

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

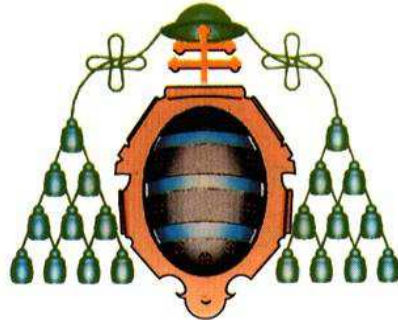
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes
ingresados en el HUCA”**

Autora: Elisa Antoranz Castro

Fecha: 3 de Junio de 2013

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes
ingresados en el HUCA”**

Trabajo Fin De Master

Autor

Elisa Antoranz Castro

Tutor

Laureano Alonso Calo

Cotutor

Ricardo F. Baldonado Cernuda



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Laureano Alonso Calo, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, vocal del Comité Ético de Atención Sanitaria del Área IV y Facultativo Especialista adscrito al Servicio de Calidad del Hospital Universitario Central de Asturias.

Ricardo Felipe Baldonado Cernuda, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor Asociado del Departamento de Medicina, Área de Enfermería y Profesor del Máster Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña Elisa Antoranz Castro, titulado “Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA”, realizado bajo la dirección de los que suscriben, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 3 de Junio de 2013.

Vº Bº

Fdo. Laureano Alonso Calo
Director/Tutor del Proyecto

Vº Bº

Fdo. Ricardo Felipe Baldonado Cernuda
Cotutor del Proyecto



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todos los que han hecho posible esta investigación, y en especial,

Al Dr. Laureano Alonso Calo y al Dr. Ricardo Felipe Baldonado Cernuda, mis tutores del trabajo de investigación, por el interés mostrado y por su apoyo y dedicación.

Al Comité Ético de Investigación Regional del Principado de Asturias y a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria IV, por permitir la realización de este trabajo.

A Rocío Ibarburen González-Arenas, Coordinadora de Enfermería de la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna y a Gemma García Riestra, Coordinadora de Enfermería de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, por su colaboración y por solicitar el apoyo del personal de enfermería del servicio correspondiente.

A todo el personal de enfermería que trabaja en el Servicio de Medicina Interna y de Urgencias, por su apoyo y colaboración.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Definición de Contención Mecánica.....	6
1.2. Indicaciones de la Contención Mecánica.....	8
1.3. Contraindicaciones de la Contención Mecánica.....	10
1.4. Responsables.....	11
1.5. Seguimiento.....	12
1.6. Consideraciones éticas.....	13
1.7. Revisión Bibliográfica Española (2000-2013).....	14
2. OBJETIVOS	17
3. MATERIAL Y MÉTODOS	19
3.1. Tipo de estudio.....	19
3.2. Lugar de estudio.....	19
3.3. Tiempo de estudio.....	19
3.4. Población.....	19
3.4.1. <i>Criterios de Inclusión</i>	19
3.4.2. <i>Criterios de Exclusión</i>	20
3.4.3. <i>Reclutamiento</i>	20
3.5. Desarrollo del trabajo.....	20
3.6. Variables.....	21
3.7. Estadística.....	23
4. RESULTADOS	25
4.1. Descripción de la muestra objeto de estudio.....	25
4.2. Tipo de Contención Mecánica.....	27
4.3. Indicación de la Contención Mecánica.....	28
4.4. Estado del paciente.....	29
4.5. Duración de la Contención Mecánica.....	29
4.6. Información de la Contención Mecánica.....	30
4.7. Medidas Anteriores.....	30
4.8. Complicaciones.....	31
4.9. Seguimiento.....	32
4.10. Control de constantes.....	34
4.11. Cruce de variables: Tipo de Contención Mecánica.....	35
4.11.1. <i>Tipo de Contención Mecánica / Servicio</i>	35
4.11.2. <i>Tipo de Contención Mecánica / Edad</i>	35
4.11.3. <i>Tipo de Contención Mecánica / Información</i>	36
4.11.4. <i>Tipo de Contención Mecánica / Duración</i>	36

4.11.5. Tipo de Contención Mecánica / Indicación.....	37
4.11.6. Tipo de Contención Mecánica / Estado del paciente.....	38
4.11.7. Tipo de Contención Mecánica / Medidas anteriores.....	38
4.11.8. Tipo de Contención Mecánica / Seguimiento enfermería y reevaluación de la retirada.....	39
4.11.9. Tipo de Contención Mecánica / Control de constantes.....	40
4.11.10. Tipo de Contención Mecánica / Seguimiento médico.....	40
4.11.11. Tipo de Contención Mecánica / Orden médica.....	41
4.12. Cruce de variables: Servicio.....	42
4.12.1. Servicio / Edad.....	42
4.12.2. Servicio / Información.....	42
4.12.3. Servicio / Duración.....	43
4.12.4. Servicio / Indicación.....	44
4.12.5. Servicio / Medidas anteriores.....	44
4.12.6. Servicio / Constantes.....	45
5. DISCUSIÓN.....	48
6. CONCLUSIONES.....	53
7. BIBLIOGRAFÍA.....	56
8. ANEXOS.....	59
8.1. Modelo Consentimiento Informado.	
8.2. Autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.	
8.3. Autorización de la Comisión de Docencia del Área Sanitaria IV.	
8.4. Hoja de recogida de datos.	



1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

En ocasiones, durante la realización de las labores asistenciales en el hospital nos encontramos con pacientes que a consecuencia de sus enfermedades y en la mayoría de los casos sin ser consecuentes de sus actos, presentan estados de agitación o conductas agresivas que van en demérito de su salud y nos impiden la correcta aplicación de medidas terapéuticas que precisan o ponen en peligro la integridad del resto de pacientes y personal. En estos casos, con frecuencia, la única opción es la aplicación de medidas de contención física¹.

En mi trabajo como Enfermera Interna Residente, especialista en Salud Mental, me ha llamado mucho la atención este tipo de abordaje al paciente, ya que supone la restricción de movimientos de una persona y conlleva unas connotaciones éticas y legales importantes. En la mayoría de los casos obliga a actuar en contra de su voluntad y en un contexto frecuente de urgencia; de tal forma que en su utilización se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y se le priva de libertad de movimientos de forma temporal².

En un reciente estudio realizado en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), que no incluía las áreas de psiquiatría, pediatría, cuidados intensivos, ni servicios de reanimación, se objetivó que la aplicación de estas medidas alcanzaba el 4.3%, llegando al 11% en alguna de las áreas analizadas. El valor real es probablemente mucho más alto dada la falta de un mecanismo de control sistemático en estas situaciones y de una definición universalmente aceptada de las medidas que se deben considerar como contención mecánica¹.

Dado que el paciente agitado es una urgencia hospitalaria frecuente e importante y de consecuencias potencialmente graves, además de que su manejo presenta algunas dificultades, ya que generalmente se trata de un paciente escasamente colaborador y que puede presentar conductas agresivas o violentas³, me llevó a plantear un trabajo de investigación a fin de conocer la situación actual de la aplicación de medidas de contención mecánica en dos servicios diferentes: un servicio de hospitalización como es el Servicio de Medicina Interna (uno de los que registra una

mayor incidencia de contenciones según las referencias bibliográficas) y el Servicio de Urgencias generales del HUCA.

1.1 DEFINICIÓN DE CONTENCIÓN MECÁNICA

Los estados de agitación psicomotriz y las conductas disruptivas son situaciones que se pueden presentar en cualquier servicio de hospitalización. Los posibles daños y consecuencias que pueden derivarse de estas conductas justifican la preocupación en torno a este problema. Estos episodios de agitación y comportamientos disruptivos son protagonizados tanto por pacientes con patología psiquiátrica como por pacientes con patología orgánica, ya que pueden presentarse como síntoma aislado o asociados a distintas enfermedades. Garantizar la seguridad en estas situaciones es un objetivo fundamental e implica practicar una atención a la salud libre de daños evitables, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias.

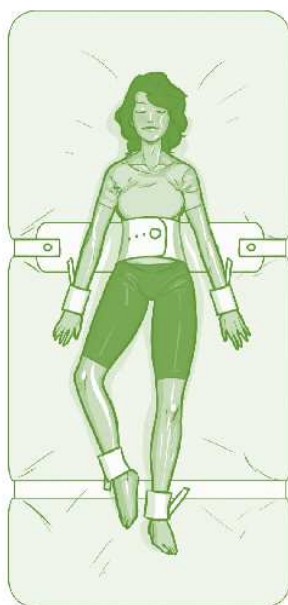
Por ello, el equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitada y a quienes la rodean en el momento de la agitación y procurar un ambiente sin riesgos, tranquilo y terapéutico. En el caso de producirse un cuadro de agitación, las intervenciones que procede realizar están habitualmente jerarquizadas, debiendo aplicarse sistemáticamente las medidas terapéuticas oportunas (contención verbal y/o contención psicofarmacológica) para resolver el cuadro inicial sin recurrir, en la medida de lo posible, a la contención mecánica⁴.

Según se indica desde la OMS⁵, la contención mecánica (en adelante CM) debe entenderse como *«métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, 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»*.

La CM es la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea⁶.

Existen dos tipos de contención mecánica:

- ❖ **CONTENCIÓN MECÁNICA TOTAL**: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización con el fin de controlar las acciones de un paciente, limitando por tanto su libertad de movimiento. En el HUCA se debe realizar a través del material homologado del tipo de muñequeras, tobilleras y cinturón torácico/abdominal, junto con sus cintas y cerraduras magnéticas correspondientes. La indicación de este tipo de contención es responsabilidad del personal médico, quien debe registrarla en las órdenes médicas, así como su posterior reevaluación y retirada¹.

