



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“CONTENCIÓN MECÁNICA Y SUS REPERCUSIONES EN PACIENTES CRÍTICOS,  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y SUS FAMILIARES”**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.

**Romina Alejandra Gallardo Toledo.  
Ana Fernanda Mera Salvo.  
Soledad Dellanira Monfil Ojeda.**

Valdivia – Chile  
2015



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**“CONTENCIÓN MECÁNICA Y SUS REPERCUSIONES EN PACIENTES CRÍTICOS,  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y SUS FAMILIARES”**

Tesis presentada como parte de los  
requisitos para optar al grado de  
Licenciado en Enfermería.

**Romina Alejandra Gallardo Toledo.  
Ana Fernanda Mera Salvo.  
Soledad Dellanira Monfil Ojeda.**

Valdivia – Chile  
2015

**Profesor Patrocinante:**

**Nombre** : Vinka Aleova Yusef Contreras  
**Profesión** : Enfermera  
**Grado** : Magister en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado,  
Universidad de la Frontera, 2011.  
**Instituto** : Enfermería  
**Facultad** : Medicina  
**Firma** :

**Profesores Informantes:**

**Nombre** : Gustavo Adolfo Sanhueza Ríos.  
**Profesión** : Enfermero  
**Grado** : Licenciado en Enfermería  
**Instituto** : Enfermería  
**Facultad** : Medicina  
**Firma** :

**Nombre** : Rayen Antu Llanquilef Andaur  
**Profesión** : Enfermera  
**Grado** : Licenciada en Enfermería.  
**Instituto** : Enfermería  
**Facultad** : Medicina  
**Firma** :

## **DEDICATORIA**

A Dios por su amor y protección...

A nuestros padres por toda su dedicación, el esfuerzo y entrega total que realizaron para alcanzar este sueño...

A nuestros amigos por los buenos momentos vividos y el aguante de estos años...

A la Universidad por permitirnos conocer y compartir momentos maravillosos con personas valiosas...

A nuestros docentes quienes nos guiaron, orientaron y apoyaron en este proceso...

A los pacientes por entregarnos su alegría y motivación para seguir...

## **AGRADECIMIENTOS**

Al personal de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Base Valdivia por su disposición y colaboración en la realización de este estudio.

A nuestra profesora patrocinante por sus conocimientos, motivación y apoyo entregado.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1    SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE           CONTENCIÓN MECÁNICA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2    CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES EN EL USO DE           CONTENCIÓN MECÁNICA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3    MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES           HOSPITALIZADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3. PROPÓSITO.....</b>	<b>24</b>
<b>4. OBJETIVOS DE ESTUDIO.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>25</b>
<b>5. TRAYECTORIA METODOLOGICA.....</b>	<b>26</b>
<b>5.1 METODOLOGÍA .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 DISEÑO MUESTRAL.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS .....</b>	<b>28</b>
<b>5.4 ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>29</b>
<b>5.5 RIGOR METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
<b>5.6 RIGOR ÉTICO .....</b>	<b>30</b>
<b>6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1.1    MAPA CONCEPTUAL 1: RESULTADOS DE ENTREVISTAS A           EQUIPO DE ENFERMERÍA Y FAMILIARES EN RELACIÓN A           LAS REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES DERIVADAS DEL           USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.....</b>	<b>32</b>
<b>6.2.1    MAPA CONCEPTUAL N° 2: INDICACIÓN, MANTENCIÓN Y/O           RETIRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA DESDE LA           PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. ....</b>	<b>37</b>
<b>6.3.1    MAPA CONCEPTUAL N° 3: FACTORES DE RIESGO           ASOCIADOS AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA .....</b>	<b>45</b>

6.4.1	MAPA CONCEPTUAL N° 4: CONSECUENCIAS BIOPSIOSOCIALES DERIVADAS DEL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.....	51
6.5.1	MAPA CONCEPTUAL N° 5: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR CONSECUENCIAS BIOPSIOSOCIALES DERIVADAS DEL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA . .....	58
6.6.1	MAPA CONCEPTUAL N° 6: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS RESPECTO AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA. ....	64
7.	DISCUSIÓN.....	70
8.	CONCLUSIÓN.....	76
9.	REFERENCIAS .....	79
10.	ANEXOS .....	84
	Anexo N°1: FORMULARIO DE ENTREVISTAS .....	84
	Anexo N°2: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	85

## RESUMEN

**Introducción:** La aplicación de la contención mecánica como medida terapéutica garantiza la seguridad de los pacientes y de terceros. Su aplicación requiere tener conocimientos teóricos y prácticos, haciendo uso a la vez del criterio profesional para disminuir el riesgo de las repercusiones biopsicosociales que esta medida implica.

**Objetivo:** Describir la percepción del equipo de enfermería y los familiares de pacientes acerca de las repercusiones biopsicosociales derivadas de la aplicación de medidas de contención física en unidades de paciente crítico del Hospital Base Valdivia, durante el año 2014.

**Material y métodos:** Se realizó una investigación cualitativa con trayectoria fenomenológica. Se aplicó entrevista semi-estructurada a 12 enfermeros, 12 técnicos paramédico y a 7 familiares de pacientes contenidos de la Unidad del Paciente Crítico (UPC) del Hospital Base Valdivia por saturación de datos durante el 2014. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas íntegramente bajo el consentimiento de los participantes, realizándose el análisis del contenido de los discursos e interpretación de las unidades de significado, para luego realizar el análisis ideográfico.

**Resultados y Discusión:** En relación a la mirada del equipo de enfermería, reconocieron esta medida como un apoyo para evitar eventos adversos y centinelas; como protección tanto para el paciente como para la integridad de ellos mismos y como un recurso para protegerse legalmente. Según la perspectiva de los familiares de pacientes contenidos señalan a este procedimiento como una ayuda al tratamiento médico, describiendo sentimientos de tranquilidad, sin embargo otros refieren sentimientos de pena y dolor, estos últimos asociados a experiencias previas y déficit de información por parte del personal de salud sobre el objetivo de la contención mecánica, en relación a esta temática destacaron la entrega de información como un factor protector.

**Conclusiones:** De los resultados obtenidos tanto del equipo de enfermería de la UPC como de los familiares de pacientes contenidos, se percibió la contención mecánica una medida terapéutica necesaria en el tratamiento, donde priman los beneficios ante los riesgos potenciales. Se logra evidenciar el rol de enfermería al satisfacer la esfera biopsicosocial en forma oportuna, equilibrada, utilizando la ética profesional, buscando el contribuir a la seguridad y calidad de los cuidados de enfermería.

**Palabras Clave:** Restricción Física - Cuidados Críticos - Agitación Psicomotora - Seguridad del paciente.



## ABSTRACT

**Background:** Physical restraint use guarantees safety for patients and others as a therapeutic measure. Nevertheless, its application requires knowledge, practice and professional judgment in order to decrease associated biopsychosocial risks.

**Objective:** To describe nursing staff and patients' relatives perception of biopsychosocial risks resulting from physical restraint, at the Intensive Care Unit (ICU) of a public hospital in southern Chile (Hospital Base Valdivia), during 2014.

**Methodology:** Qualitative research with phenomenological approach was conducted, using semi-structured interviews in order to collect data twelve Nurses, twelve nursing assistants, and seven patients' relatives belonging to the Intensive Care Unit (ICU), Hospital Base Valdivia, were interviewed until data saturation, during 2014. The interviews were recorded and transcribed after consent of the participants. The data obtained were read and coded to establish categories of meaning, performing Ideographic analysis from the statements.

**Results:** Physical restraint is recognized by nursing staff as a necessary therapeutic measure to avoid adverse events, assure patient and professional protection, and to offer legal defense. On the other hand, patients' relatives enunciate understanding of benefits of the procedure; nonetheless, some describe feelings of sadness and sorrow based on previous experiences or lack of information by nursing staff about this topic. Thus, information given is recognized as a protective factor.

**Conclusion:** Physical restraint is necessary for treatment as a therapeutic measure, where benefits overcome risks. Professional ethics and the equilibrium between safety and quality were determined as part of nursing role, sustaining a biopsychosocial dimension of care.

**Key words:** Restraint, Physical; Critical Care; Psychomotor Agitation; Patient Safety.

## 1. INTRODUCCIÓN

El término “contención”, en latín *continēre*, significa “reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo” (1). Dicho término en Catalunya se usa para referirse a algo que limita, retiene o impide que alguien salga o traspase un límite, ya sea físico, psicológico o emocional, insinuando una connotación beneficiosa, en comparación al concepto “sujetar” que se entiende como “afirmar o contener algo con la fuerza” (2), involucrando lo físico y que posee aspectos relacionados con el poder y el dominio (3).

En el área hospitalaria, la contención es entendida como un procedimiento terapéutico que debe ser aplicado por un profesional capacitado, en pacientes que presenten riesgo de autolesionarse o lesionar a otros, tales como en aquellos con alteración de conciencia, agitación psicomotriz, alteración en la conducta, etc., con el objetivo de proteger y velar por la seguridad del paciente.

Se describen cuatro tipos de contenciones (3-7), en primer lugar se encuentra la contención emocional, en donde las acciones a realizar tienen como finalidad el escuchar, persuadir y tranquilizar al paciente. Como segundo recurso, se encuentra la contención ambiental que son acciones enfocadas a disminuir al máximo aquellos estímulos del entorno que puedan ser provocadores de conductas agresivas o violentas en el paciente. En forma complementaria y/o como tercera fase se encuentra la contención farmacológica, entendida como la administración de medicamentos con el objetivo de tranquilizar y disminuir la agitación del paciente. Como último recurso terapéutico se utiliza preferentemente la contención mecánica (8), la cual consiste en la limitación o privación de movimiento parcial o generalizado de la persona mediante técnicas especiales y uso de elementos mecánicos con sujeción a la cama, de manera que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente. En la siguiente investigación se abordará exclusivamente la medida de contención anteriormente descrita.

En muchas ocasiones, éstas medidas son ejecutadas en forma gradual y complementaria, valorando continuamente la respuesta del paciente y anteponiéndose a los riesgos, con la finalidad de velar por la seguridad y calidad en la atención de salud.

El Hospital Base Valdivia (HBV), por medio de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, se pretende aplicar y mantener requisitos de garantía de calidad en la atención de salud mediante la supervisión e implementación de indicadores de calidad que requiere de la ejecución de cuidados seguros al paciente con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso, en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias (9).

Frente a lo anterior, se ha creado en dicho hospital un protocolo de contención mecánica en pacientes con agitación psicomotora, con el fin de prevenir efectos adversos tales como el riesgo de caídas, el suicidio y la autoextubación, sin embargo su aplicación aumenta el riesgo de presentar otros, como por ejemplo, la aparición de úlceras por presión (UPP) (10).

