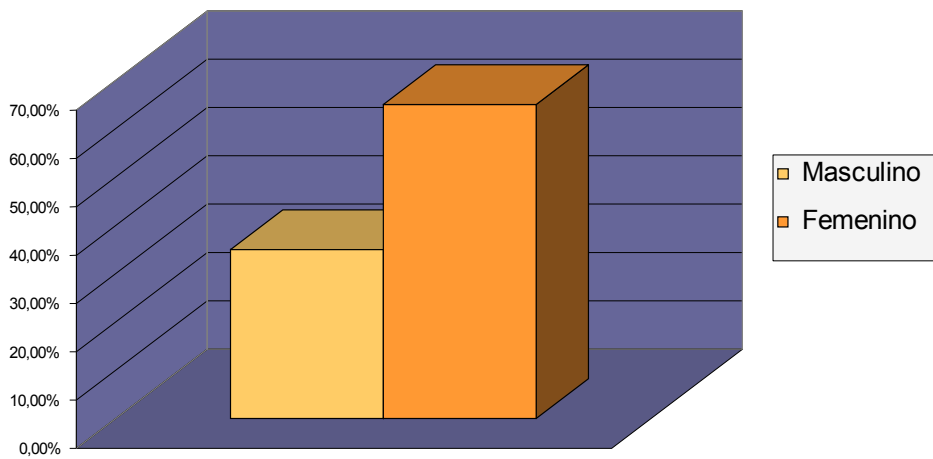
**Distribución según sexo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico.
Montevideo noviembre de 2007**

| Sexo | FA | FR% |
|-----------|----|------|
| Masculino | 13 | 35% |
| Femenino | 24 | 65% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

GráficoII

Distribución según sexo del Equipo de Enfermería
del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

En cuanto al sexo se encuentra un 65% de sexo femenino y un 35% de sexo masculino.

Tabla III

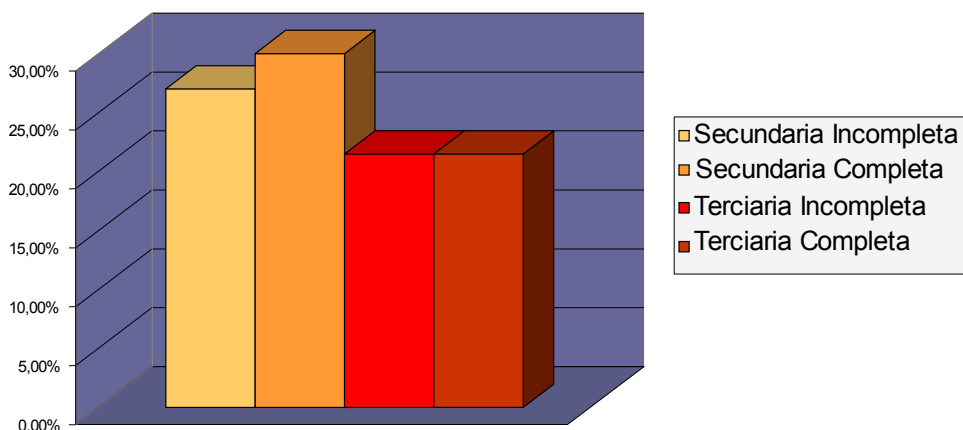
Distribución según nivel de instrucción del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Nivel de Instrucción | FA | FR% |
|-----------------------|----|-------|
| Secundaria Incompleta | 10 | 27% |
| Secundaria Completa | 11 | 30% |
| Terciaria Incompleta | 8 | 21,5% |
| Terciaria Completa | 8 | 21,5% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico III

Distribución según nivel de instrucción del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

En cuanto al nivel de instrucción; el 30% de la población comprende el rango de secundaria completa, el 27% de secundaria incompleta

Tabla IV

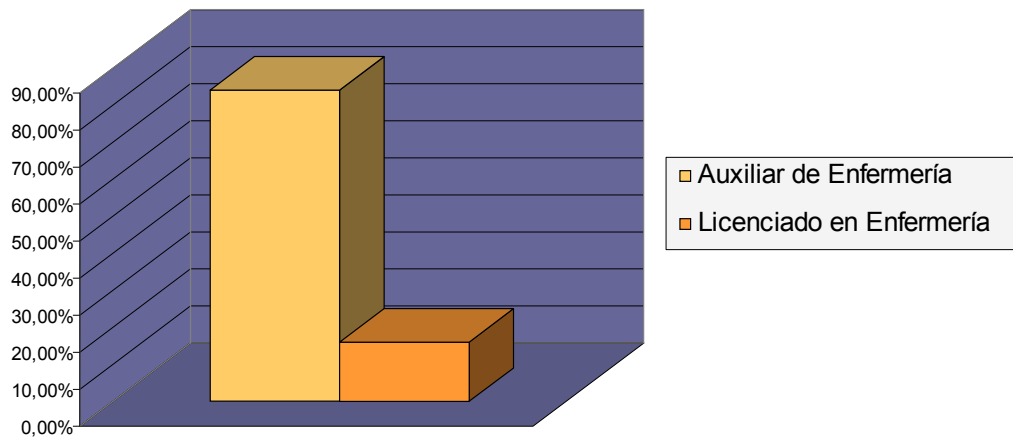
Distribución según Cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Montevideo noviembre de 2007

| Descripción de Cargo en la Institución | FA | FR% |
|--|----|------|
| Auxiliar de Enfermería | 31 | 84% |
| Licenciado en Enfermería | 6 | 16% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico IV

Distribución según Cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Observamos que el 84% del total de la población tiene como cargo en la Institución de Auxiliar de Enfermería y el 16% de la población es Licenciado en Enfermería.

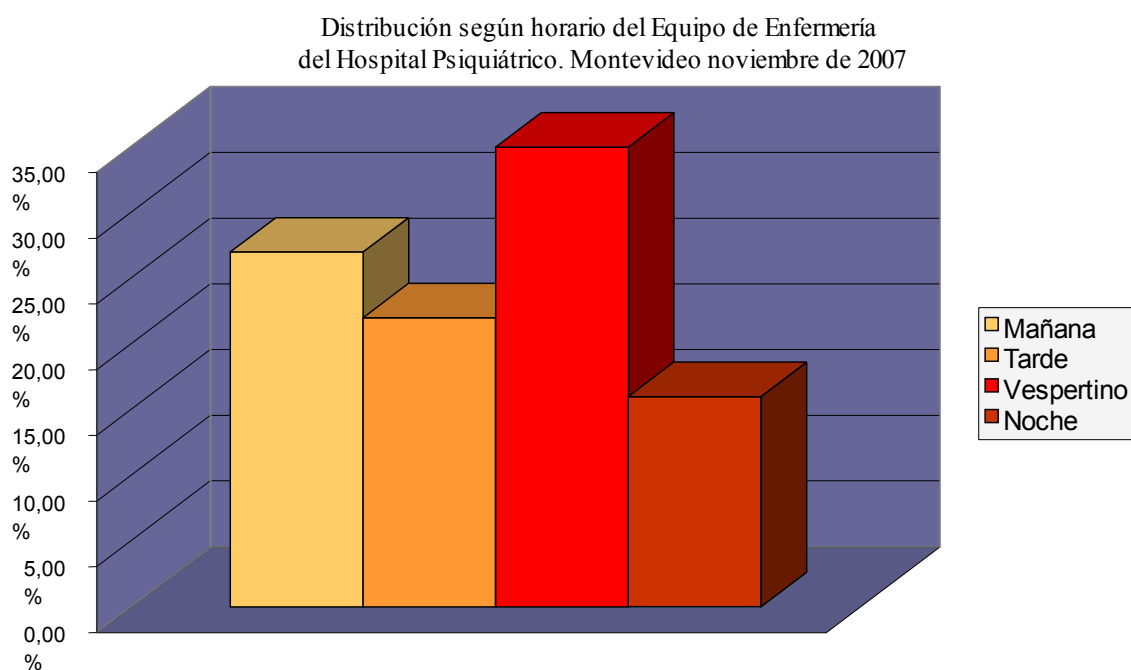
Tabla V

**Distribución según horario del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico.
Montevideo noviembre de 2007**

| Horario en que Desempeña Funciones | FA | FR% |
|------------------------------------|----|------|
| Mañana | 10 | 27% |
| Tarde | 8 | 22% |
| Vespertino | 13 | 35% |
| Noche | 6 | 16% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico V



Fuente: cuestionario al personal

Según el horario, observamos que, en el turno vespertino hay un 35% de la población, en el turno mañana hay un 27%, en el turno tarde hay un 22% y en el turno noche hay un 16%.

Tabla VI

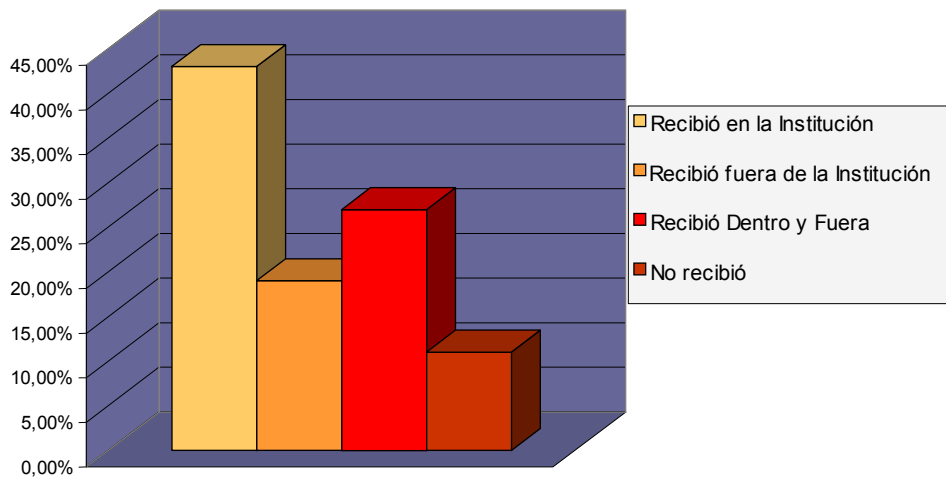
Distribución según capacitación del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Capacitación del Personal en Psiquiatría | FA | FR% |
|---|----|------|
| Recibió en la Institución | 16 | 43% |
| Recibió fuera de la Institución | 7 | 19% |
| Recibió en la Institución y Fuera de la Institución | 10 | 27% |
| No recibió | 4 | 11% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Gráfico VI

Distribución según capacitación del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Se observa que un 43% recibió capacitación en psiquiatría dentro de la Institución. Y un 11% no recibió capacitación en psiquiatría.

Tabla VII

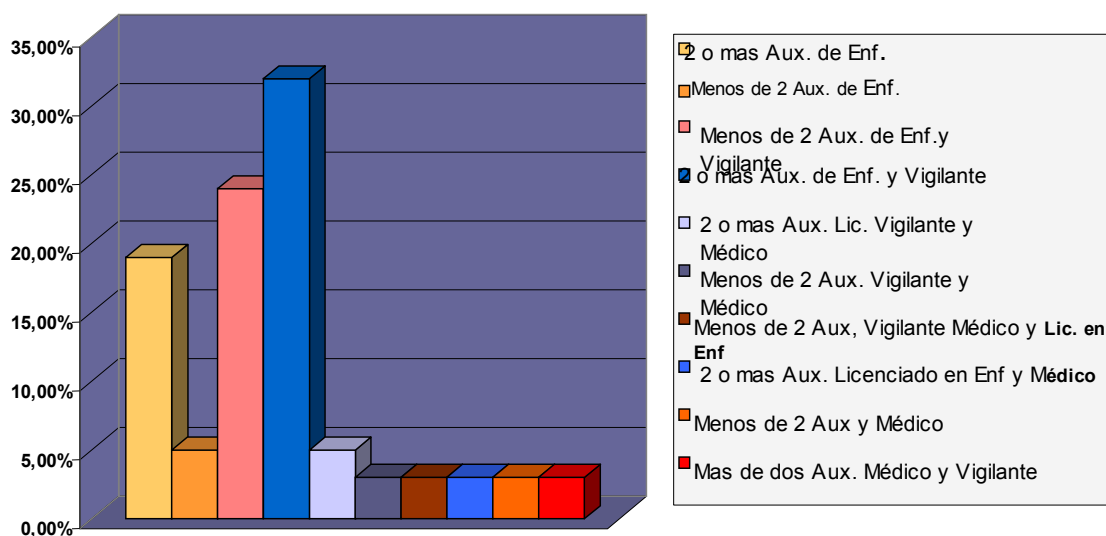
Distribución según recursos humanos del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Recursos Humanos para la Aplicación del Protocolo | FA | FR% |
|---|----|------|
| 2 o mas aux. de enfermería | 7 | 19% |
| Menos de 2 aux. de enfermería | 2 | 5% |
| Licenciado en enfermería | 0 | 0% |
| Vigilante | 0 | 0% |
| Médico | 0 | 0% |
| Menos de 2 aux. de enfermería y Vigilante | 9 | 24% |
| 2 o mas aux. de enfermería y Vigilante | 12 | 32% |
| 2 o mas aux. licenciado Vigilante y Médico | 2 | 5% |
| Menos de 2 auxiliares Vigilante y Médico | 1 | 3% |
| Menos de 2 aux. Vigilante Médico y Licenciado en Enf. | 1 | 3% |
| 2 o mas aux. Licenciado en Enf y médico | 1 | 3% |
| Menos de 2 aux. y Médico | 1 | 3% |
| Más de dos aux. Médico y Vigilante | 1 | 3% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico VII

Distribución según recursos humanos del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 32% de la población manifiesta que se cuenta con 2 o mas Auxiliares de Enfermería y un Vigilante, un 24% de la población manifiesta que se cuenta con menos de 2 Auxiliares de Enfermería y un Vigilante.

Tabla VIII

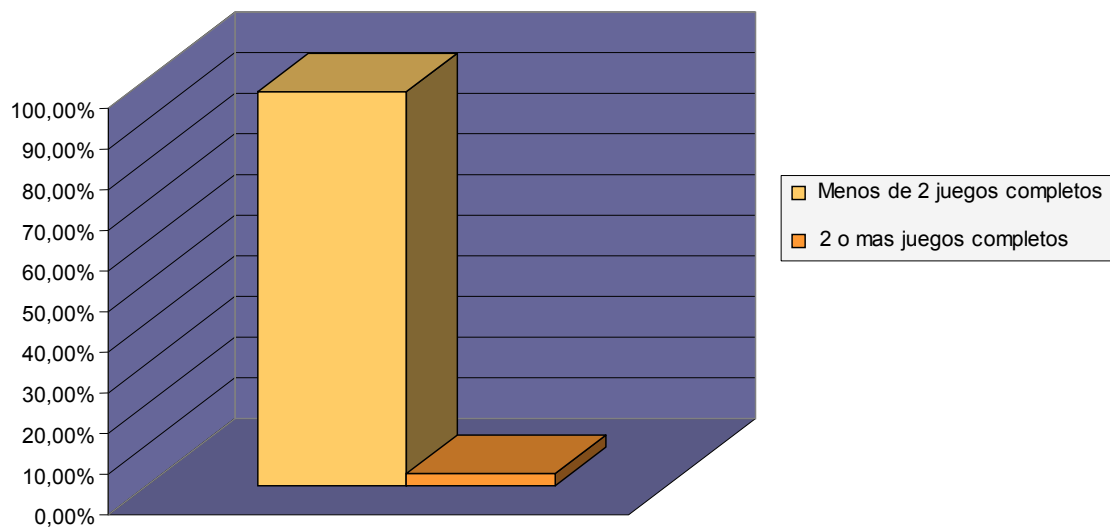
Distribución según recursos materiales para la aplicación del protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Recursos Materiales para la Aplicación del Protocolo | FA | FR% |
|--|----|------|
| Menos de 2 juegos completos | 36 | 97% |
| 2 o mas juegos completos | 1 | 3% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico VIII

Distribución según recursos materiales para la aplicación del protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Se observa que un 97% del equipo de enfermería manifiesta contar con menos de dos juegos completos de materiales para la aplicación del Protocolo en el servicio, y un 3% de la población manifiesta contar con dos o más juegos completos en el servicio.

Tabla IX

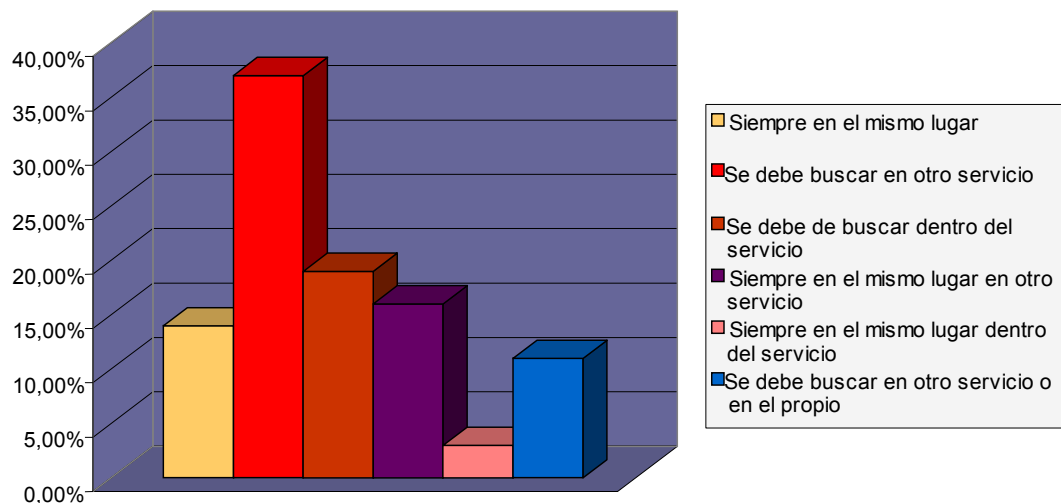
Distribución según accesibilidad a los recursos materiales del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Accesibilidad de los Recursos Materiales en la Aplicación del Protocolo | FA | FR% |
|---|----|------|
| Siempre en el mismo lugar | 5 | 14% |
| Bajo llave y se debe contactar a la persona que posea la misma | 0 | 0% |
| Se debe buscar en otro servicio | 14 | 37% |
| Se debe de buscar dentro del servicio | 7 | 19% |
| Siempre en el mismo lugar en otro servicio | 6 | 16% |
| Siempre en el mismo lugar dentro del servicio | 1 | 3% |
| Se debe buscar en otro servicio o en el propio | 4 | 11% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico IX

Distribución según accesibilidad a los recursos materiales del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 37% de la población manifiesta buscar las medidas de contención en otro servicio, y un 19% manifiesta buscar el material dentro del servicio.

Tabla X

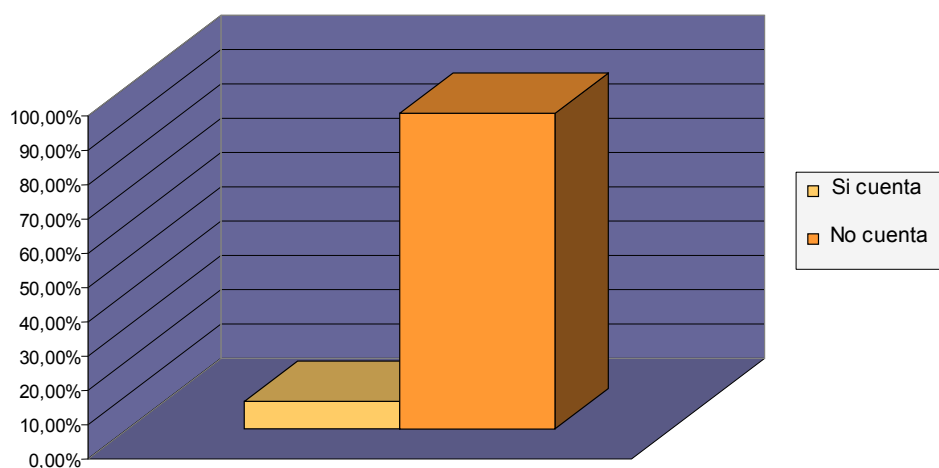
Distribución según instrumentos de registro del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Existencia de Instrumentos de Registros | FA | FR% |
|---|----|------|
| Si cuenta | 3 | 8% |
| No cuenta | 34 | 92% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico X

Distribución según instrumentos de registro del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 92% de la población manifiesta que no cuenta con instrumentos de registros específicos para el registro de la medida de contención, y un 8% de la población manifiesta contar con instrumentos de registro.

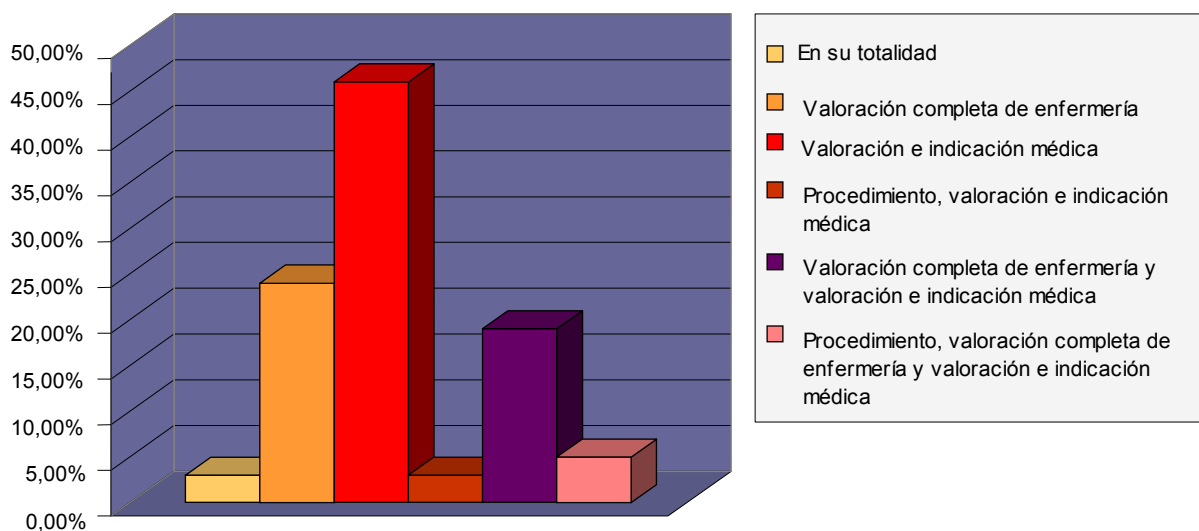
Tabla XI**Distribución según registros del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007**

| Registro en Historia Clínica | FA | FR% |
|--|----|------|
| Se registra el procedimiento en planillas, en su totalidad | 1 | 3% |
| Se registra valoración completa de enfermería. | 9 | 24% |
| Se registra valoración e indicaciones por parte del médico. | 17 | 46% |
| Se registra el procedimiento en planillas, en su totalidad y se registra valoración e indicaciones por parte del médico | 1 | 3% |
| Se registra valoración completa de enfermería y se registra valoración e indicaciones por parte del médico | 7 | 19% |
| Se registra el procedimiento en planillas, en su totalidad, se registra valoración completa de enfermería y se registra valoración e indicaciones por parte del médico | 2 | 5% |
| Ninguna de las opciones mencionadas | 0 | 0% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XI

Distribución según registros del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 46% de la población manifiesta que se registra valoración e indicaciones por parte del médico, 24% manifiesta que se registra valoración completa de enfermería al aplicar dicha medida y un 19% manifiesta que se registra valoración completa de enfermería y registro del médico.