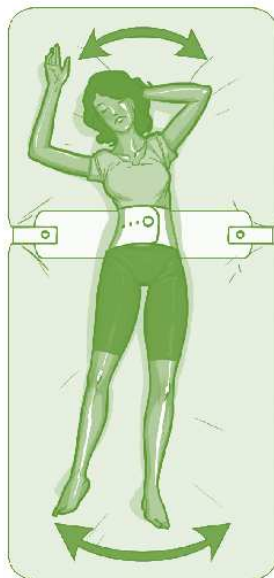


*Tomado de: Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico.

Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud; 2010.

- ❖ **CONTENCIÓN MECÁNICA PARCIAL O SUJECCIÓN MECÁNICA**: es el tipo de CM que limita la movilidad bien del tronco, o bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales de las mismas que dificulten el paso de medicación. Por ejemplo: uso de una muñequera para inmovilizar el brazo en el que está la venoclisis o uso de barriguera para evitar que el paciente se caiga

de la silla. El responsable de este tipo de contención será el personal de enfermería, quien la registrará en la hoja de enfermería¹.



*Tomado de: Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico.

Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud; 2010.

1.2. INDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La aplicación de dispositivos de sujeción para restringir la movilidad de los pacientes es un procedimiento relativamente habitual en el ámbito hospitalario. El motivo suele ser el de garantizar la correcta aplicación de un tratamiento, evitar caídas o lesiones e intentar controlar estados de agitación que implican riesgos para el enfermo y su entorno. La aplicación de la restricción física supone una decisión que usualmente se toma en contra de la voluntad del paciente, aunque siempre debería revertir en su propio beneficio. Limitar la libertad de movimientos de un paciente tendría que ser el último recurso en caso de que otros medios fracasaran o fueran inadecuados, puesto que le supone una pérdida de autonomía. El personal de enfermería, debido a su relación cercana con el paciente, es el primero en detectar la necesidad de sujeción y es quien toma la primera decisión. Indicar la restricción física debe estar justificado y darse bajo unas determinadas condiciones: tiene que ser una decisión consensuada o valorada a

partir de una indicación médica y ha de figurar en la historia clínica del paciente. Es fundamental considerar el tiempo que la persona permanece sujeta y valorar regularmente la vigencia de la indicación. Por último, el objetivo primordial es cuidar las necesidades individuales de los enfermos⁷. La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations recoge estas indicaciones en su manual de acreditación para hospitales⁸.

Las indicaciones descritas en el protocolo operativo de CM del HUCA son:

- ❖ Por un lado, es imprescindible que el paciente presente un *estado confusional*:
 - Agudo: Fundamentalmente en forma de *síndrome confusional agudo* (incluida su variante el *delirium tremens*) o de brote psicótico.
 - Crónico: Demencias, retrasos mentales, trastornos psiquiátricos,...
- ❖ Por otro lado se precisa que se dé una de las siguientes situaciones:
 - Peligro de daño inminente a sí mismo o a otros (pacientes, personal sanitario, o fetos en pacientes embarazadas): Riesgo de caídas o auto/ heteroagresiones en el contexto de un estado de agitación psicomotriz.
 - Imposibilidad de mantener los tratamientos prescritos: Normalmente por obstrucción/autoextracción de la venoclisis, aunque se incluirían todos los tratamientos y técnicas diagnósticas, siempre que estos fueran necesarios para el paciente (drenajes, sondas vesicales, sondas enterales, punciones, técnicas de radiodiagnóstico,...).
 - Necesidad ineludible de retirar o reducir tratamientos psicofarmacológicos con los que el paciente estaba estable: Normalmente por toxicidad de estos. En estos casos se realizará un seguimiento estrecho del paciente, no aplicando la CM hasta que se dé una de las situaciones anteriores.

Según la normativa establecida por la anteriormente citada Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, deben emplearse sólo después de probar medidas menos restrictivas que no logren proteger al paciente⁸. Como toda acción sanitaria tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones⁹:

- ❖ Indicaciones:
 - Cuando otros medios son ineficaces.
 - Prevención de lesiones a terceros.
 - Prevención de lesiones a sí mismo (caídas de la cama...).
 - Prevención de interrupción grave del tratamiento (arranque de sondas, vías....).
 - Como refuerzo negativo en tratamiento conductista previamente acordado o voluntario.

1.3. CONTRAINDICACIONES DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La restricción de movimientos es una acción que se incluye dentro del marco de actuaciones del personal sanitario de un hospital. Y, como resulta obvio, no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación¹⁰.

- ❖ Contraindicaciones:
 - Si no está indicado.
 - Si la situación puede resolverse verbalmente.
 - Si la violencia es delictiva (es competencia de las fuerzas del orden público).
 - Como castigo o antipatía hacia el paciente.
 - Por conveniencia del personal u otros pacientes de la planta.

En el resto de los casos se trata más bien de contraindicaciones relativas que nos limitarían o nos obligarían a adoptar distintas estrategias de contención o un control del paciente más estrecho¹:

- Lesiones cutáneas: a ser posible se evitará la colocación de contenciones a dicho nivel, o si esto no fuese posible se aplicará sobre dichas lesiones las medidas de protección que fuesen necesarias.
- Lesiones óseas/articulares (fracturas, luxaciones): en estos casos de nuevo se evitará la sujeción de la zona lesionada salvo que fuese imprescindible, debiendo ser valorado el riesgo de forma individualizada.
- Patología respiratoria: en estos casos hay que tener especial cuidado en el uso de la contención abdominal, permitiendo el grado de libertad necesario que no interfiera con la mecánica ventilatoria del paciente y, sobre todo, prestando especial vigilancia a su función respiratoria.

1.4. RESPONSABLES

Por norma general el responsable será el miembro del equipo que establezca la indicación de la CM, que en la gran mayoría de los casos será el personal de enfermería quien hará las primeras observaciones. Éste se pondrá en contacto con el personal médico para acordar de forma conjunta el inicio del procedimiento¹⁰.

En el caso de la CM parcial el personal de enfermería está autorizado para iniciar el procedimiento y no es necesario que quede constancia de ello en órdenes médicas o en curso clínico, aunque sí en la hoja de enfermería¹.

En los casos en que sea necesario una CM total o bien en aquellos en los que exista una contraindicación relativa, dado que va a ser necesario adoptar otro tipo de actitudes diagnóstico-terapéuticas además de la propia CM, se debe dejar constancia de la misma en las órdenes médicas y en el curso clínico, junto con el resto de medidas a aplicar. La indicación de la CM total debe ser refrendada diariamente en las órdenes médicas y curso clínico, así como la retirada de la misma, que debe hacerse de forma paulatina¹.

CM PARCIAL → ENFERMERÍA → HOJA DE ENFERMERÍA

CM TOTAL → PERSONAL MÉDICO → HOJA DE ÓRDENES Y CURSO CLÍNICO

1.5. SEGUIMIENTO

Por parte de enfermería:

CM TOTAL	CM PARCIAL O SUJECCIÓN MECÁNICA
<p>El control será como mínimo horario, prestando especial atención a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado general del paciente. • Estado de la piel en las zonas de sujeción. • Prevención de escaras. • Estado de las contenciones. • Mecánica respiratoria. • Eliminación de residuos (orina y heces). • Necesidades de alimentación e hidratación. 	<p>Control al menos una vez por turno y cada vez que se administre el tratamiento. Se comprobará el estado de la piel y el bienestar del paciente.</p>
<p>Control de constantes vitales: TA, pulso y T^a, según pauta prescrita y en su ausencia una vez por turno.</p>	<p>Control de constantes (TA, pulso y T^a) una vez por turno.</p>
<p>Alejar del paciente cualquier tipo de objeto cortante o peligroso.</p>	<p>Registro de los controles y revisiones en la hoja de enfermería.</p>
<p>Se registrará por escrito en la hoja de enfermería la realización de los controles efectuados.</p>	<p>En cuanto la situación del paciente lo permita se retirará la sujeción.</p>
<p>En caso de deterioro clínico o mala tolerancia del paciente a la CM se avisará al servicio médico.</p>	
<p>La finalización de la medida restrictiva será por orden médica y de forma gradual.</p>	

Por parte del servicio médico:

- ❖ Ha de buscarse y tratarse (si es posible) la enfermedad que ha provocado el cuadro confusional al paciente.
- ❖ Han de establecerse las medidas de contención farmacológica que sean necesarias para retirar cuanto antes la CM.

- ❖ Han de establecerse las medidas preventivas que requiera el paciente según el grado de contención y su situación cognitiva.
- ❖ Cuando las condiciones del paciente mejoren, retirar paulatinamente la CM.
- ❖ Debe dejarse constancia en órdenes médicas y en curso clínico tanto de la indicación, como del mantenimiento diario y retirada de la CM total.

1.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes. La persona que sufre estos episodios no es capaz, en el estado de alteración psíquica en que se encuentra en ese momento, de controlar su comportamiento y es responsabilidad de los profesionales proporcionarle dicho control. Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la CM sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el paciente⁵.

Una vez seleccionada está técnica, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada al paciente y a la familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra⁴.