Dentro de esta temática, la aplicación de contención mecánica como medida terapéutica es un factor importante a considerar dado que, garantiza la seguridad de los pacientes y de terceros (3,11). Su aplicación requiere tener un conocimiento teórico y práctico en conjunto, disponiendo de protocolos que proporcionen normas y procedimientos como guías, usando criterio profesional para disminuir el riesgo de las repercusiones biopsicosociales que esta medida implica. Existen numerosos estudios afirmando que el uso de la contención mecánica tiene importantes repercusiones sobre la salud y bienestar de los pacientes, problemas que afectan potencialmente la esfera biopsicosocial de éste y su familia (7,12-14). Además, cabe mencionar que el uso de esta medida terapéutica implica repercusiones bioéticas y legales que son de suma importancia considerar.

La percepción de la familia respecto al uso de la contención mecánica es un factor relevante a considerar debido a que influye de manera directa en la cooperación que podamos recibir por parte de éstos en la atención del paciente, afectando e influyendo en la relación entre la familia y el equipo de salud.

La motivación por realizar esta investigación, se debe a que el uso de contención mecánica es una práctica ampliamente realizada en los servicios clínicos hospitalarios, y se ha evidenciado la necesidad de conocer la perspectiva que tiene los actores principales involucrados en el uso de esta terapia y sus consecuencias. Nuestra finalidad es proporcionar una base teórica a la formación en enfermería, ya que existen escasos estudios a nivel local y nacional sobre este problema, sólo están disponibles normas y protocolos técnicos, en contraste con países europeos donde es un tema estudiado más en profundidad.

En esta investigación se develó cuál es la percepción acerca de las repercusiones biopsicosociales de la contención mecánica tanto del equipo de enfermería como de los familiares de los pacientes usuarios de este procedimiento en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) del Hospital Base Valdivia (HBV). Realizándose una investigación cualitativa con trayectoria fenomenológica, durante el año 2014. Eligiendo la UPC debido al perfil del paciente crítico hospitalizado en dicha unidad, entendiéndose tal como “un enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida, y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación impostergable de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital”(15). Este paciente requiere cuidados especializados y de monitorización constante de su condición clínica, además se les realiza diversos procedimientos invasivos, la mayoría esta propenso a presentar o tiene algún grado de alteración de la consciencia, alteración de la conducta y/o

agitación psicomotora, por lo cual, con tal de acreditar la seguridad del paciente, se utiliza la contención mecánica.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 SEGURIDAD Y CALIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**

La Calidad y Seguridad de la atención de los pacientes constituye una obligación técnica de los profesionales de salud que se refleja a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los sistemas sanitarios (16).

La seguridad de la atención en salud es un proceso complejo que fusiona características propias del sistema sanitario, condiciones del paciente y acciones humanas, cuyo objetivo es la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos que son evitables, por medio de ejecuciones fundamentadas en evidencia científica comprobada, centrándose en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos y centinelas tanto del prestador institucional, individual y del usuario (16,17), asegurando una atención sanitaria de calidad, entendida como, "el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente, el beneficio máximo alcanzable en la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos sin daños asociados" (18).

Se denomina evento adverso como "aquella lesión o complicación no intencional que tiene por resultado la discapacidad del paciente al momento del alta, muerte o aumento de los días de hospitalización provocados por el manejo de la atención de salud más que por enfermedades subyacentes del propio paciente (10). Se entenderá por evento centinela como un "incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas, en un paciente o en una persona involucrada en la atención sanitaria (10).

Desde la publicación de informes sobre la magnitud de las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha nacido un mayor reconocimiento de la gravedad del problema, ocasionado la integración de planes estratégicos relacionados con la seguridad en las organizaciones de salud, y a la vez se ha impulsado la investigación en la prevención de eventos adversos (19). En esta temática, el Ministerio de Salud (MINSAL) (16) estandarizó las prácticas relacionadas a la calidad y seguridad, midiendo los resultados obtenidos y comparándolos con los resultados esperados en la atención, mejorando así la entrega de las prestaciones de salud y desarrollándolas de acuerdo a las expectativas de la población, constituyendo una meta Gubernamental y Ministerial.

En este marco y a lo que se enfoca la presente investigación, el uso de medidas de contención mecánica se utiliza para prevenir eventos adversos tales como: las caídas de pacientes, retiro accidental y autoretiro de procedimientos invasivos como catéter venoso central, tubo endotraqueal, traqueostomía, drenajes, etc. Los eventos centinelas que se pueden prevenir con el uso de contención mecánica en las personas hospitalizadas son caídas, intentos de suicidio y suicidios, sirviendo como un factor protector frente a éstas (10,20). En contraparte, esta medida terapéutica es también considerada un factor de riesgo para la aparición de úlcera por presión (UPP), lo cual se debe tanto, a una aplicación inadecuada del uso de contención mecánica como a la inmovilidad que esta medida implica, siendo considerada un evento adverso e incluso centinela cuando el grado de la úlcera es tres o cuatro (10).

Se entiende por úlcera por presión (UPP) como “aquella lesión de la piel con o sin pérdida de continuidad, que puede comprometer tejido subcutáneo, músculo o tejido óseo y llegar hasta la muerte celular (necrosis) causadas por un trastorno de irrigación sanguínea y nutrición tisular como resultado de presión prolongada sobre prominencias óseas o cartilaginosas” (21). Estas úlceras se clasifican en cuatro grados según las estructuras afectadas de los tejidos que van desde el grado uno donde la piel se encuentra eritematosa o enrojecida afectándose la epidermis y dermis sin pérdida de su continuidad hasta el grado cuatro donde la lesión es de carácter profundo con destrucción y necrosis del tejido muscular, óseo o de sostén (tendones, capsula articular, etc.) (21).

En el HBV, existe un protocolo de vigilancia de eventos adversos, el cual, involucra a cada uno de los estamentos de la institución, incluyendo a los subdepartamentos clínicos, administrativos y de apoyo.

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del HBV, según datos entregados por la enfermera Jefe de dicha unidad (22), se realiza vigilancia de diversos eventos adversos, entre los cuales están las UPP y las autoextubaciones, los cuales son notificados a la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente cada vez que ocurren y en forma trimestral.

Con respecto a las UPP notificadas por UCI durante el cuarto trimestre del año 2012 en dicha unidad se notificaron dos casos, de los cuales, sólo uno fue asociado al uso de contención mecánica, presentándose una úlcera grado dos en la zona occipital en relación al apoyo de la gasa de fijación del tubo endotraqueal, el paciente presentaba edema generalizado y el ajuste de la gasa como forma de contención fue mayor al requerido (22).

Frente a la autoextubación durante el cuarto trimestre del año 2012 se presentó solo un caso de autoextubación en la unidad, el cual se atribuyó al aflojo de la contención de extremidades superiores. Dentro de los planes de mejora propuestos para prevenir éstos eventos adversos es importante recordar la relevancia de optimizar la vigilancia en pacientes con compromiso de conciencia y conectados a ventilación mecánica, lo que

incluyó el correcto uso de la contención mecánica. En el presente año, en el mismo periodo, ha aumentado considerablemente el índice de autoextubaciones presentándose tres casos, lo que hace inferir que el plan de mejora planteado en el periodo anterior debe ser fortalecido y aplicado de mejor forma (22).

Según datos entregados por enfermera jefe de la Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) (23), en dicha unidad se vigilan los eventos adversos tales como la UPP, las autoextubaciones y el autoretiro de catéter venoso central (CVC).

Frente a la vigilancia de UPP en la UTI, durante el año 2012 se notificaron 17 casos, algunos de ellos con más de una UPP por paciente, las úlceras predominantes en un 82% corresponden a grado uno y dos. Durante el primer semestre del año 2013 se observó un aumento considerable de los casos, con un total de 12 UPP, de ellas el 66% corresponden a localización sacra. Los principales factores de riesgo fueron las altas dosis de drogas vasoactivas, inadecuado aporte nutricional, postración e inmovilidad. Considerando este último criterio, el uso de contención mecánica aumenta aún más el riesgo de presentar o agravar dicha lesión debido a que ésta medida terapéutica implica obligatoriamente la inmovilidad parcial o total del paciente (23).

Con respecto a las autoextubaciones, en la unidad de UTI es un evento adverso poco frecuente, ya que el porcentaje de pacientes intubados en relación al número de ingresos es bajo, aproximadamente el 2.8% de los pacientes ingresados en los últimos tres años tenían dispositivos de vía aérea, en donde las principales causas son el escaso uso de sedación, contención inadecuada y agitación psicomotora, sin embargo se fijaron planes de mejora que incluyó contención mecánica de miembros superiores en todo paciente con dispositivo de vía aérea (23).

Finalmente, frente al autoretiro de CVC, se han reportado un aumento considerable durante el primer trimestre del año 2013 (10%) en relación al mismo periodo del año anterior (1%), en donde la totalidad de los casos se debió principalmente a cuadros de agitación psicomotora y desorientación (80%), se elaboraron planes de mejora lo que incluyó el uso de contención mecánica en pacientes con riesgo según el protocolo institucional (23).

El HBV establece un protocolo institucional llamado "Contención mecánica de pacientes en agitación psicomotora" (24), dirigido a todas las unidades médicas, quirúrgicas, geriátricas, psiquiátricas, de urgencias o cuidados intensivos, que utilicen contenciones mecánicas en pacientes adultos que presenten cuadros de agitación psicomotora, confusión, delirium, o en enfermos que tengan el nivel de conciencia alterado, que se retiren y arranquen sondas, catéteres u otros sistemas de soporte vital y que puedan lesionarse. En este ámbito, según datos entregados por enfermera jefe de la UTI, con respecto al protocolo antes mencionado, durante el año 2012 se obtuvo un indicador que

está muy por debajo del umbral de cumplimiento (100%), obteniéndose un nivel de logro de un 77,2%, lo que derivó de un déficit de supervisión para dicho periodo, donde el problema más importante es la ausencia de registro de su indicación en hoja de enfermería, por lo cual, se establecieron planes de mejora incluyendo, el refuerzo al personal sobre la importancia de los registros, mantener un stock adecuado de inmobilizaciones y continuar con la supervisión de complicaciones asociadas a la contención mecánica (23).

## **2.2 CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES EN EL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**

La situación de limitar o restringir los movimientos de un paciente hospitalizado con el objetivo de controlar una conducta violenta o de riesgo tanto para él como para su entorno debe estar enmarcada bajo la ética moral y profesional de quien ejecute y/o delegue este procedimiento, dado que las medidas de contención pueden vulnerar ciertos principios fundamentales como lo es la libertad y la dignidad del individuo, por lo anterior se hace necesario justificar con fundamentos teórico-técnicos, la ejecución de esta medida terapéutica en donde se debe respetar los principios bioéticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia y No Maleficiencia (25).