Tabla XII

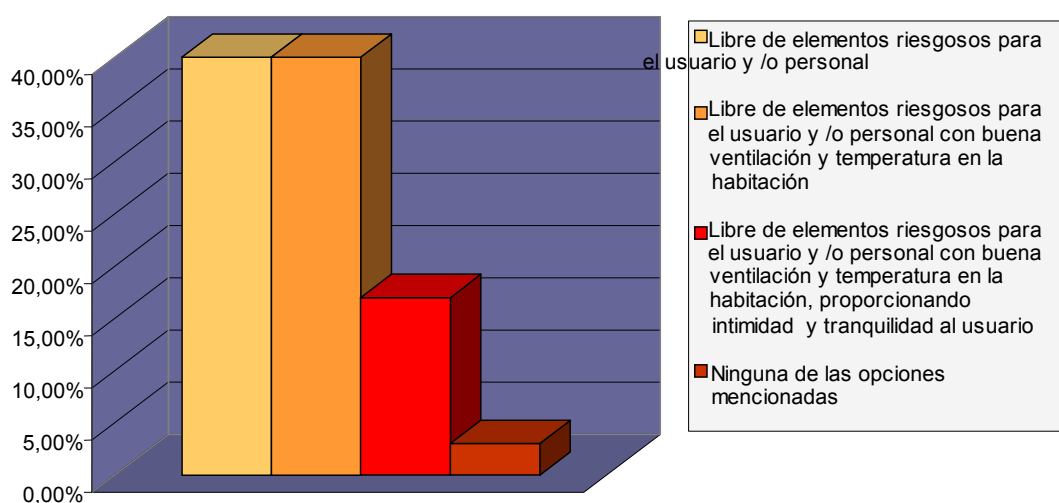
Distribución según espacio físico para la aplicación del Protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Espacio Físico Para la Aplicación del Protocolo | FA | FR% |
|---|----|------|
| Libre de elementos riesgosos para el usuario y /o personal | 15 | 40% |
| Buena ventilación y temperatura en la habitación | 0 | 0% |
| Proporciona intimidad y tranquilidad al usuario | 0 | 0% |
| Libre de elementos riesgosos para el usuario y /o personal con buena ventilación y temperatura en la habitación | 15 | 40% |
| Libre de elementos riesgosos para el usuario y /o personal con buena ventilación y temperatura en la habitación, proporcionando intimidad y tranquilidad al usuario | 6 | 17% |
| Ninguna de las opciones mencionadas | 1 | 3% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XII

Distribución según espacio físico para la aplicación del Protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Con un 40%, manifiestan espacio físico libre de elementos riesgosos para el usuario y / o personal al aplicar las medidas de contención, con el mismo porcentaje manifiestan que se cuenta con un espacio físico libre de elementos riesgosos para el usuario y/o personal con buena ventilación y temperatura en la habitación. Un 3% manifiesta que no se cuenta con ninguna de las características mencionadas en el servicio al aplicar el protocolo.

Tabla XIII

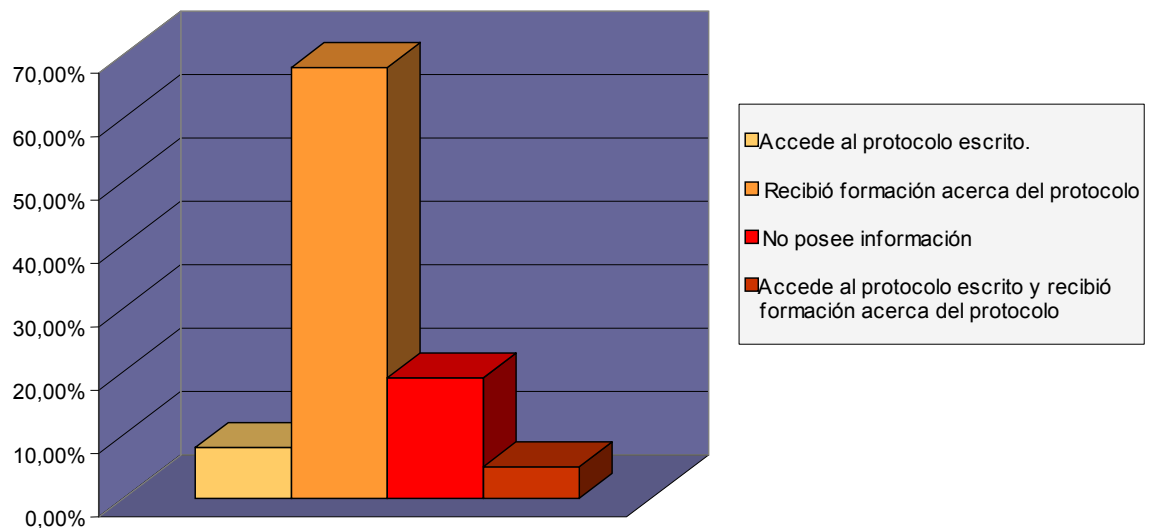
Distribución según información del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Información del Protocolo | FA | FR% |
|--|----|------|
| Accede al protocolo escrito. | 3 | 8% |
| Recibió formación acerca del protocolo. | 25 | 68% |
| No posee información | 7 | 19% |
| Accede al protocolo escrito y recibió formación acerca del protocolo | 2 | 5% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XIII

Distribución según información del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 68% recibió formación en la institución acerca del protocolo, un 19% manifestó no poseer información del protocolo, el 8 % accede al protocolo por escrito. El restante 5% accede al protocolo por escrito y recibió formación sobre este.

Tabla XIV

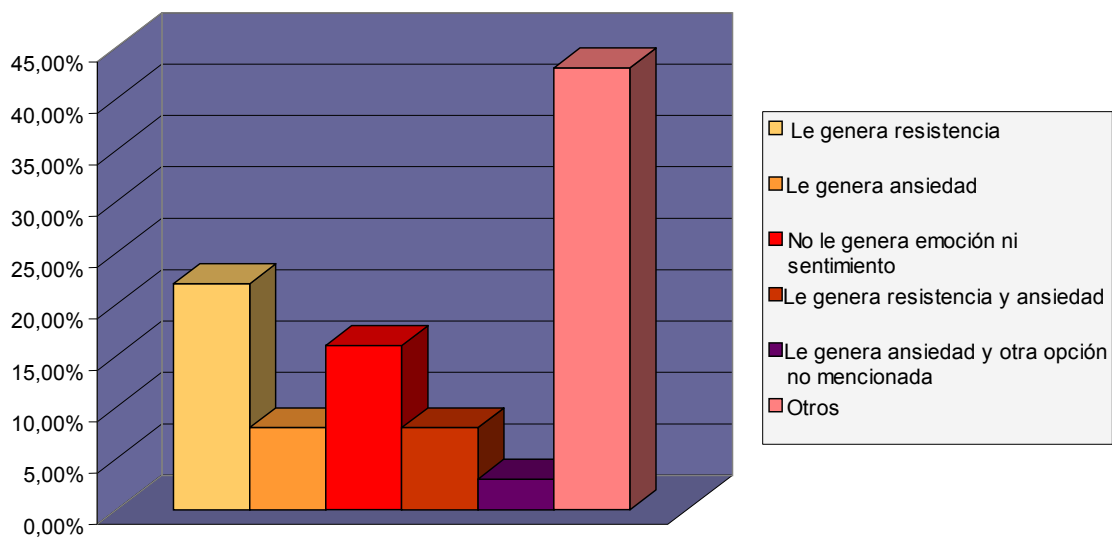
Distribución según carga subjetiva del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Carga Subjetiva al Aplicar el Protocolo | FA | FR% |
|--|----|------|
| Le genera resistencia | 8 | 22% |
| Le genera ansiedad | 3 | 8% |
| No le genera emoción ni sentimiento | 6 | 16% |
| Le genera resistencia y ansiedad | 3 | 8% |
| Le genera ansiedad y otra opción no mencionada | 1 | 3% |
| Otros | 16 | 43% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XIV

Distribución según carga subjetiva del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 43% manifiesta que la medida de contención provoca otros sentimientos y emociones no mencionadas en el cuestionario, un 22% manifiesta que le genera resistencia, un 16% manifiesta que no le genera emoción ni sentimiento, en tercer lugar encontramos la población que refiere que le genera ansiedad y la que le genera resistencia y ansiedad al aplicar la medida de contención.

Tabla XV

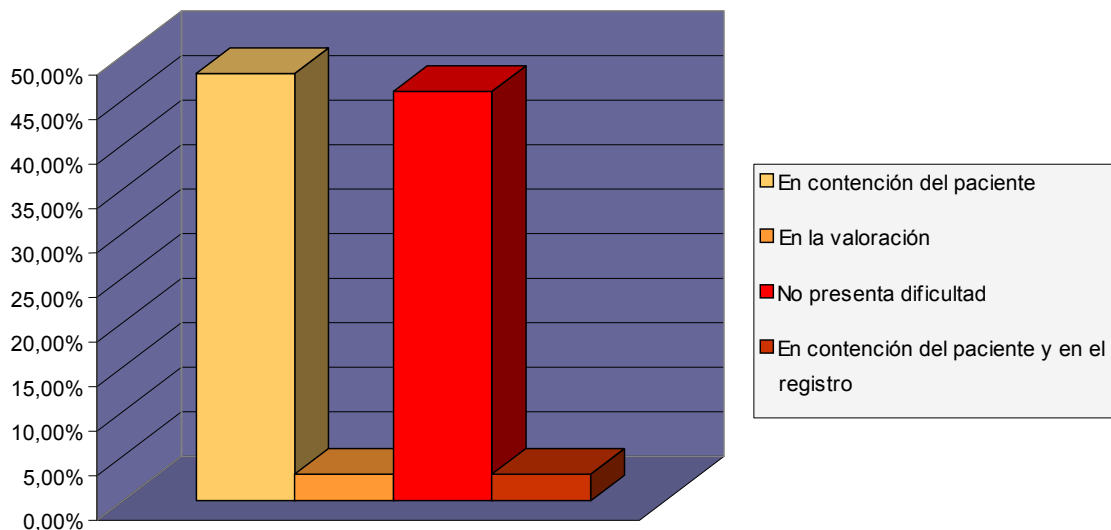
Distribución según dificultad del procedimiento del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Dificultad del Procedimiento al Aplicar el Protocolo | FA | FR% |
|--|----|------|
| En contención del paciente | 18 | 48% |
| En la valoración | 1 | 3% |
| En el registro. | 0 | 0% |
| No presenta dificultad | 17 | 46% |
| En contención del paciente y en el registro | 1 | 3% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XV

Distribución según dificultad del procedimiento del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 48% del equipo de enfermería manifiesta dificultad en la contención del paciente, un 46% manifiesta no presentar dificultad al aplicar el protocolo de medidas de contención.

Tabla XVI

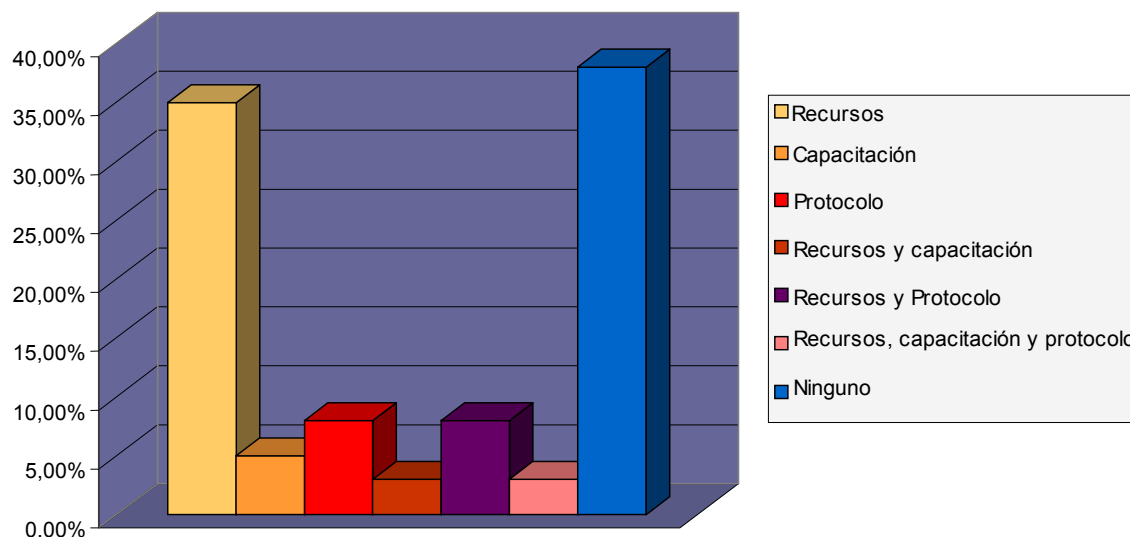
Distribución según modificaciones del protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Aspectos a Modificar | FA | FR% |
|---|----|------|
| Modificaciones de recursos | 13 | 35% |
| Modificaciones de capacitación | 2 | 5% |
| Modificaciones del protocolo | 3 | 8% |
| Modificaciones de recursos y modificaciones de capacitación | 1 | 3% |
| Modificaciones de recursos y modificaciones del protocolo | 3 | 8% |
| Modificaciones de recursos, modificaciones de capacitación y protocolos | 1 | 3% |
| Ninguno | 14 | 38% |
| Total | 37 | 100% |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XVI

Distribución según modificaciones del protocolo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

Un 38% de la población considera no realizar modificaciones al Protocolo. En cuanto a los recursos humanos y materiales un 35% considera que se debe modificar la cantidad de los mismos (aumentar).

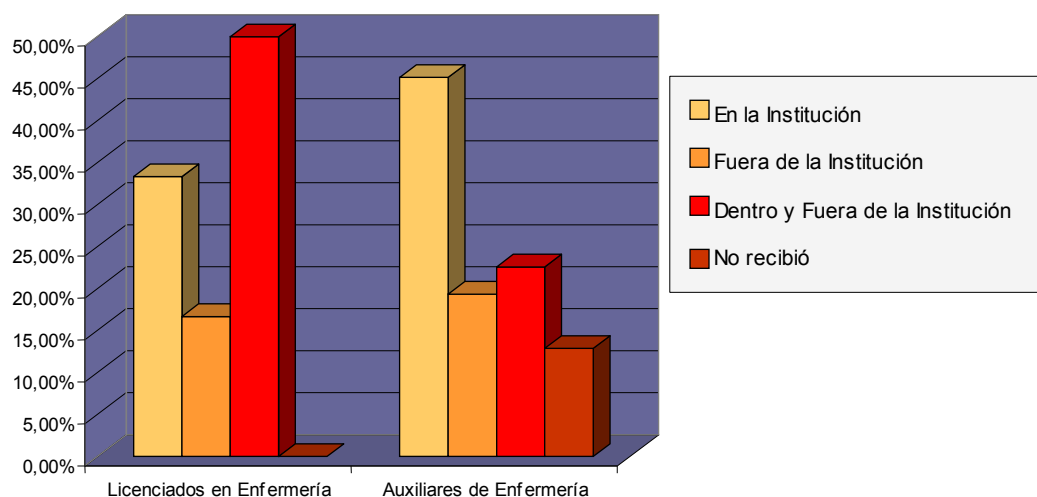
Tabla XVII**Distribución según relación de capacitación y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007**

| Cargo Capacitación | Licenciados en Enfermería | | Auxiliares de Enfermería | | Total |
|-------------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------|
| | FA | FR% | FA | FR% | |
| En Institución | 2 | 33,33% | 14 | 45,14% | 16 |
| Fuera de Institución | 1 | 16,66% | 6 | 19,35% | 7 |
| Dentro y Fuera de Institución | 3 | 50,00% | 7 | 23,00% | 10 |
| No recibió | 0 | 0,00% | 4 | 13,00% | 4 |
| Total | 6 | | 31 | | 37 |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XVII

Distribución según relación de capacitación y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

De los Licenciados en Enfermería un 50% recibió capacitación en psiquiatría en los últimos dos años dentro y fuera de la institución, el 33,33% recibió capacitación dentro de la institución únicamente y el 16,66% recibió capacitación solamente fuera de la institución. En cuanto a los auxiliares de enfermería, un 45,14% recibió capacitación en la institución en los últimos dos años, un 22,58% recibió capacitación dentro y fuera de la institución en los últimos dos años, el 19,35% recibió capacitación en psiquiatría únicamente fuera de la institución y el 12,90% no recibió.

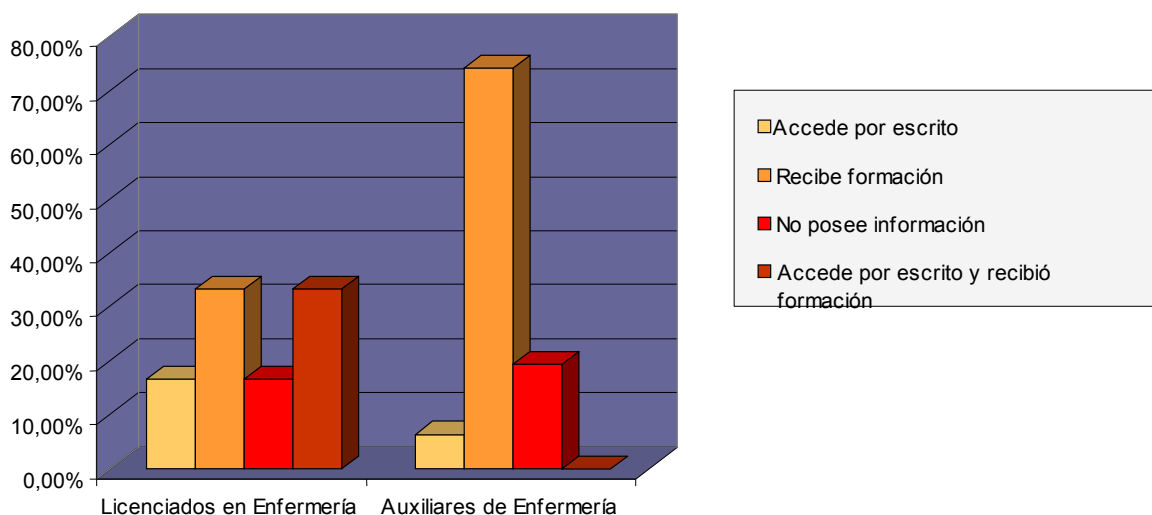
Tabla XVIII**Distribución según relación de la información del Protocolo y Cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007**

| Cargo Información | Licenciados en Enfermería | | Auxiliares de Enfermería | | Total |
|---|---------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------|
| | FA | FR% | FA | FR% | |
| Accede al protocolo escrito. | 1 | 16,66% | 2 | 6,45% | 3 |
| Recibió formación acerca del protocolo | 2 | 33,33% | 23 | 74,19% | 25 |
| No posee información | 1 | 16,66% | 6 | 19,35% | 7 |
| Accede al protocolo escrito y recibió formación del protocolo | 2 | 33,33% | 0 | 0,00% | 2 |
| Total | 6 | | 31 | | 37 |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XVIII

Distribución según relación de la información del Protocolo y Cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

El 33,33% de los Licenciados en Enfermería accede al protocolo por escrito y recibió formación sobre el mismo; otro 33,33% manifiesta haber recibido solo formación acerca del protocolo. El 16,66% de los Licenciados de Enfermería acceden al protocolo en forma escrita y con el mismo porcentaje no poseen información.

En cuanto a los Auxiliares de Enfermería un 74,19% recibió formación sobre el protocolo, un 19,35% no posee información acerca del protocolo; por último un 6,45% de los auxiliares de enfermería refieren acceder al protocolo en forma escrita.

Tabla XIX

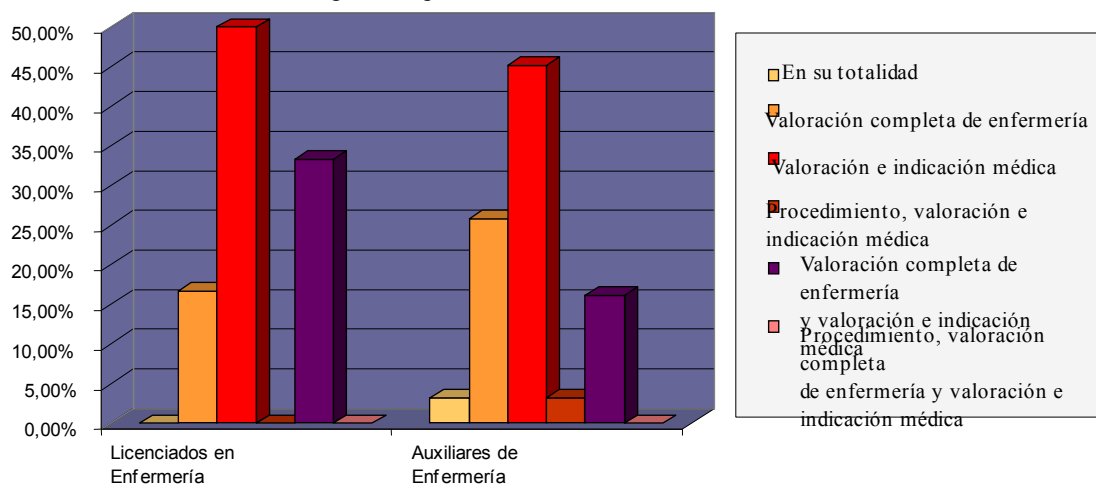
Distribución según relación del registro en historia clínica y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Cargo Registro | Licenciados en Enfermería | | Auxiliares de Enfermería | | Total |
|--|---------------------------|--------|--------------------------|--------|-----------|
| | FA | FR% | FA | FR% | |
| Procedimiento en planillas, en su totalidad | 0 | 0,00% | 1 | 3,22% | 1 |
| Valoración completa de enf. | 1 | 16,66% | 8 | 25,80% | 9 |
| Valoración e indicaciones del médico | 3 | 50,00% | 14 | 45,14% | 17 |
| Ninguna de las opciones mencionadas | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 |
| Procedimiento en planillas, en su totalidad y valoración e indicaciones del médico | 0 | 0,00% | 1 | 3,22% | 1 |
| Valoración completa de enf. y valoración e indicaciones del médico | 2 | 33,33% | 5 | 16,12% | 7 |
| Procedimiento en planillas, en su totalidad, valoración completa de enf. y valoración e indicaciones médicas | 0 | 0,00% | 2 | 6,45% | 2 |
| Total | 6 | | 31 | | 37 |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XIX

Distribución según relación del registro en historia clínica y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

El 50% de los Licenciados en Enfermería manifiestan que se registra la valoración e indicación médica de la medida de contención. El 33,33% manifiestan que se registra la valoración completa de enfermería y valoración e indicación médica. El 16,66% manifiesta que se registra únicamente la valoración completa de enfermería de la medida de contención.

El 45,14% de los Auxiliares de Enfermería refiere que se registra valoración e indicación por parte del médico

El 25,80% manifestaron que se registra la valoración completa de enfermería, el 16,12% manifestó que se registra la valoración completa de enfermería con la indicación y la valoración médica. El 6,45% manifestó que se realiza registro en su totalidad en planilla, valoración completa de enfermería, valoración e indicación médica.

Tabla XX

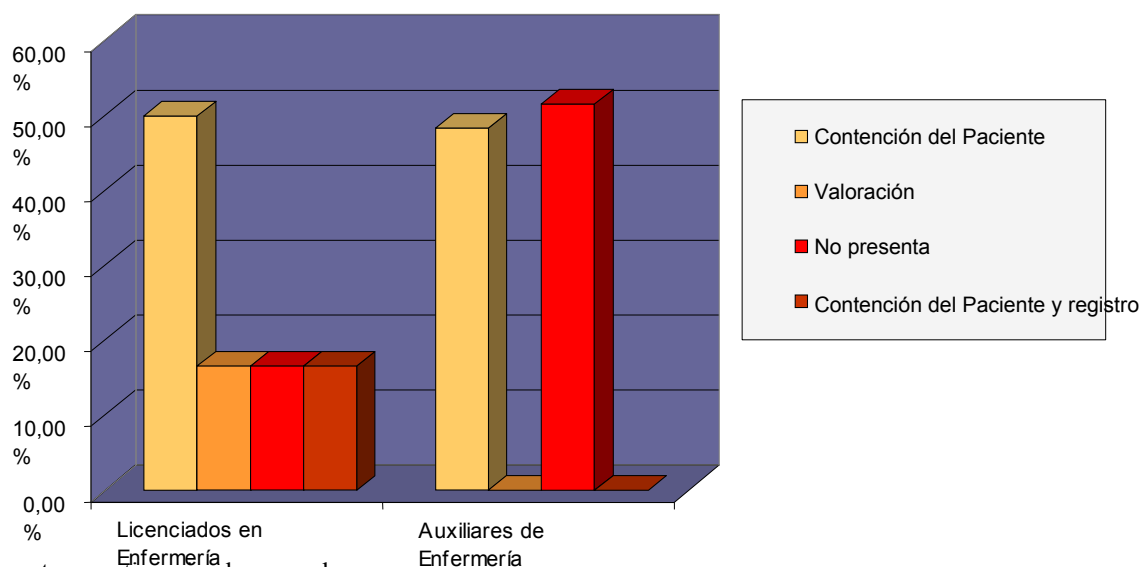
Distribución según relación de la dificultad en el procedimiento y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007

| Cargo Dificultad | Licenciados en Enfermería | | Auxiliares de Enfermería | | Total |
|---------------------------------------|---------------------------|--------|--------------------------|--------|-------|
| | FA | FR% | FA | FR% | |
| En contención del paciente | 3 | 50,00% | 15 | 48,00% | 18 |
| En la valoración | 1 | 16,60% | 0 | 0,00% | 1 |
| En el registro. | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% | 0 |
| No presenta dificultad | 1 | 16,60% | 16 | 52,00% | 17 |
| En contención del paciente y registro | 1 | 16,60% | 0 | 0,00% | 1 |
| Total | 6 | | 31 | | 37 |

Fuente: cuestionario al personal

Grafico XX

Distribución según relación de la dificultad en el procedimiento y cargo del Equipo de Enfermería del Hospital Psiquiátrico. Montevideo noviembre de 2007



Fuente: cuestionario al personal

El 50% de los Licenciados en Enfermería manifiesta que la dificultad del procedimiento la encuentra en la contención del paciente.