En todo caso hay que seguir el principio de tratar a la persona atendida con el menor grado de restricciones posible; siempre garantizando la suficiente seguridad para las personas de su entorno. Asimismo, sólo se puede contemplar esta intervención enmarcada en una estrategia más amplia de funcionamiento y organización de las unidades de hospitalización, basada en el ambiente terapéutico y cuyo objetivo es que el uso de la CM sea el mínimo necesario⁴.

1.7 REVISIÓN BIBLIOGRAFICA ESPAÑOLA (2000-2013)

Las inmovilizaciones son una práctica utilizada diariamente en las organizaciones sanitarias. La revisión bibliográfica de estudios realizados en España muestran cifras importantes sobre la prevalencia de la aplicación de medidas de contención física.

En un estudio realizado en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica Universidad de Navarra publicado en el año 2012 que evaluaba las percepciones de los pacientes y sus familiares sobre la CM, se ha observado una incidencia de 101 pacientes que habían usado algún tipo de limitación física, con una prevalencia de la restricción de muñeca de un 43.47%. Posteriormente, se entrevistaron a 30 pacientes y a 30 familiares. El análisis de las entrevistas a los pacientes reveló 4 temas principales: la aceptación de la limitación condicionada por la información proporcionada, los sentimientos y las sensaciones causadas por el uso de la restricción; alternativas propuestas y futuras repercusiones. Tres temas surgieron de las entrevistas con los familiares: las impresiones causadas por el uso de las restricciones, las razones para aceptarlas o rechazarlas y las alternativas a su uso¹¹.

Por otro lado, el Hospital Clínico de San Carlos (Madrid) pretendía analizar la incidencia del uso de CM o restricción física en una Unidad de Cuidados Intensivos y valorar el procedimiento, donde ha obtenido 85 casos desde el mes de marzo de 2010 hasta junio 2010¹².

En un estudio de incidencia realizado en el HUCA en el año 2008 en pacientes ingresados al menos 24 horas en unidades con alta prevalencia de CM, se ha realizado un seguimiento de 6.104 ingresos con una incidencia de 43 casos por 1.000 ingresos. El 50% eran mayores de 75 años y en un 65% había afectación intensa del estado de conciencia¹³.

Según el estudio realizado entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre de 2009 en pacientes ingresados en el hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, cuyo objetivo era evaluar el empleo y las formas de uso de la CM como intervención en el tratamiento a corto plazo de la alteración conductual, se han obtenido un total de 236 procedimientos de CM, de los cuales 112

fueron realizados en el servicio de urgencias, 88 en el servicio de medicina interna, 21 en el servicio de psiquiatría, 3 en el servicio de cirugía ortopédica y traumatología, y 3 en el servicio de neurología. Las causas de ingreso de los pacientes fueron muy variadas, pero se puede destacar las alteraciones de conducta, las descompensaciones psicóticas, la ideación y/o tentativas autolíticas, las intoxicaciones medicamentosas y las insuficiencias respiratorias¹⁴.

Tras la realización de un corte de prevalencia en el HUCA sobre más de 900 pacientes ingresados (Octubre 2000) se obtuvo que un 2.97% de pacientes adultos fueron inmovilizados en el turno de día y un 3.51% en el turno de noche, mientras que las inmovilizaciones en niños fueron un 8.11% en el turno de día y un 11.1% en el turno de noche¹⁵.

También se muestran artículos con consecuencias fatales derivadas de su uso. En la revista española de medicina legal se publicaron en el año 2012 dos casos de muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados ocurridas en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla¹⁶.

Por otro lado, en la revisión realizada por la Joint Commission de casos centinelas relacionados con muertes de pacientes que fueron inmovilizados, la causa de muerte en un 40 % fue por asfixia. El resto de los casos se produjeron por estrangulación, parada cardiorrespiratoria o fuego⁴.



2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

❖ Objetivo Principal:

Conocer las características de la aplicación de medidas de Contención Mecánica en los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias y de Medicina Interna del HUCA.

❖ Objetivos secundarios:

1. Conocer las características de los pacientes con CM.
2. Conocer las medidas fracasadas previas a la CM.
3. Conocer las complicaciones derivadas del uso de la CM en los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias y de Medicina Interna del HUCA.
4. Conocer si se realizó seguimiento y evaluación adecuados.
5. Conocer si se realizó control de constantes.
6. Conocer las características de la CM según el tipo (parcial/total).
7. Conocer las características de la CM según el servicio (Medicina Interna y Urgencias).
8. Desarrollar propuestas de mejora de la aplicación de medidas de CM.



3. MATERIAL Y MÉTODO

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Para la valoración de las características de la aplicación de medidas de contención mecánica se planificó un estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el Servicio de Medicina Interna del HUCA (unidad 5º Izquierda Izquierda del Centro General), 3ª Este y 4ª Este del Hospital General y el servicio de urgencias del Centro General del HUCA.

3.3 TIEMPO DE ESTUDIO

La recogida de datos se llevó a cabo desde el día 4 de abril del 2013 hasta el día 15 de mayo de 2013.

3.4 POBLACIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

La muestra de *pacientes incluidos en el estudio* se obtuvo a partir de todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión que fueron los siguientes:

1. Pacientes con medidas de CM.
2. Que además se hubiera realizado dicha CM en el Servicio de Urgencias o bien durante la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del HUCA.
3. Que en los casos en los que fue preciso realizar algún tipo de entrevista (al paciente o al tutor responsable) para completar los ítems de la hoja de recogida de datos, aceptaron colaborar y firmaron el consentimiento informado (ANEXO I).

3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Además fueron excluidos del estudio los pacientes que cumplían las siguientes características:

1. Pacientes que no requirieron medidas de CM.
2. Que dicha CM no se hubiera realizado ni en el Servicio de Urgencias ni en el de Medicina Interna del HUCA.
3. Que en los casos en los que fue preciso realizar algún tipo de entrevista (al paciente o bien al tutor responsable) para completar los ítems de la hoja de recogida de datos, no aceptaron colaborar y no firmaron el consentimiento informado.

3.4.3. RECLUTAMIENTO

De forma consecutiva. Se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.5. DESARROLLO DEL TRABAJO

Para realizar el estudio se ha solicitado permiso tanto al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (ANEXO II) y la Comisión de Docencia del Área Sanitaria IV (ANEXO III). El estudio se desarrolló una vez aprobados ambos permisos.

Metodología:

Se elaboró una hoja de recogida de datos (ANEXO IV) para el registro de las variables del estudio. Posteriormente se realizó una reunión con cada supervisora de las unidades para exponerles en qué consistía el trabajo de investigación que se iba a llevar a cabo y, a continuación, tuvo lugar una segunda reunión para presentarme al resto de personal de la unidad.

Se realizó una recogida diaria de datos, donde la principal investigadora acudía a las unidades de Medicina Interna (3ª Este y 4ª Este del Hospital General y 5ª izquierda izquierda del Centro General) y en el Servicio de Urgencias se solicitó la colaboración del personal para elaborar una recogida de datos en el momento que hubiese un caso nuevo y se acudía a dicho servicio para la posterior revisión.

3.6. VARIABLES

- Edad: En años.
- Sexo: Hombre / Mujer.
- Servicio: Medicina Interna / Urgencias.
- Unidad: Unidad en la que se encuentra el paciente (Urgencias, 3ª Este, 4ª Este ó 5ª I.I).
- Fecha: Fecha de colocación de la CM.
- Hora: Hora en la que se iniciaron las medidas de CM.
- Turno
 - Mañana (8 a 15 h)
 - Tarde (15 a 22 h)
 - Noche (22 a 8 h)
- Duración: en horas.
- Información de la CM:
 - Al paciente.
 - Al tutor responsable.
 - No fue posible informar sobre las medidas.
- Indicación de la CM:
 - Riesgo de lesiones a terceras personas (enfermos, personal sanitario,...).

- Riesgo de lesiones a sí mismo (autolesiones, caídas,...).
- Riesgo de interferencia con el proceso terapéutico (arrancamiento de vías, sondas, soporte vital,...).
- Evitar daños en el entorno físico (mobiliario, material,...).

- Tipo de CM:
 - Total: Miembros superiores, miembros inferiores y cinturón tóraco-abdominal.
 - Parcial: Indicar los miembros.

- Estado del paciente:
 - Agresivo o violento: Paciente que con su comportamiento puede hacer daño a sí mismo, a otros o al entorno físico.
 - Agitado: Paciente que tiene un aumento inmotivado, desproporcionado y desorganizado de la motilidad.
 - Confuso o desorientado: Paciente que presenta una desorientación en la persona, el tiempo y/o el lugar.
 - Riesgo de suicidio: Paciente que presenta un riesgo autolítico.

- Medidas fracasadas antes de la CM:
 - Contención verbal: Desactivar la situación verbalmente.
 - Medicación farmacológica: Administración de psicofármacos, bien sea por vía oral o parenteral.
 - Distracción con una actividad: Integración del paciente en alguna clase de actividad lúdica que el servicio pueda proporcionarle.
 - No había otra opción.

- Complicaciones:
 - Lesión por rozadura: Herida superficial de la piel.

- Úlcera por presión: Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea.
 - Lesión traumática: Lesión física como contusión, luxación o fractura.
 - Otras (especificar).
- Seguimiento del paciente y reevaluación de la retirada: Sí / No.
 - Control de constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura): Por turno/ Cada 24 horas.
 - Registro de la CM en observaciones de enfermería: Sí / No.
 - Seguimiento del paciente por parte del facultativo médico: Sí / No.
 - Registro en órdenes médicas: Sí / No.