La Autonomía, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones, se deben respetar las preferencias de las personas capaces y se debe promover activamente la expresión de dichas preferencias (25,26). En este ámbito, es imprescindible asegurar la participación del paciente en la ejecución del uso de la contención mecánica mediante la entrega de información sobre las causas, objetivos y consecuencias derivadas de tal procedimiento siempre y cuando el individuo se encuentre mentalmente competente y no presente ningún daño neurológico que lo inhabilite para la toma de decisiones. En el caso que el paciente careciera de autonomía para la participación activa en este procedimiento, como los pacientes críticos con compromiso de conciencia o con daño orgánico cerebral, niños y/o pacientes psiquiátricos, la entrega de información debe dirigirse a él (los) responsable(s) del paciente (cuidador principal, familia o representante legal) (28). Por otro lado, existe un alto grado de vulnerabilidad y dependencia en pacientes usuarios de contención mecánica, esto sin agregar las causas de la enfermedad y contexto. Estos pacientes se encuentran imposibilitados para satisfacer por sí mismos sus necesidades básicas (alimentación, recreación, eliminación, aseo y confort), por lo cual, se deben extremar estos cuidados básicos en aquellos individuos que se encuentren contenidos mecánicamente, proporcionando una atención personalizada acorde a las necesidades del usuario.

Según el Principio de Justicia, deben repartirse de forma equitativa las cargas y los beneficios entre los miembros de una sociedad, es decir dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio o lo necesario. Las diferencias sólo se pueden justificar si van en



beneficio de todos o de los más desfavorecidos (25,26). De este principio, se desglosa que el uso de medidas de contención mecánica no puede ser jamás causa de discriminación dentro de la atención sanitaria, a pesar de su situación la persona merece ser tratada con el máximo respeto y consideración posible (27).

El principio de Beneficencia significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realicen, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea de un profesional de la salud (25). La indicación o mantención de esta medida terapéutica debe estar alineada en que los beneficios de su uso superen los riesgos de éste. Además, tanto las técnicas como los dispositivos usados deben ser lo más certeros y óptimos posibles, con el objetivo de garantizar una atención de calidad asegurando el bienestar de la persona en forma integral (27).

Y por último, el principio de No maleficencia, plantea que no se debe hacer o promover un daño o perjuicio deliberadamente a otro, sea por acción u omisión (25,26). Por lo anterior, se entiende que esta medida no debe ser aplicada como una medida de castigo o para favorecer la sola comodidad del equipo asistencial. Siempre se debe valorar sistemáticamente la necesidad de su uso y evaluar la posibilidad de una opción alternativa de contención previa a ésta (verbal, ambiental o farmacológica).

En relación a lo antes descrito, es primordial que el equipo de salud tenga presente en cada procedimiento el velar por el respeto de cada uno de los principios bioéticos antes planteados, procurando seguridad y protección en el ámbito biopsicosocial.

Desde el punto de vista legal, el uso de medidas de contención mecánica debe aplicarse de acuerdo a la legislación vigente en el país, leyes que apuntan al derecho que tienen los individuos en relación a la atención de salud que éstos reciben.

Existen preceptos legales enmarcados en la Ley 20.584, en vigencia desde el 1 de Octubre del 2012, reguladora de los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud (28). Esta Ley propone actuaciones reguladoras que deben ser dirigidas a las intervenciones sanitarias y que los profesionales de la salud deben conocer. En la Ley se extraen ciertos artículos que se relacionan con el uso de contención mecánica y que se deben tener presente al hacer uso de ésta:

En el Artículo N° 5 de dicha Ley, señala que “en la atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia”.

El Artículo N° 8 expone que “toda persona tiene derecho a que el prestador institucional le proporcione información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, sea en forma visual, verbal o por escrito”.

El Artículo N° 26 señala que “el empleo de las medidas de contención mecánica y farmacológica deberá llevarse a cabo con pleno respeto a la dignidad de la persona objeto de tales medidas, las cuales sólo podrán aplicarse en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico, que no exista otra alternativa menos restrictiva, siendo su uso estrictamente por el tiempo necesario. Se debe utilizar los recursos suficientes que eviten cualquier tipo de daño, se debe garantizar la supervisión médica permanente. Además, el motivo del empleo de la sujeción deberá constar por escrito en la ficha clínica y se comunicará su empleo a la Autoridad Sanitaria Regional” (28).

Cabe mencionar que si bien, la Ley señala explícitamente que el uso de contención mecánica debe ser indicada por personal médico, en la norma institucional del HBV denominada "Protocolo de contención mecánica de pacientes en agitación psicomotora del año 2012" (24) se establece que tanto el médico como el profesional de enfermería de turno, serán responsables de la indicación de inicio y finalización de este procedimiento.

Además en la Ley 18.575, Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, en el artículo N° 43 menciona que “El ejercicio de las atribuciones y facultades propias podrá ser delegado, sobre las siguientes bases:

- La delegación deberá ser parcial y recaer en materias específicas.
- Los delegados deberán ser funcionarios de la dependencia de los delegantes.
- El acto de delegación deberá ser publicado o notificado según corresponda.
- La responsabilidad por las decisiones administrativas que se adopten o por las actuaciones que se ejecuten recaerá en el delegado, sin perjuicio de la responsabilidad del delegante por negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones de dirección o fiscalización.
- El delegante no podrá ejercer la competencia delegada sin que previamente revoque la delegación.
- Podrá delegarse la facultad de firmar, por orden de la autoridad delegante, en determinados actos sobre materias específicas. Esta delegación no modifica la responsabilidad de la autoridad correspondiente, sin perjuicio de la que pudiera afectar al delegado por negligencia en el ejercicio de la facultad delegada” (29).

La indicación de la aplicación o retiro de la contención mecánica en los pacientes en el HBV es una responsabilidad delegada al profesional de enfermería, ya que debido al sistema organizativo de dicha institución, es el profesional de enfermería quien se encuentra continuamente en contacto con los pacientes, conociendo puntualmente la condición de éstos, lo que le permite tener el juicio clínico tanto para la indicación oportuna

de esta medida como al retiro de la misma, siendo éste el responsable de las decisiones administrativas que adopte o de las actuaciones que ejecute según lo anteriormente planteado por la Ley 18.575 (29).

Frente a lo anterior, el presente estudio está basado en lo planteado por el protocolo antes mencionado, ya que en la realidad local del contexto en que se desarrolló esta investigación, es el profesional de enfermería quien indica, mantiene o retira el uso de contención mecánica.

### **2.3 MEDIDAS DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**

En el medio internacional existen varias investigaciones en relación al uso de contención mecánica en pacientes hospitalizados. En un estudio realizado el año 2011 por Pérez de Ciriza et al (12) en la UCI de la Clínica Universidad de Navarra en España, se analizó la prevalencia y el uso de las restricciones físicas, concluyendo que el uso de esta medida terapéutica, durante los dos meses y medio que duró la investigación fue del 43.9% (de 203 pacientes ingresados, 101 fueron usuarios de contención mecánica), de los cuales, la indicación principal fue por riesgo de interferencia con el tratamiento en pacientes intubados.

Resultado similar se encontró en el estudio realizado por Martin y Mathisen (30) en el año 2005, en el cual se contrastó la prevalencia del uso de restricciones mecánicas en dos países: Estados Unidos y Noruega. Se observó a 100 pacientes ingresados en la UCI de hospitales de dichos países, en el grupo de estudio de EE.UU el 40% fue usuario de contención mecánica, mientras que la muestra de Noruega no se observó el uso de esta contención. La diferencia de estos resultados deriva que en Noruega se privilegia el uso de contención farmacológica.

En Chile, existe poca evidencia actualizada acerca de la prevalencia de esta medida terapéutica en las instituciones de salud. No obstante, en un estudio realizado el año 2000 por Gonzáles y Barros (31) en la UCI del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se realizó seguimiento a pacientes hospitalizados que presentaron cuadros de Delirium, el cual concluyó que la medida más usada para la agitación psicomotora fue la contención mecánica.

Como ya se ha mencionado el uso de contención mecánica, es una medida terapéutica que consiste en la limitación o privación de movimiento parcial o generalizado de la persona mediante técnicas especiales y uso de elementos mecánicos con sujeción a la

cama, de manera que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente. Diversos protocolos institucionales y estudios concuerdan que el uso de contención mecánica se ve enfocada en garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de terceros. Además señalan que su uso debe ser de manera excepcional, cuya primera indicación recae en un profesional responsable, competente y que se encuentre en el contexto donde el paciente necesite la aplicación de dicha medida terapéutica (4,6,24).

Para lograr la ejecución correcta de una contención mecánica se necesitan de ciertos dispositivos que en un servicio deben ser homologables, adecuados, actualizados y conocido su uso y aplicación de antemano por el equipo de salud y los pacientes. En la literatura se han descrito que los tipos de restricción más utilizados son las barras laterales de las camas, cinturones y muñequeras. A continuación se describe brevemente los más usados (6, 12,24):

- **Muñequeras:** sirven para ajustar la muñeca del paciente a la cama, con el fin de inmovilizar las extremidades superiores del paciente. La muñequera tiene un almohadillado blando, protegiendo así la muñeca de lesiones.
- **Tobilleras:** sirven para fijar de forma firme un tobillo. De igual funcionamiento y características que la muñequera.
- **Cinturón abdominal o sábana contenedora:** es utilizado para la sujeción abdominal inmovilizando el tronco del paciente.
- **Barras laterales:** barandillas que se encuentran fijadas en los bordes laterales de la cama, que pueden ocupar todo o parte de ésta con el fin de proteger al paciente de caídas o limitar su deambulación.

Gran parte de la literatura consultada (6, 8, 13, 14, 24) coincide con las indicaciones de aplicación o mantención del uso de contenciones mecánicas, entre las cuales se encuentran:

- Agitación Psicomotora no controlada con fármacos siendo un peligro para sí mismo o para los demás.
- Prevención de lesiones a la propia persona cuando otras medidas fueron ineficaces (caídas, autolesiones).
- Prevenir lesiones a terceros y/o evitar daños físicos significativos del entorno.
- Evitar alteraciones graves del tratamiento del paciente u otras personas enfermas (extracción de sistemas de soporte vital, vías, sondas, etc.)
- Pacientes cuya patología de base constituya un riesgo para su seguridad (pacientes intoxicados, con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias, con daño orgánico cerebral y compromiso de conciencia).

Cabe señalar que en ciertos artículos se señala que muchos profesionales justifican el empleo de dispositivos de contención mecánica con el objetivo de prevenir el vagabundeo, para suplir la falta de recursos humanos e incluso como castigo por desobediencia y para la sola comodidad del personal, para facilitar la administración de tratamientos o mantener entornos sociales cómodos (32, 33).

El uso de esta medida terapéutica implica complicaciones y lesiones físicas potenciales las cuales están mayoritariamente atribuidas a la deficiencia en los cuidados de enfermería dirigidos al paciente con medidas de contención (14). Dentro de estas consecuencias físicas se reconocen la trombosis venosa profunda, úlceras por presión, bronco aspiración debido a la inmovilización prolongada del paciente, lesiones en plexos nerviosos, fracturas, luxaciones, asfixia o muerte súbita causada por el uso de una inadecuada técnica de inmovilización y/o por prolongado tiempo de agitación y forcejeo con las sujeciones mecánicas utilizadas (7).