Con respecto a los auxiliares de enfermería el 52% manifestó no presentar dificultad en el procedimiento y el 48% restante manifestó presentar dificultad en la contención del paciente.

Análisis

La recolección de los datos se realizó el 20 y 21 de noviembre, en los turnos mañana, tarde, vespertino y noche; tal como se había estipulado en la planificación. En base a la dotación del equipo de enfermería del Hospital “Teodoro Vilardebó” se seleccionó una muestra a conveniencia de cuatro salas y la emergencia; donde se obtuvo la totalidad de 49 funcionarios, de los que se logra captar un 75% de la misma.

No se logró la totalidad debido a que un 6% de los funcionarios se negaron a realizar el cuestionario, y el 19% restante se encontraba realizando funciones fuera del área hospitalaria (ACRI) o no concurren al servicio ese día.

En primer lugar se describen los factores que determinan la caracterización de nuestra población de estudio. En lo referente a la edad se observa que el rango con mayor frecuencia absoluta es el de 46 a 55 años, correspondiente a un 35% de la población. En segundo lugar se encuentran los rangos de 25 a 35 y de 36 a 45 años, ambos con un 30%.

Es necesario aclarar que el rango de las edades se inicia en 25 años puesto que es un requisito para el ingreso a la Institución.

El sexo femenino, con un 65%, es predominante en la muestra.

En cuanto al nivel de instrucción el 30% de la población cursó secundaria completa, mientras que la población con terciaria completa e incompleta comprende el 21,5%.

La distribución del equipo de enfermería según el cargo en la Institución se presenta con un 84% de Auxiliares de Enfermería, en tanto, el 16% restante corresponde a los Licenciados en Enfermería.

En cuanto a los turnos en los cuales la población desempeña sus funciones, un 35% lo realiza en el vespertino, seguido por la mañana, tarde y noche respectivamente.

En lo que respecta a la formación en psiquiatría en los últimos dos años; en la Institución se capacitó un 43% de la población. Dentro y fuera del Hospital recibió formación en psiquiatría un 27% y, fuera del Hospital se capacitó un 19%. La población que no recibió capacitación comprende un 11%.

Este factor es de importancia dentro de nuestra caracterización, ya que contribuye a mejorar la calidad de gestión de atención al paciente. El contar con Enfermeras/os calificadas/os permite brindar cuidados de mejor calidad; según lo referido en el “Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería”¹.

Un aspecto a destacar es que un 100% de los Licenciados en Enfermería posee formación en Psiquiatría, mientras que un 87,1 % de los Auxiliares de Enfermería se encuentran capacitados.

Para cumplir con el objetivo de la investigación; la que pretende determinar los factores que dificultan o facilitan la aplicación del protocolo de medidas de contención; se utilizaron siete variables basadas en el Protocolo de medidas de contención elaborado por el equipo de enfermería de la Institución y en protocolos internacionales.

¹ Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería (CO.NA.SE). Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. Ediciones de Enfermería. No.55 Montevideo, Primera Edición julio 2000.

En lo que refiere a la dotación de personal en el servicio para aplicar las medidas de contención, los recursos humanos resultaron insuficientes para un 100% de la población, tomando como referencia de suficiencia el contar con dos o más Auxiliares de Enfermería, un Licenciado/a en Enfermería, un Vigilante y un Médico de guardia; según lo referido como ideal en los protocolos. Estableciendo así que este es un factor que dificulta la aplicación del protocolo.

De la misma manera se determina que en cuanto a los recursos materiales necesarios para aplicar la medida de contención, el material es insuficiente con respecto a la demanda en un 97%, considerando que no cuentan con dos o más juegos completos de medidas de contención en cada sala. En lo relacionado a la disponibilidad de los recursos materiales, son inaccesibles debido a que se deben buscar en otro servicio, solo el 3% de la población manifiesta tener los materiales dentro de su servicio siempre en un mismo lugar. Por lo tanto, la insuficiencia e inaccesibilidad de los recursos materiales se determinan como segundo y tercer factor que dificultan la aplicación del protocolo; en lo que concierne a la seguridad del equipo actuante en el momento de la aplicación de una medida de contención física y mecánica a usuarios con agitación y excitación psicomotriz.

En cuanto a los instrumentos de registro de las medidas de contención, el 92% de la población manifiesta no contar con estos; por lo que determinamos que la inexistencia de instrumentos de registro dificulta la aplicación del protocolo de medidas de contención física y mecánica.

En cuanto a la calidad de los registros en la historia clínica, el mayor porcentaje de la población con un 46% manifiesta que se registra la valoración e indicaciones por parte del médico. El 24% manifiesta que se registra valoración completa de enfermería al aplicar dicha medida y un 19% manifiesta que se registra valoración completa de enfermería y registro del médico.

Al discriminar esta variable según el cargo, se observa la similitud de resultados.

El 50% de los Licenciados/as en Enfermería manifiestan que se registra la valoración e indicación médica de la medida de contención. El 33,33% manifiesta que se registra la valoración completa de enfermería y valoración e indicación médica. El 16,66% manifiesta que se registra únicamente la valoración completa de enfermería de la medida de contención.

Un 45,14% de los Auxiliares de Enfermería manifiesta que se registra valoración e indicación por parte del médico

El 25,80% manifiesta que se registra la valoración completa de enfermería, el 16,12% manifiesta que se registra la valoración completa de enfermería con la indicación y la valoración médica. El 6,45% manifiesta que se realiza registro en su totalidad en la planilla, valoración completa de enfermería y valoración e indicación médica.

De esta forma se considera que la calidad de los registros en la historia clínica en cuanto a la aplicación de la medida de contención es incompleta. Y por lo tanto es un factor que dificulta.

Como lo indican los protocolos de referencia los registros deben ser detallados en todo el procedimiento. Dentro de los mismos se encuentra: motivo, método utilizado, control de signos vitales y conducta del usuario, valoración del estado del paciente por parte de

enfermería, diagnóstico de enfermería, planificación del cuidado, registros en la historia clínica y registro de las valoraciones e indicaciones Médicas.

Y solo el 3,22% de los Auxiliares de Enfermería manifiesta que lo realiza de esta forma.

Es imprescindible mencionar la importancia del registro de la aplicación de la medida de contención física y mecánica, ya que la misma constituye una violación de los derechos del usuario, y solo se justifica su utilización frente a la necesidad de proteger al usuario o a otros.

Según lo pautado en protocolos internacionales es importante contar con una planilla de registro, la cual proporciona practicidad y unificación de criterios al momento del registro de la medida de contención. A partir de los resultados de la investigación se constata la inexistencia de dicha herramienta de registro.

Otro elemento a tener en cuenta en la aplicación de medidas de contención, es el espacio físico y sus características. Un 40% de la muestra manifiesta contar con un ambiente físico libre de elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal, con buena ventilación y temperatura. Y solo un 3% manifiesta que no se cuenta con ninguna de las características mencionadas en el servicio al aplicar el protocolo.

Determinando así que las características del espacio físico son un factor que contribuye al momento de aplicar el protocolo de medidas de contención física y mecánica.

En cuanto a la accesibilidad del protocolo establecido en la institución se determina que; la mayor parte de la población, un 68%, accedió a una formación del protocolo, la cual fue brindada en talleres por la Institución. En cambio, solo el 13% accede al protocolo en forma escrita; por lo que consideramos que este factor dificulta la aplicación del protocolo. Y como menciona Mompert², una de las características para que el Protocolo alcance su mayor utilidad es la accesibilidad a este para su consulta y discusión.

El protocolo debe ser una vez redactado, distribuido entre las diferentes unidades que lo han de llevar a la práctica, acompañado de una presentación adecuada a todo el personal, la que incluye la explicación de los motivos por lo que se pone en marcha esta modalidad de trabajo.

Se destaca que solo un 5% de la población accedió a ambos requisitos de accesibilidad al protocolo (formación y protocolo escrito).

Se toma la carga subjetiva como un factor a tener en cuenta, que puede dificultar o facilitar el accionar al momento de la aplicación del protocolo de medida de contención física y mecánica.

La mayoría de la población, un 43 %, manifestó que la medida de contención física y mecánica provoca otros sentimientos diferentes a los presentados en el cuestionario. En segundo lugar con 22% vemos que el procedimiento genera resistencia y un 16% que no genera emoción ni sentimiento. Esta variable no se determina como un factor que dificulte o facilite la aplicación del protocolo, sino como un factor que interviene al momento de la aplicación del protocolo y luego de este.

Esta carga subjetiva no se encuentra mencionada dentro de los protocolos consultados, pero resulta de gran importancia de acuerdo a nuestro parecer basándonos en lo dicho por Colliere³ "...teniendo en cuenta la complejidad de los factores que interfieren y la variedad de influencia procedentes de los medios institucionales donde se ejerce esta

² Mompert M. Administración de Servicios de Enfermería. Editorial Masson, SA; No. 98 Barcelona, 1995.

³ Colliere MF. Promover la Vida. Mac Crow-Hill-Interamericana; Madrid, 1993.

practica, parece fundamental que cualquier enfermera/o sea capaz de conocer lo que influye en su practica de aplicación de cuidados y la del grupo al que pertenece, para que pueda ser capaz de aclarar lo que motiva e influye en su practica, así como la coherencia entre los fines que propone y los medios que utiliza en función de las situaciones.”

Con respecto a los diferentes puntos de la aplicación del protocolo vemos que la mitad de los Licenciados en Enfermería manifiestan que la dificultad del procedimiento la encuentran en la contención del paciente. En el caso de los Auxiliares de Enfermería, un 52%, manifiesta no presentar dificultad y un 48% manifiesta dificultad en la contención del paciente con agitación y excitación psicomotriz.

La totalidad de la muestra manifestó no tener dificultad en el registro de la medida de contención.

Por último se observa que un 38% de la población no considera necesario realizar modificaciones en el Protocolo. Un 35% aumentaría los recursos humanos y materiales. Un 8% de la población modificaría el Protocolo. Y el 5 % considera necesario modificaciones en la capacitación del Protocolo.

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

Conclusiones

En relación a los objetivos planteados en la investigación, se puede concluir que todos ellos fueron cumplidos.

Con respecto al objetivo general, podemos destacar que los factores que facilitan la aplicación del protocolo de medidas de contención física y mecánica en pacientes con excitación y agitación psicomotriz son:

- Un alto porcentaje de la población capacitada en psiquiatría en los dos últimos años; tanto dentro de la institución como fuera de la misma.
- Las adecuadas características que posee el espacio físico de la institución de referencia nacional para la aplicación de medidas de contención.

En lo que respecta a los factores que dificultan la aplicación del protocolo de medidas de contención física y mecánica en pacientes con excitación y agitación psicomotriz podemos destacar:

- Dotación insuficiente según los protocolos de referencia de los recursos humanos en el servicio para aplicar las medidas de contención.
- Insuficiente dotación de materiales en el servicio para aplicar las medidas de contención.
- Recursos materiales inaccesibles dentro de cada servicio para aplicar las medidas de contención.
- Falta de instrumentos para registros específicos del procedimiento de medida de contención.
- Registros en la historia clínica incompletos según los protocolos de referencia.

Respondiendo a la última parte de nuestro objetivo general encontramos que la mayoría de la población no realizaría modificaciones en el protocolo.

Por otro lado dentro de las modificaciones planteadas por la población destacamos:

- Referente a los recursos humanos aumentar su número para la aplicación de las medidas de contención.
- En lo que respecta a los recursos materiales aumentar los mismos en cantidad y mejorar el mantenimiento y control de estos.
- En cuanto a la difusión del protocolo aumentar la capacitación para la aplicación del mismo y su difusión escrita.

Sugerencias

- Consideramos que la carga subjetiva del equipo de enfermería en el momento de aplicar las medidas de contención, es uno de los aspectos a tomar en cuenta en la capacitación. De forma de poder definir con el equipo de enfermería cuales son estos sentimientos y emociones, determinando así como influyen en el momento de aplicar una medida de contención.
- Promover la realización de talleres sobre la carga subjetiva, fomentando la iniciativa personal a reflexionar y obtener conocimiento sobre un tema que contribuye al autocuidado del personal, promoviendo a su vez una mejor calidad de asistencia.
- Planteamos la adecuación del protocolo partiendo de la evaluación, considerándola como una de las etapas importantes dentro del protocolo.

Bibliografía

- Acuña R. Revista de Psiquiatría del Uruguay.2 (68) 2004. Montevideo. p.197-200.
- American Nurses Association. 1991 [s.l.] [s.n.]
- Ballesteros H, Vitancurt A, Sánchez S. Bases Científicas de la Administración. México: McCraw-Hill-Interamericana; 1997.
- Collière M F. Promover la Vida. Madrid: MacCraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería (CO.NA.SE).Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.
- Cook J, Fontaine K. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Madrid: McCraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Grivois H. Urgencias Psiquiátricas. Madrid: Masson; 1989.
- Informaciones Psiquiátricas: Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización Comité de Ética Asistencial (CEA) Sagrat Cor Serveis de Salut Menta. Matorrel (Barc). 2004; 1(175)
- Lepre C. Gramática y Ortografía básica del Español Montevideo: Santillana; 2006.
- Marriner A. Manual para Administración de Enfermería.Madrid: Interamericana; 1993.
- Meliá S. Enfermería en Salud Mental: Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. Montevideo : MSP; 2005. p. 1:3-4.
- Mompert M. Administración de Servicios de Enfermería.Barcelona: Masson; 1995.
- Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Barcelona: Harcourt Brase; 1999.
- Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. 2ª de. Washington:OPS; 1994.
- Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencia de la Salud. 2ª ed. México: Interamericana; 1987.
- Porciúncula, Wilhem I. ACRI asistencia en crisis. Proyecto. Montevideo : Ediciones de la Plaza; 1996; p. 33-35.
- Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario Panhispánico de Dudas. Colombia: Santillana; 2006.
- Tamayo y Tamayo M. Metodología Formal de la Investigación Científica. 4ta ed.. México: Limusa; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Mental [En línea]. 2001 www.who.int/whr2001/2001/main [consulta mayo 2007].
- Jose L. Vazquez. Informe especial a cargo de José Luis Vázquez sobre el Hospital Vilardebó. [En línea] 2004. Disponible en: http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2004/09/210904_vilrdeb%F3.htm [consulta junio 2007]
- Republica de Chile Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. FMP/AMS/XRU/ARC/AMSCH.Contención de Pacientes. [Norma general técnica no. 65] [En línea] 2006; p. 1-28. Disponible en: http://consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/0/02/158553.php [consulta julio 2007]
- Comité de Ética Asistencial (CEA) Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización.Informaciones Psiquiátricas.[En línea] 2004. 175: 1-8 <http://www.informacionespsiquiatricas.es/web>. [consulta julio 2007]

INDICE DE ANEXOS

- 1- Cuestionario
- 2- Solicitud de permiso ético
- 3- Carta de información al equipo de enfermería sobre la investigación.
- 4- Protocolo de investigación.

Hospital Vilardebó
Departamento de Enfermería

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA Y MECÁNICA EN PACIENTES CON ALTERANCIÓN MENTAL EN ESTADO DE EXITACIÓN Y/O AGITACIÓN

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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:

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

PROCEDIMIENTO

- 1- Valorar la situación de crisis, observando la expresión gestual y verbal del paciente y su entorno.
- 2- Lograr un ambiente físico libre de elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal (instrumentos para agredir y/o agredirse).
- 3- Identificar el grado de aceptación del paciente, de ser controlado desde afuera, (autocontrol).

- 4- Identificar al integrante del equipo que influye positivamente sobre el usuario para que durante el procedimiento le brinde a éste seguridad.
- 5- La indicación de sujeción mecánica la realizará el médico responsable del caso o el médico de guardia.
- 6- Comunicarle al médico la situación y solicitarle que realice las indicaciones de contención mecánica y farmacológica, así como su registro en Historia Clínica.
- 7- Si el médico no puede atender la demanda en ese momento enfermería puede actuar por propia iniciativa.
- 8- Verificar antes de intervenir que las medidas de contención (mecánica y farmacológica), estén accesibles y sean adecuadas.
- 9- 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.
- 10- Estar atento a los cambios de actitud bruscos del paciente, no invadiendo su espacio, ni con actitud desafiante.
- 11- Mantenerse a una distancia prudencial, quedando fuera del alcance de sus piernas y brazos, evitando permanecer frente al paciente, se es posible sentarse al lado del mismo.
- 12- Dirigirse al paciente en forma calmada con un tono de voz suave pero firme, sin provocaciones y escuchando cuando habla.
- 13- 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.
- 14- No mostrarse agresivo, ni físico ni verbalmente, no se puede responder a los insultos, agresiones o provocación.
- 15- La contención física y mecánica deberá realizarse con 2 a 5 personas según la situación.
- 16- El equipo operativo deberá realizar vigilancia de imprevistos, contacto visual permanente, atención a cabeza, boca y miembros del paciente.

CONTENCIÓN FÍSICA

- I) En el caso que se halla 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.
- II) El equipo que intervendrá deberá idealmente estar formado por un mínimo de 3 personas y un máximo de 5.
- III) 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.
- IV) Contener físicamente al usuario, evitando traumatismo, 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

- 1- Las medidas de contención se colocarán en forma que no interrumpan la circulación y no provoquen lesiones en la piel del paciente.

- 2- Registrar detalladamente todo el procedimiento: motivo método utilizado, control de signos vitales y conducta del usuario.
- 3- 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 atención total para la satisfacción de sus necesidades básicas.
- 4- El abordaje de estos pacientes requiere un mayor control por parte de enfermería dado el potencial lesivo de auto y hetero agresividad.
- 5- La intervención técnica debe garantizar en todo momento la seguridad de las personas implicadas, especialmente del paciente y quienes lo atienden.
- 6- 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 mecánica
- Valorará nuevamente al paciente a las 2 horas de aplicadas 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

- 5- 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.
- 6- Controlará cada 15 minutos el estado del paciente, las sujeciones y el entorno en cada turno.
- 7- Realizará el control de constantes vitales y estado de conciencia.
- 8- Valorará de manera continua la aparición de complicaciones potenciales y la necesidad de mantener la contención
- 9- Asegurarse de que hay una buena ventilación y temperatura en la habitación.
- 10- 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.
- 11- 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 ENFERMERIA

- 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 diagnostico 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:

- a- La contención física es una medida alternativa de seguridad, utilizándola como último recurso después del fracaso de la contención psicoemocional.
- b- 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.
- c- En caso de ingreso no deberá ser internado con engaño.
- d- Ser informado debidamente es un derecho del paciente y la familia.

EVALUACION

- 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 Luís Tato. Primer premio 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.

BIBLIOGRAFIA

Dr. Jesús Antonio Ramos. Contención Mecánica. Psiquiatría Medica. 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.

Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización

**Comité de Ética Asistencial (CEA)
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona)**

Recepción: 10-03-04 / Aceptación: 17-03-04

INTRODUCCIÓN

La atención a una persona afecta de un trastorno mental que requiera una hospitalización, ha de basarse siempre en un trato que garantice el respeto absoluto a su dignidad como persona y el respeto de todos sus derechos. No obstante, la persona afecta de un trastorno mental, y sobre todo en situación de crisis aguda, de forma frecuente tiene disminuida su competencia y, por tanto, su autonomía, lo cual da lugar al uso de medidas terapéuticas restrictivas, que se inician con el ingreso involuntario, y otra serie de medidas restrictivas que se indican durante la hospitalización. Las medidas restrictivas son la contención mecánica, el aislamiento, permanencia en sala hospitalización-observación (régimen de unidad) y restricción de comunicaciones con el exterior (visitas, teléfono y correo).

El uso de medidas restrictivas durante la hospitalización han de ser siempre medidas con finalidad terapéutica y, por tanto, incluidas en el plan de tratamiento global del paciente y han de cumplir con los siguientes criterios:

- e- Indicación individualizada y limitada en el tiempo.
- f- Medida terapéutica excepcional.
- g- Se requerirá siempre la indicación del terapeuta responsable. En situaciones excepcionales y por motivos de urgencia, el personal de enfermería podrá tomar la decisión, pero con comunicación inmediata a un terapeuta responsable que valorará la indicación.
- h- Siempre se intentará indicar la medida menos restrictiva posible.
- i- En ningún caso se podrá indicar una medida restrictiva como castigo o intimidación al paciente.

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Introducción

La atención psiquiátrica tiene que basarse en el respeto a la dignidad de la persona humana que se concreta en tutelas y promoción de los derechos humanos y legales, que van implícitos en el paciente por el hecho de ser persona. Entre estos derechos se encuentra el respeto a su autonomía, el derecho a la vida, el derecho a la libertad, el derecho a la intimidad, el derecho a la integridad corporal y el derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Por todo esto la utilización de medidas coercitivas de contención física como métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría (Declaración de Naciones Unidas, Federación Mundial de la Salud Mental, O.M.S.); sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos.

A nivel institucional es responsabilidad de todos los miembros del equipo asistencial el detectar e intuir conductas o situaciones que puedan poner en peligro la seguridad del paciente o de terceros con la finalidad de prevenir y evitar el uso de contenciones físicas. Después de la detección, los mecanismos de contención a utilizar serán:

- 7- Contención psicológica.
- 8- Contención ambiental.
- 9- Contención psicofarmacológica.

Cuando finalmente la contención física resulta inevitable, esta ha de ser siempre una medida puntual que ha de durar el menor tiempo posible.

Indicaciones

La única indicación admisible de la contención física es ante situaciones que supongan una amenaza urgente e inmediata para la vida o integridad física del propio paciente o de terceros. Esta situación se corresponde con:

- a) Cuadros de agitación psicomotora y/o comportamientos heteroagresivos de riesgo para la integridad física.
- b) Comportamientos autoagresivos que puedan implicar riesgo vital.

Las nombradas «contenciones físicas preventivas» únicamente estarán indicadas cuando se correspondan con alguno de los supuestos anteriores.

