



IMPACTO DEL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Manjón Mariscal Ana María¹, Rodríguez Rubio Raquel², Ruíz González Sonia².
D.U.E Hospital La Línea de La Concepción (Cádiz), ² D.U.E Hospital Universitario Virgen de La Victoria (Málaga).

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO.

El Síndrome Confusional Agudo¹ (SCA) durante la hospitalización del anciano, llamado también "delirio", corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. Entre sus principales causas se encuentran las patologías del SNC, alteraciones metabólicas, alteraciones cardiopulmonares, enfermedades sistémicas, sustancias tóxicas o farmacológicas y factores relacionados con la hospitalización, tales como inmovilización (p. ej. postquirúrgica, postraumática), privación de sueño, falta de adaptación al entorno hospitalario, privación sensorial, entendida como una reducción de los estímulos sensoriales habituales (p. ej. estancia en UCI), uso de catéteres urinarios, estrés intenso...

Se caracteriza por:

- Comienzo agudo, con fluctuaciones a lo largo del día y frecuente empeoramiento durante la noche.
- Inversión del ritmo sueño- vigilia.
- Desorientación en tiempo y espacio.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Alteración de la atención
- Deterioro de la memoria de corto plazo.
- Alucinaciones visuales, o malinterpretaciones, que con frecuencia no recuerdan posteriormente. Se agravan de noche y son vividas con miedo y angustia. Ideas delirantes de persecución.
- Alteración del nivel de actividad: agitación, vagabundeo o intranquilidad que alternan con somnolencia y letargo.
- Alteraciones del lenguaje: vago, incoherente.
- Pensamiento desorganizado y distorsionado. Mezclan experiencias del pasado con el presente y distorsionan la realidad. Alternan periodos de lucidez.
- Humor variable, con frecuencia hay miedo y ansiedad.

El tratamiento del SCA consiste principalmente en tratar factores etiológicos específicos y las complicaciones que vayan surgiendo. Algunos estudios han constatado la relación entre las intervenciones ambientales y la mejoría de la sintomatología, de ahí la importancia de una estimulación ambiental adecuada, compensar los déficits sensoriales, mantener la competencia funcional o evitar estímulos no placenteros, entre ellos, evitar las restricciones físicas, es decir, usar la contención mecánica sólo cuando sea imprescindible pero ¿es esto lo que ocurre en la práctica? o por el contrario ¿se hace un uso excesivo de la contención mecánica?



Entre las estrategias para la seguridad del paciente en el SSPA (Sistema Sanitario Público Andaluz) 2011-2014, dentro del contexto de la asistencia directa al paciente, se encuentra la implementación de procedimientos de actuación relativos a la inmovilización y restricción de pacientes, tales como la contención mecánica, especialmente en aquellos pacientes con riesgo de vulnerabilidad.

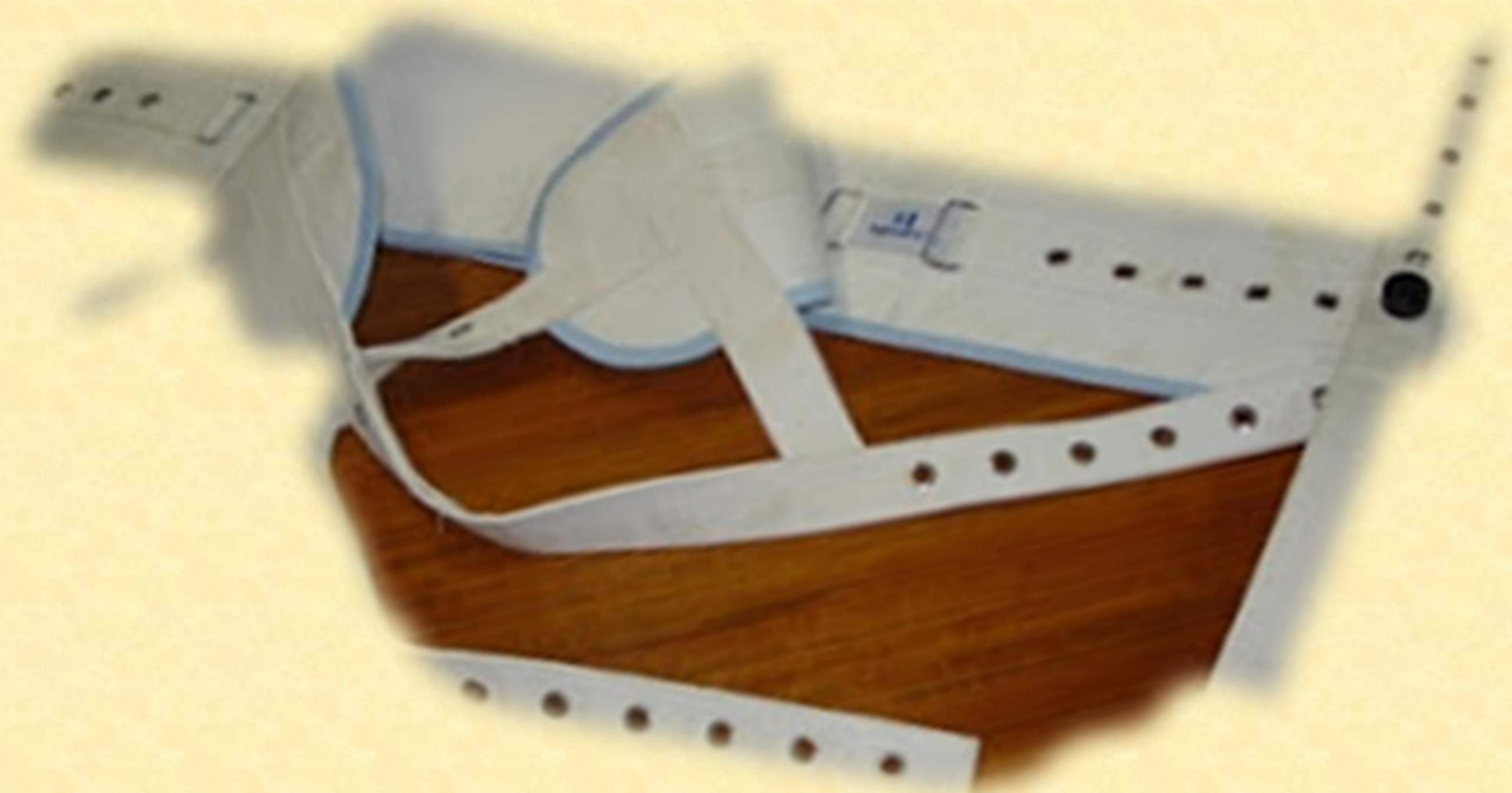
Según los niveles de evidencia de la Escala Joanna Briggs Institute, la contención mecánica es un último recurso terapéutico que se utiliza en situaciones extremas para controlar conductas que suponen alto riesgo para el propio paciente, como para otros pacientes y profesionales sanitarios, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica.