En relación a las consecuencias psicológicas derivadas del uso de contención mecánica, Pérez de Ciriza et al (12) en su investigación realizada en pacientes que habían estado con restricción física durante su hospitalización en una UCI polivalente, en donde los motivos de su indicación fueron por riesgo de interferencia con el tratamiento, agitación o por riesgo de autolesión y lesión a terceros, éstos pacientes fueron entrevistados posterior al retiro de la contención mecánica y estaban perfectamente conscientes y colaboradores, sin alteración del habla, psiquiátrica o de consciencia. Se obtuvo como resultado que los sentimientos y sensaciones generados en los pacientes producto de la restricción física fueron muy diversos, de los cuales se destacan la extrañeza, sensación de estar privados de libertad de movimiento, incomodidad, fastidio, rabia, humillación y angustia. Además mencionaba la existencia de ciertas repercusiones en el futuro del paciente producto del uso de la contención mecánica, una de ellas es el cuestionarse el sentido o la necesidad de haber utilizado la restricción mecánica durante su hospitalización. Estudios demuestran que la causa de dichas consecuencias psicológicas está estrechamente relacionada con la deficiente entrega de información por parte del equipo de salud al paciente y/o familiar sobre el motivo de la aplicación de la contención mecánica (12,13).

En relación a las consecuencias sociales, se debe considerar la percepción de la familia respecto al uso de la contención mecánica, debido a que influye de manera directa en la cooperación recibida por parte de éstos en la atención del paciente, afectando la relación entre la familia y el equipo de salud. Diversos estudios (12,13), llegaron a la conclusión que la mayoría de los familiares consideraban esta medida como adecuada y necesaria para la seguridad del paciente y que desconocían otras alternativas que pudieran usarse. Entre los factores que condicionaron la aceptación del uso de esta medida terapéutica se destaca, la alta recurrencia del uso de las restricciones físicas en los pacientes, la confianza que se tiene en los profesionales, la información recibida por parte de éstos y a la interpretación de las restricciones como seguras e inocuas. El factor condicionante del rechazo a la medida fue la falta de información sobre la indicación de la restricción. Además se logra descubrir el desconocimiento de los familiares respecto a la

existencia de consecuencias físicas o psicológicas en el paciente por el uso de la contención mecánica, por lo tanto la percepción respecto al uso de la contención mecánica por parte de los familiares del paciente depende de la relación de confianza, entrega de información y educación a éstos por parte del equipo de salud.

Por lo anterior, los profesionales de la salud deben tener en cuenta que los procedimientos a realizar en el paciente, siempre deben velar por la beneficencia de éste, disminuyendo los riesgos de presentar consecuencias nocivas derivadas de la aplicación de esta medida terapéutica, por lo cual, es necesario considerar las siguientes intervenciones (4-8,24):

Antes de indicar la contención mecánica, el profesional de la salud debe valorar los riesgos presentes y asegurarse de haber agotado previamente el uso de todas las medidas de seguridad que sean menos restrictivas e invasivas para el paciente.

Se requiere de la máxima colaboración del profesional de salud, los cuales deben informar al paciente y/o familiar la razón del uso de la contención y constatarse de la indicación en la ficha clínica y registro de enfermería.

El uso de este procedimiento debe ser por un tiempo acotado y de manera temporal. En el protocolo del Hospital Regional de Rancagua (20) se recomienda que la sujeción debe durar el menor tiempo posible, dos horas, en caso que el paciente permanezca agitado, siendo el tiempo máximo de ocho horas.

Durante la aplicación de la contención:

- Las extremidades superiores se colocarán al lado del cuerpo, los cuales se sujetarán por la muñeca y las tiras al travesero de la cama. Dejar descubierto a nivel del antebrazo, de manera que permita la administración de líquidos y soluciones intravenosas.
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con la correa más ancha, cuidando que no esté floja o apretada, ya que podría deslizarse por ella y/o ahorcarse, o dificultar la respiración.
- Las extremidades inferiores deberán sujetarse a nivel de los tobillos, extendidas y ligeramente abiertas.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para disminuir el sentimiento de indefensión y reducir la posibilidad de bronco aspiración.
- Procurar que las contenciones puedan ser retiradas fácilmente por los profesionales.

- Al utilizar las barras laterales de la cama, comprobar que los espacios entre estas y el colchón sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
- Valorar y satisfacer de manera frecuente las necesidades básicas del paciente tales como alimentación, hidratación, eliminación (necesidad de orinar y/o defecar), aseo y confort.
- Realizar de manera continua ejercicios pasivos y/o activos al paciente, al menos cada cuatro horas en forma vigilada.
- En las zonas de contención se debe valorar los signos que evidencien la aparición de complicaciones tales como la piel fría, pálida, enrojecida, presencia de hematomas, úlceras, etc.
- Los puntos de contacto de sujeción con la piel del paciente deberán estar protegidas y acolchadas por algún tipo de material suave.
- Verificar con frecuencia que la sujeción mantenga condiciones de seguridad y comodidad.
- Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, valorando su estado de conciencia y conducta, evaluando la posibilidad de retiro de la contención.
- Posterior de la contención, se debe proporcionar psicoterapia, información para resolver dudas y disminuir la ansiedad al paciente y/o familiar.

Es así, como la aplicación de medidas de contención mecánica son de gran apoyo e incluso necesarias, sin embargo es imperante que dicho procedimiento sea aplicado con criterio y ajustada bajo indicaciones clínicas oportunas y con conocimiento teórico y práctico en conjunto con la finalidad de prevenir aquellas repercusiones que subyacen la esfera biopsicosocial del paciente y su familia, brindando así cuidados seguros y de calidad en el ámbito de enfermería.

### **3. PROPÓSITO**

Contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención del paciente en el ámbito de los cuidados de enfermería.



## **4. OBJETIVOS DE ESTUDIO**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir la percepción del equipo de enfermería y los familiares de pacientes acerca de las repercusiones biopsicosociales derivadas de la aplicación de medidas de contención mecánica en unidad de paciente crítico del Hospital Base Valdivia, durante el año 2014.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las consecuencias biopsicosociales derivadas del uso de contención mecánica en pacientes críticos, desde la perspectiva de su familiar y del equipo de enfermería.
- Determinar los factores de riesgos que influyen en la aparición de consecuencias nocivas derivadas de la aplicación de contención mecánica en paciente crítico, desde la perspectiva del equipo de enfermería.
- Identificar los criterios de indicación y mantención de contención mecánica más utilizados por el profesional de enfermería en el paciente crítico.
- Describir los principales cuidados que presta el equipo de enfermería para prevenir las consecuencias nocivas derivadas de la aplicación de contención mecánica.
- Determinar la percepción de los familiares frente al uso de contención mecánica.

## **5. TRAYECTORIA METODOLOGICA**

### **5.1 METODOLOGÍA**

La investigación es de tipo cualitativa con trayectoria fenomenológica, ya que mediante esta metodología se ahondó y analizó la percepción de los participantes, respecto a las repercusiones biopsicosociales del uso de contención mecánica en pacientes críticos hospitalizados en UPC del HBV. Este tipo de enfoque permite realizar un proceso inductivo, interpretativo, reiterativo y recurrente, que profundiza el problema y analiza con el objetivo de capturar el fenómeno en forma holística, con orientación subjetivista (34).

### **5.2 DISEÑO MUESTRAL**

La población estudiada está constituida por dos grupos, el del equipo de enfermería y el de los familiares de pacientes críticos hospitalizados en la UPC del HBV. El grupo del equipo de enfermería incluye solamente a enfermeros y técnicos de enfermería de nivel superior (TENS).

Considerando la dotación del personal de la Unidad de Paciente Crítico y la cantidad de pacientes hospitalizados, el número mínimo de la población a entrevistar fue de seis enfermeros clínicos, seis técnicos de enfermería nivel superior y seis familiares en cada una de las subunidades (UTI y UCI) alcanzando la saturación de los datos, es decir la obtención de datos redundantes en relación a los datos recogidos con anterioridad (35).

Se realizó la inclusión de participantes en la investigación a través del llamado muestreo de determinación o muestreo a base de criterios (34,35), el cual se basa en el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión, que en este estudio se exponen a continuación:

#### **5.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL GRUPO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA:**

- Hombre o mujer.

- Enfermero universitario titulado y/o técnico en enfermería con nivel superior titulado.
- Experiencia laboral mínima de un mes en la UPC del HBV.
- Trabajar actualmente en la UPC del HBV.
- Realizar funciones asistenciales dentro de la UPC del HBV.
- Haber indicado, mantenido y/o ejecutado, contención mecánica en pacientes críticos de la UPC del HBV.
- Que acepte formar parte del estudio.
- Que acepte entrevista con grabación de audio.

### **5.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EL GRUPO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA:**

- Ser enfermero y/o técnico de nivel superior en enfermería con funciones exclusivamente administrativas o investigativas.
- Personas que presenten una patología de base que afecte su condición mental y/o emocional que no le permita responder la entrevista.
- Que no dispongan de tiempo necesario para la entrevista o eventual segunda entrevista para profundizar o aclarar percepciones.
- Personas que se encuentren en vacaciones o con licencias médicas cuyo retorno exceda el plazo establecido para la realización de la entrevista.
- Personas que no acepten conformar parte del estudio.

### **5.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA EL GRUPO DE FAMILIARES:**

- Hombre o mujer.
- Entre 18 y 75 años de edad.
- Familiar y/o representante reconocido como cuidador principal durante el período de hospitalización en la UPC que haya visitado en más de una ocasión.
- Cuidador principal de un paciente crítico hospitalizado en la UPC del HBV usuario de contención mecánica previa o durante el momento de la entrevista.
- Residente en Valdivia.
- Que acepte entrevista con grabación de audio.
- Que acepte formar parte del estudio.

#### **5.2.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA EL GRUPO DE FAMILIARES:**

- Personas no videntes, sordomudas (os).
- Personas que debido a su condición patológica, mental o emocional no puedan responder la entrevista.
- Personas que no acepten conformar parte del estudio.
- Personas que no aceptan la realización de la entrevista dentro de los plazos establecidos
- Que no dispongan de tiempo necesario para la entrevista o eventual segunda entrevista para profundizar o aclarar percepciones.
- Cuidadores principales de pacientes críticos de la UPC del HBV usuarios de contención mecánica, que sean enfermeros o técnicos de enfermería nivel superior.

Para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión de los grupos de estudio, se realizó un registro que chequea los criterios de inclusión y exclusión previo a la entrevista, con el objetivo de seleccionar la población en estudio.

#### **5.3 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de datos se realizó por medio de la entrevista semiestructurada (Ver anexo 1). Se entiende como entrevista a la comunicación interpersonal fundada entre el investigador y el sujeto de estudio, con el objetivo de conseguir respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre la problemática a estudiar. Esta técnica permite obtener información completa, especificar claramente la información que se necesita, permite aclarar interpretaciones erróneas en el momento, comprobar la veracidad de las respuestas indagando la misma información en distintos momentos de la entrevista y con distinta forma de llegada (34).