3.7. ESTADÍSTICA

Los datos se introdujeron en una base de datos, creada en el programa informático SPSS versión 17.0. y el posterior análisis estadístico se realizó utilizando el programa mencionado.

La descripción general de las variables cuantitativas se expresó como el valor de la media y su desviación estándar. En las variables cualitativas se expresó en frecuencias absolutas y porcentajes.

Se realizó el test de Chi^2 para las variables cualitativas en las tablas de contingencia y el test de la t de Student para variables cuantitativas (diferencia de medias). Se aceptó significación estadística cuando el valor fue de $p \leq 0.05$.



4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO

El análisis de la distribución de frecuencias en función de la edad de la muestra objeto de estudio, 50 pacientes con medidas de CM, refleja una muestra muy dispersa, con una media de edad de 69,84 años y con una gran desviación estándar de 22,47. La frecuencia de la CM no sigue un patrón claro de aumento o descenso en el número de casos en función de la edad, pero sí se observa un pico máximo a los 86 años (Figura 4.1).

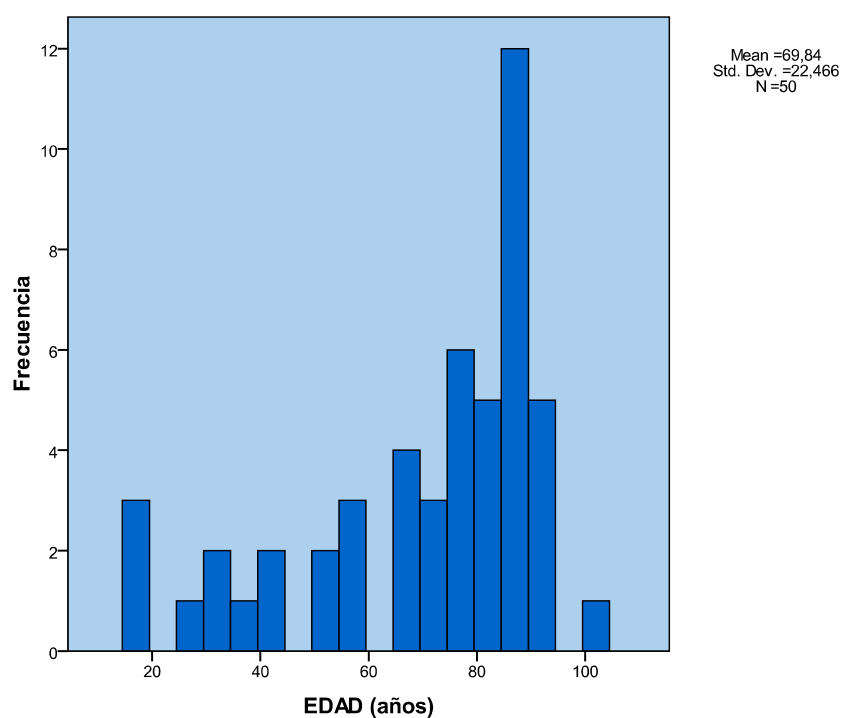


Figura 4.1. Frecuencia de pacientes con medidas de contención mecánica en función de la edad, de la muestra de los 50 casos estudiados en el Servicio de Medicina Interna y en el Servicio de Urgencias del HUCA.

La distribución por sexos del total de pacientes con medidas de CM incluidos en el estudio muestra que el 60% de los casos fueron hombres frente a un 40% en mujeres, siendo 30 y 20 casos respectivamente (Figura 4.2).

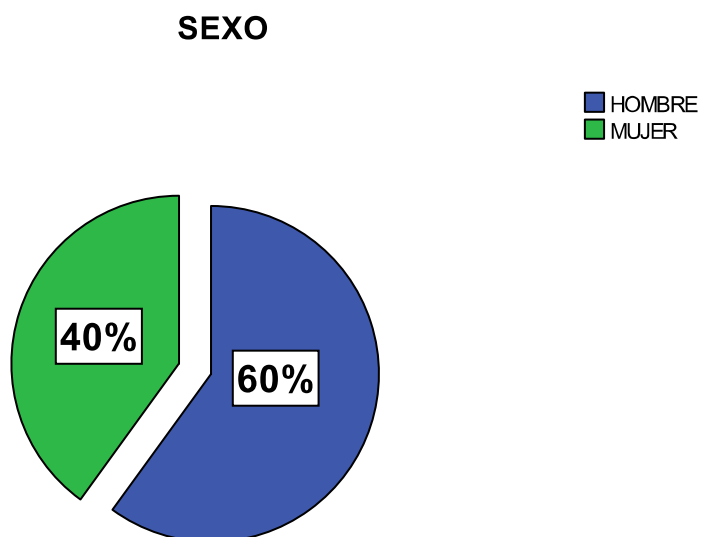


Figura 4.2. Frecuencia de pacientes con medidas de CM en función del sexo, de la muestra de los 50 casos estudiados en el Servicio de Medicina Interna y en el Servicio de Urgencias del HUCA. Los resultados se muestran en porcentajes.

El número de pacientes se distribuyó de forma equitativa en los dos servicios objeto de estudio, 52% de los casos fueron recogidos en el Servicio de Urgencias y un 48% en el Servicio de Medicina Interna, que incluye las unidades 5ª Izquierda Izquierda del Centro General y 3ª y 4ª Este del Hospital general. (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Frecuencia de pacientes con medidas de CM en los servicios y unidades objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

SERVICIO	UNIDAD	Frecuencia		Porcentaje	
URGENCIAS	URGENCIAS CENTRO GENERAL	26		52,0	
MEDICINA INTERNA	5ª CENTRO GENERAL	12	24	24,0	48,0
	3ª ESTE HOSPITAL GENERAL	9		18,0	
	4ª OESTE HOSPITAL GENERAL	3		6,0	
Total		50		100,0	

4.2. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

El análisis de frecuencias según el tipo de CM refleja que la mayoría de los pacientes sólo requirieron medidas de CM de manera parcial, un 72%, mientras que en un 28% precisaron una CM total (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Frecuencia de pacientes con medidas de CM en función del tipo, de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

TIPO DE CM	Frecuencia	Porcentaje
TOTAL	14	28,0
PARCIAL	36	72,0
Total	50	100,0

Dentro de las medidas de CM parcial, se obtuvieron diversas combinaciones, en la que predomina la sujeción abdominal, con casi la mitad de los casos, seguida de ésta combinada con los miembros superiores en un cuarto de los mismos. También se observa que la menos utilizada es la contención de miembros superiores junto con miembros inferiores, con solamente un 2,8% de los casos (Tabla 4.3).

Tabla 4.3. Número de casos y porcentaje de los 36 pacientes con medidas de CM parcial incluidos en el estudio. MMSS: miembros superiores, MMII: miembros inferiores, MSD: miembro superior derecho, MSI: miembro superior izquierdo.

CONTENCIÓN MECÁNICA PARCIAL	Frecuencia	Porcentaje
MMSS	4	11,1
ABDOMINAL	17	47,2
MMSS + ABDOMINAL	9	25,0
MMSS + MII	1	2,8
MSD o MSI + ABDOMINAL	3	8,3
MSD o MSI	5	13,9
Total	36	100,0

4.3. INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

La indicación de la CM fue debida principalmente a cinco supuestos, en los que predomina el riesgo de lesiones a sí mismo (autolesiones, caídas, etc) y el riesgo de interferencia con el proceso terapéutico (arrancamiento de vías, sondas, soporte vital, etc), seguido del riesgo de lesiones a terceras personas (enfermos, personal sanitario,...) y finalmente para evitar daños en el entorno físico (mobiliario, material, etc) (Tabla 4.4).

Tabla 4.4. Frecuencia de pacientes con medidas de CM en función su indicación, de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
RIESGO DE LESIONES A TERCERAS PERSONAS	5	10,0
RIESGO DE LESIONES A SÍ MISMO	22	44,0
RIESGO DE INTERFERENCIA CON EL PROCESO TERAPÉUTICO	22	44,0
EVITAR DAÑOS EN EL ENTORNO FÍSICO	1	2,0
Total	50	100,0

4.4. ESTADO DEL PACIENTE

En el análisis del estado del paciente se muestra que en casi la mitad de los casos el paciente estaba confuso y/o desorientado y en un porcentaje ligeramente menor se encontraba agitado, seguido de los casos en los cuales el paciente estaba agresivo o violento y, por último, en un escaso porcentaje, se trataba de riesgo de suicidio (Tabla 4.5).

Tabla 4.5. Frecuencia de pacientes con medidas de CM en función de su estado, de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

ESTADO DEL PACIENTE	Frecuencia	Porcentaje
AGRESIVO/VIOLENTO	9	18,0
AGITADO	18	36,0
CONFUSO/DESORIENTADO	22	44,0
RIESGO DE SUICIDIO	1	2,0
Total	50	100,0

4.5. DURACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

El análisis de la duración de la contención se ha evidenciado que cerca de la mitad de los casos permanecieron con la CM durante más de 24 horas. En un 14% no se refleja la duración debido a que no se ha podido obtener este dato de las historias clínicas (Tabla 4.6).

Tabla 4.6. Frecuencia de la duración de las medidas de CM de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

DURACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
NO SE REFLEJA	7	14,0
HASTA 3 HORAS	5	10,0
ENTRE 3-12 HORAS	12	24,0
ENTRE 12-24 HORAS	4	8,0
MAS DE 24 HORAS	22	44,0
Total	50	100,0

4.6. INFORMACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Los resultados manifiestan que en algo más de la mitad de los casos los han recibido información previa a las medidas de contención que se le iban a aplicar. El porcentaje de la información recibida por el paciente es igual al de los casos en el que se le dio a su tutor responsable. El número de casos en el que no fue posible informar de las medidas fue ligeramente inferior (Figura 4.3).

