

# VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

## SEGURIDAD Y CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL PACIENTE EN CONTENCIÓN MECÁNICA

**Autor principal** ALMUDENA RODRÍGUEZ NAVARRO

**CoAutor 1** MARIA GOMEZ RUIZ

**CoAutor 2**

**Área Temática** La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Mental

**Palabras clave** contención mecánica seguridad del paciente cuidados enfermeros riesgos potenciales

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Objetivo:

Garantizar la cobertura de las necesidades en el paciente sometido a contención mecánica y evitar efectos secundarios a este procedimiento.

Método:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de estudios sobre la seguridad del paciente en contención mecánica. Para ello se han utilizado diferentes meta buscadores y bases de datos en español: CUIDEN, MEDLINE, INDEX, Dialted, Scielo y buscadores en internet como google académico.

Resultado y conclusión:

Se han encontrado protocolos de actuación para la CM, procedimientos de actuación para la administración de tratamiento, medidas de seguridad y evolución de los pacientes.

La contención mecánica es un procedimiento necesario y beneficioso para los pacientes en estado de agitación, siempre y cuando se realiza en las condiciones óptimas y se haga el seguimiento adecuado

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

Introducción.

La contención mecánica (CM) según la definición de la OMS (3) debe de entenderse como método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultan tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporte una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no pueda conjurarse por otros medios terapéuticos.

Esta medida merma al paciente de total libertad, dejando al paciente indefenso, limitado, inclusive generando una falsa sensación de seguridad, aumentando el riesgo:

Ulceras por presión.

Isquemia periférica.

Compresión nerviosa.

Luxación y fracturas.

Trombo embolismos.

Bronco aspiración.

Insuficiencia respiratoria. (1).

Es por ello la especial importancia de la figura de enfermería, ya que de esta depende garantizar los cuidados básicos.

Concluyo diciendo que la elección de este tema ha sido debido a que en nuestra experiencia en el ámbito laboral hemos podido constatar el desconocimiento del uso correcto de la contención mecánica y como consecuencia la forma correcta y segura de usarla.

Objetivos:

1. Describir la técnica correcta para llevar a cabo una restricción física sin riesgo para el paciente y el personal que lo realiza.
2. Aumentar el conocimiento del los profesionales sanitarios sobre el riesgo de la contención mecánica y la necesidad de mantener esta el menor tiempo posible en el paciente.
3. Garantizar que el paciente tiene todas sus necesidades cubiertas mientras dura esta medida.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

La pregunta que nos planteamos para la investigación, sigue el esquema PICO (Paciente, Intervención, Comparación, Resultados) del enfoque tradicional de la Asistencia Basada en la Evidencia:

¿Es segura la aplicación de una contención Mecánica siguiendo los protocolos en vigor y con los concimientos que actualmente tiene el personal involucrado?

Estrategia de búsqueda

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica durante el mes de marzo de 2015. La búsqueda se planteo para recuperar evidencias recientes (<5 años) sobre los riesgos potenciales de la contención mecánica y el conocimiento del profesional sanitario. En la estrategia de la búsqueda. Se ha hecho uso de las palabras claves anteriormente mencionadas en DeCS (Descriptores en ciencias de la Salud).La búsqueda se ha llevado a cabo intentando conseguir los mayores niveles de evidencia y así encontrar respuesta a nuestra pregunta. Se han utilizado diferente meta buscadores y bases de datos en español: CUIDEN, MEDLINE, INDEX, Dialnet, Scielo y buscadores de internet como google académico.

Criterios de inclusión/exclusión de los estudios a revisar.

Para esta revisión se han tenido en cuenta los siguientes aspectos para la inclusión:  
Los protocolos de contención mecánica de las consejerías de las diferentes comunidades autónomas.  
Los estudios que analizan los riesgos potenciales de los pacientes en contención mecánica.

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

En base a la búsqueda realizada se encontraron varios protocolos de contención mecánica y terapéutica pero en nuestro estudio nos decantamos por el protocolo de la Gerencia de salud de Valencia (1) donde se especifica cómo se debe de llevar a cabo la CM.

En la ejecución se debe de informar y explicar al paciente y familia el motivo de la contención.

Intervienen en la contención:

1. Un facultativo como máximo responsable (en su ausencia será la enfermera).
2. Una enfermera que dirige y coordina, responsable del instrumental, cuidados y control posterior.
3. Una auxiliar de enfermería que coopera y participa en la contención y cuidados posteriores.
4. Un celador que colabora en la instalación de la contención, movilización y eventualmente el transporte.
5. Un miembro de seguridad que puede ser requerido para colaborar con su presencia y/o intervención manual en la reducción del paciente.