El reclutamiento de sujetos se realizó durante el segundo semestre del año 2014. La entrevista está confeccionada y adaptada a cada grupo en estudio.

La fecha y el lugar en donde se realizaron las entrevistas fueron acordadas con los participantes según su preferencia, accesibilidad, privacidad y comodidad para el proceso proporcionando el mínimo de interferencia (36). Se ofreció como opción la sala de reuniones de la UPC del HBV previo permiso de jefatura de la unidad. Como instrumento fidedigno para el registro de la entrevista se utilizó la grabación de audios, previo consentimiento del sujeto (36) (Ver Anexo 2)

## 5.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizó como método de análisis de datos la fenomenología (35). En primera instancia se procedió a transcribir las grabaciones de los audios de las entrevistas. Posteriormente se inició la lectura y relectura de la transcripción de la entrevista con el objetivo de identificar las unidades de significado. Las cuales fueron agrupadas según categorías para realizar las convergencias entre éstas, lo que permitió la interpretación de dichas unidades de significado para finalizar con el análisis ideográfico en donde se sintetizaron las interpretaciones.

En este estudio no fue necesario por motivos de interpretación, profundización o aclaración de aspectos de la entrevista, la citación a una segunda instancia a los entrevistados.

El análisis de las entrevistas se esquematiza mediante un mapa mental el cual, lleva el nombre principal de la categoría y sus relaciones. Posteriormente se presenta la narración descriptiva del fenómeno, apoyándose en registros narrativos de las entrevistas realizadas.

## 5.5 RIGOR METODOLÓGICO

Los criterios que comúnmente se utilizan para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo son la credibilidad, la dependencia la auditabilidad y la transferibilidad (37).

La *credibilidad* se refiere a que los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (38). Para alcanzar este criterio, en este estudio, durante el análisis de los datos, se usaron transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los datos entregados y sus interpretaciones. Por último se presentaron los resultados obtenidos para dar evidenciar que los hallazgos encontrados corresponden a una verdadera aproximación sobre lo que piensan y sienten los informantes (38, 39).

En segundo lugar, la *dependencia* o también llamada consistencia lógica es el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. Si bien, no es posible la replicabilidad exacta del estudio, el investigador debe procurar la estabilidad en la información que se reconoce y se analiza (39). Para el cumplimiento de esta norma metodológica, se realizó una descripción detallada y fehaciente del proceso de recogida,

análisis e interpretación de los datos recopilados por medio de una entrevista respaldada mediante uso de grabación de audio. Además se realizó la triangulación correspondiente de la información entregada por los informantes de este estudio.

El tercer elemento del rigor metodológico es la *auditabilidad*, ésta se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio (39, 40). Para cumplir con este criterio, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión de la población en estudio, así como el proceso de selección de los mismos. Además, se presentaron los contextos físicos y sociales en que se desarrolle el presente estudio. Por otra parte, se establecieron, las pautas de interrogantes que serán aplicadas como una guía durante el desarrollo de la entrevista, en la cual se usó grabación de audio siendo su transcripción textual a lo expuesto por cada uno de los informantes.

Finalmente, la *transferibilidad o aplicabilidad* se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones, para ello se necesita que se describa densamente el lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado (38, 39). Para cumplir eficientemente con este criterio metodológico, como ya se ha mencionado, se presentaron los contextos físicos y sociales en que se desarrolló el estudio, además se establecieron criterios de inclusión y exclusión de los informantes que participarán en este estudio, con la finalidad de que los resultados encontrados en nuestra investigación sean transferibles a una realidad similar al estudio, por ejemplo, otras unidades clínicas hospitalarias.

## **5.6 RIGOR ÉTICO**

En toda investigación que se desee realizar con seres humanos deben existir principios éticos básicos, para justificar la correcta aplicación del estudio. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la experimentación con seres humanos: los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

Frente al principio de Respeto por las personas, se debe considerar a cada persona como agente autónomo, libre de decidir en forma informada sobre la participación en esta investigación (40). Esto se aplica través del proceso de consentimiento informado, previo de la entrevista, se dio a conocer los aspectos relevantes de la investigación como su propósito, los objetivos perseguidos, metodología y la importancia y carácter confidencial de la entrevista, garantizando además, el ingreso voluntario, con la entrega de información oportuna y respuesta a inquietudes de la persona entrevistada. De igual modo los

participantes fueron libres de retirarse de la investigación cuando ellos estimen conveniente, sin represalias de por medio o medidas de presión.

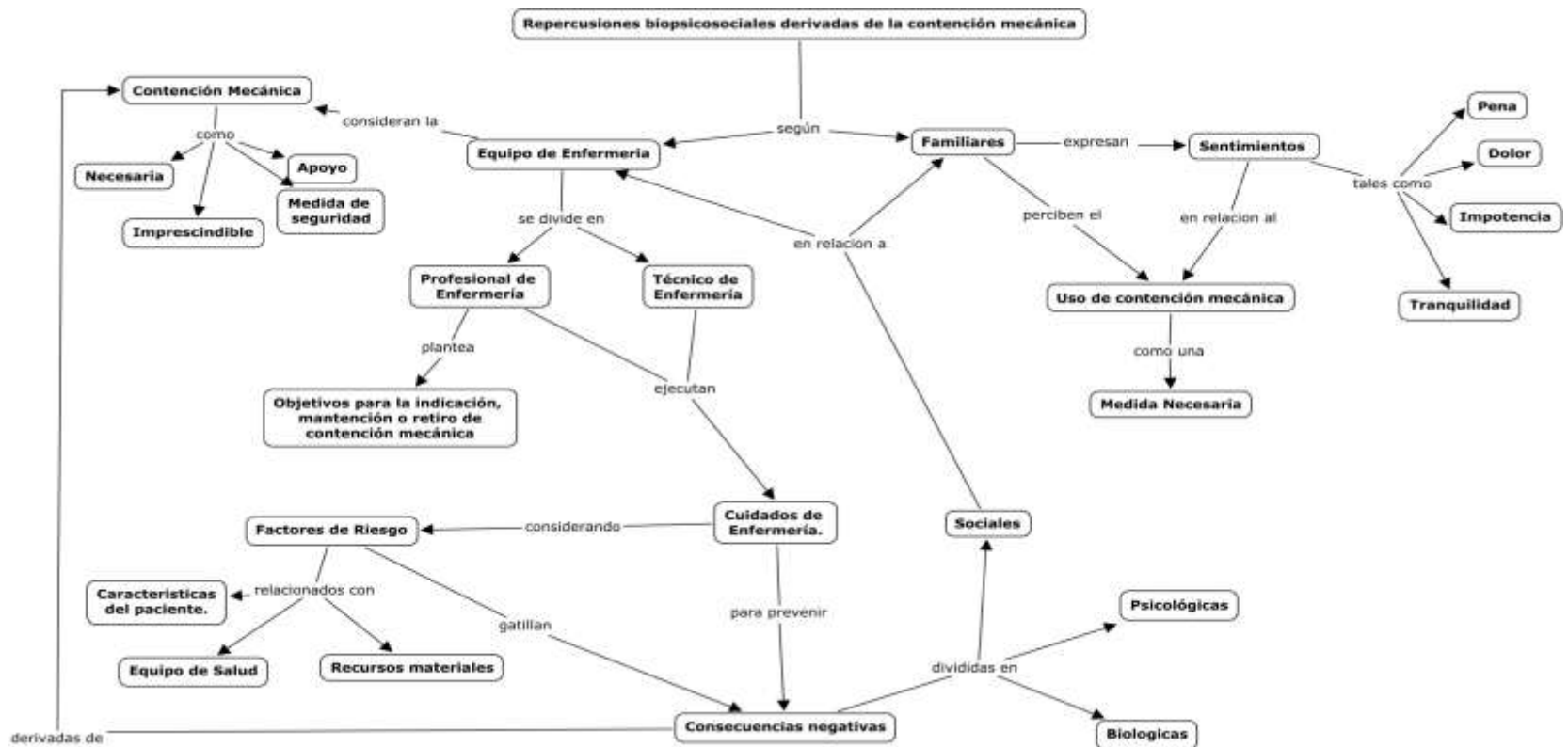
En segundo lugar, para asegurar el cumplimiento del principio ético de Justicia en la realización de nuestra investigación, se invitó a participar a las personas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión previamente determinados, aplicándose un sistema de selección aleatoria, que se distribuirá según el rol que desarrollan (enfermera, técnico en enfermería y familiares). El objetivo de este método de selección fue velar por la igualdad de oportunidad, ya que todos tendrán la misma probabilidad de participar en la investigación. Además, se aseguró en las personas que participaron en este estudio, el trato equitativo, sin caer en preferencias, ya sea de tipo económico y/o emocional. Asimismo, los resultados de este estudio serán entregados transversalmente y sin excepciones previo acuerdo con los informantes (40).

Y por último, el principio de Beneficencia se cumplió a cabalidad en este estudio, ya que, el balance de riesgo versus beneficio demostró que los riesgos son mínimos, debido a que durante la investigación no se realizó ningún tipo de intervención directa a los participantes, por tanto, no existe un alto riesgo de causar daño. Sin embargo, se reconoce la obtención de información personal de los informantes en donde el mayor riesgo es causar daño psicológico por el mal uso de la información entregada. Para ello, se asegura la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Por otro lado, se contó con el apoyo del personal de enfermería para manejar durante el desarrollo de entrevistas a familiares, eventuales situaciones de alteraciones del ánimo o conducta, tomándose en cuenta las medidas de apoyo emocional correspondientes y asegurar el principio de no maleficencia de la persona entrevistada. Cabe destacar que no se presentó ninguna situación relacionada con este tema.

Es importante mencionar que el beneficio del estudio no se reflejará de manera inmediata o directa a las personas entrevistadas, sino más bien, se pretende contribuir a la aplicación óptima del protocolo de contención mecánica, con la finalidad de mejorar a largo plazo la calidad de los cuidados de enfermería que son entregados a los pacientes (40).

## 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

### 6.1.1 MAPA CONCEPTUAL 1: RESULTADOS DE ENTREVISTAS A EQUIPO DE ENFERMERÍA Y FAMILIARES EN RELACIÓN A LAS REPERCUSIONES BIOPSIOSOCIALES DERIVADAS DEL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.





## 6.1.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENOMENO

El equipo de enfermería, tanto técnicos como enfermeros (as) han concluido que la contención mecánica es un procedimiento altamente utilizado en las Unidades de Paciente Crítico, pues la consideran como una **medida de seguridad** muy relevante tanto para el paciente como para el equipo de salud. Al mismo tiempo, han manifestado que este procedimiento influye positivamente en la recuperación del paciente, ya que debido a su estado de salud crítico son usuarios de diversos dispositivos invasivos y la mayoría presentan alteración en el nivel de consciencia, por lo que tienden al autoretiro de éstos, los cuales son de soporte vital, poniendo en riesgo su vida. Además, según lo referido por el estamento de enfermería, están más propensos a sufrir caídas por lo cual la contención mecánica es una de las medidas más efectivas en la prevención de éstas.