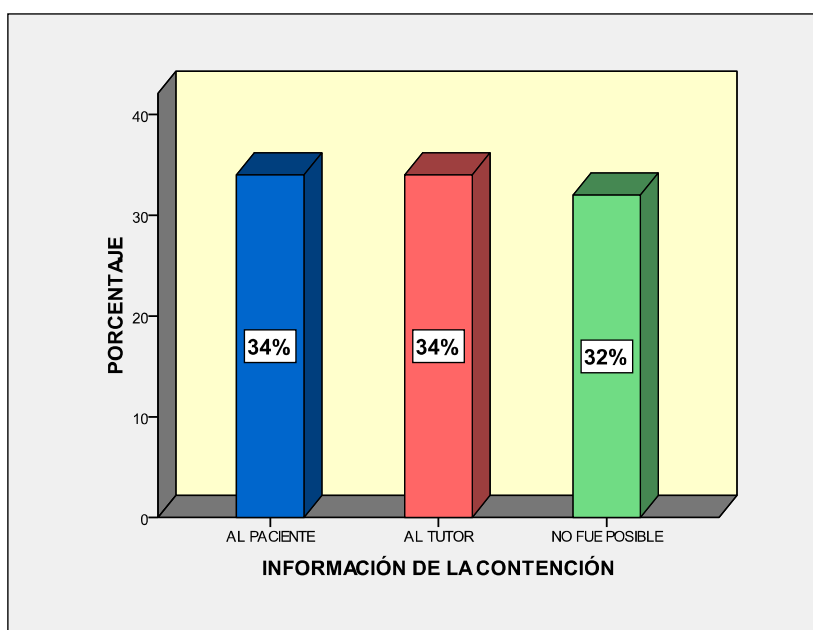


Figura 4.3. Frecuencia de casos que han recibido información previa sobre las medidas de contención que se iban a aplicar al paciente. Los resultados se muestran en porcentajes.

4.7. MEDIDAS ANTERIORES

En el análisis de las medidas fracasadas previas a la CM se muestra que en menos de la mitad de los casos se realizó una contención psicofarmacológica a través de la administración de fármacos, bien sea por vía oral o parenteral. Destacar también que en un cuarto de ellos

aproximadamente no había otra opción posible antes de recurrir a medidas de contención física (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Frecuencia de casos en los que se llevaron a cabo diferentes medidas anteriores a la CM, de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

MEDIDAS ANTERIORES	Frecuencia	Porcentaje
CONTENCIÓN VERBAL	10	20,0
MEDICACIÓN FARMACOLÓGICA	21	42,0
NO HABÍA OTRA OPCIÓN	12	24,0
CONTENCIÓN VERBAL+ MEDICACIÓN	6	12,0
CONTENCIÓN VERBAL+ DISTRACCIÓN CON UNA ACTIVIDAD	1	2,0
Total	50	100,0

4.8. COMPLICACIONES

En el análisis de las complicaciones derivadas del uso de medidas de contención física muestra que sólo en uno de los casos se registró algún tipo de complicación, que fue la lesión por rozadura del material utilizado para contener al paciente sobre la piel (Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Frecuencia de pacientes con complicaciones derivadas del uso de la CM de la muestra objeto de estudio. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	49	98,0
LESIÓN POR ROZADURA	1	2,0
Total	50	100,0

4.9. SEGUIMIENTO

El seguimiento realizado por parte del personal de enfermería y la reevaluación de la retirada de la inmovilización se realizó en la mayoría de los casos y el registro en observaciones de enfermería de estas medidas llevadas a cabo fue de ligeramente superior (Figura 4.4).

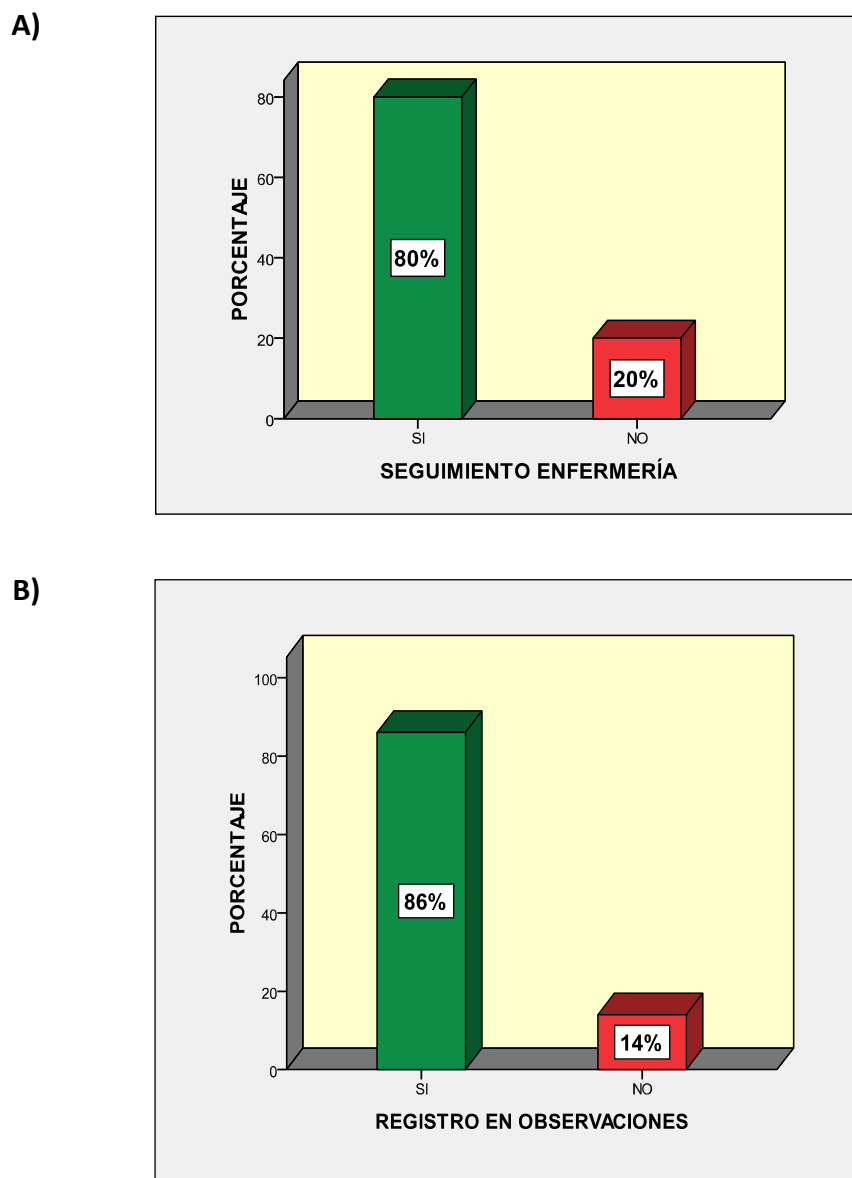
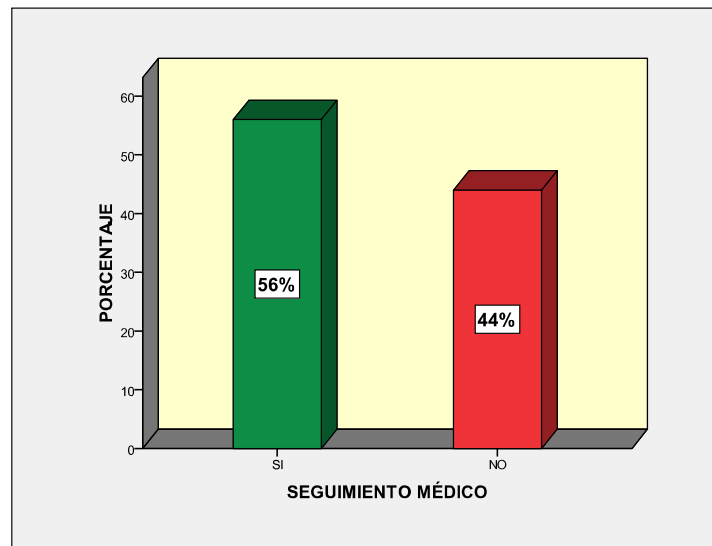


Figura 4.4. Seguimiento realizado por parte de enfermería (A) y registro en observaciones de enfermería (B) de las medidas de CM aplicadas a los pacientes incluidos en el estudio.

El seguimiento médico realizado a los pacientes objeto de estudio que se le han aplicado medidas de CM ha sido de aproximadamente la mitad de los casos, de los cuales en un porcentaje muy similar las medidas han sido registradas en órdenes médicas (Figura 4.5).