La falta de formación sobre dichas medidas terapéuticas alternativas, y que debieran preceder, a la contención mecánica podría dar lugar a un uso inadecuado de la misma, ¿contribuiría la formación del personal sanitario en una reducción del uso de la contención mecánica?

>METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en inglés y español de los últimos años en las principales bases de datos científicas.

Las palabras claves utilizadas han sido: Sujeción mecánica, Síndrome Confusional Agudo, hospitalización, formación de enfermería.



>RESULTADOS

Varios estudios llevados a cabo en residencias de ancianos, evidencian que mediante programas de intervención que incluyan la formación del personal de enfermería se puede reducir sustancialmente el uso de la contención mecánica, sin aumentar el uso de drogas psicoactivas, o caídas y lesiones relacionadas con caídas^{2,3,4,5}. En un estudio comparativo sobre el uso de la contención mecánica en el ámbito hospitalario y en residencia de anciano, se concluyó que un número mayor de personal de enfermería no estaba relacionado con un menor uso de contención mecánica de los pacientes⁶.

En un estudio cualitativo, el personal sanitario identificó cuatro grupos de factores que habían influido en el uso de la contención mecánica, estos fueron entre otros, la falta de alternativas y la percepción de los riesgos, factores susceptibles de ser cambiados a través de mejoras en la práctica, la formación y la cultura organizacional⁷.

> CONCLUSIÓN

El uso de la contención mecánica en pacientes desorientados es una práctica común en el ámbito hospitalario que podría reducirse mediante la formación del personal sanitario sobre el uso de medidas alternativas. Se recomiendan futuras investigaciones para determinar la eficacia de las intervenciones estudiadas.

> BIBLIOGRAFÍA

1. Síndrome Confusional Agudo, Guía práctica de diagnóstico y tratamiento, Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Salud del Principado de Asturias.
2. Gulpers MJM, Bleijlevens MHC, Ambergen T, Capezuti E, van Rossum E and Hamers JPH, Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. Journal of the American Geriatrics Society, 2011; 59: 2029–2036.
3. Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, et al. Effect of a guideline-based multicomponent intervention on use of physical restraints in nursing homes: a randomized controlled trial. JAMA 2012;307(20):2177-2184.
4. Koczy P, Becker C, Rapp K, Klie T, Beische D, Büchele G, Kleiner A, Guerra V, Reißmann U, Kurrle S and Bredthauer D, Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. Journal of the American Geriatrics Society 2011; 59: 333–339.
5. Gulpers MJ, Bleijlevens MH, Capezuti E, van Rossum E, Ambergen T & Hamers JP, Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. International Journal of Nursing Studies 2012; 49(12): 1473–1479.
6. Heinze C, Dassen T and Grittner U, Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors: a cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing 2012; 21: 1033–1040.
7. Perkins E, Prosser H, Riley D & Whittington R, Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil?. International Journal of Law and Psychiatry 2012; 35(1), 43-49.