Procedimiento para la indicación de la contención física

a) La indicación de la contención física irá siempre a cargo del médico (de la unidad o médico de guardia) después de la valoración del paciente. En situaciones de gran urgencia y siempre que se cumplan las indicaciones, el personal de enfermería podrá tomar la decisión, pero comunicándolo inmediatamente al médico para que valore la indicación.

b) Una vez indicada y ejecutada la contención física, se procederá a su registro tanto por el médico que la indica como por el diplomado/a de enfermería que la ejecuta. La hoja individualizada de registro de la contención física recoge:

- Criterio por el cual se indica la sujeción.
- Nombre, número de colegiado y firma del médico.
- Fecha y hora del inicio y la finalización.
- Persona/s que la llevan a cabo.

c) La evolución y seguimiento de la medida terapéutica tiene que quedar registrada por el médico en la historia clínica (curso clínico) y en las hojas de seguimiento de enfermería por el diplomado/a de enfermería.

d) La contención física se realizará siempre en una habitación individual, que disponga de las condiciones adecuadas de seguridad e intimidad (cama sujeta al suelo, ausencia de elementos de riesgo, lejos de la vista de otros pacientes,...).

e) Existirán diversas modalidades de contención física dependiendo del estado psicomotor del paciente, tendiendo siempre a recurrir a la menor contundencia (ver metodología adjunta).

f) Los elementos utilizados para la contención física (cintas, etc.) tendrán que reunir las condiciones adecuadas (longitud, textura, presión) para evitar posibles lesiones o erosiones al paciente (ver metodología adjunta).

g) Mientras dure la contención física el personal de enfermería tiene que garantizar:

- Control de las constantes, seguimiento y observación del estado general del paciente.
- Satisfacción de las necesidades básicas: ingesta de alimentos y líquidos, evacuación, cuidado e higiene personal.
- Cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito.
- Observación directa del paciente con una frecuencia máxima de 15 minutos, mientras dura la contención.

h) El médico responsable del paciente evaluará periódicamente la indicación, debido a que como medida extraordinaria y por su contundencia ésta tendrá que finalizar en el mínimo tiempo posible.

Información

Evaluando el riesgo e indicada la contención física por cumplir los criterios, se tiene que realizar de forma continuada información, acompañamiento y apoyo tanto al paciente como a la familia, dada la contundencia y afectación que la medida produce.

Si la indicación de contención física se produce en el curso de un ingreso voluntario; y se aprecia la necesidad por indicación clínica de conversión a ingreso involuntario, se informará al juzgado de la conversión, con la finalidad de garantizar los derechos legales del paciente.

Metodología de aplicación de la contención física

Definición

La contención física supone la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo a la que se somete al paciente, sujetándolo a la cama.

Objetivo

Garantizar la seguridad del paciente o de terceros que no ha resultado posible por otros medios terapéuticos empleados (acompañamiento, régimen ambiental y psicofármacos).

Profesionales que intervienen

La contención física la materializan el/la diplomado/a de enfermería y auxiliares de clínica, en presencia del médico que la ha indicado, a excepción de las situaciones de gran urgencia, en que el médico puede no estar presente en el momento de la contención.

Métodos de contención

Existen básicamente dos grandes sistemas de contención física:

- a) Contención abdominal (específica en psicogeriatría).
- b) Contención de extremidades.

Material para la sujeción

a) Tendrá que estar guardado en el control de enfermería, en un lugar de fácil acceso y cómodo. Será responsabilidad de la enfermería del turno, comprobar que el sistema de sujeción esté completo y en buen estado para su uso.

b) Para cada sistema de contención existen diferentes elementos:

Para la contención abdominal:

- Cinturón abdominal.
- Faja abdominal.
- Faja abdominal con cierre imán.

Para la contención de extremidades:

- Cintas para las muñecas.
- Cinturón estrecho y cintas para los tobillos.

Se aplican con cierre de imán o botón de fijación.

Procedimiento

a) Siempre que el nivel de conciencia del paciente lo permita, antes de proceder a una restricción de sus movimientos, se le ha de explicar el método de sujeción que va a utilizarse y los motivos para aplicarlo, pues con esto se conseguirá una mejor colaboración y un menor esfuerzo.

b) Cuando se ha tomado la decisión de sujetar al paciente, la acción tendrá que ser rápida y en cooperación con varios miembros del equipo terapéutico (mínimo 3 personas).

En la contención abdominal:

- f- Colocar al paciente semiincorporado en la cama, verificando que el método escogido no afecte a los movimientos respiratorios.
- g- La cinta abdominal tiene que colocarse por encima del paciente, a nivel lumbar, ajustando cada extremo a un soporte fijo o al somier de la cama.
- h- La faja abdominal tiene que colocarse justo en el abdomen, cruzando sus cintas por la espalda a nivel lumbar y sujetando los extremos a un soporte fijo o al somier de la cama.
- i- La faja abdominal con cierre de imán tiene que sujetarse por sus dos extremos al somier de la cama, de forma que quede tensa.

A continuación, situamos al paciente encima y le ajustamos la faja a nivel abdominal.

REGISTRO DE CONTENCIÓN FÍSICA

NH:

| | |
|-------------------|--------------------|
| Apellidos:..... | Área/Unidad: |
| Nombre:..... | Edad: |
| Diagnóstico:..... | Dr.: |

| INDICACIÓN DE CONTENCIÓN | | | | | | INDICACIÓN DE DESCONTENCIÓN | | | |
|--------------------------|------|--------|---------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------------|------|--------------|-----------|
| Fecha | Hora | Motivo | Nombre, firma y NC Médico | Nombre, firma y NC DUE | Tipo contención | Fecha | Hora | Firma Médico | Firma DUE |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Motivo (protocolo): A: Autoagresión con riesgo vital
 B: Heteroagresividad-agitación con riesgo a la integridad o vida de terceros.

Tipo contención: 1m + 1p: 1 mano + 1 pie
 1m + 2p: 1 mano + 2 pies
 2m: 2 manos

2m + 1p: 2 manos + 1 pie
 2m + 2p: 2 manos + 2 pies
 CA: Contención abdominal

En la contención de extremidades:

- Situar al paciente en posición cómoda y con las diferentes partes del cuerpo, correctamente alineadas.
- Utilizar material blando con el fin de impedir la fricción sobre la piel.
- En caso de disponer de cinturón estrecho, lo fijaremos al somier de la cama por sus extremos y a continuación le colocaremos las cintas en los tobillos.
- Si no disponemos de cinturón estrecho, fijaremos un extremo de la cinta a un soporte fijo o somier de la cama, ajustando el otro extremo al tobillo o muñeca del paciente mediante cierre de imán o botón de fijación.

Al finalizar todo el proceso de contención tenemos que:

- 17- Confirmar que las correas no comprimen ningún vaso que impida la circulación sanguínea.
- 18- Comprobar que el paciente tiene libertad de movimientos pero que en ningún caso pueda producirse lesiones.

Riesgos

a) El conocimiento de los riesgos físicos y psicológicos derivados de la contención física, es útil en la prevención de los mismos:

En la contención abdominal:

- Ahorcamiento.
- Dificultad respiratoria.
- Compresión nerviosa.

En la contención de extremidades:

- 12- Obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis).
- 13- Compresión nerviosa.
- 14- Edemas.
- 15- Hematomas.

Riesgos generales:

- Alteración de la integridad cutánea.
- Caídas.
- Broncoaspiración.
- Incontinencia.
- Estreñimiento.
- Riesgos psicológicos (depresión, confusión, aislamiento social...).

Y en general, todas las complicaciones derivadas del inmovilismo (pérdida de fuerza y tono muscular, inestabilidad en la deambulación, rigidez y contractura, dependencia...).

PROTOCOLO DE AISLAMIENTO

Definición

Regulación del aislamiento como medida terapéutica, entendido como la reclusión de un paciente en habitación cerrada, restringiendo sus movimientos y actividades a dicho espacio del cual no se le permitirá salir durante el tiempo indicado por su responsable terapéutico. El periodo de tiempo de dicho régimen de tratamiento ha de ser el mínimo imprescindible.

Objetivos

Crear las condiciones necesarias para que resulte más eficaz el tratamiento global de pacientes que por su estado de importante perturbación, sea necesario como coadyuvante la reducción de estímulos externos y la limitación de espacios físicos como medida de «contención».

Se trata de una medida menos restrictiva que la contención física y ha de ser considerada siempre como una alternativa previa a ésta.

Siempre se ha de limitar al tiempo mínimo estrictamente necesario y el paciente ha de disponer de las condiciones adecuadas para garantizar su seguridad y atención necesarias por parte del personal de enfermería.

Indicaciones

Serán tributarios de dicho régimen:

a) Pacientes con comportamientos heteroagresivos o en estados de gran inquietud psicomotriz, en los que sea beneficioso la reducción de forma temporal de estímulos externos y el establecimiento de límites más seguros y contenedores.

b) Paciente que por su estado de confusión, desorganización conductual o disgregación psíquica, requieran de forma temporal una restricción de espacios físicos y movimientos como medida terapéutica.

c) Pacientes con procesos orgánicos intercurrentes que requieran reposo absoluto y medicación controlada (procesos orgánicos que requieran reposo en cama).

Procedimiento para la indicación del aislamiento

a) La indicación de un régimen de aislamiento corresponderá siempre al terapeuta responsable del paciente (médico y/o psicólogo) tras la valoración del mismo. En situaciones de urgencia y siempre que se cumplan las indicaciones, el personal de enfermería podrá tomar la decisión, pero comunicándolo de inmediato al terapeuta responsable que valorará la indicación.

b) La indicación ha de constar siempre en la hoja individualizada de indicaciones terapéuticas y recogida en el curso clínico de la historia clínica del paciente.

c) La indicación de aislamiento se ha de limitar al tiempo estrictamente necesario y, por tanto, ha de ser revisada periódicamente por el terapeuta responsable.

d) El espacio físico en el que se ejecuta la indicación de aislamiento (habitación) ha de reunir las condiciones de seguridad, intimidad y confort adecuados. Se ha de valorar con sumo cuidado si el régimen de aislamiento en habitación se ha de realizar con la puerta cerrada con llave, dado el riesgo que puede suponer. Siempre valorar el régimen de habitación con puerta cerrada sin llave.

e) Mientras dure la indicación de aislamiento en habitación se han de garantizar los cuidados básicos de la persona (higiene, comida, líquidos, etc.), así como un control y acompañamiento del paciente.

f) Se ha de proporcionar información previa de la medida indicada al paciente y también posteriormente a la familia.

PROTOCOLO DE PERMANENCIA EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN-OBSERVACIÓN (RÉGIMEN DE UNIDAD)

Definición

Regularía la indicación de permanencia en la Unidad de Hospitalización como medida terapéutica, restringiendo sus movimientos y actividades a dicho espacio, sin restringir la relación con el resto de personas ingresadas en la unidad. Únicamente estaría limitado el acceso del paciente a espacios exteriores abiertos de la unidad (cafetería, jardines, etc.). Resulta una medida menos restrictiva que el aislamiento, y siempre dicho régimen ha de ser indicado por el responsable terapéutico del paciente.

Objetivos

Generalmente durante los primeros días del ingreso de un paciente (habitualmente no conocido) o en cualquier momento evolutivo del mismo, es necesario para llegar a un diagnóstico más adecuado y conocer mejor el estado clínico del paciente, permanecer en un régimen de observación en la unidad, que no sea excesivamente restrictivo, ni limite el aspecto relacional del mismo, pero que evite determinadas actuaciones que impulsivamente pueda tener (fugas, desorganización conductual, etc.).

Indicaciones

La indicación de régimen de unidad se dará en las siguientes situaciones:

a) Situaciones en las que se requiera ofrecer unos límites seguros para el paciente (riesgo de fugas, etc.).

b) Control de conductas perturbadoras (estados confusionales, desorganización de conductas, etc.).

c) Protegerlo de posibles impulsos autoagresivos.

Procedimiento para la indicación de régimen de unidad

a) La indicación de un régimen de unidad corresponde al terapeuta responsable del paciente, tras la valoración del mismo. En situaciones de urgencia y siempre que se cumplan las indicaciones, el personal

de enfermería podrá tomar la decisión, pero comunicándolo de inmediato al terapeuta responsable que valorará la indicación.

b) La indicación ha de constar siempre en la hoja individualizada de indicaciones terapéuticas, y recogida en el curso clínico de la historia clínica del paciente.

c) Como cualquier medida restrictiva, se ha de evaluar periódicamente, para que la duración de la misma sea el tiempo imprescindible.

d) Se ha de informar previamente de la medida individual al propio paciente y posteriormente a la familia.

PROTOSCOLOS DE RESTRICCIÓN DE COMUNICACIONES CON EL EXTERIOR

El ingreso de un paciente en el hospital no implica de forma sistemática restricciones en la comunicación del mismo con el exterior (llamadas, visitas, recepción-emisión de correo, etc.). El paciente hospitalizado y familiares, deberán respetar las normas del hospital de las cuales han de tener información.

En determinadas circunstancias puede ser necesario limitar el derecho de comunicación con el exterior, que estará siempre en relación al estado clínico del paciente. La indicación de dicha limitación correrá siempre a cargo del terapeuta responsable del mismo, deberá limitarse al tiempo imprescindible y será recogida en la hoja individualizada de indicaciones terapéuticas.

Visitas

a) El paciente tiene derecho a recibir visitas, en un régimen de confidencialidad, y en los horarios marcados por el centro para tal fin. En ningún caso (salvo las restricciones contempladas) se prohibirán las visitas por el hecho de ser un ex-paciente del centro.

b) El paciente tiene derecho a rechazar una visita. En ningún caso se impondrá una visita en contra de la voluntad del mismo.

c) Las visitas serán informadas por el personal asistencial de:

- V) La prohibición de proporcionar al paciente objetos potencialmente peligrosos (cortantes, punzantes, cinturones, etc.), medicamentos no prescritos u otras sustancias. En situaciones excepcionales pero de duda o sospecha razonable, se revisará cualquier objeto o paquete proporcionado por las visitas.
- VI) La no conveniencia de proporcionarle objetos de valor o cantidades elevadas de dinero ante el riesgo de extravío o sustracción.

d) Las visitas podrán ser restringidas, siempre por indicación del terapeuta responsable y con la conveniente información a paciente y familia, en las siguientes situaciones:

- Cuando en el curso de la hospitalización, las visitas puedan alterar o tener repercusiones desfavorables en el tratamiento y evolución del paciente.
- Cuando por el estado clínico y/o régimen de estancia (contención física, aislamiento, etc.), resulte conveniente la eliminación de estímulos externos.
- A veces, al inicio de la hospitalización, puede ser conveniente de forma totalmente transitoria un distanciamiento de toda o determinados miembros de la familia por la especial situación de conflicto relacional con los mismos.

Teléfono

a) El paciente hospitalizado tiene derecho a llamar y recibir llamadas del exterior, siempre de acuerdo con las normas de uso del teléfono del centro:

- El centro dispone en sus instalaciones de teléfono de uso público, desde el cual se pueden efectuar llamadas al exterior.

- Dentro de cada unidad de hospitalización existen instalaciones telefónicas, en las cuales el paciente puede recibir llamadas del exterior, en horarios y limitación de tiempo, establecidos en cada una de ellas; de las cuales ha de estar convenientemente informado.

b) Las llamadas telefónicas podrán ser restringidas (parcial o totalmente) tanto en su emisión como en la recepción por indicación del terapeuta responsable, en:

- Cuando las llamadas telefónicas puedan alterar o repercutir desfavorablemente en su tratamiento y evolución.
- Cuando por el estado clínico del paciente hagan desaconsejable las mismas.
- De dicha medida de restricción deben estar informados paciente y familia.
- Como normativa general del centro, no está permitido el uso y tenencia de teléfonos móviles.

Correo

a) El paciente hospitalizado tiene derecho a recibir y enviar cartas, manteniendo la intimidad y confidencialidad de su contenido.

b) El correo tanto en su emisión como recepción podrá ser restringido, siempre por indicación del terapeuta responsable, en situaciones relacionadas con el estado clínico del paciente y en que exista una sospecha justificada de:

- A través del correo pueda recibir del exterior sustancias u objetos peligrosos y/o no permitidos.
- Puede ser conveniente la retención del correo, cuando se sospeche que el contenido del mismo puede perjudicarlo o se sospeche el envío de documentos que puedan perjudicarlo en el futuro.
- Habrá que valorar la retención del correo, en situaciones que por el estado clínico del paciente hagan conveniente el no envío del mismo (estados delirantes, trastornos paranoides graves, etc.).

c) Como normativa general del centro no está permitido el uso y tenencia de ordenadores portátiles y por tanto la emisión y recepción de correo electrónico.

APRUEBA NORMA GENERAL TECNICA
N° 65 CONTENCION EN PSIQUIATRIA.

EXENTA N° 984

SANTIAGO, 17.09.03

VISTO: lo dispuesto en los artículos 4°, 6°
del Decreto Ley N° 2763 de 1979 y en la Resolución N° 520 de 1996 de la
Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1°.- El interés nacional de proveer a todas
las personas el acceso a las atenciones de salud que requieran, en este caso,
a un adecuado tratamiento psiquiátrico, de modo que éste sea de la más alta
calidad, en concordancia con una buena y actualizada práctica clínica, libre de
toda forma de discriminación y de abuso y con amplias oportunidades para el
ejercicio de las libertades y la participación de las personas afectadas por
enfermedades mentales.

2°.- La necesidad de implementar
normativas complementarias al Decreto Supremo N° 570 de 1998, mediante el
cual este Ministerio de Salud reguló la internación psiquiátrica y los
establecimientos que la otorgan, garantizando, a través de su aplicación, la
mejor atención a las personas afectadas por enfermedad mental.

3°.- La condición de especial
vulnerabilidad de las personas que presenta un estado de agitación o crisis,
como síntoma de una descompensación psiquiátrica, lo que requiere que se
establezcan criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances
técnicos y farmacológicos, una mayor participación de los usuarios y de la
comunidad y el respeto por el derecho de las personas.

RESOLUCION:

1°.- APRUEBASE la Norma General
Técnica N° 65 sobre Contención en Psiquiatría.

2.-La norma que se aprueba por este
acto, está contenida en un documento de igual título de 25 páginas, anexos
incluidos, cuyo original se mantendrá en custodia en la División de Rectoría y
Regulación Sanitaria, debiendo sus copias guardar estricta fidelidad con éste.

3°.- Remítase un ejemplar de este documento a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.-

PEDRO GARCIA ASPILLAGA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCION:

- Servicios de Salud
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Gabinete Sra. Ministra
- Gabinete Sr. Subsecretario
- División de Rectoría y Regulación
- Unidad de Salud Mental
- Dpto. Asesoría Jurídica
- Oficina de Partes

NORMA GENERAL TÉCNICA

Sobre Contención en Psiquiatría

JULIO 2003

DIVISIÓN DE RECTORIA Y REGULACIÓN SANITARIA
Departamento de Salud de las Personas
Unidad de Salud Mental

INDICE

I. Introducción.

II. Consideraciones generales.

III. Marco conceptual.

IV. Epidemiología, etiopatogenia

V. Tipos y Procedimientos de Contención en Areas Críticas.

VI. Personal para la contención.

VII. Ambiente.

Anexos

DOCUMENTO ELABORADO POR:
AUTORES:

Grupo de Trabajo: Coordinadoras:

| | |
|--|--|
| Celedonio Aguilar Técnico Paramédico, Hospital Psiquiátrico El Peral | Katty Muñoz Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental |
| Leonardo Alegría Enfermero, Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel | Ximena Rayo Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL |
| Ema Aravena Enfermera, Servicio de Psiquiatría Hospital Félix Bulnes | |
| José Aravena Técnico Paramédico, S. Psiquiatría H. Gmo. Benavente | Redactoras: |
| Maritza Castiglioni Médico Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico El Peral | |
| Walter Castro Técnico Paramédico, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz | Katty Muñoz Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental |
| Hernán Garcés Enfermero, Servicio de Psiquiatría H. Barros Luco | Ximena Rayo Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL |
| Jaime García Enfermero, Hospital Psiquiátrico Dr. Phillipe Pinel | Consultor: |
| Alejandro Gómez Médico Psiquiatra, S. de Psiquiatría H. Barros Luco | Alberto Minoletti S. Médico Psiquiatra, Jefe Unidad Salud Mental |
| Lila Liencura Enfermera, Hospital Psiquiátrico El Peral | |
| Beatriz Moreno Enfermera, Servicio de Psiquiatría Hospital R. de Talca | Colaboración especial: |
| Katty Muñoz Terapeuta Ocupacional, Comisión de Protección de Personas Afectadas de Enfermedad Mental | Rafael Céspedes Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz |
| Roberto Muñoz Técnico Paramédico, S. de Psiquiatría H. Félix Bulnes | Enrique Escobar Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz |
| Ximena Rayo Asistente Social, Unidad Salud Mental MINSAL | Adriana Maturana Abogada, Departamento Jurídico MINSAL |
| Enrique Reyes Técnico Paramédico, Hospital Psiquiátrico Salvador | Sonia Tardito Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz |
| Alejandro Salinas Médico Psiquiatra, Instituto Psiquiátrico J. Horwitz | Walter Brockering Médico Psiquiatra, Servicio Salud Metrop. Sur Oriente |
| Ma. Eugenia Steffen Enfermera, S. de Psiquiatría H. Gmo. Benavente | |
| Héctor Vargas Enfermero, Hospital Psiquiátrico Salvador | |

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la puesta en marcha del Reglamento 570, que regula en Chile la Hospitalización Psiquiátrica y a los Establecimientos que la otorgan, ha sido necesario implementar normativas complementarias a dicho cuerpo legal para favorecer el cumplimiento del mismo y garantizar a través de su aplicación, la mejor atención a las personas afectadas por Enfermedad Mental.

En lo que se refiere a los procedimientos de contención en las descompensaciones psiquiátricas, es preciso establecer criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances técnicos y farmacológicos, una mayor participación de los usuarios y de la comunidad y el respeto por el derecho de las personas.

El estado de crisis o agitación representa un síntoma en una persona, la que requiere cuidados y una ayuda efectiva en una vivencia que implica un serio quiebre en su existencia y por tanto un sufrimiento psico-social importante.

II. CONSIDERACIONES GENERALES

En el contexto de los profundos cambios en el ámbito de la Psiquiatría y la Salud Mental, se ha venido desarrollando un proceso de desinstitucionalización de las personas que sufren Enfermedad Mental, proceso que ha traído consigo redefiniciones en el ámbito clínico y social. La internación psiquiátrica en Hospitales Generales, los programas de antipsicóticos atípicos y una mayor participación de los usuarios y sus familias, hacen que la enfermedad mental se presente en una forma más abierta y compartida, donde tienen cabida múltiples responsabilidades y prontas respuestas por parte de los Equipos de Salud.

En efecto, los cambios mencionados, más las variadas características en lo político-administrativo, hacen que los Servicios de Salud, a lo largo del país, manifiesten condiciones heterogéneas, en que confluyen diversas culturas organizacionales, modelos históricos de relaciones intra-equipos y características socio-culturales de los usuarios.

Estas diferencias en los sistemas y estructuras refuerzan la necesidad de homogeneizar conceptos y procedimientos, especialmente cuando se observan fronteras difusas entre la psiquiatría clínica y el abordaje comunitario; entre la enfermedad y las conductas antisociales.

Cabe señalar, además, el firme propósito de las autoridades de salud de proteger y mejorar las condiciones en que se desarrolla el trabajo de los funcionarios, considerando la salud de cada uno de ellos tan importante como la de los propios usuarios atendidos.

a) Definición del Procedimiento.

Se ha definido la contención en Psiquiatría como la forma en que se recibe a un paciente, en el momento en que su estado de salud mental hace que él, o un familiar, soliciten ayuda al servicio especializado para su manejo y/o tratamiento.

La práctica de este procedimiento en la Psiquiatría moderna tiende a considerar el pleno respeto de los derechos de las personas, en los usuarios y en los equipos de salud. En nuestra realidad aparece como un último recurso frente a situaciones de violencia inmanejable, junto a la pérdida de juicio o sentido de realidad, a la falta de conciencia real

de la persona acerca de su estado y por ende, a dificultades en su autocuidado y responsabilidad civil o penal frente a las acciones que ejecuta.

Desde esta perspectiva, entendida la contención como un procedimiento clínico, es un equipo de salud el encargado de efectuarla, bajo la responsabilidad de un médico psiquiatra, o médico cirujano cuando no estuviera el especialista

(de acuerdo a la normativa vigente), por el mínimo de tiempo necesario y bajo estrictas medidas que aseguren el respeto de los derechos de las personas, la vida del paciente y la integridad física de los funcionarios que participan.

b) Definiciones Operacionales.

Contención: Acto de recibir, contener, acoger al contenido, proteger, cuidar.