*“Es importante acá porque nosotros manejamos a pacientes que están con riesgo vital, y el uso de contención nos asegura de que el paciente se mantenga con nosotros o sea con vida, en el fondo porque si eventualmente si no lo tenemos contenido y está con ventilación mecánica se llega a sacar el tubo el paciente puede fallecer ¿ya?... por eso es importante en este servicio sobre todo mantener a los pacientes contenidos”.*

*“El riesgo de cómo te contaba, agitación psicomotora, riesgo de auto retiro de dispositivos importantes por ejemplo una vía venosa central, una vía arterial, un catéter femoral de diálisis que en sí conlleva riesgos de que la persona pueda fallecer y ante esos casos sí.”*

El equipo de enfermería menciona que la contención mecánica además ayuda y favorece su quehacer laboral, considerando este procedimiento como **imprescindible, necesario** y que le sirve como **apoyo** para brindar la atención en salud, ya que estos pacientes son muy demandantes y requieren de una vigilancia continua y permanente, por lo que el uso de contención mecánica es **fundamental**, debido a que en muchas ocasiones otras medidas alternativas de contención no son efectivas o están contraindicadas.

Además enfermeros (as) y técnicos señalan que el uso de contención mecánica es considerado como un procedimiento que implica riesgos en el paciente pero mayor es la beneficencia para la recuperación de éste.

*“Es una ayuda porque en los pacientes agitados tú tienes que tener más ojo y dedicación, estar más pendiente y hay días que tienes un paciente agitado y no puedes estar encima de él porque tienes más pacientes a tu cuidado.”*

*“...en muchos casos la farmacológica ni la psicológica dan abasto en casi todos los pacientes, así que para nosotros la verdad que es fundamental.”*

*"...hemos visto en la práctica que la contención psicológica no es suficiente, poco funciona y por su misma desorientación se retiran los dispositivos invasivos, se levantan, es una medida necesaria".*

*"...entonces se usa más la contención mecánica aunque se llega a veces a la farmacológica muchas veces, pero son como reacios porque como hay pacientes que están graves entonces no se puede ocupar mucho la farmacológica, entonces se tiene que usar la física que es la única que tenemos. Yo encuentro que es una buena medida para nosotros y para el paciente, para cuidarlo".*

*"Así que es un procedimiento que favorece harto el trabajo, con hartos riesgos pero más son los beneficios".*

*"Aquí es necesaria, es una necesidad como te contaba, es mas el riesgo versus el beneficio en estos momentos..."*

Por otro lado se desprende de lo narrado por los sujetos de investigación que el tipo de contención mecánica a utilizar dependerá de los criterios de indicación que son aplicados por el profesional de enfermería, los que derivan del objetivo que apunta el uso de la contención mecánica.

*"Si tienes un paciente que ingresa por agitación psicomotora, por delirium que hemos tenidos muchos, la contención es distinta, un paciente con un síndrome urémico, puedes colocarle contención mecánica de extremidades tanto superiores como inferiores y algunos todavía te cortan las contenciones... ahí se utilizan otros tipos de dispositivos a nivel corporal".*

*"Cuando están muy agitados ocupamos contenciones más completas, como el pulpo..."*

En ambas unidades existen tres tipos de contención mecánica, las muñequeras, tobilleras y el cinturón toracoabdominal, denominado como "pulpo", este último fue diseñado por el mismo personal de la unidad. El tipo de contención más utilizado son las muñequeras y cuando la agitación del paciente es mayor se aplica la contención toracoabdominal.

*"...hay dos tipos de contenciones, tres en realidad, para las manos, otras que son más larguitos que son para los pies y un pulpo que se llama. Este es un cinturón abdominal, de hombros, es bien completo en realidad".*

*"Lo normal que ocupamos son las de las muñecas, si el paciente está muy agitado y se mueve demasiado se ponen la de los tobillos, y si aun así el paciente se mueve mucho*

*se pone el que se llama pulpo, así que se contienen los hombros, las rodillas y parte del tórax."*

Según lo señalado por los informantes, tanto técnicos en enfermería como enfermeros (as), trabajan en conjunto para planificar, ejecutar y evaluar los **cuidados de enfermería** necesarios para prevenir la aparición de **consecuencias biopsicosociales** derivadas del uso de la contención mecánica, considerando ciertos factores que aumentan el riesgo de presentar dichas repercusiones, los cuales han sido identificados en el paciente, en el equipo de salud y en los recursos materiales utilizados en los dispositivos de contención mecánica .

Conforme a lo anterior, enfermeros (as) y técnicos de enfermería han identificado **consecuencias biológicas** principalmente asociadas a alteraciones cutáneas y neurovasculares.

*"En el ámbito físico, las úlceras, las úlceras por presión y por fricción"*

*"...al no tener una vigilancia constante más que las consecuencias, las heridas, las lesiones que se puedan causar en distintas partes depende donde esté puesta la contención".*

Con respecto a aquellas **consecuencias psicológicas** que experimentarían los pacientes usuarios de contención mecánica, el equipo de enfermería en general ha mencionado por una parte la inexistencia de las mismas y por otra, la percepción de ser un evento traumático.

*"...yo creo que hay un impacto psicológico que en el paciente puede generar el despertar digamos contenido, porque no se puede mover con libertad."*

*"...entonces algunos se sienten súper mal porque no se po, a veces no se pueden ni rascar la nariz porque están con el brazo así (señala brazos extendidos e inmóviles a lo largo de su cuerpo), entonces a veces se sienten un poco molestos."*

*"No hemos tenido muchos casos de la parte psicológica porque muchas veces los pacientes no están en sus cinco sentidos, no están consientes de las situaciones y del ambiente donde están..."*

En lo referente a las **consecuencias sociales** se ha identificado por una parte la percepción del equipo de enfermería y por otra, la percepción de los familiares en relación al uso de contención mecánica.

Según lo referido por el equipo de enfermería, estos consideran que el uso de contención mecánica es una medida necesaria y de apoyo. Además se desprende de sus discursos, que el uso de esta medida implica para algunos un impacto emocional, señalando sentimientos de desagrado, mientras que otros experimentarían sentimientos de indiferencia producto de la percepción de ser un procedimiento de rutina.

*"...yo creo que a nadie le gusta contener a un paciente pero es necesario."*

*"Así que por lo menos yo si veo que igual es fome, no es la idea tener amarrado a una persona..."*

*"...Pero sabes que después te acostumbras porque es un bien, como yo te decía, un mal necesario, hay que hacerlo porque si no el paciente más riesgo de provocarse lesiones solo..."*

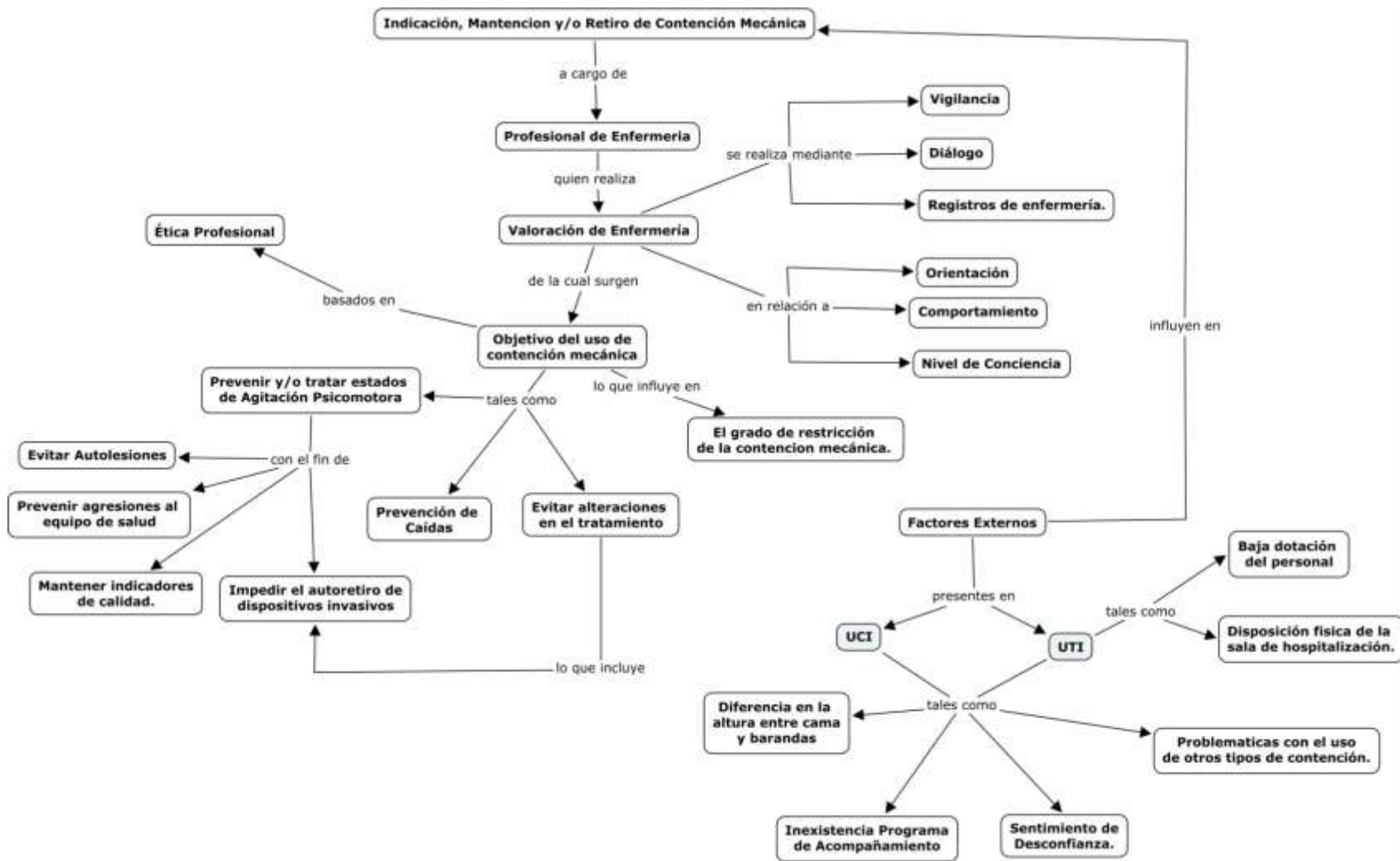
Según la percepción de los familiares, estos han considerado esta medida como necesaria, aceptando su aplicación, sin embargo han expresando sentimientos de **pena, dolor e impotencia**, percepción que se ve influida por ciertos factores tales como las experiencias previas y/o la entrega de información.