Colocar al paciente en decúbito supino en la cama y realizar la sujeción en este orden:

1º Cintura.

2º Miembros inferiores.

3º Miembros superiores.

Revisar una vez finalizada la sujeción para evitar posibles riesgos.

La sujeción puede ser completa (tronco y 4 extremidades) o parcial (tronco y 2 extremidades).

En caso de que se prescriba tratamiento farmacológico se procederá a la administración de este y se registrará y cumplimentará en la observación de enfermería.

Para disminuir el nivel de agitación y lograr un estado de sedación, en la mayoría de los casos debe de ser administrada medicación y esta suele ser de forma intramuscular. En el estudio realizado en el centro de sicodeficientes Entre Pinares del Mercadillo (3), cabe destacar que la administración intramuscular ventroglútea es más segura que en la zona dorso glútea.

La administración intramuscular ventroglútea no precisa quitar parcialmente las sujeciones físicas por lo que evita los daños asociados por movimientos bruscos del paciente, que se pueden observar en la administración dorso-glútea, tras quitar parcialmente la sujeción para lateralizar al paciente.

La zona ventroglútea o de Von Hochstetter posee una masa muscular compacta en la que hay escasas posibilidades de lesionar nervios o vasos sanguíneos. Para delimitarla se ubica la espina iliaca anterosuperior y la cresta ilíaca, la zona de punción corresponde al ángulo que se forma entre estos dos puntos.

En un estudio publicado por Jaime Rodríguez Sánchez et al.(2) en el cual participaron 236 pacientes que fueron sometidos a contención mecánica por diversos servicios y motivos, podemos destacar que la CM se lleva a cabo por las alteraciones de la conducta, las descompensaciones psicóticas, la ideación y/o tentativas autolíticas, las intoxicaciones medicamentosas y las insuficiencias respiratorias entre otras. Cabe también decir que no hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a indicaciones de CM, y la edad de registro es muy variada (entre 28 y 83 años). Existen diferencias en cuanto a la duración del procedimiento, pues se observa que en los servicios de urgencias y psiquiatría no suelen pasar de 24 horas y en el resto del hospital rondan los 9 días, con un rango que va desde las 9 horas hasta 30 días, ante este dato tenemos que valorar si es factible o no algún otro método que no implique la inmovilización de la persona y la privacidad de la libertad durante un periodo tan largo. Por este motivo estimamos que convendría reconsiderar desde una perspectiva crítica y constructiva, algunas de las situaciones clínicas en las que se indican CM y evaluar si el balance riesgo/beneficio es positivo para un mejor cuidado de las personas.

En un estudio hecho en la ESE Hospital Mental Rudosindo Soto (4) a un grupo de 30 pacientes entre 15 y 65 años, de ambos sexos sometidos a CM, se evalúa la evolución de la esfera mental de los pacientes, siendo la conciencia y el lenguaje los más comprometidos.

Manifestaron como características comunes agitación psicomotora, al retirar la contención mecánica tras revertir los síntomas en un tiempo de 2 a 3 horas, el paciente continúa confuso.

Este tipo de investigación permite al profesional de la salud la correcta intervención basada en el respeto, salud y seguridad y fundamentada en aspectos teóricos, legales y éticos.

A colación de lo anterior mencionado en el artículo realizado por Ángela Fernández y Jaime Zabala Restricción Físicas: Revisión y Reflexión Ética (5) nos pone de manifiesto la importancia de los aspectos legales y los documentos imprescindibles para ellos son:

Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948: derecho a la vida, libertad y seguridad.

Constitución Española de 1978: derecho de la libertad y a la seguridad.

Ley 1/2000, de 7 de enero de enjuiciamiento civil: regula el internamiento no voluntario.

Ley 14/1956, de 25 de abril, General de Sanidad: respecto a la personalidad, dignidad humana e intimidad.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: regula el derecho a la información sanitaria y al consentimiento informado.

Algunas comunidades autónomas cuentan con regulación específica, por ejemplo la Ley de Cantabria 2/2007, de 27 de marzo, de Derecho y Servicios Sociales, que hace referencias al Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual.

Código Deontológico de la enfermería española: respecto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos.