Contención en Psiquiatría: Es un procedimiento terapéutico que debe ser realizado por una persona debidamente capacitada. Su capacitación debiera estar relacionada con la función del agente de salud, en que el funcionario involucre su experticia técnica, sus habilidades personales como la escucha, su capacidad de captar y responder a los cambios en la contingencia de la relación y/o del ambiente. En Psiquiatría se han definido a lo menos 4 formas de lograr una adecuada contención:

- **Contención emocional:** procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y es-timular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. La realiza un profe-sional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica.
- Palabras claves: **escuchar, persuadir.**

- **Contención ambiental:** conjunto de acciones realizadas por el equipo que atiende a una persona en crisis emocional y/o agitación psicomotora. Estas contemplan espacios adecuados, una buena disposición del personal, control de los estímulos visuales, auditivos y desplazamientos, lo que busca promover confianzas mutuas, una rápida y eficaz actuación del equipo clínico y aminorar el cuadro de agitación que se presenta.
- Palabra clave: **aplacar**

- **Contención farmacológica:** procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo de la persona agitada o alterada por crisis emocional (Anexo 1 “Medicamentos indicados para contención farmacológica” y Anexo 2 “Forma de administración de medicamentos en contención farmacológica”), con el objetivo de aliviar la sintomatología, para continuar con el tratamiento del cuadro de base. Debe acompañarse de elementos persuasivos y facilitadores para la persona afectada. En la medida que el estado de conciencia del paciente lo per-mita, se le debe explicar en detalle el procedimiento, sus objetivos, consecuencias y derivaciones. Si la situación de agitación psicomotora impidiese el procedimiento, se podrá inmovilizar mecánicamente, en forma temporal, al paciente con el fin de aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente.
- Palabras claves: **explicar**

- **Contención mecánica o física:** Procedimiento usado en psiquiatría, como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos. Este procedimiento, aún siendo aceptado, trae secuelas en las confianzas de las personas involucradas en la cura de la enfermedad mental (en los funcionarios, usuarios, familias, fuerza pública).

Palabras claves: **proteger**

Crisis: El reglamento 570 define crisis como “un episodio de tiempo variable, de pérdida de control sobre sí mismo y/o su situación vital”. Se puede agregar a lo anterior la variable del contexto, en el sentido de que esta situación muchas veces está relacionada con un lugar y una forma de interacción específica.

Conductas perturbadoras o agresivas: Son acciones de carácter violento, físicas, psicológicas o de manipulación del medio, con niveles variables de intensidad y peligrosidad ejercida hacia sí mismo o hacia otros, que obstaculizan la aplicación de algún procedimiento terapéutico, obstruyen la relación del equipo de salud con la persona que las presenta y genera un importante deterioro de la imagen de la persona en su ámbito social y familiar. Esto requiere que el equipo de salud esté comprometido en un manejo eficaz del episodio y cuente con la capacitación adecuada.

Urgencia Psiquiátrica: Se presenta como una situación imprevista, en que confluyen aspectos relacionados con la situación de salud mental de un individuo, las posibilidades de contención de la familia y el ambiente y la oportunidad de acceder a un establecimiento especializado. En lo referente a la situación de salud mental de la persona que necesita atención especializada, ésta presenta frecuentemente conductas perturbadoras asociadas a fuertes crisis que le ponen en riesgo, a él (ella), a sus familiares y también a los equipos tratantes. Las urgencias en salud, como en otros sectores, están caracterizados por la emergencia, situación manejable con los dispositivos adecuados y con equipos capacitados (Ver circular N° 2C/ 16 del 20/06/2002 en anexo)

Áreas críticas: La experiencia psiquiátrica entrega evidencias suficientes para determinar que el proceso de contención en cualquiera de sus formas, comienza fuera del servicio de salud, por lo que aquello que aparece en la urgencia psiquiátrica es el resultado del manejo de la emergencia. En este contexto se han definido como áreas críticas:

- El domicilio.
- El traslado.
- El box de ingreso al servicio de psiquiatría.
- La hospitalización.

Ambiente de contención: Se definirá como tal, aquellas condiciones del ambiente que en sí mismas ofrezcan la posibilidad de la autorregulación de la persona que manifiesta conductas perturbadoras. Se deberán considerar entre sus elementos a las personas, las cosas, las situaciones y estados témporo-espaciales (por ejemplo, la posición espacial del equipo de salud en relación al paciente).

(Ver Anexo 3 CUADRO SECUENCIA Y CARACTERISTICAS DE LAS DIFERENTES FORMAS DE CONTENCIÓN EN PSIQUIATRÍA)

III. MARCO CONCEPTUAL

En el conjunto de acciones realizadas hasta la fecha con el fin de mejorar la atención en Salud Mental, la puesta en marcha del Reglamento 570

ha sido un hito, en el que confluyen principios, modelos de intervención, concepciones en torno a las personas, procedimientos y planes. Por esta razón aparece como símbolo de un cambio en la atención de psiquiatría.

Ha sido necesario analizar las bondades y debilidades de los modelos asilares en psiquiatría. Se han implementado y evaluado las distintas posibilidades otorgadas por los avances farmacológicos de los últimos 30 años en relación a los neurolépticos y todo tipo de psicotrópicos. Se ha vivido la creatividad de las comunidades terapéuticas concebidas al alero de los principios de la Psiquiatría Comunitaria. Se han desarrollado modelos de intervención que conjugan las necesidades de la población con los recursos con que se cuenta, tratando de optimizar en términos costo-efectivos las atenciones en salud.

Hay avances considerables. Sin embargo, la atención psiquiátrica de urgencia mantiene en el tiempo características que hoy se hace necesario revisar. La consulta de urgencia psiquiátrica sigue siendo la culminación de una crisis que detona frecuentemente en violencia, con los riesgos inherentes a esta situación: para la persona que la presenta, para quienes lo acompañan y para el equipo que lo recibe.

En el contexto de los cambios sociales profundos, donde se plantean nuevas formas de convivencia, con respeto a la diversidad, se pretende recoger las diferentes perspectivas en relación al tema de la contención en psiquiatría, consensuando una norma útil y aplicable.

La práctica en urgencia psiquiátrica ha sido definida como: “una de las situaciones más incómodas a que se puede ver expuesto un equipo de salud en la práctica profesional”.⁴ Los equipos se desgastan, y no quisieran ocupar contención física.

Al igual que otros agentes de servicios públicos, sostienen que han sido impelidos a reprimir, por lo que “se sienten mal”. Sin embargo, la violencia que se puede alcanzar en los desbordes conductuales de algunas personas explicarían, aunque no justificarían, algunas medidas en el ámbito de las intervenciones de urgencia que aún hoy subsisten.

Se hace necesario por tanto buscar formas distintas de interacción en aquellos momentos de desajuste conductual, en las cuales, además de las necesidades que presente la comunidad y los usuarios, es necesario atender las demandas explícitas de los equipos de salud mental.

IV. EPIDEMIOLOGÍA, ETIOPATOGENIA

Conviene señalar que los índices de peligrosidad y criminalidad que presentan las personas con enfermedades mentales, específicamente con Esquizofrenia⁵, no son mayores que los de la población en general, siendo más

⁴ El tratamiento de urgencia del paciente violento “Dr. E. Escobar M. en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV / N° 3 julio – Septiembre 1987 (pg. 229).

⁵ “Comportamiento agresivo contra si mismo y contra otros entre paciente con E.Q.Z.” Steiner Psiquiatric Science. Enero 1999

comunes las autoagresiones y suicidios que las heteroagresiones severas. Se presenta, además, mayor cantidad de violencia en sujetos jóvenes que en mayores⁶.

Cabe señalar que, en sondeos realizados a los propios equipos de salud mental, expuestos constantemente a la posibilidad de descompensaciones psiquiátricas de los usuarios, se expresa un claro rechazo a cualquier medida coercitiva. Cuando se les ha preguntado cómo les gustaría ser tratados en caso de sufrir un desajuste o estar en una crisis, todos han señalado que les gustaría ser acogidos con cariño, comprensión, en un ambiente lo más familiar posible y con total privacidad⁷.

Frente a la agudización de la sintomatología psiquiátrica de los pacientes durante la hospitalización, los funcionarios de salud mental expresan miedo a las agresiones, rabia con la autoridad que no se responsabiliza de la situación, y sienten desesperanza frente a la posibilidad de que se implementen verdaderos cambios en las condiciones en que se trabaja en psiquiatría⁸.

Por otro lado, la comunidad y las familias instrumentalizan la atención psiquiátrica de urgencia como un elemento disuasivo o persuasivo para el miembro de esta comunidad que se agita, como un elemento de amenaza más que de ayuda, estableciendo de partida una comunicación contradictoria con el sentido del servicio público de salud, lo que ya predispone negativamente a todos al momento de la atención. Algunos estudios realizados en España entregan información referente a las características de los pacientes psiquiátricos que requieren contención en algún momento de su tratamiento, haciendo una distinción entre la necesidad de contención por auto o heteroagresividad (Anexo 4 Criterios de Inclusión). Si bien en ambos casos existen grados variables de peligro para el paciente y su entorno, es necesario evaluar los episodios de autoagresión con el objeto de despejar su eventual utilización con fines gananciales y aplicar las medidas que más se adecuen a cada caso.

Las patologías que más se asocian a la necesidad de contención son la psicosis y los cuadros maníacos (Anexo 5 Distribución de Diagnósticos). Otros diagnósticos asociados son el retraso mental, trastornos de personalidad, alteraciones por alcohol, depresión e histeria.

Las causas directas principales por las que se realiza la contención son la agitación psicomotriz, las conductas inapropiadas y la heteroagresividad (Anexo 6 Causas Directas). Otras causas son la autoagresión, la inquietud y la contención como acto terapéutico.

V. TIPOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTENCIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS CRÍTICAS.

Como se ha señalado, existen a lo menos cuatro tipos de contención aplicables en Psiquiatría frente a una crisis de agitación psicomotora en personas que sufren alguna enfermedad mental. Estos tipos de contención, sin ser excluyentes, contienen elementos que, en función de mantener confianza y

⁶ Idem 2

⁷ Estudio exploratorio de sentimientos en personal de urgencia. Unidad de Salud Mental, Minsal Enero 2001

⁸ Idem 4

mutuo respeto por los derechos de las personas, aparecen como recomendables en una cierta secuencia, determinada por las necesidades del contexto, llegando finalmente a la contención física. La secuencia señalada se sugiere cualquiera sea el lugar o área crítica donde se desarrolla.

Fases de la contención en psiquiatría

- 1° Contención emocional
- 2° Contención emocional + contención ambiental
- 3° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica
- 4° Contención emocional + contención ambiental + contención farmacológica + contención física o mecánica

- En el curso de una crisis de Agitación Psicomotora es necesario utilizar diferentes formas de contención utilizando permanentemente los recursos del medio ambiente para generar una atmósfera tranquilizadora que propicie el diálogo.
- Para un observador entrenado es claro percibir signos anticipatorios de una crisis de violencia. Pueden observarse signos de riesgo en el paciente ⁹ y ¹⁰ : cambios en la psicomotricidad (en cantidad y calidad de los movimientos), cambio en el contacto (forma de mirar y capacidad de escuchar). Los signos no verbales acompañados además de ofensas y amenazas verbales, pueden ser el pródromo de una crisis de violencia, los que detectados a tiempo por las personas que conviven con el enfermo o por el personal entrenado, pueden ser manejados adecuadamente en beneficio de todos los que participan en el evento.
- Si la situación se acompaña de violencia, es importante, además de un clima adecuado, contar con personal entrenado en manejo de personas con conductas perturbadoras y alejar a estas últimas de cualquier objeto o sujeto que de alguna forma provoque su irritación.

AREAS CRÍTICAS DE CONTENCIÓN

10- Domicilio

Aunque no corresponde al equipo de salud entrar a los hogares en búsqueda de las personas que presentan una crisis, los servicios de urgencia permanentemente son lla-mados a hacerlo y en consecuencia impelidos a actuar. Esta situación por sí sola pudiera significar una amenaza o provocación para la persona que sufre una crisis,

⁹ El tratamiento de urgencia del paciente violento "Dr. E. Escobar M. en Revista Chilena de Psiquiatría, Año IV/N° 3 Julio – Septiembre 1987 (pg. 229).

¹⁰ "Aggressive incidents in psychiatric wards" Majda Omerov

es recomendable mantener la calma y esperar el momento oportuno para la intervención.

Se debe contar con solicitud expresa y firmada por un familiar responsable que respalde el ingreso a espacios privados.

Si no se cuenta con autorización expresa y firmada por un familiar responsable que respalde el ingreso al domicilio, para este procedimiento se requiere de una Orden Judicial.

Procedimientos recomendados:

- Utilización de métodos de persuasión y convencimiento por parte de personal de salud entrenado, con participación de la familia, con el fin de lograr la empatía que conduzca a la persona en crisis a aceptar la ayuda que se le ofrece.
- Utilización, de acuerdo a fases de contención establecidas en párrafo anterior, de habilidades terapéuticas del médico o enfermera in situ, o monitoreo en comunicación directa a los auxiliares en caso de que los profesionales no puedan estar presentes en el lugar.
- El contacto lo debe hacer sólo una persona del equipo, permaneciendo los demás fuera del hogar, alertas para ocuparse posteriormente del traslado.
- La disposición del equipo debe ser estar atentos en espera de los acontecimientos, considerando los ritmos de la persona afectada.

b) Traslado a un Servicio de Psiquiatría.

El traslado involuntario que se hará en un vehículo de la salud pública es, sin duda, un espacio de tratamiento y curación y deberá contar con las autorizaciones dispuestas en el Reglamento 570 para la internación psiquiátrica

Traslado de un paciente agitado en ambulancia.

En este caso será importante contar con una evaluación de la situación de la persona en el domicilio y de las condiciones en que se está conduciendo el proceso. Si ha sido un médico psiquiatra o enfermera quien ha recibido a la persona afectada, se procederá a aplicar protocolo de contención³ según lo ameriten las circunstancias. Si no hubiera profesional y estuviera a cargo del traslado un personal auxiliar, éste deberá contar con capacitación adecuada. En cualquiera de los dos casos, deberá acompañar el traslado un familiar o alguien cercano emocionalmente a la persona afectada, con el fin de respaldar la labor.

La situación de traslado contiene elementos estresantes que pudieran desencadenar agitación e intentos de fuga. Para ello se deben contemplar las siguientes medidas secuenciales, de acuerdo a su necesidad, las cuales deberán ser explicadas a la persona en lenguaje sencillo y directo:

- Explicar la finalidad de protección que tiene la medida; informar el tiempo de duración del procedimiento de traslado e identificar el lugar al que es conducida la persona.
- Intentar persuadir a la persona para lograr su cooperación
- Contención parcial de manos o pies
- Medicación endovenosa de SOS protocolizado.

En caso de traslado en ambulancias o vehículos del sector privado, la responsabilidad de todo el procedimiento recaerá en el médico tratante.

Equipamiento del vehículo.

Por tratarse de una instancia que deberá resolver situaciones imprevistas y de difícil manejo, el vehículo deberá contar con los recursos mínimos para:

- Evaluar la situación de salud general de la persona (fonendoscopia, termómetros, máquina para presión, jeringas, etc.)
- Prevenir golpes producidos por autoagresiones o por accidentes, para lo que se debe implementar el espacio donde es trasladada la persona recubriéndolo con material blando

³ Reglamento 570. Normas Complementarias aludidas en capítulo de Internación.

- Contener farmacológicamente con medicamentos SOS estandarizado, si fuera necesario, y con indicación expresa de psiquiatra tratante.
- Contener mecánicamente y de manera parcial, sólo si fuera necesario, con el fin de evitar heteroagresiones. Para ello el vehículo deberá contar con correas y manillas para ser usadas en la camilla.

c) Contención en box de ingreso al servicio de psiquiatría.

Es importante contemplar actividades y acciones que se desarrollan desde la recepción hasta la eventual internación de la persona afectada. Desde esta perspectiva, la antesala del box, la recepción, ya debiera contar con una actitud receptiva y comprensiva frente al usuario y su familia, facilitando la adquisición de los datos más importantes que se requieran con formularios auto administrados. Como en cualquier servicio de urgencia, es prioritaria la atención del paciente, por lo que los elementos administrativos deberán ajustarse al logro de la rapidez y calidad en la atención en salud.

En el box y de acuerdo a las condiciones del afectado, se dispondrá de un ambiente de acogida, que de énfasis a la relación entre las personas.

La presencia de un familiar o amigo del paciente puede ser en ocasiones de mucha ayuda en la entrega de información y como forma de evaluar las interacciones del sistema del cual proviene el afectado. Sin embargo también puede significar la reedición de desajustes y disfunciones frente al entrevistador.

Se recomienda entonces presencia del familiar si esto conduce a amplificar la contención afectiva y a hacer partícipe a la familia de un compromiso en la mejoría del afectado, siempre con el consentimiento de éste.

El médico, según lo requiera, deberá contar con apoyo de otros funcionarios, lo que debe ser comunicado al usuario con el fin de persuadir e inducir a la tranquilidad. Si la presencia de un familiar fuera requerida por el médico, ésta deberá ser consultada al paciente.

Finalmente, el box de atención deberá contar con mobiliario reducido (en lo posible fijo al suelo), pocos estímulos ornamentales, cautelando que las ventanas no sean accesibles al paciente. Se debe tener precaución con objetos tales como:

- elementos cortantes
- elementos pesados (corcheteras, ceniceros, cuadros, floreros, etc.)

Del uso de la información:

- Toda la información recabada por el personal que ha realizado el traslado deberá ser entregada al médico responsable
- Esta información deberá resguardarse en términos de fidelidad y confidencialidad por todo el personal que la maneje.
- Debe informarse al usuario sobre sus derechos contenidos en el Reglamento 570.
- Debe informarse al usuario respecto de los procedimientos, de los implementos que podrían usarse y de las personas que actuarían frente a un desborde emocional.
- De no ser posible la comprensión total de esta información por parte del paciente, ésta deberá ser comunicada a su acompañante

d) Contención en hospitalización.

En la hospitalización, todas las actividades que se realicen en función del tratamiento del paciente deberán ser informadas a éste. Además es necesario entregarle cartillas de derechos y obligaciones del paciente, darle a conocer las personas con que compartirá, el nombre de su médico tratante, conocer al equipo de salud y al personal de servicio.

Es necesaria la interacción regular con el paciente, comunicándole respecto de la evolución de su tratamiento y escuchando sus quejas y demandas, esto contribuirá a prevenir desajustes conductuales o crisis de agitación. Conviene señalar que las conductas de cólera y rabia que se dan en hospitalización aparecen cuando las personas afectadas por enfermedad mental disminuyen su capacidad de respuesta a la adaptación y el sujeto puede responder a veces en forma desproporcionada a la situación para defender sus derechos o privacidad⁴. Otras veces estas conductas responden a situaciones del ambiente institucional, al no cumplimiento de normas establecidas para el respeto de los derechos de los usuarios o bien puede darse como respuesta a la estigmatización del usuario a par-tir de los diagnósticos por parte del equipo de salud.

Las conductas disruptivas deberán ser manejadas de acuerdo al reglamento 570 en relación a aislamiento y contención física.

La contención física en hospitalización debe ser:

- Privada.
- Con el mínimo posible de elementos mecánicos, inmovilizando sólo las partes del cuerpo que aparezcan como amenazantes.
- Con conocimiento y autorización del médico y, en lo posible, con la presencia de éste
- Por el menor tiempo posible.
- Acompañada de SOS farmacológico.
- Informada al afectado apenas éste pueda comprender.

- Evitando daño de cualquier tipo.
- Con la fuerza suficiente, pero evitando agresiones verbales y físicas y amenazas de cualquier tipo.
- Con elementos adecuados, actualizados y conocidos de antemano en su uso por el equipo y los pacientes.
- Tanto la contención física como el aislamiento se utilizarán según protocolo de acuerdo al reglamento 570 siendo de responsabilidad médica su indicación.

4 “ Uso de medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría.” P. Torres. Anales de Psiquiatría, Madrid. Vol. 18 2002

VI. PERSONAL PARA LA CONTENCIÓN:*

Según se ha definido, la contención en psiquiatría incorpora un número importante de “actores”, desde agentes comunitarios, fuerza pública, familiares y personal especializado, según los distintos momentos y lugares en que la aplicación de un procedimiento tendiente a la protección del paciente y de quienes lo rodean es necesario.

En relación a la contención realizada por como parte de un proceso terapéutico y en consideración a los estándares de calidad del procedimiento de contención de un paciente en crisis, se deben tomar en cuenta aspectos que dicen relación con el número de personas que participan, como también sus habilidades terapéuticas.

En términos generales, el personal requerido para la contención física de un paciente psiquiátrico va a depender del tipo e intensidad de la crisis, del tipo de contención requerida, de los recursos humanos disponibles, del tipo de relación establecida con el paciente y de los recursos físicos y de espacio con que se cuente.

A partir de estas consideraciones, idealmente se deberá contar con el siguiente equipo:

- un médico psiquiatra (o médico general en caso de no contar con psiquiatra) que evalúe la situación y determine el tipo de contención necesaria
- 16- un enfermero (a) que dirija la ejecución de las medidas determinadas y aplique SOS si está dispuesto
- 17- un auxiliar paramédico para sujeción de miembros superiores
- 18- un auxiliar paramédico para sujeción de miembros inferiores

19- en caso de ser necesario, un auxiliar paramédico para sujeción de cabeza y boca

Es necesario que los servicios de psiquiatría entreguen capacitación continua a sus funcionarios, actualizando información técnica, marcos regulatorios, y también elementos de autoayuda, autocuidado, y estímulo al desempeño, con el fin de asegurar acciones oportunas que protejan al paciente agitado y a terceros.

(*) Colaboración especial del Protocolo del Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Psiquiatría)

VII. AMBIENTE

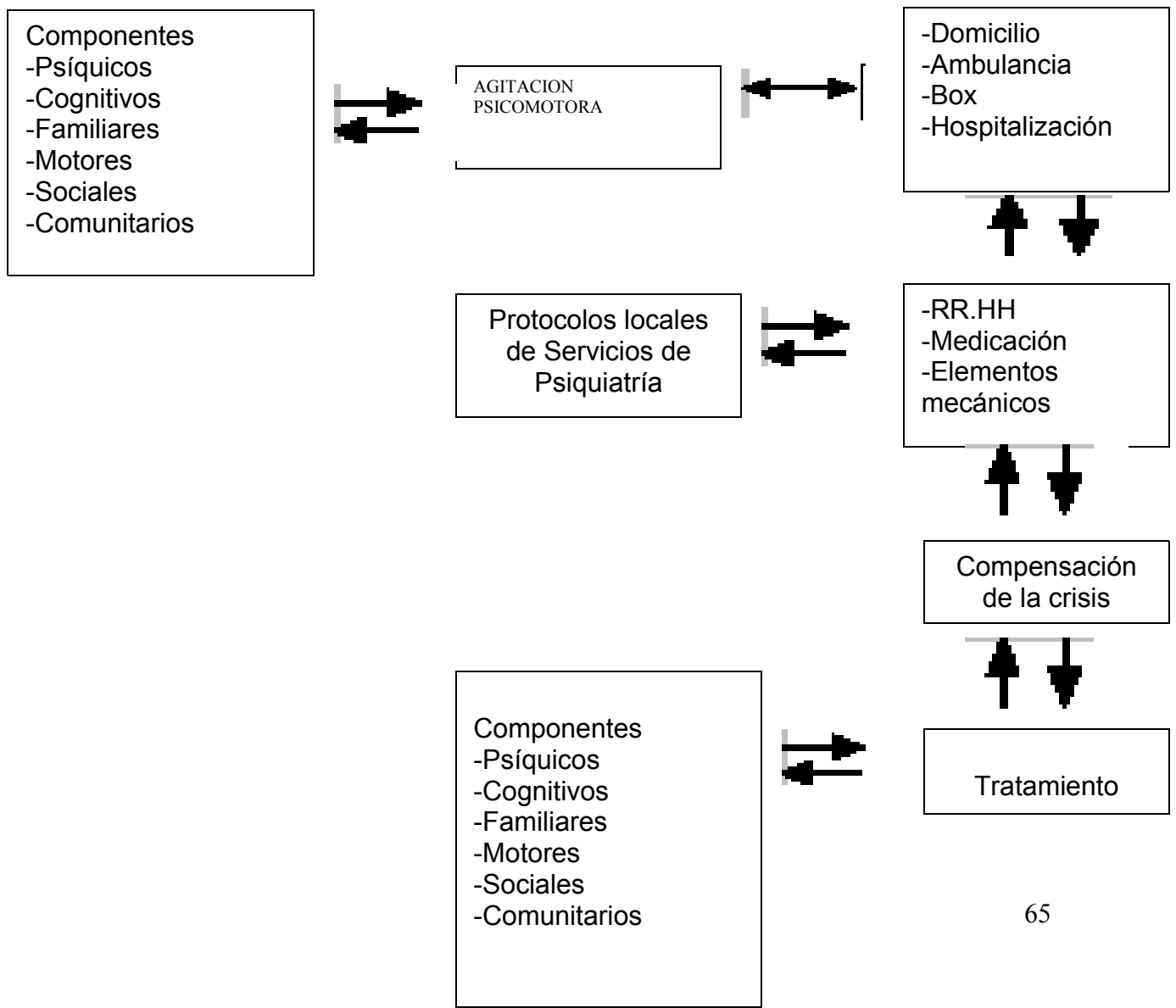
Considerar las condiciones socio ambientales en que se desarrollan hoy las diversas comunidades, aparece como necesario cuando se trata de inhibir o contener físicamente algunas conductas agresivas de las personas afectadas por enfermedad mental.