*"...No, no me informaron me causó mucho impacto e impotencia."*

*"No, no creo, yo no lo veo de forma negativa, tampoco positiva, pero yo creo que es necesario a lo mejor en ese caso de su enfermedad. Yo lo encuentro aceptable dentro de todo, personalmente."*

*"...Tiene que hacerlo así porque sino... porque ya paso una vez que estuvo hospitalizado y se cayó de la cama por que él se paro y se cayó entonces más por seguridad de él."*

**6.2.1 MAPA CONCEPTUAL N° 2: INDICACIÓN, MANTENCIÓN Y/O RETIRO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**



## 6.2.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENÓMENO

En el análisis de los discursos expuestos por los profesionales de enfermería en relación a la indicación, mantención y/o suspensión del uso de contención mecánica, los enfermeros señalan que los objetivos de su uso son diversos, destacando que éstos deben estar enmarcados estrictamente bajo ética profesional y tener extremo cuidado en quienes será aplicado, utilizando este procedimiento como último recurso de restricción debido a los innumerables riesgos que esta medida conlleva.

*"Siempre y cuando el paciente esté desorientado, a veces cuando uno tiene un paciente coronario y esté orientado no lo vamos a amarrar, eso no se hace, no corresponde, éticamente no corresponde, solamente paciente que esté en otra"*

*"Tratamos como última instancia ocupar la contención pero ya cuando es inevitable hay que hacerlo no más".*

*"No los puedes tener contenidos si tú los ves que están conscientes y lúcidos, la idea no es limitar la funcionalidad del paciente porque incluso tienes que alimentarlo, si tu lo sueltas el paciente puede comer tranquilo y hacer sus cosas, no es una cárcel, es un hospital."*

En ambas unidades se identificó que el uso de contención mecánica está en estrecha relación con la valoración de enfermería, de acuerdo al nivel de consciencia, el grado de orientación y del comportamiento del paciente, apoyándose en la vigilancia, observación y en los registros de enfermería para respaldar o no la indicación de mantención de la contención mecánica por parte del profesional de enfermería.

*"Cuando el paciente demuestra que está orientado y lúcido, cuando ya ves que está con su grado de conciencia, con un comportamiento adecuado, ahí ya se les retira la contención."*

*"Así que para el retiro, aunque suene subjetivo pero es la vigilancia y la observación constante, los registros de enfermería de cómo ha sido la evolución del paciente, la colaboración o no con los dispositivos, con las mismas contenciones que se las pueden intentar sacar, con la recepción del tratamiento, con la atención con los técnicos."*

En definitiva, del análisis de los discursos expresados por los profesionales de enfermería, se logró identificar que el uso de contención mecánica apuntaba a diversos objetivos, entre los cuales destaca:

**Prevenir o tratar estados de agitación psicomotora** evitando así, el autoretiro de dispositivos invasivos, autolesiones y agresiones al equipo de salud.

*“Imagínate un paciente desorientado, agitado y agresivo que se levante de la cama, en nuestro servicio la mayoría del personal es femenino, así que igual es por seguridad de nosotros.”*

*“En los que llegan de repente sin tubo uno indica la contención cuando de repente implica un riesgo tanto para él que se pueda caer de la cama o autoagredirse como para el mismo personal que trabaja.”*

**Prevención de lesiones en el paciente derivadas de caídas**, en este punto se destacó que el uso de contención mecánica brinda protección al personal de salud en relación a las repercusiones legales y sociales derivadas de la ocurrencia de este evento adverso.

*“Ella es epiléptica y convulsiona entonces el riesgo de ella que se caiga de la cama convulsionando es muy alto...”*

*“Si tú no lo contiene el riesgo es mucho mayor, imagínate que el paciente se caiga de la cama, una fractura, un TEC”.*

*“Todas las implicancias médico legales que existen en estos momentos y sociales también, porque después tienes que explicarle a la familia por qué se cayó, dónde estabas tú o que estabas haciendo y eso la familia no te lo va entender, ni siquiera uno.”*

**Evitar alteraciones en el tratamiento** del paciente derivados del autoretiro de dispositivos invasivos (sistema de soporte vital, vías venosas, arteriales, sondas, etc.), lo cual está en estrecha relación con la prevención de estados de agitación psicomotora. Este objetivo cobró mayor importancia en los criterios referidos por el profesional de enfermería perteneciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, señalándose que todo paciente mantenido en ventilación mecánica y sedoanalgesia se encuentra contenido de extremidades superiores.

*“Riesgo de auto retiro de dispositivos importantes por ejemplo una vía venosa central, una vía arterial, un catéter femoral de diálisis que en sí conlleva riesgos de que la persona pueda fallecer y ante esos casos sí.”*

*“La verdad en todos los pacientes que están con sedación mas tubo, todos tienen contención por lo menos de antebrazo, aunque estén con la sedación en el escalón más alto, estén bien dormidos igual se mantienen las manos contenidas”.*

*“...ahora pacientes con líneas arteriales tienen que estar contenidos solo el brazo, todo el brazo tiene una venda gasa y tiene unas telitas que van amarradas a la cama, porque tiene que estar el brazo así (señala una extremidad en extensión), sino no marca la*

*curva. Y por eso a veces pueden tener este brazo moviendo y este otro contenido, y no por un tema de conciencia sino para fijación de la línea sea su tratamiento".*

Además, los profesionales de enfermería han reconocido que el uso de este procedimiento influye favorablemente en la mantención de indicadores de calidad previniendo eventos adversos y/o centinelas.

*"Es como un requisito para poder atender al paciente, para que no se caiga, para que no haya otros indicadores de calidad que se vean afectados en la atención, el autoretiro de los dispositivos, las caídas."*

*"Es bastante necesaria por el riesgo de extubación de los pacientes. La salida del tubo es un indicador de calidad, entonces para nosotros es importante mantener a los pacientes sedados y a la vez contenidos para asegurar que la vía aérea este bien."*

Cabe mencionar, que un informante refirió que en ocasiones la indicación y mantención de esta medida terapéutica apuntaba a favorecer la comodidad del equipo de salud que trabaja en la unidad.

*"Hay un paciente aquí, en ese sentido, ahí tenemos uno en la cama diez que lo entregaron amarrado y no sabemos por qué está amarrado, yo le hablé, conversé con él y ningún problema, a veces lo dejan amarrado por comodidad no más".*

Cabe señalar, que los profesionales de enfermería de ambas unidades han destacado que el grado de restricción física que ejerce la contención mecánica va a depender de los objetivos al que apunta el uso de esta medida, por ejemplo, si el objetivo es impedir el autoretiro de dispositivos de soporte vital, la contención mecánica se aplicará en forma más restrictiva de tal manera que no permita la movilidad de la extremidad, sin embargo si el objetivo es el prevenir caídas la restricción de la contención permitirá mayor amplitud de movimiento.

*"...en este caso el riesgo que se caiga de la cama es muy alto, bueno hay que hacer la diferencia que estas contenciones no son fijas, sino que relativamente sueltas, no de esas contenciones donde los brazos quedan completamente estirados, anti anatómico... Las contenciones nuestras son para este tipo de pacientes mas sueltas, la idea es que no se baje de la cama pero que si pueda movilizar los brazos."*

*"Si tienes un paciente que ingresa por agitación psicomotora, por delirium que hemos tenidos muchos, la contención es distinta, un paciente con un síndrome urémico, puedes colocarle contención mecánica de extremidades tanto superiores como inferiores y algunos todavía te cortan las contenciones, patean, muerden y hasta te pueden agredir mas todo el riesgo de autoretiro de cosas, ahí se utilizan otros tipos de dispositivos a nivel corporal".*



Es importante mencionar que en la indicación, mantención y retiro de esta medida el profesional de enfermería trabaja en conjunto con el equipo técnico, en donde estos últimos participan mediante la entrega de información al enfermero o enfermera en cuanto al nivel de conciencia y agitación psicomotora del individuo, con el objetivo de que el profesional evalúe la necesidad de indicar, mantener o suspender el uso de contención.

*“Si es que nosotros por equis cosa no hemos estado con ese paciente porque otro tiene alguna urgencia vital por ejemplo, los chicos si se han dado cuenta que necesita contención mecánica, que se va a tirar cama abajo, que se va a sacar los dispositivos, ellos nos refieren y nosotros vamos, los evaluamos y se indica.”*

*“Yo informo, primero le pregunto a la enfermera primero: -Sita, puede ver al paciente, yo creo que ya se encuentra bien-. Porque no podemos tomar la decisión solos, porque la responsabilidad va a ser tuya y ahí tomamos la decisión entre los dos que no es necesario tenerlo amarrado.”*

### **6.2.1 Factores que influyen en la indicación, mantención y/o retiro de contención mecánica.**

En ambas unidades el equipo de enfermería, ha descrito la presencia de diferentes factores externos que aumentan la necesidad del uso de esta medida restrictiva, entre ellos se destaca:

**Mínima diferencia de altura que queda entre la parte superior del colchón y las barandas laterales**, lo que aumenta el riesgo de caídas en el paciente por lo cual, se hace fundamental el uso eventual de una medida de sujeción a la cama.

*“Las camas que nosotros tenemos son camas en pacientes que requieren colchón antiescaras y no sé si te diste cuenta del tamaño de nuestras barandas que quedan con el colchón antiescaras, casi al ras de la cama, así que imagínate un adulto mayor que en la noche se pierde, porque tú sabes que se va a perder, el riesgo de caídas es muy alto.”*

**Inexistencia del programa de acompañamiento de pacientes**, lo que garantizaría la tranquilidad y seguridad de gran parte de estos, reduciendo la incidencia del uso de contención mecánica.

*“Yo lo viví con mi papá que fue un paciente y que nosotros para evitar que pasara eso nosotros lo veníamos a cuidar, pero era un servicio en el cual si se podía hacer esa atención en la que tenga el acompañamiento, eso fue en Medicina. Entonces ahí se puede dar para evitar la contención que la familia lo pueda acompañar, y ahí ellos están más tranquilos. Aquí no se da eso, así que hay que hacerlo no más...”*

*"...y lo otro también que el acompañamiento no se puede, se entiende que es una unidad con artos procedimientos entonces por lo mismo la familia no puede estar acá, pero sería ideal que se podría hacer".*

**Sentimiento de desconfianza** por parte del equipo de enfermería en relación a la eventual conducta del paciente posterior al retiro de la contención.

*"Así que prejuicio como te dije antes y a veces ha variado el estado de conciencia y como que todavía le tenemos aun desconfianza del actuar del paciente..."*

*"A veces no necesita estar amarrado y eso es pura desconfianza, porque hemos tenido malas experiencias con los votos de confianza. Hemos cometido errores de descontenerlos y se han retirado cosas, se han levantado..."*

Existencia de **problemáticas con el uso de otro tipos de contención**, el equipo de enfermería ha señalado que indicar y mantener esta medida terapéutica se ha vuelto fundamental y necesaria debido a que se han dado cuenta que en la práctica la contención psicológica y farmacológica no son efectivas o están contraindicadas.

*"...en muchos casos la farmacológica ni la psicológica dan a basto en casi todos los pacientes, así que para nosotros la verdad que es fundamental".*

Enfermeros (as) han relatado que el uso de medidas de contención psicológica en muchas ocasiones son inefectivas debido al estado de desorientación y/o agitación que experimentan los pacientes hospitalizados en las unidades de paciente con patología crítica o bien porque se encuentran con sedación lo cual hace imposible establecer comunicación efectiva con éstos.