A)



B)

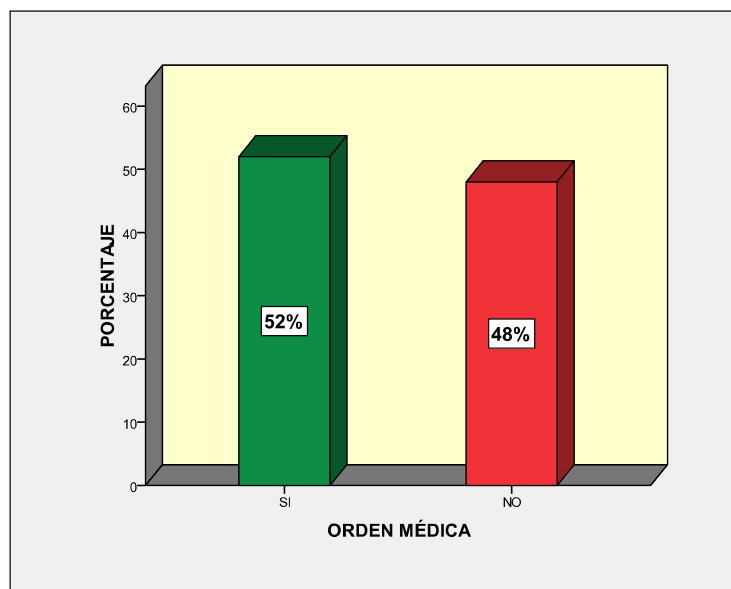


Figura 4.5. Seguimiento realizado por parte del facultativo médico (A) y registro en órdenes médicas (B) de las medidas de CM aplicadas a los pacientes incluidos en el estudio

4.10. CONTROL DE CONSTANTES

El control de las constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura) se realizó en un 60% de los casos por turno (mañana, tarde y noche) y en un 40% cada 24 horas (Tabla 4.8).

Tabla 4.8. Número de casos de pacientes contenidos mecánicamente según la frecuencia de control de constantes. Expresados en número de casos y en porcentaje, respecto del total de los casos.

CONSTANTES	Frecuencia	Porcentaje
POR TURNO	30	60,0
CADA 24 HORAS	20	40,0
Total	50	100,0

4.11. CRUCE DE VARIABLES: TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

A continuación se detallan las relaciones entre el *tipo de CM* con el resto de las variables objeto de estudio. No se observan diferencias significativas en cuanto al sexo, turno, complicaciones (no valorable, ya que sólo se ha recogido un caso) ni en cuanto al registro en observaciones de enfermería.

4.11.1. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / SERVICIO

En la relación del tipo de CM con los servicios objeto de estudio (Medicina Interna y Urgencias) se observa una relación estadísticamente significativa entre la CM parcial y el Servicio de Medicina Interna, en el que prácticamente la totalidad de las medidas de contención llevadas a cabo fueron de tipo parcial (Tabla 4.9).

Tabla 4.9. Tabla de contingencias que relaciona los servicios objeto de estudio con el tipo de CM. Los resultados incluyen también el valor de p .

SERVICIO / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
SERVICIO	URGENCIAS	12	14	26	0,001
	MEDICINA INTERNA	2	22	24	
	Total	14	36	50	

4.11.2. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / EDAD

La edad media de los pacientes con medidas de CM total fue significativamente menor (24 años aproximadamente) a la de los pacientes con CM parcial (Tabla 4.10).

Tabla 4.10. Comparación de medias de edad en función de la variable tipo de CM. Los resultados incluyen también el valor de p .

TIPO CM / EDAD		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p
EDAD	TOTAL	14	52,57	27,035	7,225	0,001
	PARCIAL	36	76,56	16,415	2,736	

4.11.3. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / INFORMACIÓN

La información recibida sobre las medidas de CM a aplicar parecen relacionarse significativamente con el tipo, de tal forma que la información recibida a los pacientes se relacionó con la CM total y la información al tutor responsable del paciente con la CM parcial. También casi la totalidad de los casos en los que no fue posible informar de estas medidas fue en la CM parcial (Tabla 4.10).

Tabla 4.10. Tabla de contingencias que relaciona la información recibida con el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

INFORMACIÓN / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
INFORMACION	AL PACIENTE	10	7	17	0,002**
	AL TUTOR	3	14	17	
	NO FUE POSIBLE	1	15	16	
Total		14	36	50	

**Debido al escaso número de casos estudiados en 3 de las celdas, la validez de la prueba es muy baja.

4.11.4. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / DURACIÓN

El análisis de la tabla de contingencias que relaciona la duración con el tipo de CM muestra una tendencia a la significación estadística de la CM parcial con el intervalo de más de 24 horas. En 7 de los casos incluidos en el estudio no es valorable ya que no se reflejó la duración de estas medidas (Tabla 4.12).

Tabla 4.12. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre la duración y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

DURACIÓN / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
DURACIÓN	NO SE REFLEJA	4	3	7	0,034**
	HASTA 3 HORAS	3	2	5	
	ENTRE 3-12 HORAS	3	9	12	
	ENTRE 12-24 HORAS	2	2	4	
	MÁS DE 24 HORAS	2	20	22	
Total		14	36	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.11.5. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / INDICACIÓN

En el análisis de la tabla de contingencias de la relación de la indicación de la CM con el tipo parece que hay una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Se observa que la CM total tiende a relacionarse con el riesgo de lesiones a terceras personas y la CM parcial con el riesgo de lesiones a sí mismo y el riesgo de interferencia con el proceso terapéutico (Tabla 4.13).

Tabla 4.13. Número de casos de los pacientes a estudio que muestra la relación entre la indicación de la CM y el tipo. Se incluye el valor de p .

INDICACIÓN / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
INDICACIÓN	RIESGO DE LESIONES A TERCERAS PERSONAS	4	1	5	0,043**
	RIESGO DE LESIONES A SI MISMO	6	16	22	
	RIESGO DE INTERFERENCIA CON EL PROCESO TERAPEUTICO	4	18	22	
	EVITAR DAÑOS EN EL ENTORNO FÍSICO	0	1	1	
Total		14	36	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.11.6. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / ESTADO DEL PACIENTE

Al analizar el tipo de CM en relación al estado del paciente se obtiene que el estado confuso/desorientado tiende a relacionarse significativamente con la CM parcial al igual que el agitado. Por otro lado el estado agresivo/violento tiende a relacionarse con la CM total. En el caso del riesgo de suicidio se ha obtenido sólo un resultado, por lo que no es valorable (Tabla 4.14).

Tabla 4.14. Número de casos de los pacientes a estudio que refleja la relación entre estado del paciente y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

ESTADO / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
ESTADO	AGRESIVO / VIOLENTO	6	3	9	0,004**
	AGITADO	5	13	18	
	CONFUSO / DESORIENTADO	2	20	22	
	RIESGO DE SUICIDIO	1	0	1	
Total		14	36	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.11.7. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / MEDIDAS ANTERIORES

En la relación del tipo de CM con las medidas anteriores llevadas a cabo antes de iniciar la CM parece indicar que hay significación una estadística entre ambas variables. La medicación farmacológica previa a estas medidas tiende a relacionarse significativamente con la CM de tipo parcial, mientras que la contención verbal más tratamiento farmacológico con la CM total (Tabla 4.15).

Tabla 4.15. Número de casos de los pacientes a estudio que relaciona las medidas anteriores y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

MEDIDAS ANTERIORES / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
MEDIDAS ANTERIORES	CONTENCIÓN VERBAL	5	5	10	0,003**
	MEDICACIÓN FARMACOLÓGICA	3	18	21	
	CONTENCIÓN VERBAL+ MEDICACIÓN FARMACOLÓGICA	5	1	6	
	CONTENCIÓN VERBAL+ DISTRACCIÓN CON UNA ACTIVIDAD	0	1	1	
	NO HABÍA OTRA OPCIÓN	1	11	12	
Total		14	36	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.11.8. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / SEGUIMIENTO ENFERMERÍA Y REEVALUACIÓN DE LA RETIRADA

En el análisis del número de casos de los pacientes a estudio que relaciona el tipo de CM con el seguimiento y la reevaluación de la retirada por parte del personal de enfermería reflejó que en la todos los casos en los que no se realizó seguimiento se trató de una CM de tipo parcial (Tabla 4.15).

Tabla 4.15. Número de casos de los pacientes a estudio que relaciona el seguimiento y la reevaluación de la retirada por parte del personal de enfermería y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

TIPO DE CM / SEGUIMIENTO		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
SEGUIMIENTO	SI	14	26	40	0,027
	NO	0	10	10	
Total		14	36	50	

4.11.9. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / CONTROL DE CONSTANTES

La tabla de contingencias que relaciona el tipo de CM con el control de constantes muestra una relación estadísticamente significativa entre la CM parcial y la toma de constantes cada 24 horas (Tabla 4.15).

Tabla 4.15. Número de casos de los pacientes a estudio que relaciona el control de constantes y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

CONTROL DE CONSTANTES / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
CONSTANTES	POR TURNO	12	18	30	0,021
	CADA 24 HORAS	2	18	20	
Total		14	36	50	

4.11.10. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / SEGUIMIENTO MÉDICO

El análisis de la relación entre el tipo de CM y el seguimiento por parte del facultativo médico indica que en el seguimiento médico se realizó más frecuentemente en la CM total que en la parcial (Tabla 4.16).

Tabla 4.16. Número de casos de los pacientes a estudio que relaciona el seguimiento médico y el tipo de CM. Se incluye el valor de p .

SEGUIMIENTO MÉDICO / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
CONSTANTES	SI	13	15	28	0,001
	NO	1	21	22	
Total		14	36	50	

4.11.11. TIPO DE CONTENCIÓN MECÁNICA / ORDEN MÉDICA

La tabla de contingencias de la relación del tipo de CM con el registro de las medidas en órdenes médicas se evidencia que es estadísticamente significativo que se realizó un mayor registro en la CM total que en la parcial (Tabla 4.19).