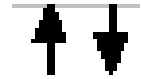
Como se señaló anteriormente, los indicadores de peligrosidad de estas personas son menores que los de la población general. Sin embargo, los portadores de enfermedad mental son continuamente estigmatizados como peligrosos o provocadores de delitos en la sociedad.

Sin embargo, las condiciones socio ambientales influyen en la disminución o aumento de una respuesta agresiva en el momento de una descompensación psiquiátrica. Esto se demuestra en sectores de mayor ruralidad y en ciudades pequeñas, donde se da una menor frecuencia de respuestas agresivas entre las personas atendidas en servicios de salud mental, situación a la que contribuye la existencia de una mayor tolerancia frente a los desajustes conductuales de las personas. Para mejorar el ambiente terapéutico se recomienda:

- Espacios amplios e iluminados (en lo posible luz natural)
- Música ambiental
- Con baja concentración de usuarios por salas o habitaciones, que permitan la interacción personalizada.

ELEMENTOS PRESENTES EN CRISIS DE AGITACION PSICOMOTORA EN PSIQUIATRIA





Estabilización
sintomática

ANEXO 1

MEDICAMENTOS INDICADOS PARA CONTENCION FARMACOLÓGICA (*)

A.- NEUROLEPTICOS

- 1.- Haloperidol ampolla 5 mg.
- 2.- Haloperidol comprimido 5 mg.
- 3.- Clorpromazina ampolla 25 mg.
- 4.- Clorpromazina comprimido 100 mg.

B.- ANSIOLITICOS

- 1.- Lorazepam ampolla 4 mg.
- 2.- Lorazepam comprimidos 2mg.
- 3.- Diazepam ampolla 10 mg.
- 4.- Diazepam comprimidos 5 mg.
- 5.- Diazepam comprimidos 10 mg.
- 6.- Alprazolam comprimidos 0,5 mg.

C.- ANTICONVULSIVANTES

- 1.- Fenitoina sódica comprimidos 100 mg.
- 2.- Acido valproico comprimidos 250 mg y (para iniciar control de ep lepsia con discontinuación de tratamiento, paralelamente con uso de BDZ para control de la agitación aguda que esté presente en el paciente)

D.- ANTIDEPRESIVOS

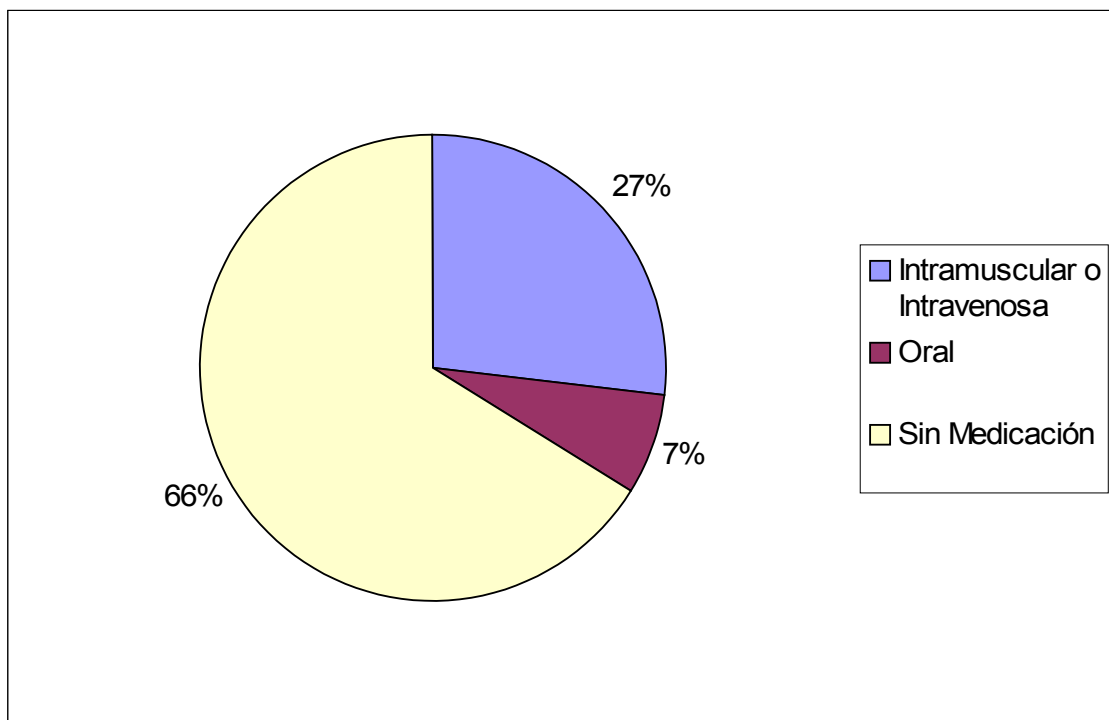
- 1.- Amitriptilina comprimidos 25 mg.

Se incluye por su utilidad como sedante o inductor del sueño en ca-sos de cuadros no psicóticos, en los que no es conveniente el uso de benzodiazepinas y/o neurolépticos.
Ej.: adicción o riesgo de adición a BDZ, hipersensibilidad a neurolépticos (S. E. P.)

(*)Arsenal Farmacológico Básico para contención de pacientes psiquiátricos de urgencia, del Instituto Psiquiátrico J. Horwitz B.

ANEXO 2

FORMA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN CONTENCIÓN FARMACOLOGICA (*)



ANEXO 3

SECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LAS DIFERENTES FORMAS DE CONTENCION EN PSIQUIATRIA

| Tipo | Características | Responsable | Observaciones |
|---------------|---|--|--|
| Emocional | <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento gratificante para la persona afectada y el personal - De duración indefinida | Personas entrenadas con capacidad de escuchar y acoger (médico, enfermera, auxiliar) | No siempre es posible |
| Ambiental | <ul style="list-style-type: none"> j- Posible de implementar con adecuada capacitación en actitud y manejo del ambiente k- Efectiva y continua en un equipo cohesionado y con liderazgo claro | Equipo clínico con disponibilidad de elementos entregados desde la institución | Es necesario controlar los estímulos del ambiente |
| Farmacológica | <ul style="list-style-type: none"> - Procedimiento efectivo y frecuente - Pudiera estar determinado por demanda - De aplicación a veces | Médico Personal entrenado en enfermería con buena disposición hacia las personas que sufren (enfermera, auxiliar) | Efectivo para retomar condiciones del tratamiento |
| Física | <ul style="list-style-type: none"> - Necesario cuando los anteriores procedimientos no son aplicables o no son efectivos - Potencialmente violento - Puede involucrar consecuencias negativas para la relación | El equipo clínico con experiencia en el procedimiento o con acreditada capacitación en este tipo de abordaje | Es importante minimizar la violencia y evitar daño físico. |

| | | | |
|--|-------------|--|--|
| | terapéutica | | |
|--|-------------|--|--|

ANEXO 4

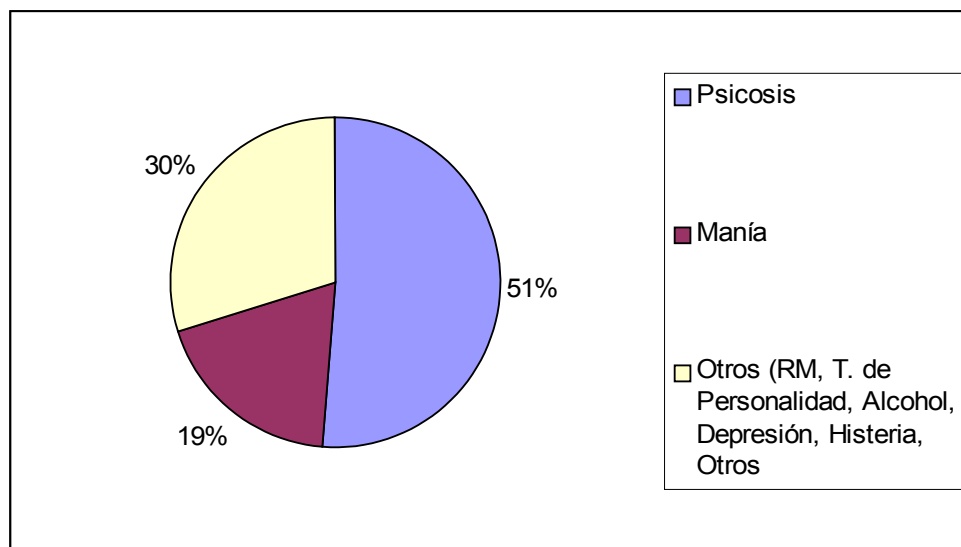
CRITERIOS DE INCLUSION (*)

| HETEROAGRESIVIDAD | AUTOAGRESIVIDAD |
|--|---|
| Delirium de origen orgánico o tóxico | Trastornos psicóticos, especialmente si hay alucinaciones auditivas de mandato que ordenan actos contra su integridad física o bien sistema delirante |
| Trastornos paranoides | |
| Trastornos psicóticos con alucinaciones auditivas con mandato de agresividad | Trastorno depresivo con ideas de culpabilidad o nihilismo, indignidad, autodesprecio autoacusación |
| Trastornos maníacos de tipo disfórico o irritabilidad | Trastornos de personalidad, en especial el de inestabilidad emocional (tipo límite) |
| Trastornos de la personalidad, en especial de tipo límite y disocial | Trastornos de adaptación, sobre todo ante acontecimientos vitales recientes |
| Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas | Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotropicas |

(*) "Enfermedades mentales que pueden facilitar conductas violentas debido al consumo de sustancias psicotrópicas y autodestructivas" Mallada 1999. (Adaptación realizada en "Uso de medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría". P. Torres. Anales de Psiquiatría, Madrid .Vol. 18 2002

ANEXO 5

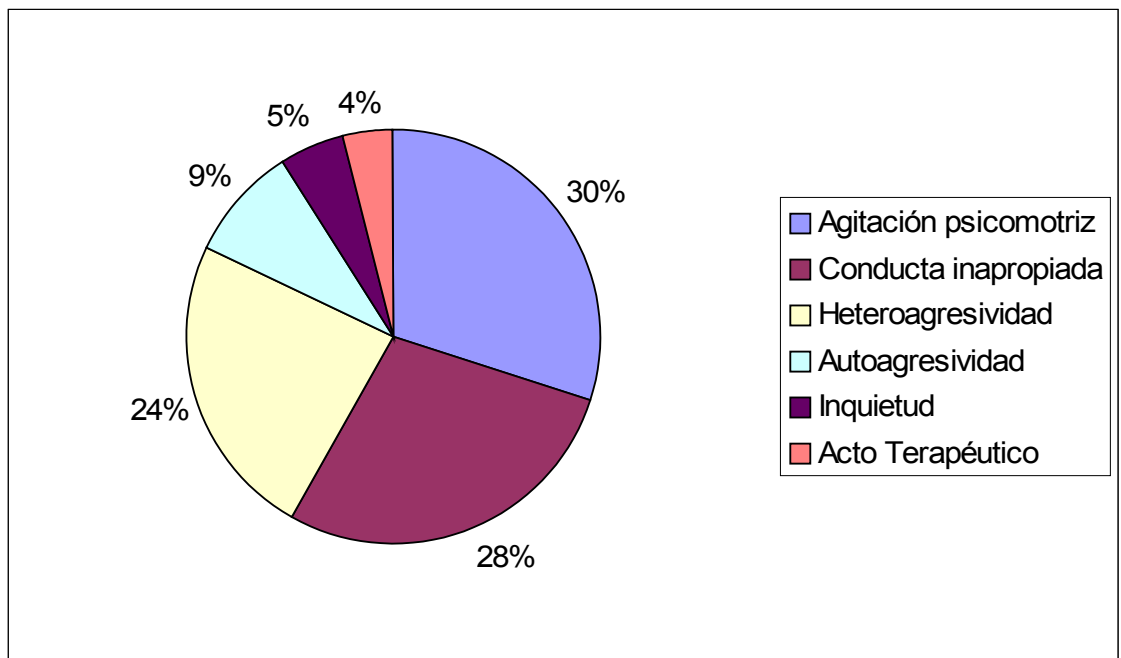
DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICO DE PACIENTES CONTENIDOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION DE PSIQUIATRIA EN JAEN, ESPAÑA (*)



Fuente: Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. P. Torres.

ANEXO 6

CAUSAS DIRECTAS DE LA CONTENCIÓN (*)



Fuente: Uso de los medios de contención en una Unidad de Agudos de Psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. P. Torres.

Cuestionario

Identifique con una cruz la opción acorde a su respuesta.

1- EDAD:

| | |
|---------------|--|
| 25 a 35 años | |
| 36 45 años | |
| 46 a 55 años | |
| 55 años o más | |

2- SEXO:

| | |
|-----------|--|
| Masculino | |
| Femenino | |

3- NIVEL DE INSTRUCCION:

| | |
|-----------------------|--|
| Secundaria incompleta | |
| Secundaria completa | |
| Terciaria incompleta | |
| Terciaria completa | |

4- CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA INSTITUCIÓN:

| | |
|--------------------------|--|
| Auxiliar de enfermería | |
| Licenciado en enfermería | |

5- TURNO EN QUE TRABAJA EN LA INSTITUCIÓN:

| | |
|------------|--|
| Mañana | |
| Tarde | |
| Vespertino | |
| Noche | |

6 - FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

¿En los últimos 2 años ha recibido cursos, charlas o seminarios de manera formal referentes a la salud mental?

| | |
|---------------------------------|--|
| Recibió en la Institución | |
| Recibió fuera de la Institución | |
| No Recibió | |

7 - FACTORES QUE FACILITAN O DIFICULTAN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN

a) Recursos Humanos

A la hora de aplicar una medida de contención, el equipo actuante esta conformado por:

| | |
|-------------------------------|--|
| 2 o mas aux. de enfermería | |
| Menos de 2 aux. de enfermería | |
| Licenciado en enfermería | |
| Vigilante | |
| Médico | |

b) Recursos Materiales

Cuantos juegos completos de medidas de contención física hay en su sala:

| | |
|-----------------------------|--|
| Menos de 2 juegos completos | |
| 2 o mas juegos completos | |

¿Al aplicar medidas de contención física y mecánica donde se encuentran los recursos materiales para este procedimiento?

| | |
|--|--|
| Siempre en el mismo lugar | |
| Bajo llave y se debe contactar a la persona que posea la misma | |
| Se debe buscar en otro servicio | |
| Se debe de buscar dentro del servicio | |

c) Existencia de Instrumentos de Registros

¿Cuenta usted con una planilla para cada paciente que se aplique medidas de contención mecánica?

| | |
|-----------|--|
| Si cuenta | |
| No cuenta | |

d) Registros en Historia Clínica

¿Como se registra el procedimiento de medidas de contención física aplicado en su servicio?

| | |
|---|--|
| Se registra el procedimiento en planillas, en su totalidad | |
| Se registra valoración completa de enfermería. | |
| Se registra valoración e indicaciones por parte del médico. | |
| Ninguna de las opciones mencionadas | |

e) Espacio Físico

Marque las características del espacio físico en el que se encuentra un usuario con medidas de contención

| | |
|--|--|
| Libre de elementos riesgosos para el usuario y /o personal | |
| Buena ventilación y temperatura en la habitación | |
| Proporciona intimidad y tranquilidad al usuario | |
| Ninguna de las opciones mencionadas | |

f) Información

¿Como accede usted al protocolo de medidas de contención física y mecánica?

| | |
|---|--|
| Accede al protocolo escrito. | |
| Recibió formación acerca del protocolo. | |
| No posee información | |

g) Carga Subjetiva

¿Qué sentimientos o emociones le genera al aplicar medidas de contención física y mecánica?

| | |
|-------------------------------------|--|
| Le Genera Resistencia | |
| Le Genera Ansiedad | |
| No le genera emoción ni sentimiento | |
| Otros | |

h) Dificultad del Procedimiento

¿Al aplicar el protocolo de medidas de contención física y mecánica cuales de sus pasos le presentan dificultades?

| | |
|----------------------------|--|
| En contención del paciente | |
| En la valoración | |
| En el registro. | |
| No presenta dificultad | |

8- CAMBIOS CONSIDERADOS POR EL PERSONAL

¿Cuales serian los cambios que realizaria en cuanto al protocolo de medidas de contención física y mecánica?

Agradecemos su colaboración.
Estudiantes de Facultad de Enfermería.¹¹

¹¹ FACULTAD DE ENFERMERIA

Equipo de Enfermería del Hospital Teodoro Vilardebó:

Por la presente nos dirigimos a ustedes para informar sobre la investigación científica “Aplicación de Protocolos de atención de enfermería en contención física y mecánica del usuario con agitación y excitación psicomotriz” con el objetivo de conocer cuales son, para el equipo de enfermería, los factores que facilitan o dificultan, la aplicación del protocolo de enfermería en contención física y mecánica, y las modificaciones que consideren pertinentes.

Esta investigación es realizada por cinco estudiantes de la Carrera Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, que se llevará a cabo en el presente mes de noviembre, para la validación del cuestionario se realizará una prueba piloto en las salas 26 de mujeres y 12 bis de hombres en el turno de la tarde.

En dicha investigación se realizará un cuestionario que será de participación voluntaria y anónima en la que cada funcionario deberá responder según su criterio, de acuerdo a su actividad laboral en su servicio.

Sin mas saluda atentamente y agradece su colaboración

Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Formulario De Información De Participación En La Investigación.

TEMA: Aplicación de Protocolos de atención de enfermería en contención física y mecánica del usuario con agitación y excitación psicomotriz

PROPOSITO: Se le solicita su participación en un estudio de investigación de la Facultad de Enfermería.

OBJETIVO: Conocer cuales son, para el equipo de enfermería, los factores que facilitan o dificultan, la aplicación del protocolo de enfermería en contención física y mecánica, y las modificaciones que consideren pertinentes.

Se le solicita a usted debido a pertenecer al servicio de emergencia, sala 8 y 8 bis, 21 y 23 del Hospital de referencia, y cumple funciones en el mismo bajo el cargo de Licenciada o Auxiliar de enfermería brindando atención directa al usuario.

PROCEDIMIENTOS:

Se le entregara a usted un formulario en el cual debe responder en forma individual, con un una cruz la opción que considere como respuesta, o mencionar la respuesta según su criterio, de acuerdo a su actividad laboral en el servicio.

El mismo es de carácter anónimo, no teniendo el mismo compromiso en su actividad laboral.

Su participación en la investigación es voluntaria.

Universidad de la República
Instituto Nacional de Enfermería
Cuarto ciclo. Trabajo de Investigación.
Departamento de Enfermería en Salud Mental

Protocolo de Investigación

Integrantes:

Virginia Andriani
Claudia Mendez
Maria José Segundo
Maria Virginia Viera
Carolina Yakimenko

Tutoras:

Profesora Agregada Lic. E. Margarita Garay
Profesora Adjunta Psicóloga Beatriz Capezzuto

Montevideo, Octubre 2007

Índice

| | |
|---------------------------------|--------|
| Planteamiento del problema..... | Pág.2 |
| Justificación..... | Pág.3 |
| Fundamentación..... | Pág.4 |
| Marco Conceptual..... | Pág.6 |
| Marco Referencial..... | Pág.16 |
| Objetivos..... | Pág.19 |
| Diseño metodológico..... | Pág.20 |
| Plan de Análisis..... | Pág.24 |
| Cronograma..... | Pág.25 |
| Presupuesto..... | Pág.26 |
| Bibliografía..... | Pág.27 |
| Anexos..... | Pág.28 |

Planteamiento del Problema

Tema: Aplicación de Protocolos de atención de enfermería en contención física y mecánica del usuario con agitación y excitación psicomotriz

Problema: ¿Cuales son los factores que facilitan o dificultan al equipo de enfermería, la aplicación del protocolo de contención física y mecánica, en usuarios con agitación y excitación psicomotriz, en el servicio de emergencia y cuatro salas de internación del hospital psiquiátrico de referencia nacional?

Justificación

En primer lugar nos surge la necesidad de conocer la organización de los cuidados de enfermería en una institución psiquiátrica. Para ello, analizamos la responsabilidad primordial de la licenciada en enfermería, de gestionar, dirigir y llevar a cabo la ejecución de los cuidados asistenciales brindados a los usuarios.

Una herramienta esencial para llevar a cabo los objetivos mencionados es el protocolo de enfermería. El mismo tiene como fin permitir criterios de decisión terapéutica estandarizados, frente a las diversas necesidades del usuario; lo que nos permite alcanzar un nivel de calidad asistencial uniforme, y no dependiente del libre albedrío de los equipos actuantes.

Cabe mencionar que un factor incidental para el área temática de nuestra investigación, es la experiencia práctica en la institución de referencia, en donde, sin ahondar en el tema en cuestión y llevando a cabo la experiencia de atención al paciente crítico, solo pudimos constatar la presencia de un protocolo de enfermería, (electroconvulsivoterapia), que cumplía con las condiciones necesarias, y el cual se llevaba a cabo siguiendo los lineamientos del mismo.

Este motivo es el que nos hace reflexionar sobre la existencia de herramientas que colaboren con la gestión de enfermería, la necesidad de las mismas por parte del servicio, los factores que faciliten o dificultan la aplicación de los protocolos, de acuerdo a la evolución a nivel sanitario, particularmente en el área de la salud mental.

Como complemento de nuestra investigación bibliográfica se realizó una entrevista a la Lic. En Enfermería Pierina Marcolini, Asesora de la dirección e integrante del Dpto. de RRHH del hospital psiquiátrico de referencia nacional, la cual nos orientó en la elección del tema. La misma fue realizada con el fin de conocer la organización de enfermería del hospital así como la aplicación de los protocolos de enfermería. Como resultado de dicha entrevista, accedimos a un protocolo llevado a la práctica en la institución sobre Aplicación de medidas de contención física y mecánica de usuarios con agitación y excitación psicomotriz.

Decidimos ahondar en el protocolo de Aplicación de medidas de contención física y mecánica, debido a que, en la institución no se conocen antecedentes, frente a los resultados de la puesta en práctica del protocolo al momento actual.

Desde el punto de vista científico, el tema propuesto en la investigación pretende, aportar la base para nuevas perspectivas, a tener en cuenta en la organización de la gestión de enfermería actual. Consideramos que proporcionarían información necesaria para colaborar a, elevar la calidad asistencial, y obtener una mayor satisfacción del grupo de enfermería a la hora de accionar en su labor.

Fundamentación

A través de la revisión bibliográfica se observa una evolución de los modelos asistenciales a nivel internacional como nacional.

Durante el transcurso de la historia se produjeron una serie de cambios sociales y culturales que pautaron la organización en la asistencia en salud mental.