Y a nivel nacional se ha encontrado varios protocolos de diferentes hospitales y servicios autonómicos de salud, nosotros nos hemos basado en protocolo de salud mental de Valencia.

**» APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Tras la revisión bibliográfica de los diversos artículos y protocolos que hemos elegido hemos llegado a las siguientes conclusiones, que la contención mecánica se realiza por igual a hombres y mujeres y que la franja de edad en la que se utiliza es muy amplia, no obstante siempre que se realiza una CM se deben de seguir los protocolos existentes, para que no se vulneren los derechos fundamentales de los pacientes y se puedan cubrir las necesidades básicas de estos. Debemos tener en cuenta:

1. Mantener la dignidad y la autoestima del paciente.
2. Mantener la integridad física porque estos pacientes no pueden atender sus necesidades fisiológicas y pueden sufrir los riesgos que implican la inmovilidad.
3. Evitar público y alejar del alcance del paciente cualquier objeto potencialmente peligroso.
4. Una vez tomada la decisión se debe dar tiempo al paciente para que acepte las demandas verbales y para que se tumbe en la cama. Si no acede a ello, sin lugar a discusión verbal y en silencio, se procederá a tumbarle en la cama.
5. Evitar, en lo posible hablar con el paciente mientras se realiza la sujeción y si es necesario que sea la misma persona quien se dirija al paciente.
6. Por parte del equipo asistencial se debe de mantener una actitud de respeto. Durante la contención no debe haber violencia física

ni verbal. La actitud será enérgica pero amable y respetuosa, evitando golpear o someter al paciente a posturas humillantes. Evitar también insultos hacia el paciente y blasfemias.

7. Se deben emplear exclusivamente sistemas homologados de sujeción mecánica

También hay que tener en cuenta los aspectos legales en la sujeción mecánica puesto que como anteriormente hemos mencionado vulnera algunos derechos fundamentales, por este motivo hay un amplio marco legal estatal que protege los derechos de los pacientes en materia de libertad y seguridad, respecto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, derecho a la información sanitaria, consentimiento informado, así como normativas autonómicas que acota el uso de restricciones físicas.

Las implicaciones éticas de estas técnicas son amplias, por lo tanto es imperativo realizar una indicación justificada y con la técnica escrupulosamente realizada, esto no sucede siempre cuando se procede una CM.

Por este motivo el objetivo fundamental es que todos los profesionales encargados de indicar y llevar a cabo estén familiarizados tanto con su práctica como con todos sus aspectos teóricas-legales para de esta forma tener cubiertas todas las necesidades fundamentales y no vulnerar sus derechos legales.

#### » PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

En el proceso de búsqueda bibliográfica realizado para el trabajo hemos podido contrastar distintos protocolos, nuestra línea de investigación futura sería la realización del estudio más detallado de estos, para que nos puedan conducir a la creación de un protocolo más generalizado. En la medida de lo posible sería ventajoso poder contar con estudios hechos sobre experiencias basadas en estos protocolos.

#### » BIBLIOGRAFÍA.

1. Protocolo de contención mecánica del hospital Veger dels Lliris (Alcoy) 2010

file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Hospital+Verge+dels+Lliris+2010+-Protocolo+Contencion+Mecanica-%20(1).pdf

2. Rodríguez Sánchez Jaime, Cuesta Lozano Daniel, Amaya Refusta Ángel Manuel, Pérez Jiménez Antonio, Megías Lizancos Francisco, Redondo Vaquero Elena. Prevalencia y características de uso de la contención mecánica en un hospital general. Rev. Presencia [revista en internet]. 2012 ene-jun [citado 2015 mar 24];8(15). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n15/p0183.php>>

3. Gutiérrez Higuera Teófilo, Fuentes Callejón María del Carmen. Eficacia de la zona ventroglútea para administración de medicación intramuscular en el paciente durante contención mecánica. Rev. Paraninfo Digital [revista en internet]. 2013[citado 2015 mar 01] 19. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n19/010d.php>>

4. Bohórquez Alix, Carrascal Sandra, Acosta Sandra, Suarez Josefina, Melo Alejandra, Pérez Jenny, Et al. Evolución del estado mental sometido a la contención mecánica. REV Ciencia y Cuidado [revista en internet]. 2010 ene-dic [citado 2015 mar 18] 7(1) pags29-34. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3717182>>

5. Fernández Rodríguez Ángela, Zabala Blanco Jaime. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [revista en la Internet]. 2014 Jun [citado 2015 Abr 07] ; 25(2): 63-67. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200003>.