Tabla 4.19. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre si estaba registrada la CM en órdenes médicas y el tipo. Se incluye también el valor de p .

ORDEN MÉDICA / TIPO DE CM		TIPO		Total	p
		TOTAL	PARCIAL		
ORDEN MÉDICA	SI	11	15	26	0,019
	NO	3	21	24	
Total		14	36	50	

4.12. CRUCE DE VARIABLES: SERVICIO

En las tablas de contingencia de la variable *servicio* (bien sea Medicina Interna o Urgencias) se observan diferencias significativas en cuanto a diferentes variables que se detallan a continuación. No se observan estas diferencias en cuanto al sexo, al turno, al estado del paciente, a las complicaciones (no valorable por registrarse un sólo caso), al seguimiento por parte del personal de enfermería así como el registro en las observaciones de enfermería y tampoco con el seguimiento por parte del facultativo médico y su registro en órdenes médicas.

4.12.1. SERVICIO / EDAD

Los pacientes a los que se realizó CM en el servicio de Urgencias presentan una media de edad menor (11,45 años) de forma estadísticamente significativa, que los pacientes a los que se realizó CM en el servicio de Medicina Interna (Tabla 4.20).

Tabla 4.20. Comparación de medias de edad en función del servicio. Los resultados incluyen el valor de p .

	SERVICIO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	p
EDAD	URGENCIAS	26	64,35	26,342	5,166	<0,001
	MEDICINA INTERNA	24	75,79	15,809	3,227	

4.12.2. SERVICIO / INFORMACIÓN

En el análisis de contingencias que relaciona el servicio con la información recibida acerca de las medidas de CM reflejó una relación estadísticamente significativa entre el Servicio de Urgencias y la información de la contención al paciente, así como el Servicio de Medicina Interna y la información al tutor. No fue posible dar esa información en el mismo número de casos tanto en un servicio como en otro (Tabla 4.20).

Tabla 4.20. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre la información recibida y el servicio. Se incluye también el valor de p .

INFORMACIÓN / SERVICIO		SERVICIO		Total	p
		URGENCIAS	MEDICINA INTERNA		
INFORMACION	AL PACIENTE	15	2	17	0,001
	AL TUTOR	3	14	17	
	NO FUE POSIBLE	8	8	16	
Total		26	24	50	

4.12.3. SERVICIO / DURACIÓN

El análisis del servicio relacionado con la duración de la CM parece que indica una asociación estadísticamente significativa entre el Servicio de Urgencias y el intervalo comprendido hasta las 12 horas y que la totalidad de los casos en que las medidas se mantuvieron durante más de 24 horas fueron en el Servicio de Medicina Interna (Tabla 4.21).

Tabla 4.21. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre la duración y el servicio. Se incluye el valor de p .

DURACIÓN / SERVICIO		SERVICIO		Total	p
		URGENCIAS	MEDICINA INTERNA		
DURACION	NO SE REFLEJA	7	0	7	0,001**
	HASTA 3 HORAS	4	1	5	
	ENTRE 3-12 HORAS	12	0	12	
	ENTRE 12-24 HORAS	3	1	4	
	MAS DE 24 HORAS	0	22	22	
	Total		26	24	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.12.4. SERVICIO / INDICACIÓN

Existe una tendencia a una relación estadísticamente significativa entre el servicio y la indicación de la CM. El riesgo de lesiones a sí mismo parece ser una indicación más frecuente en el Servicio de Urgencias así como el riesgo de lesiones a terceras personas, aunque la muestra en este caso es menor, mientras que el riesgo de interferencia con el proceso terapéutico tuvo relación con el Servicio de Medicina Interna. La indicación de evitar daños en el entorno físico no es valorable por el escaso tamaño muestral (Tabla 4.22).

Tabla 4.22. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre la duración y el servicio. Se incluye el valor de p .

INDICACIÓN / SERVICIO		SERVICIO		Total	p
		URGENCIAS	MEDICINA INTERNA		
INDICACION	RIESGO DE LESIONES A TERCERAS PERSONAS	4	1	5	0,036**
	RIESGO DE LESIONES A SI MISMO	15	7	22	
	RIESGO DE INTERFERENCIA CON EL PROCESO TERAPÉUTICO	7	15	22	
	EVITAR DAÑOS EN EL ENTORNO FÍSICO	0	1	1	
	Total	26	24	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.12.5. SERVICIO / MEDIDAS ANTERIORES

Este análisis refleja la relación entre las medidas anteriores llevadas a cabo y el servicio. La contención verbal predominó más en el Servicio de Urgencias, mientras que la medicación farmacológica o no existir otra opción posible en el Servicio de Medicina Interna. La contención verbal unida a la medicación farmacológica fue exclusiva del Servicio de Urgencias en la muestra

analizada. La contención verbal unida a la distracción con una actividad no es valorable por existir un caso único (Tabla 4.23).

Tabla 4.23. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre las medidas anteriores y el servicio. Se incluye el valor de p .

MEDIDAS ANTERIORES / SERVICIO		SERVICIO		Total	p
		URGENCIAS	MEDICINA INTERNA		
MEDIDAS ANTERIORES	CONTENCIÓN VERBAL	8	2	10	0,003**
	MEDICACIÓN FARMACOLÓGICA	9	12	21	
	NO HABÍA OTRA OPCIÓN	2	10	12	
	CONTENCIÓN VERBAL+ MEDICACIÓN	6	0	6	
	CONTENCIÓN VERBAL+ DISTRACCIÓN CON UNA ACTIVIDAD	1	0	1	
	Total	26	24	50	

** Debido al escaso número de casos estudiados en cada celda, la validez de la prueba es muy baja.

4.12.6. SERVICIO / CONSTANTES

El control de constantes en relación con el servicio también muestra una relación estadísticamente significativa, ya que todos los casos analizados en Urgencias se realizó al menos una vez por turno mientras que en Medicina Interna fueron escasos los pacientes a los que se hizo este control. En este servicio los resultados mostraron un predominio del control de constantes cada 24 horas (Tabla 4.24).

Tabla 4.24. Número de casos de los pacientes a estudio en los que se muestra la relación entre la toma de constantes y el servicio. Se incluye el valor de p .

CONSTANTES / SERVICIO		SERVICIO		Total	p
		URGENCIAS	MEDICINA INTERNA		
CONSTANTES	POR TURNO	26	4	30	<0,001
	CADA 24 HORAS	0	20	20	
Total		26	24	50	



5. DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

El presente estudio pone de manifiesto la falta de un mecanismo de control sistemático de las medidas de CM por parte del personal sanitario, ya que no se sigue un protocolo claro de actuación y las medidas dependen en gran medida del personal que se encuentre en ese momento abordando la situación, aunque sí que es cierto que en la mayoría de los casos se realiza un seguimiento, pero no se refleja habitualmente en observaciones de enfermería o el curso clínico y, en el caso de la toma de constantes, hay un elevado porcentaje en el que no se realizan una vez por turno como indican los protocolos.

Este estudio se trata de un estudio preliminar para conocer la situación actual de la CM, ya que en el periodo de recogida de datos de aproximadamente un mes y medio sólo se han obtenido los 50 casos descritos, por lo que puede no ser representativo para la población existente en estos dos servicios, tanto el Servicio de Medicina Interna como el Servicio de Urgencias del HUCA, pero nos orienta sobre una idea aproximada de la situación. Además en muchas de las tablas de contingencia se ha observado un escaso número de pacientes en cada celda (menos de 5 casos) por lo que la validez estadística es muy baja y la significación estadística obtenida debe de interpretarse más bien como una tendencia.

Una de las características destacables de este estudio es que no existen diferencias por sexos en cuanto a la aplicación de estas medidas y tampoco siguen una distribución gaussiana, pero sí que es evidente el pico máximo a los 86 años. Esto puede ser debido a que una de las principales causas de la inmovilización es el síndrome confusional agudo, en el que un factor predisponente identificado importante es la edad por encima de los 60-65 años¹⁷.

También reflejar que un alto porcentaje de los casos la CM se mantuvo durante más de 24 horas, incluso se han recogido varios casos de permanecer con ella durante aproximadamente 15

días y en algún caso particular mantenerla algo más de un mes. Si bien es cierto que en estos casos se ha intentado la retirada sin éxito, cabe destacar que se trata de una medida de urgencia y que conlleva riesgos importantes. En la contención abdominal puede darse asfixia por colgamiento, si el paciente cae hacia los lados y no nos percatamos; también dificultad respiratoria por la presión que supone el cinturón sobre el diafragma, sobre todo si el paciente tiene antecedentes de problemas respiratorios. En la contención de extremidades podemos encontrar edemas o hematomas por sacudidas y tirones del paciente, ó lesiones al forzar la inmovilización (fracturas, luxaciones, etc), incluso riesgo de tromboembolismo. Además podría existir riesgo de alteración de la integridad cutánea por roces de la sujeción con la piel o caídas si no está adecuadamente sujeto. Otro de los inconvenientes que se puede dar si la restricción se prolonga mucho en tiempo es la incontinencia o el estreñimiento por falta de peristaltismo. En casos extremos se dieron casos de muerte súbita por el estrés y la agitación. Todos estos riesgos se pueden evitar con una estricta supervisión del paciente y la colocación de las contenciones por personal experto¹⁸. No obstante, las complicaciones registradas en el presente estudio sólo han reflejado un caso de lesión por rozadura descrito en observaciones de enfermería, aunque podría haberse dado alguna complicación más que no se hubiese relacionado con la CM.