En primer lugar cabe mencionar la norma complementaria al Decreto Supremo N° 570 de 1998, mediante el cual el Ministerio de Salud de la República de Chile reguló la internación psiquiátrica y los establecimientos que la otorgan, garantizando, a través de su aplicación, la mejor atención a las personas afectadas por enfermedad mental. En ella se describen normas acerca de procedimientos de contención, en las descompensaciones psiquiátricas, en la que expresa que es preciso establecer criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances técnicos y farmacológicos, con una mayor participación de los usuarios y de la comunidad teniendo en cuenta el respeto por el derecho de las personas.¹²

En segundo lugar podemos hacer referencia a la información presentada en el comité de ética asistencial de Salud Mental en Martorell (Barcelona), el mismo concuerda con el decreto de Chile en protocolizar las medidas restrictivas en el curso de la hospitalización en una institución mental.¹³

En el plano nacional fue el Plan Nacional de Salud Mental del año 1986, aprobado por el MSP el cual se adelantó a lo que sería el contenido de la Declaración de Caracas del año 1990 (Conferencia Regional para la Restauración de la Atención Psiquiátrica). En la actualidad, en nuestro país se cuenta con el Programa Nacional de Salud Mental (2005), enmarcado en el Programa Nacional de Salud. Este Programa Nacional de Salud Mental se basa en 3 direcciones principales; la primera es en cuanto al primer nivel de atención en y con la comunidad como estrategia principal, la segunda es en cuanto a la creación y desarrollo de unidades de salud mental en los hospitales generales, y la tercera dirección a tomar es los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar. Dentro de los mencionados modelos de asistencia encontramos la aplicación de los protocolos.

En la actualidad enmarcado en la política de gestión de la dirección del Hospital psiquiátrico de referencia nacional se cuenta con un protocolo elaborado por un grupo de Licenciados en enfermería del departamento de enfermería en el año 2006, el cual pauta los criterios a utilizar en medidas de contención física y mecánica del paciente con agitación y excitación psicomotriz, los cuales fueron explicitados al personal por medio de talleres, con el fin de hacer participe al mismo de este cambio institucional. El

¹²República de Chile Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica.

FMP/AMS/XRU/ARC/AMSCH. Contención de Pacientes. [norma general técnica no. 65] 2006 [julio 2007]; 1-28. internet http://consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/0/02/158553.php

¹³ Comité de Ética Asistencial (CEA) Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. Informaciones Psiquiátricas. [revista en Internet] 2004 [julio 2007] 175: 1-8 <http://www.informacionespsiquiatricas.es/web>.

trabajo se basó en la adecuación del protocolo presentado en el trabajo titulado “Protocolo de Actuación en Usuarios que presentan Excitación Psicomotriz”. Primer premio Congreso de Servicio de Emergencia 2006.

El mismo es presentado en el primer congreso de servicio de emergencia, por el cual recibe el primer premio.

Como antecedentes podemos referir las mencionadas declaraciones, las que dan lineamientos para los cuidados y criterios en el cuidado del paciente en salud mental, mas específicamente en la aplicación de medidas de contención física y mecánica, pero en cambio, no se logra encontrar mediante la búsqueda bibliográfica antecedentes que describan la relación del personal de salud con los protocolos planteados y los factores que llevan al personal a aplicar o no los mismos.

Todo esto deriva en la actualidad en la búsqueda de la calidad asistencial, la misma se esta dando mediante la elaboración de guías y protocolos, es importante destacar que estos no solo apuntan a estandarizar los cuidados de forma de dar una unificación en los criterios, sino que también esta destinado a una mejora de la atención del usuario sin descuidar sus características personales.

Es así que tomamos lo referido por el Dr Porciuncula y Dra. Wilhelm relación a la importancia de desarrollar protocolos de acción, los cuales “permitan tener criterios de decisión terapéutica estandarizados frente a las diversas situaciones” de forma de mejorar el nivel de calidad asistencial y que esta mejora en los criterios de decisión, se de uniformemente, “que no dependa del libre albedrío de los equipos actuantes”, supervisando así el trabajo realizado y mediante la evaluación, modificar futuras acciones.

Es de esta forma que tomaremos al protocolo de medidas de contención física y mecánica al paciente con agitación y excitación psicomotriz, como un instrumento o herramienta que la enfermería actual debe desarrollar, para elevar la calidad de atención y los modelos asistenciales; e investigar acerca de la relación del equipo de enfermería con los instrumentos mencionados, analizando los factores que participan en la puesta en práctica del mismo.

Marco Conceptual

Protocolo

El protocolo de enfermería tiene como fin, el permitir tener criterios de decisión terapéutica estandarizados frente a las diversas situaciones, que se puedan presentar para poder tener un nivel de calidad asistencial uniforme y que no dependa del libre albedrío de los equipos actuantes, que se pueda supervisar el trabajo, y también recopilar información que resultará útil para planificar futuras acciones y modificar estos mismos protocolos fijando nuevos estándares.¹⁴

El protocolo forma parte de la gestión de un servicio para lo cual nos basamos en el proceso administrativo, es por esto que nos parece relevante tomar la definición de la administración referida en Los Principios de la Administración de Taylor "...la administración en Ciencia que descansa en leyes, reglas y principios, es decir, evitando la intuición (normas, reglamentos de régimen interno, normas horarios, protocolos de trabajo)"¹⁵.

Siguiendo con el proceso administrativo, vemos que, consta teóricamente con las etapas de planificación, organización ejecución y control.

La etapa de Planificación se entiende como un instrumento que nos permite:

"Racionalizar la toma de decisiones. Maximizar la racionalidad, buscando o procurando la optimización de la acción. Administrar el futuro, en lo que se refiere a lo probable, lo deseable, eliminando el grado de incertidumbre, y permitiéndonos ser capaces de atacar el o los problemas. Afirmar la voluntad "lo que hay que hacer" oponiéndose a la fatalidad, a la casualidad y el azar"¹⁶.

El propósito de la planificación.

La Lic. Haydée Ballesteros en Bases Científicas de la Administración refiere que mediante la planificación podremos identificar cuales son los problemas de las diferentes situaciones, buscando las posibles soluciones, mediante la utilización de los recursos disponibles, previniendo así las crisis.

Según lo referido en Manual Para Administración De Enfermería de A. Marriner¹⁷, toda unidad de enfermería tiene una finalidad, que viene derivada de la finalidad global de la institución, dicha finalidad es por lo tanto la primera prioridad de la planificación. Es de esta forma que los servicios de enfermería tienen como finalidad primordial, el proporcionar a los pacientes atención de enfermería de calidad.

Cada área, al cumplir con su finalidad, contribuye con la de la institución en general.

Por lo tanto podemos decir que el protocolo de atención de enfermería es un instrumento previamente planificado, que proporciona atención de enfermería de calidad y contribuye a que cada área cumpla con su finalidad.

¹⁴ Porciúncula, Wilhem I. ACRI asistencia en crisis. Proyecto. Ediciones de la plaza (Montevideo).1996; 33-35.

¹⁵Ballestero, H. Vitancurt, A. Sánchez, S. Bases Científicas de la Administración. Mac Crow-Hill-Interamericana; México, 1997.

¹⁶ Ballestero, H. Vitancurt, A. Sánchez, S. Bases Científicas de la Administración. Mac Crow-Hill-Interamericana; México, 1997.

¹⁷ Marriner, A. Manual Para Administración de Enfermería. Editorial Interamericana. 1ª ed. Madrid.

Utilidad De Un Protocolo.

Como nos plantea Mompert¹⁸ los protocolos son elementos indispensables en toda organización, determinando en buena manera la forma de actuar y, en consecuencia influyen en todo el proceso. Para que un protocolo alcance su mayor utilidad debe cumplir algunas condiciones:

1 Necesidad de protocolización. Sólo se deben elaborar procedimientos de aquellas actividades que sean verdaderamente significativas, por:

- su importancia para el cuidado
- la complejidad de su ejecución
- la posibilidad de obtener resultados diferentes con diversos modos de actuación
- su costo en tiempo o dinero

2 Accesibilidad para su consulta y discusión.

3 Posibilidad de cumplimiento y revisión.

Un protocolo sirve solamente si es observado por el personal, y en caso necesario puede ser combinado, sustituido o anulado.

4 Facilidad de cumplimiento.

Un protocolo puede ser:

- j- empírico, cuando recoge la forma habitual en que se practica un determinado cuidado.
- k- Ideal, cuando se expresa la manera idónea en que será preciso alcanzar en la realización de una práctica enfermera.

Cumplidas estas condiciones, se acepta que un protocolo tiene las siguientes utilidades:

12- unifica los criterios de actuación de todos los trabajadores en un lugar determinado de la organización, marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.

13- Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.

14- Abarata costos económicos, ya que estandariza la utilización de medios y tiempos.

Sistematiza la información, facilitando el registro de las actividades.

Se define como la descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

Un protocolo debe especificar:

- l- la definición de la actividad a realizar.
- m- La determinación del receptor de la acción, paciente o cliente, hacia el que se va a actuar, y las condiciones de éste que hacen precisa la acción o en las que debe situarse al universo.
- n- La descripción del agente que lleva a cabo la acción o en las que debe situarse al universo.
- o- La relación de los medios materiales a emplear en la acción y las condiciones exactas de estos recursos.

¹⁸Mompert, M. Administración de Servicios de Enfermería. Editorial Masson, SA; No. 98 Barcelona, 1995.

- p- La secuencia detallada de los actos que se van a llenar a cabo, explicando, si ello fuera necesario, las posibles precauciones a adoptar para evitar complicaciones o los signos de alarma que indicarían la presencia de reacciones o consecuencias adversas.
- q- La forma de finalización del proceso, es decir el resultado esperado, la recogida de los medios empleados y la manera de evaluar la acción y registrar lo realizado.

Elaboración De Un Protocolo.

Para la elaboración de un protocolo se deben observar los siguientes pasos:

- estudio de la norma. El protocolo debe partir de los supuestos generales que se reflejan en la norma y no puede estar en contradicción con ninguna de las normas o estándares existentes en la institución.

Según American Nurses Association “La creación y aplicación de unas normas para el ejercicio de la enfermería son funciones importantes de una organización profesional. La finalidad de las normas del ejercicio de la enfermería clínica es describir las responsabilidades que las enfermeras han de asumir. Las normas: a) reflejan los valores y prioridades de la profesión de enfermería, b) proporcionan orientaciones para la práctica de la enfermería profesional, c) aportan un marco para evaluar el ejercicio de la enfermería, y d) determinan las responsabilidades de la profesión hacia el ciudadano y los resultados que obtiene el cliente y de los que las enfermeras deben responder”.¹⁹

- Identificación de las condiciones. Tanto de los posibles usuarios en los que se deba utilizar el protocolo, como del personal (educación, experiencia, actitudes) y del material disponible.
- Constitución de un grupo. Comité de protocolos. El grupo debe revisar la bibliografía existente, otros protocolos elaborados por diversas instituciones y las recomendaciones racionales o internacionales al respecto.
- Redacción y distribución. Una vez redactado, el protocolo debe ser distribuido entre las diferentes unidades que lo han de llevar a la práctica. La distribución debe acompañar una presentación adecuada a todo el personal, que incluye la explicación de los motivos por los que se pone en marcha este tipo de trabajo, las ventajas esperadas y la forma en que se evaluará la adecuación y la participación de todos en su consecuencia.
- Experimentación y revisión. Antes de su aceptación definitiva, un protocolo debe ser experimentado, es decir, aplicado en un grupo seleccionado de usuarios, en los que se observará la pertinencia, adecuación y resultados de la acción protocolizada”.²⁰

Luego de definir, ver donde esta enmarcado y hacer referencia a los pasos que debe tener un protocolo, nos parece de suma importancia definir el tipo de protocolo en el cual vamos a profundizar nuestra investigación ya que este contiene pautas marcadas de cómo proceder, así como también en que casos no proceder con la utilización de esta medida y determinadas reglas de orden ético que se deben tomar en cuenta.

Definición de medidas de contención física y mecánica:

¹⁹American Nurses Association. 1991 [s.l.] [s.n.]

²⁰ Mompert, M. Administración de Servicios de Enfermería. Editorial Masson, SA; No. 98 Barcelona, 1995.

Por contención física o mecánica se entiende la utilización de mecanismos para restringir el movimiento de una parte del cuerpo o de su totalidad con el fin de evitar situaciones que pongan en situación de peligro al mismo paciente o a otras personas. Esta medida se adopta, en caso de necesidad, para administrar un tratamiento médico, o para evitar que la persona se lesione a sí misma o a terceros, o impedir que siga destruyendo objetos o inmuebles.²¹

Es importante mencionar que este protocolo de atención se utilizara, habiendo agotado previamente las otras medidas de control (contención verbal y emocional) y por orden médica, cuando el usuario se encuentre en situación de crisis de agitación psicomotriz, destacando que la agitación no es sinónimo de violencia pero puede ser el paso previo, cuando estos usuarios llegan a ser amenazantes, violentos o posean un intento de fuga²². Tomamos como Crisis de Excitación Psicomotriz: estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizados por la exaltación de la conducta, liberación desordenada y excesiva de la energía psicofísica²³.

Así mismo es importante destacar las dos caras de esta medida, por un lado no se deberá utilizar con el propósito de represión, miedo o pereza del personal; pero teniendo en cuenta que esta medida puede ser mejor tolerada y menos traumatizante que una inducción al sueño profundo y cuyos efectos pueden dejarse notar 48 horas después.

Antecedentes

A modo de antecedente, contamos con el protocolo de medidas de contención físicas y mecánicas, (Ver anexo 1), el cual se aplica en la institución de referencia. Al compararlo con otros protocolos encontrados a nivel mundial como son el caso de España y Chile (Ver anexos 2 y 3) podemos encontrar muchas similitudes en su planteo y ejecución por lo que concluimos que el tomado por nosotros como referente es actual y representativo de lo utilizado por salud mental a nivel mundial en este momento. Del análisis de los mismos surge la necesidad de investigación de la relación del equipo de enfermería ante la aplicación de un protocolo.

Características de los Protocolos de Referencia

Según lo mencionado en los protocolos de referencia vemos que hay factores que facilitan o dificultan la aplicación de protocolos de medida de contención física y mecánica. Dentro de estos se dividen en: recursos materiales y la accesibilidad a ellos, determinando que 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, las mismas deben estar accesibles y ser adecuadas al procedimiento.

En cuanto a los recursos humanos refiere: el equipo que intervendrá deberá idealmente estar formado por un mínimo de 3 personas y un máximo de 5 según la situación, uno de los integrantes coordinará el procedimiento y será el que administre la medicación; y cada uno de ellos, deberá conocer por adelantado que tarea debe realizar él y los demás para una eficiente intervención.

²¹ Republica de Chile Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica.

FMP/AMS/XRU/ARC/AMSC. Contención de Pacientes. [norma general técnica no. 65] 2006 [julio 2007]; 1-28. [internethttp://consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/0/02/158553.php](http://consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/0/02/158553.php)

²² Grivois, H. Urgencias Psiquiátricas. Editorial Masson. 1ª ed. España, 1989.

²³ Meliá, S. Compilación. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR 1ª edición. Montevideo, 2005.

En el protocolo de contención del Comité de Ética Asistencial (CEA) Sagrat Cor Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona)²⁴ nos da al igual que en el protocolo del hospital de referencia, lineamientos claros de cuales son los integrantes del equipo actuante en el momento de realizar el procedimiento “La contención física la materializan el/la diplomado/a de enfermería y auxiliares de clínica, en presencia del médico que la ha indicado”.

En tanto el protocolo del hospital psiquiátrico de referencia nacional suma al equipo actuante el personal de vigilancia.

Tanto en el protocolo de contención del Comité de Ética Asistencial (CEA) Sagrat Cor Serveis de Salut Mental. Martorell (Barcelona) como en el del Protocolo de la institución de referencia, si el médico no puede atender la demanda en ese momento o es una situación de urgencia, enfermería puede actuar por propia iniciativa; comunicando posteriormente al médico la situación y solicitándole que realice las indicaciones de contención mecánica y farmacológica, así como su registro en Historia Clínica.

Esto nos da paso a la existencia de instrumentos de registro y como se registra el procedimiento en la historia, anteriormente mencionamos que el médico debe registrar las indicaciones de la contención; en el caso del equipo de enfermería debe registrar detalladamente todo el procedimiento: motivo, método utilizado, control de signos vitales y conducta del usuario.

El espacio físico con el que se cuenta y características de este, es muy importante para la aplicación del protocolo de medidas de contención, ya que en este se especifica, que se debe contar con: un ambiente físico libre de elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal (instrumentos para agredir y/o agredirse) y asegurarse de que haya una buena ventilación y temperatura en la habitación luego que el procedimiento sea aplicado.

La información sobre el protocolo y como la obtiene el equipo de enfermería es esencial en toda institución puesto que esto es uno de los pilares fundamentales dentro de la definición de protocolos; como ya hemos citado antes el protocolo debe ser, una vez redactado, distribuido entre las diferentes unidades que lo han de llevar a la práctica, acompañado de una presentación adecuada a todo el personal, que incluye la explicación de los motivos por los que se pone en marcha este tipo de trabajo, las ventajas esperadas y la forma en que se evaluará la adecuación y la participación de todos en su consecuencia.

No debemos dejar de mencionar la carga subjetiva que representa para el personal el realizar la medida de contención física y mecánica, según Collière “teniendo en cuenta la complejidad de los factores que interfieren y la variedad de influencia procedentes de los medios institucionales donde se ejerce esta práctica, parece fundamental que cualquier enfermera/o sea capaz de conocer lo que influye en su práctica de aplicación de cuidados y la del grupo al que pertenece, para que pueda ser capaz de aclarar lo que motiva e influye en su práctica, así como la coherencia entre los fines que propone y los medios que utiliza en función de las situaciones.”²⁵

Se entiende carga subjetiva como los sentimientos y emociones que poseen el equipo de enfermería frente a la aplicación del protocolo de contención física y mecánica; los cuales son factores que dificultan o facilitan la realización del procedimiento.

²⁴ Informaciones Psiquiátricas: Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización Comité de Ética Asistencial (CEA) Sagrat Cor Serveis de Salut Menta. Matorrel (Barc). 2004; 1(175)

²⁵ Collière, MF. Promover la Vida. Mac Crow-Hill-Interamericana; Madrid, 1993.

Es de esta forma que nos parece importante exponer algunos datos históricos de la salud mental en el Uruguay; y como se fue desarrollando hasta nuestros días, de manera tal de poder comprender cual es el marco actual en el que se dará esta investigación, y como se llegó a este, puesto que como se vio anteriormente, cada protocolo es adaptado a la institución en la cual se encuentra planteado.

Reseña Histórica de la Salud Mental en el Uruguay

Es a nuestro parecer de gran importancia esta breve reseña, la cual nos muestra el proceso que ha tenido la psiquiatría nacional, influenciado a su vez por los cambios de la psiquiatría a nivel mundial, partiendo de esto nos adentramos en la situación actual de la psiquiatría en el Uruguay

En la actualidad existe un Programa Nacional de Salud Mental el cual apunta a tres direcciones principales:

“la primera apuntó al primer nivel de atención, en y con la comunidad, como estrategia principal. La segunda consistió en la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales generales. La tercera incluyó los nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos mentales invalidantes y la voluntad de superar el modelo asilar”²⁶

“El Manicomio Nacional (luego de 1910 Hospital Vilardebó) inaugurado en su actual emplazamiento en 1880, y la Colonia de Alienados de Santa Lucia, abierta en 1912 fueron los dos centros estables de reclusión de enfermos mentales graves del Novecientos (Barran). – (6)

En la época Colonial los etiquetados como “locos” eran marginados por la sociedad y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces detenidos y recluidos en los calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con personas comunes, las mujeres eran a veces enclaustradas en las celdas del Convento de San Francisco.-

Hacia el año 1858, el Hospital de Caridad ya albergaba a 40 pacientes psiquiátricos. Se sugiere en ese momento la necesidad de disponer de un establecimiento “lejos de la planta urbana” arrendándose con ese motivo la casa quinta perteneciente al comerciante Don Miguel Vilardebó, padre del Sr. Teodoro Vilardebó, inaugurándose el 17 de junio de 1860 el primer “Asilo de Dementes” con veintiocho enfermos.-

En ese periodo la mayoría de los pacientes eran emigrantes provenientes del medio rural. En los diagnósticos de ingreso muestran porcentajes que no corresponden a trastornos psicóticos: “alcoholismo, vagabundaje, abandono familiar, oligofrenia, diagnósticos diversos”. La permanencia se media en años, en décadas.(Gines).(21)

En 1879 contaba ya con trescientos cuarenta y ocho enfermos. Se imponía la necesidad de crear un establecimiento mas adecuado a las necesidades en aumento. Así, el ingeniero Eduardo Canstatt presento sus planos en 1876, iniciándose las obras, éste se habría inspirado en la planta del Asilo “Saint Anue”, inaugurado en Paris en 1876. En el

²⁶ Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial (Uruguay). 2005;1:3-4.

momento de su inauguración, el establecimiento fue el mejor de América del Sur con una superficie total de 15.000 m². –

Sucesivas ampliaciones aumentaron su capacidad locativa llegando a albergar entre novecientos y mil pacientes. Fue en 1910 que el Manicomio recibe el nombre del medico uruguayo Teodoro Miguel Vilardebó (1803-1857).-

La Colonia de Alienados hoy “Colonia Bernardo Etchepare” fue creada en la localidad de Santa Lucia, destinada a pacientes crónicos, sin recursos y sin adecuado apoyo familiar, llegó a albergar hasta dos mil trescientos pacientes, distribuidos entre la “Colonia Dr. Bernardo Etchepare” y otra que le es vecina: “Colonia Dr. Santin Carlos Rossi”.-

En sus orígenes, el ejercicio de la Psiquiatría estuvo sobre todo vinculado a la práctica forense. Fue hacia la segunda mitad del siglo XIX (1843-1852) que se inicio realmente la actividad psiquiátrica del país. Los conceptos procedían de la Escuela francesa siendo aportados por personajes como Víctor Martín De Manssez, Adolfo Brunel, y que se establecieron en nuestro país. Señalamos que por las carencias de la época al inaugurarse el “Asilo de Dementes en 1860” su dirección le fue confiada a un homeópata, Dr. Agustín D’Kalt.-

La revolución iluminista propulsada desde Francia por Pinel, Bicetre desde “La Salpêtrière” cambiaron el régimen de castigos corporales por otras actitudes terapéuticas un siglo después. La calidad de internación y del asilo fue, en general, muy penosa, con degradación de las condiciones de asistencia y menoscabo de la dignidad de las personas (Gines).- (21)

Los médicos fueron los primeros en impulsar la abolición de los castigos físicos en el manicomio; malos tratos, cepos, etc. Francisco A. Vidal reivindica en la Junta Económica Administrativa de 1855 “los derechos que la humanidad les negara, demostrando el estado de abandono en que se hallaban y los medios de rigor que se empleaban con ellos (Barran. Tomo 2, Pág.35).- (6)

A partir del año 1908, con la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad, que comenzó a aplicarse trato humano y terapéutico a los pacientes psiquiátricos. Su primer catedrático, el Dr. Bernardo Etchepare (1856-1925) había realizado sus estudios médicos en la Universidad de Paris, donde obtuvo su titulo académico. Su pensamiento psiquiátrico era anatomo-funcional inspirado en los postulados de Esquirol que rigieron la Psiquiatría europea durante la mitad del siglo XIX. Ejercito una gran influencia en las primeras generaciones de psiquiatras, gravitando su pensamiento a través de alumnos que sucesivamente ocuparan la cátedra de Psiquiatría.-

También la fundación el 8 de noviembre de 1923 de la Sociedad de Psiquiatría constituyó en lo formativo a la consolidación del pensamiento Psiquiátrico Nacional. La Psiquiatría del Novecientos creo otros modelos de tratamiento del “loco”. Así surge la Colonia B. Etchepare, enorme predio donde los pacientes crónicos trabajaban la tierra abasteciendo con su producción a varios Hospitales de Montevideo de una concepción de Laborterapia y Rehabilitación Intrainstitucional.-

Esta verdadera institucionalización de los pacientes estaba unido a los conceptos de la Psiquiatría de comienzos de siglo. El Dr. Santin C. Rossi sostuvo que era indispensable

para el “reposo del cerebro”. Pero también arguyo que la curación del loco era imposible en medio de la competencia de poderes y que el poder médico, mas precisamente el del alienista era el único que debía actuar”. (Barran, Pág.42.Tomo 2).(6)

Estas concepciones de poder médico en cuanto a las decisiones sobre el paciente y el poder social de aislar, alejar de la ciudad a los pacientes, signó durante décadas del destino del paciente psiquiátrico.