Otro de los temas a destacar es las medidas anteriores fracasadas antes de la aplicación de la CM, ya que no se siguen las pautas establecidas por protocolo o al menos, no se reflejan. Es muy importante la contención verbal, aunque no siempre será posible, por lo que antes de cualquier acción se recomienda conocer bien al paciente y deben adoptarse las medidas necesarias para la propia seguridad¹⁰.

En las características de la CM según el tipo se han obtenido datos que *a priori* parecen evidentes, ya que cuanto mayor sea la restricción física que se realice menor debe ser la duración y cuanto mayor sea el riesgo, mayor debe de ser la inmovilización y además precisar de un

estricto control y seguimiento. En cuanto a la información recibida sobre las medidas, los resultados parecen indicar que a mayor restricción mayor información al paciente.

Por otro lado, en las características de la CM según el servicio, destacar que la información se suele dar más bien al paciente en Urgencias y al tutor en Medicina Interna. Esta relación puede estar condicionada por el acompañamiento familiar, ya que en Urgencias el paciente suele estar sólo mientras que en Medicina Interna acompañado por alguna persona. También la duración podría estar condicionada por las características del servicio, puesto que en Urgencias el tiempo máximo de estancia son unas 48 horas mientras que en Medicina Interna las hospitalizaciones suelen prolongarse en el tiempo. En el Servicio de Medicina Interna la mayoría de los pacientes suelen precisar de una CM parcial para que el paciente no proceda a la retirada accidental de la vía venosa, mientras que en Urgencias suele ser para evitar daños a sí mismo. Esto puede ser debido al perfil de paciente que ingresa en cada servicio (en Urgencias pacientes con patología psiquiátrica, mientras que en Medicina Interna personas desorientadas). En relación al control de constantes puede influir el protocolo habitual que se sigue en cada servicio, por lo que en Medicina Interna se suele realizar cada 24 horas, mientras que en Urgencias el intervalo es mucho menor. No obstante se debe recordar que un paciente con CM debe de tener, al menos, un control de las mismas una vez por turno.

Si conocemos que disminuir la aplicación de estas medidas es positivo para evitar riesgos y no vulnerar los derechos de los pacientes, debemos insistir en la creación del clima necesario entre los médicos, el personal de enfermería y los pacientes para lograr auténticos resultados en la prevención de la aplicación de este tipo de restricción física, siempre y cuando se adopten las medidas de seguridad oportunas.

Como propuestas de mejora planteo la necesidad de una mayor información al personal sanitario, ya que no existe una definición universalmente aceptada de las medidas que se deben

considerar como CM y se evidencia un desconocimiento de los riesgos o las connotaciones éticas y legales que conlleva el procedimiento. También destacar la importancia de la implantación de una hoja de recogida de datos en los casos que se precisen estas medidas como parte de la historia clínica del paciente, ya que supone un mejor control sobre las inmovilizaciones así como una orientación al personal sanitario sobre los pasos a seguir en estas situaciones.



6. CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir:

1. La CM más utilizada fue la de tipo parcial, con una duración mayor de 24 horas.
2. Las principales indicaciones fueron el riesgo de lesiones a sí mismo y el riesgo de interferencia con el proceso terapéutico.
3. Se informó de la aplicación de estas medidas en algo más de la mitad de los casos, tanto al paciente como al tutor en porcentaje similar.
4. El uso de estas medidas predominó ligeramente en hombres y la muestra de edad fue muy dispersa, existiendo un pico a los 86 años.
5. El estado del paciente fue mayoritariamente confuso o desorientado, seguido de los pacientes agitados.
6. En el caso de llevarse alguna medida a cabo anterior a la CM, fue en general medicación psicofarmacológica.
7. El seguimiento del paciente así como la reevaluación de la retirada por parte del personal de enfermería se suele realizar en la mayoría de los casos, pero no así el seguimiento médico que se desarrolla en la mitad de ellos aproximadamente. No obstante, el registro tanto en observaciones de enfermería como en el curso clínico de la realización de este seguimiento es escaso.
8. Las constantes se controlaron en más de la mitad de los casos por turno, estando relacionado con el servicio en el que se encontraba el paciente.
9. La CM total se relacionó con el servicio de Urgencias y con un mayor control y seguimiento.

10. La CM parcial predominó en Medicina Interna para evitar el riesgo de interferencia con el proceso terapéutico.



7. BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Unidad de Calidad, Hospital Universitario Central de Asturias. Protocolo Operativo Contención Mecánica. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011.
2. Carcoba Rubio N, García Barriuso C, Guevara Jiménez C. Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 [acceso 20 marzo de 2013]; 9(60): [aprox. 13 p.]. Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf
3. Sevillano Arrollo MA. Abordaje paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. Psiquiatria.com. [Internet]. 2003 [acceso 27 marzo de 2013]; 7 (3): 1-13. Disponible en:
<http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/view/345/>
4. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de Contención mecánica. Andalucía: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2010.
5. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Auckland: Organización de Naciones Unidas; 1989 [acceso 22 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
6. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009.

7. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Calidad Asistencial*. 2003; 18(1): 33-8.
8. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Illinois: Oakbrook Terrace, 1996.
9. Rivera Rodríguez A, Soto Quintas MD. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. *Psiquiatria.com* [Internet]. 2002 [acceso 20 marzo de 2013]; 6(2).
Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/urgencias_psiq/8299/
10. Ramos Brieva JA. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. 1ª ed. Barcelona: Masson, 1999.
11. Pérez de Ciriza Amatriain AI, Nicolás Olmedo A, Goñi Viguria R, Regaira Martínez E, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Physical restraint use in critical care units. Perceptions of patients and their families. *Enferm Intensiva*. 2012; 23(2):77-86.
12. Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2012; 23 (4):164-70.
13. García J, Parrillas A, Franco A, Díaz JM. Características del uso de la contención mecánica en hospitalización aguda médico-quirúrgica. *Pasqal*. Comunicaciones Jornadas 2008.
14. Rodríguez Sánchez J, Cuesta Lozano D, Amaya Refusta AM, Pérez Jiménez A, Megías Lizancos F, Redondo Vaquero E. Prevalencia y características de uso de la contención

- mecánica en un hospital general. *Presencia*. 2012; 8 (15). Disponible en:
<http://www.index-f.com/presencia/n15/p0183.php>
15. Comité Asistencial de Ética del Hospital Universitario Central de Asturias. Reflexiones sobre los aspectos éticos de la inmovilización de pacientes. Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2000.
16. Quintero Uribe LC, Blanco Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Med legal*. 2012; 38 (1): 28-31
17. Abreu Galán MA, García Criado E, Otero Cacabelos M, Toquero de la Torre F. Guía de buena práctica clínica en situaciones de urgencia. 1ª ed. Madrid: International Marketing & Communications, S.A; 2003.
18. Vall Mercadé MR. Breves consideraciones ante las contenciones físicas. Aspectos éticos y legales [Internet]. *Interpsiquis: 13º Congreso Virtual de Psiquiatría.com*; 2012 [acceso 20 marzo de 2013]. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/52961/



ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº de Hª Cª:

Título del estudio: “CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HUCA”

D/Dña:(Nombre y apellidos)

Paciente: **Representante legal:**

Declaro que he recibido información sobre el citado estudio y he podido hacer las preguntas pertinentes de tal manera que considero que he recibido suficiente información sobre el mismo.

Investigadora:

Comprendo que la participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Fecha:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 15 de Marzo de 2013

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 47/2013, titulado: "CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HUCA." Investigadora Principal D^a Elisa Antoranz Castro DUE/EIR.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias





SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Oviedo, 19 de marzo de 2013

Asunto: Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a la Enfermera, **D^a Elisa Antoranz Castro**, a la recogida de datos para la realización de un estudio que lleva por título **“Consideraciones éticas sobre la contención mecánica en pacientes ingresados en el HUCA”**, recordando a la solicitante que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos.

Un saludo.



Fdo. Ramón Corral Santoveña
Director de Enfermería del Área IV

HOJA DE RECOGIDA
DE DATOS
CONTENCIÓN MECÁNICA

Nº Historia:
Servicio:
Unidad:
Edad: _____ años
Sexo: M F

▪ Información de la contención: Al paciente Al tutor No fue posible

▪ Fecha : __/__/__ Hora:__: __ Turno: _____ Duración: ____ h

▪ Indicación de la C.M.:
 Riesgo de lesiones a terceras personas (enfermos, personal sanitario,...)
 Riesgo de lesiones a sí mismo (autolesiones, caídas,...)
 Riesgo de interferencia con el proceso terapéutico (arrancamiento de vías, sondas, soporte vital,...)
 Evitar daños en el entorno físico (mobiliario, material,...)

▪ Tipo de C.M.: Total Parcial (indicar miembros): _____

▪ Estado del paciente
 Agresivo/violento Confuso/desorientado
 Agitado Riesgo de suicidio

▪ Medidas fracasados antes de la C.M.:
 Contención verbal
 Medicación farmacológica (oral o parenteral)
 Distracción con una actividad
 No había otra opción

▪ Complicaciones:
 Lesión por rozadura Lesión traumática
 UPP Otras: _____

▪ Seguimiento del paciente/ reevaluación de la retirada de C.M.: Sí No

▪ Control de constantes vitales por turno: Sí No

▪ Registro en observaciones de enfermería: Sí No

▪ Seguimiento del paciente por parte del facultativo médico: Sí No

▪ Registro en órdenes médicas: Sí No

COMENTARIOS