La reducción significativa del numero de pacientes asilares en la década del sesenta puede ser atribuida a numerosas variables. La utilización de concomitante de tratamientos biológicos, y básicamente de un cambio de actitud a nivel social, familiar y de los trabajadores en salud mental, serán algunos de los elementos que explicarían esta disminución. Hecho saludable que además nos ubica en mejores condiciones para desplegar nuevas estrategias de Salud Mental.”²⁷

Es así que luego de visualizar el cambio que ha tenido la salud mental en el Uruguay a lo largo de la historia nos pareció que era imprescindible el determinar cual es el rol de la enfermería en este proceso.

Rol de Enfermería

Según lo referido en Enfermería Psiquiátrica de Cook y Fontaine²⁸, entendemos al rol como patrones de conducta que se encuentran adecuadas a diferentes situaciones y personas en particular. A su vez estos roles no se encuentran aislados sino todo lo contrario pues adquieren su significado dentro de cada contexto interpersonal. En la enfermería en particular hay varios roles los cuales contribuyen al crecimiento y cambio del paciente. Estos roles son planeados con anterioridad de forma de unificar el criterio de atención, dando así una coherencia general en la conducta del equipo de enfermería, que promueva el crecimiento del paciente.

Es necesario para la enfermería en salud mental el definir el rol²⁹ de esta dentro del equipo de salud.

Según lo referido en el CIE y la Reglamentación, vemos que es responsabilidad de la enfermería el articular y difundir definiciones claras de las funciones a desempeñar, así como también el ámbito de la práctica de la profesión. Esta definición de las funciones de la enfermería tiene como objeto el de mejorar la calidad de asistencia al paciente. Además de responder a los objetivos del sistema mediante la gestión, dirección y desarrollo de la práctica de enfermería, teniendo en cuenta la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales.

Practica de enfermería

²⁷ Porciúncula, Wilhem I. ACRI asistencia en crisis. Proyecto. Ediciones de la plaza (Montevideo).1996; 33-35.

²⁸ Cook, J. Fontaine, K. Enfermería Psiquiátrica. Mac Crow-Hill-Interamericana; 2ª edición. Madrid, 1993.

²⁹ ROL: conjunto de actividades y comportamientos esperados de una determinada persona en un esquema organizativo o de un puesto específico dentro del equipo.

El rol se compone de elementos profesionales (actitudes, aptitudes, comportamientos y manifestaciones) y sociales (conjunto de finalidades cumplidas por el mismo trabajador, en función de las expectativas del grupo).El rol no permanece estable a lo largo del tiempo, se define y se construye teniendo en cuenta la situación previa de los objetivos, así como su evolución.

Según la CIE “El ámbito de la práctica de enfermería se define dentro de un marco legislativo reglamentario, y transmite a los demás las funciones, competencias (conocimientos, capacidades y actitudes) y la responsabilidad profesional de la enfermera. La autoridad de la enfermería proviene de los conocimientos basados en pruebas relacionados con su ámbito de la práctica. Sin embargo, la enfermería está aliada además con otras profesiones de salud por sus actividades de colaboración, referencia y coordinación, y así ha desarrollado un acervo distinto y compartido de conocimientos y de práctica profesional. En la práctica y competencia de cada enfermera dentro de ámbito legal del ejercicio de la profesión influyen diversos factores, entre ellos la formación, la experiencia, la capacidad y pericia y los intereses así como el contexto de la práctica. Por tanto, en las definiciones de las funciones y del ámbito de la práctica profesional ha de reflejarse lo que es claramente la enfermería, y ha de comunicarse el carácter multidisciplinario e interdisciplinario de la atención de salud.”³⁰

Es de esta forma que llegamos a la definición de la salud mental, partimos de esta, pretendiendo seleccionar las definiciones que a nuestro parecer son más adecuadas al cambio actual de la concepción de la salud mental y en las cuales pensamos basar nuestra investigación.

Salud Mental

Considerando la definición de la OMS³¹ la Salud Mental “es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social”.

Enfermería en Salud Mental

“Concretamente definiendo a la enfermería en salud mental como toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

- se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital, como por las condiciones de vida.
- Se encuentren en situación de crisis, siendo necesario, no solo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación.
- Se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad”³².

³⁰ Reglamentación del CIE

³¹ Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Mental [sede web] 2001 [mayo 2007]. www.who.int/whr2001/2001/main

³² Meliá, S. Compilación. Enfermería en Salud Mental. Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Oficina del Libro FEFMUR 1ª edición. Montevideo, 2005.

Marco Referencial

El hospital psiquiátrico de referencia se define como el Hospital de agudos de asistencia de la salud mental a nivel público de Montevideo y área metropolitana, así como de referencia nacional.

El ingreso al Hospital se produce por un portón Central, hay tres puertas de acceso a la institución, uno central que desemboca en el patio más importante donde se distribuyen los diferentes sectores administrativos, circulan pacientes de emergencia y se produce el acceso a las dos alas, una de hombres y otra de mujeres que tiene el Hospital.

Otro portón nos lleva a la puerta de emergencia por la que se puede acceder además al sector de rehabilitación, por último hay una tercera puerta de acceso al sector policlínico, el consultorio es único, no hay un marcado aislamiento respecto al resto del Hospital, esto hace que en ocasiones los pacientes circulen por el patio donde convergen los sectores administrativos.

El sector seguridad está conformado por personal masculino que tiene dos alas, son 52 camas, 38 más 14 y el sector femenino con una sala de 24 camas, en estas salas el ingreso y la salida depende básicamente del Poder Judicial.

La internación está formada por 9 salas, 5 de hombres y 4 de mujeres, son salas de mujeres, generales, abiertas promedialmente de 20 camas, a excepción de dos salas de hombres que están compartimentadas en habitaciones de 4 camas, no se cuenta con salas de aislamiento apropiadas para pacientes

Existe un sector de policlínicas donde funcionan diferentes especialidades en el horario de 7 a 18, de lunes a sábados, donde concurren pacientes de la zona, externos, muchos de ellos pacientes que han estado internados en el Hospital.

Los usuarios en el hospital, los pacientes internados, el promedio mensual, en el año 2002 fue de 296 y en el 2003 el promedio mensual fue de 292, los pacientes ambulatorios el promedio mensual en el 2002 fue de 3.010 y en el 2003 de 3.495, como ven es una cifra que se incrementa en forma considerable sin tener en cuenta, no hay datos del 2004.

La población ambulatoria del Hospital está constituida por pacientes crónicos en reagudización de su enfermedad o pacientes agudos, en su mayoría es una población de entre 20 y 30 años, de un medio socio - económico muy deprimido, 50% hombres y 50% mujeres.

De la población internada un tercio está por tratamiento de la enfermedad psiquiátrica en curso, un tercio de la población permanece por razones judiciales ya superada la instancia de compensación, estamos hablando de medidas cautelares, falta de decisión de salida, espera de pericias, y otro tercio por distintas problemáticas sociales, el tipo de población en su gran mayoría son psicosis agudas, trastornos afectivos y cada vez más población con complicaciones por abuso de drogas y sus efectos.³³

Servicio De Emergencia:

El servicio de Emergencia del Hospital psiquiátrico de referencia nacional, cumple un papel central en el sistema de asistencia, ya que es el servicio que media entre el servicio de internación y los equipos comunitarios de Salud Mental, o las derivaciones

³³ Jose L. Vazquez. Informe especial a cargo de José Luis Vázquez sobre el Hospital Vilardebó.

[revista en Internet] 2004 [junio 2007]

http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2004/09/210904_vilrdeb%F3.htm Informe especial a cargo de

de los Hospitales Generales de Montevideo y algunas derivaciones del Interior, del Servicio de Salud ||de Asistencia Externa, el poder Judicial, el Ministerio del Interior, Inau e incluso el sistema mutual.

La planta física cuenta con dos consultorios, sala de espera, dos salas de observación una para hombres y otra para mujeres, con una dotación total de 17 camas y una enfermería. También cuenta con una ambulancia la cual se hace cargo de los llamados de ACRI, Servicio de Atención en Crisis.

El servicio cuenta con un manual de normas y pautas para el funcionamiento del Sector Emergencia y ACRI, lo que marca la hoja de ruta que sigue el paciente en el servicio y describe acciones que deben desempeñar el personal técnico y no técnico en cada situación.

Por otra parte la mejora en la calidad de registro implicó el unificar los criterios para la codificación de los diagnósticos, por lo que se universalizó la utilización del sistema de clasificación de la CIE 10.

La tarea del servicio consiste en la asistencia de pacientes que presentan cuadros de episodios agudos o de descompensación de patología psiquiátrica crónica o sintomatología vinculada a situaciones vitales o psicosociales. Llegan solos o con sus familiares, solicitando consulta en forma espontánea, con o sin antecedentes, enviados por psiquiatras de las policlínicas periféricas que los tienen en seguimiento, enviados desde hospitales generales, traídos por el SSAE u otras emergencias móviles.

El usuario una vez en la emergencia puede mantenerse hasta 72 horas o ingresar a las salas de internación para completar su tratamiento. Además está pautado que todo paciente permanezca 24 horas como mínimo en el Servicio de Emergencia, de manera de controlar las primeras horas de su evolución y la respuesta al tratamiento. En el lapso aludido se establece también la realización de la evaluación clínica médica, sin la cual el paciente no puede ingresar.

Dentro de las pautas de funcionamiento del servicio, bajo los criterios de internación, el servicio de emergencia es el que tiene la responsabilidad de decidir qué paciente ingresa a las salas de internación y qué paciente no. Debe tener los criterios claramente definidos y consensuados debido a que el recurso cama en el hospital es limitado.³⁴

Criterios De Ingreso De Pacientes Al Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional.

- 11- Ingresarán al sector de internación los cuadros agudos, funcionales o tóxicos, del humor o del pensamiento, o reagudizaciones de sintomatología de psicosis crónicas, en el entendido de que dichos cuadros remiten con tratamiento instituido durante un periodo de internación.
- 12- Los cuadros críticos, que muchas veces evolucionan favorablemente en pocas horas o días en los que la internación no redunde en cambios sustanciales en la patología de base, y que al contrario, pueden dar lugar a la situación de hospitalismo o de abandono del paciente pro pare de la familia.

³⁴ Acuña R. Revista de Psiquiatría del Uruguay (Montevideo).2004;2 (68): 197-200.

- 13- La problemática social no constituye indicación de ingreso.
- 14- No son pasibles de internación pacientes alcoholistas crónicos ni pacientes con trastorno por consumo de sustancias para tratamientos de desintoxicación o de rehabilitación dado que dichos tratamientos no se encuentran enmarcados dentro de la misión del hospital. Estos pacientes deberán derivarse a la policlínica especializada del Hospital Maciel o a la comunidad terapéutica "IZCALI"
- 15- No ingresarán pacientes con sintomatología psiquiátrica que presenten un cuadro orgánico que en el momento del ingreso será más relevante que aquella.
- 16- No ingresarán al servicio de salas de internación en forma directa, debiendo permanecer por un lapso mínimo de 24 horas. En todos los casos el psiquiatra actuante evaluará la particularidad de cada situación y en última instancia queda a su criterio la conducta a seguir.
- 17- En caso de no poder cumplir con los criterios aquí establecidos deberá registrar los motivos en la Historia Clínica.³⁵

³⁵ Acuña R. Revista de Psiquiatría del Uruguay (Montevideo).2004;2 (68): 197-200.

Objetivos

Objetivo General: Conocer cuales son, para el equipo de enfermería, los factores que facilitan o dificultan, la aplicación del protocolo de enfermería en contención física y mecánica, y las modificaciones que consideren pertinentes.

Objetivo Específicos:

- Caracterizar a la población de estudio.
- Identificar los factores que facilitan o dificultan al equipo de enfermería la aplicación de protocolos de contención física y mecánica, en usuarios con agitación y excitación psicomotriz.
- Identificar los cambios que el equipo de enfermería aplicaría en el protocolo ya establecido, de medidas de contención física y mecánica.

Diseño Metodológico

Universo: Totalidad del equipo de enfermería que cumple funciones en hospital psiquiátrico de referencia nacional.

Muestra: Equipo de enfermería (Lic. en enfermería y Auxiliares de Enfermería) que cumplan funciones de asistencia directa al usuario en el servicio de emergencia y en las salas de internación 8 y 8bis de hombre y 21 y 23 de mujeres en los cuatro turnos del Hospital psiquiátrico de referencia nacional.

Criterio de inclusión: Lic. en enfermería y Aux. de enfermería que desarrollen tareas de atención directa a usuarios en el servicio de emergencia y en las salas de internación 8 y 8bis de hombres y 21 y 23 de mujeres en los turnos matutino, tarde, vespertino y noche del Hospital psiquiátrico de referencia nacional.

Criterios de exclusión: Licenciados o Auxiliares de enfermería, que no brinden atención directa a usuarios, en los servicios de emergencia y en las salas de internación 8 y 8 bis de hombres y 21 y 23 de mujeres, y demás servicios del Hospital psiquiátrico de referencia nacional.

Área de estudio: La investigación se realiza en Uruguay, específicamente en la ciudad de Montevideo, en el hospital psiquiátrico de referencia nacional, donde desarrolla su actividad la población objetivo.

Tipo de estudio: la investigación es de tipo cuantitativa de diseño descriptivo y de corte transversal

Variables

CARACTERIZACION DEL PERSONAL:

EDAD: Cuantitativa continua

Def. Conceptual: Tiempo en años desde el nacimiento a la fecha de realizado el estudio.
(cabe destacar que el primer rango comienza en 25 años debido a que en la institución es la edad mínima de ingreso)

Def. Operativa: 25 a 34 años.

35 a 44 años.

45 a 54 años.

55 años o más.

SEXO: Cualitativa nominal

Def. Conceptual: condición orgánica que distingue a los géneros femenino y masculino, manifestados a través de los caracteres primarios y secundarios.

Def. Operativa: M masculino

F femenino

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Cualitativa ordinal.

Def. Conceptual: se refiere a los niveles de educación o conocimientos que adquirió formalmente.

Def. Operativa:

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria incompleta

Terciaria completa.

CARGO Y FUNCION QUE DESEMPEÑA: cualitativa ordinal.

Def. Conceptual: actividad que realiza según la descripción del cargo en la institución.

Def. Operativa: Auxiliar de enfermería

Licenciado en enfermería

HORARIO EN QUE DESEMPEÑA SUS FUNCIONES: cualitativa nominal.

Def. Conceptual: momento del día en que desempeña su función.

Def. Operativa: Mañana

Tarde

Vespertino

Noche.

FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA: cualitativa nominal

Def. Conceptual: Cursos, charlas o seminarios, en los últimos años, que reciba el equipo de enfermería sobre cuidados a usuarios con patología psiquiátrica.

Def. Operativa: Recibe formación institucional.

Recibe formación extrainstitucional.

No recibe formación.

VARIABLES INSERTAS EN EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN FÍSICA Y MECANICA QUE DIFICULTAN O FACILITAN LA APLICACIÓN.

RECURSOS HUMANOS

Cualitativa nominal.

Def. Conceptual: Dotación de personal en el servicio para aplicar las medidas de contención.

Def. Operativa:

- Suficiente (Equipo conformado por 2 o mas aux. de enfermería, 1 lic. En enfermería, 1 vigilante, 1 médico de guardia)

- Insuficiente (Equipo conformado por menos de 2 aux. de enfermería, sin vigilante, sin lic. En enfermería, sin médico de guardia)

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS MATERIALES PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Cualitativa nominal.

Def. Conceptual: Dotación de materiales en el servicio para aplicar las medidas de contención.

Def. Operativa:

- Suficientes a la demanda – (2 o más juegos completos de medidas de contención en cada sala abierta).

- Insuficientes a la demanda – (menos de 2 juegos completos de medidas de contención en cada sala abierta).

ACCESIBILIDAD A LOS RECURSOS MATERIALES PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: disponibilidad de los recursos materiales para aplicar las medidas de contención dentro del espacio físico del servicio.

Def. Operativa:- Accesible (siempre en un mismo lugar dentro del servicio)

- Inaccesible (en otra sala, no se sabe su ubicación)

EXISTENCIA DE INSTRUMENTOS DE REGISTROS

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: Existencia de los instrumentos de registro (planillas) de aplicación de las medidas de contención en el servicio.

Def. Operativa: - existen planillas de registro

- no existen planillas de registro.

REGISTROS EN HISTORIA CLINICA.

Cualitativa nominal.

Def. Conceptual: Calidad de los registros de la aplicación de medidas de contención en la Historia Clínica.

- Def. Operativa: - Completos (registros detallados de todo el procedimiento: motivo método utilizado, control de signos vitales y conducta del usuario. Valoración del estado del paciente por parte de enfermería, diagnostico de enfermería y planificación del cuidado, registros en la historia clínica. Registro en historia clínica las valoraciones y las indicaciones médicas.)

- Incompleto. (se registra solo una etapa del procedimiento, no se registra por parte de algún miembro del equipo)

ESPACIO FISICO:

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: Características que posee o no el espacio físico en la aplicación de medidas de contención.

Def. Operativa: - Adecuado (ambiente físico libre de elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal (instrumentos para agredir y/o agredirse) buena ventilación y temperatura en la habitación).

- Inadecuado [ambiente físico con elementos que puedan provocar riesgos para el paciente y el personal (instrumentos para agredir y/o agredirse) mala ventilación y temperatura en la habitación].

INFORMACIÓN:

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: Acceso al protocolo de aplicación de medidas de contención por parte del equipo de enfermería.

Def. Operativa: - Accede al protocolo.

-No accede al protocolo.

CARGA SUBJETIVA:

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: Sentimientos y emociones que genera al equipo de enfermería al aplicar medidas de contención física y mecánica.

Def. Operativa: - Genera resistencia.

- Genera ansiedad.

- Indiferencia.

DIFICULTAD QUE PRESENTA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES PASOS DEL PROTOCOLO

Cualitativa nominal

Def. Conceptual: obstáculos en la aplicación del protocolo de medidas de contención en el área de aplicación

Def. Operativa: - En la contención del paciente

- En la valoración

- En el registro.

- No presenta dificultad

ASPECTOS A MODIFICAR DEL PROTOCOLO CONSIDERADOS POR EL PERSONAL

Cualitativa Nominal

Def. Conceptual: Modificaciones sugeridas por el equipo de enfermería para la aplicación de protocolo de contención física y mecánica en usuarios con alteración mental descompensada con el fin de mejorar la calidad de asistencia.

Definición Operativa: - Modificaciones de Recursos

- Modificaciones de Capacitación

- Modificaciones del protocolo

- Otros.

Procedimientos para recolección de información:

Método de recolección de datos:

Se recaban los datos por medio de un cuestionario individual, de carácter anónimo, y voluntario. (Anexo 4)

Para validar nuestro instrumento realizaremos una prueba piloto en el mismo centro hospitalario de referencia nacional. Tomando salas no incluidas en el estudio, salas 26 y 12 bis en el turno tarde

Consideraciones éticas:

Previo a la puesta en práctica de la investigación se realiza por escrito la solicitud de un permiso ético el cual será dirigido a la dirección del hospital psiquiátrico de referencia nacional. (Anexo 5)

Una vez concedido el permiso ético, se solicita e informa sobre la puesta en práctica de la recolección de datos a todas las salas en donde se llevara a cabo dicha recolección (incluyendo las salas donde se realiza la prueba piloto en la cual se especifica la característica de la misma), por medio de una carta dirigida a cada Licenciada supervisora y el equipo de enfermería del servicio u/o sala. (Anexo 6 y 7)
Junto con el cuestionario de la investigación se entrega un formulario de información de la participación en la investigación. (Anexo 8)

Plan de Análisis

La fuente de los datos a utilizar para la elaboración de las tablas y gráficos en la investigación son los cuestionarios, a realizar en la muestra seleccionada en el Hospital psiquiátrico de referencia nacional.

Se realizará un procesamiento estadístico en base a tablas de frecuencia absoluta y relativa.

Para determinadas variables utilizaremos tablas de Frecuencias Relativas y Absolutas, agrupando los datos más relevantes.

Todos los gráficos se realizan sobre la base del cálculo de las frecuencias relativas porcentuadas.

Cronograma

| ACTIVIDADES/ MES | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| BUSQUEDA DE INFORMACION Y ANTECEDENTES | | | | | | | | |
| ELECCION Y ELABORACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION | | | | | | | | |
| APROBACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION | | | | | | | | |
| TOMA DE MUESTRA Y RECOPIACIÓN DE DATOS | | | | | | | | |
| PROCESAMIENTO ESTADISTICO DE LA INFORMACION | | | | | | | | |
| ANALISIS Y CONCLUSIONES | | | | | | | | |
| EDICION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION | | | | | | | | |
| TUTORIAS | | | | | | | | |

Recursos

Humanos:

Cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, realizando el trabajo de investigación.

Financieros: Propios

Materiales:

- _ Uso de Internet
- _ Fotocopias
- _ Diskettes
- _ CDs
- _ Impresiones
- _ Telefonía
- _ Cartuchos para impresora
- _ Hojas de Impresión
- _ Lapiceras
- _ Boletos

Institucionales:

Comprende los recursos de la institución en la que desarrollaremos nuestra actividad.

Bibliografía

- Acuña R. Revista de Psiquiatría del Uruguay.2 (68) 2004. Montevideo. p.197-200.
- American Nurses Association. 1991 [s.l.] [s.n.]
- Ballester H, Vitancurt A, Sánchez S. Bases Científicas de la Administración. México: McCraw-Hill-Interamericana; 1997.
- Collier M F. Promover la Vida. Madrid: MacCraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería (CO.NA.SE).Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.
- Cook J, Fontaine K. Enfermería Psiquiátrica. 2ª ed. Madrid: McCraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Grivois H. Urgencias Psiquiátricas. Madrid: Masson; 1989.
- Informaciones Psiquiátricas: Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización Comité de Ética Asistencial (CEA) Sagrat Cor Serveis de Salut Menta. Matorrel (Barc). 2004; 1(175)
- Lepre C. Gramática y Ortografía básica del Español Montevideo: Santillana; 2006.
- Marriner A. Manual para Administración de Enfermería.Madrid: Interamericana; 1993.
- Meliá S. Enfermería en Salud Mental: Conocimientos, Desafíos y Esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Salud Mental en la emergencia social y en el nuevo modelo asistencial. Montevideo : MSP; 2005. p. 1:3-4.
- Mompert M. Administración de Servicios de Enfermería.Barcelona: Masson; 1995.
- Morrison M. Fundamentos de enfermería en salud mental. Barcelona: Harcourt Brase; 1999.
- Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación. 2ª de. Washington:OPS; 1994.
- Polit D, Hungler B. Investigación Científica en Ciencia de la Salud. 2ª ed. México: Interamericana; 1987.
- Porciúncula, Wilhem I. ACRI asistencia en crisis. Proyecto. Montevideo : Ediciones de la Plaza; 1996; p. 33-35.
- Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario Panhispánico de Dudas. Colombia: Santillana; 2006.
- Tamayo y Tamayo M. Metodología Formal de la Investigación Científica. 4ta ed.. México: Limusa; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. Definición de Salud Mental [En línea]. 2001 www.who.int/whr2001/2001/main [consulta mayo 2007].
- Jose L. Vazquez. Informe especial a cargo de José Luis Vázquez sobre el Hospital Vilardebó. [En línea] 2004. Disponible en: http://www.radio36.com.uy/entrevistas/2004/09/210904_vilrdeb%F3.htm [consulta junio 2007]
- Republica de Chile Ministerio de Salud. Dpto. Asesoría Jurídica. FMP/AMS/XRU/ARC/AMSCH.Contención de Pacientes. [Norma general técnica no. 65] [En línea] 2006; p. 1-28. Disponible en: http://consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/0/02/158553.php [consulta julio 2007]
- Comitè de Etica Asistencial (CEA) Protocolos que regulan el uso de medids resttrictivas en el curso de la hospitalizaciòn.Informaciones Psiquiátricas.[En línea] 2004. 175: 1-8 <http://www.informacionespsiquiatricas.es/web>. [consulta julio 2007]