*"Hemos visto en la práctica que la contención psicológica no es suficiente, poco funciona y por su misma desorientación se retiran los dispositivos invasivos, se levantan, por eso es una medida necesaria".*

*"... va depender del grado de conciencia que la persona tenga, o sea si el paciente está contenido, está muy enojado o muy molesto, no puedes entrar a dialogar y conversar y tratar de explicar porque no te lo va a entender.*

*"Ahora, la contención psicológica en un paciente confuso no es bien recibida, puede ser un rato..."*

Por otra parte, específicamente en la UTI, los profesionales de enfermería han señalado que en muchas ocasiones el uso de contención farmacológica está contraindicada o es inefectiva, además han mencionado que existe una disyuntiva con el equipo médico en relación a la indicación de contención farmacológica, puesto que perciben que existe

reticencia por parte de éstos profesionales a la hora de emplear dichas medidas, utilizándola preferentemente cuando la contención mecánica no ha logrado controlar el estado de agitación psicomotora.

*"La farmacológica, por más que le solicites al médico, que indique contención farmacológica puede que no sea seguida por la patología del paciente, porque hace alguna interacción farmacológica con otro tratamiento que esté recibiendo o porque el estado de conciencia hay que evaluarla entonces no puedo sedarlo y lo otro, que iba a decir mmm, ¡ah! lo otro que le indicaran alguna contención farmacológica, pero no va a ser efecto enseguida, o incluso que haga algún efecto paradójico, puede que lo agite más y eso pasa bastante frecuente, entonces ahí por más que me indiquen contención farmacológica igual hay que contenerlos físicamente."*

*"...No existe hasta el momento un consenso con la parte médica de lo que es la contención farmacológica. O sea en sí los protocolos están, pero son muy reacios a utilizarlos, no te lo indican tampoco, de hecho son reacios hasta a la contención mecánica..."*

*"La contención farmacológica es ya cuando el paciente está contenido físicamente y no resultó como segunda instancia de tratamiento, no como primera."*

*"...Dado las condiciones de los pacientes, dada las condiciones de la atención médica que a veces no colabora con la indicación de contención farmacológica efectiva, es una de las indicaciones rutinarias en la atención..."*

La **disposición física de las salas de hospitalización**, según lo referido por el equipo de enfermería de la UTI, obstaculiza la vigilancia y observación continua a todos los pacientes, lo que aumenta la necesidad de contar con una medida que controle el actuar del paciente.

*"Por la disposición física tampoco lo vamos a ver todo, como en la UCI donde esta todo abierto, acá hay como dos en cada sala que quedan fuera de la vista..."*

*"Están todos encerrados, no están a la vista, yo ahora no puedo ver que está haciendo el once o el doce."*

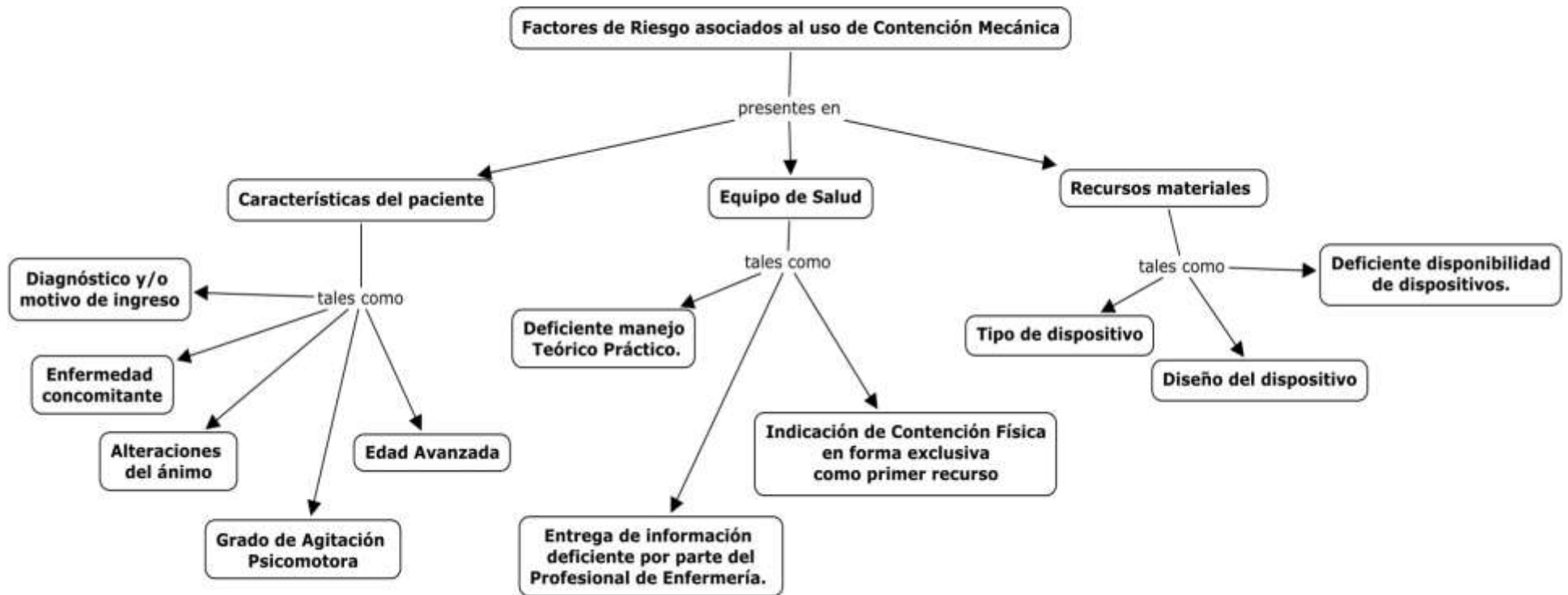
La **baja dotación de personal** es a juicio del equipo de enfermería de la UTI un factor que dificulta la vigilancia continua a la totalidad de los pacientes hospitalizados, por lo que esta medida también es considerada un apoyo para suplir la falta del recurso humano.

*"Bueno nosotros acá tenemos cuatro pacientes por cada paramédico y seis pacientes cada enfermera, pero ante esa instancia hay pacientes dentro de los cuatro que tenemos que sacar a rayos, ya quedarían dos paramédicos para los doce pacientes, entonces hay muy poca vigilancia por el poco personal. Ya que si sale uno o dos*

*paramédicos el resto queda con todos los doce pacientes, entonces esa es una de las grandes consecuencias que lleva a contener a un paciente que está en ese tipo de condición.”*

*“Tenemos pacientes donde tenemos que estar de lleno a un solo paciente entonces se dejan de lado a otros que llevan varios días hospitalizados y están solamente desorientados, entonces al tenerlos contenidos a nosotros nos facilita poder dar atención a otro paciente porque no podemos estar en todos lados porque somos pocas.*

### 6.3.1 MAPA CONCEPTUAL N° 3: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA



## 6.3.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENOMENO

De acuerdo al análisis de la información de los discursos del equipo de enfermería de la UPC, se logró identificar diversos factores de riesgo que aumentan el riesgo de desarrollar consecuencias nocivas derivadas del uso de contención mecánica, los cuales se dividen en factores relacionados con el paciente, con el equipo de salud y con los recursos materiales de los dispositivos utilizados para realizar contención mecánica.

### 6.3.2.1 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Según lo referido por el equipo de enfermería tanto de UCI como de UTI, existen factores inherentes a las características del paciente, los cuales aumentan el riesgo de desarrollar consecuencias derivadas del uso de contención mecánica, tales como: el diagnóstico y/o motivo de ingreso, enfermedad concomitante, grado de agitación psicomotora, alteración del ánimo situacional y ser adulto mayor .

Los informantes han referido que el **diagnóstico y/o motivo de ingreso** es un elemento influyente en las consecuencias derivadas de la contención mecánica, por lo que una condición de salud crítica trae repercusiones en los estados de necesidad biológicos del usuario, como por ejemplo en el estado nutricional y con ello el mayor riesgo de desarrollar lesiones cutáneas derivadas del uso de contención.

*“...un paciente crítico, es porque el estado del paciente ya te dice que esta tan mal que tu al final pongas lo que pongas igual lo vas a lesionar... con anasarca, al exudar porque no tienes donde más puncionarlo o tienen alteraciones de la albúmina, no retiene, aunque los llenes de parche y apósitos igual se lesionan... que sea un paciente de uci, un paciente crítico y con patologías asociadas.”*

*“...la desnutrición calórico-proteica o una y otra. La albúmina baja...”*

*“...depende la patología, hay patologías que deterioran de por sí la calidad de la piel, si están con edema, si están desnutridos u otros factores físicos que lo deterioren más, si están con problemas de coagulación.”*

En cuanto a las **enfermedades concomitantes** el equipo de enfermería, ha referido que aquellos antecedentes de salud como historiales psiquiátricos, antecedentes de polifarmacia y adicciones, son factores que aumentan la presencia de consecuencias debido

al forcejeo y roce constante que ellos ejercen, producto de alteraciones en el comportamiento en etapas de descompensación y/o privación. También han descrito la diabetes mellitus como factor de riesgo debido a las alteraciones neurovasculares que esta produce.

*"Generalmente existen problemas con los pacientes que son OH, y están en deprivación y están con ventilador y ahí es complicado, o los poli adictos ahí cuesta mucho sedarlos y por ende cuesta mantenerlos contenidos, forcejean mucho y hacen mucho roce con la piel dañándose la piel..."*

*"...diabéticos por la mala circulación, así que tienen mala calidad de la piel y también neuropatías así que pueda que le duela y no se queje..."*

Otro factor identificado por los informantes es la edad, debido a los cambios propios del ciclo vital por ejemplo, los **adultos mayores** presentan mayor riesgo de padecer lesiones debido a que presentan una piel más frágil y delgada.

*"...la calidad de la piel y pacientes adultos mayores..."*

*"...la edad también, porque contra más años se tenga más frágil es la piel..."*

*"La calidad de la piel po, si es joven, si es anciano... si es anciano va a tener más riesgo de hacer una lesión de piel..."*

Por otra parte, en un discurso se ha mencionado que las **alteraciones del ánimo** son un factor de riesgo para desarrollar consecuencias en el ámbito psicológico, debido a la existencia de labilidad emocional generada por el proceso de hospitalización entre otros factores.

*"...si tiene problemas emocionales, de personalidad también le va afectar en lo psicológico".*

### **6.3.2.2 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL EQUIPO DE SALUD**

Los sujetos de investigación de ambas unidades han mencionado que existen factores que están relacionados con el equipo de salud y que aumentan el riesgo de presentar consecuencias derivadas del uso de contención mecánica, tales como: el deficiente manejo teórico práctico por parte del equipo de enfermería, la indicación de la contención mecánica en forma exclusiva como primer recurso y a la deficiente entrega de información a pacientes y familia frente al uso de contención mecánica.

El **deficiente manejo teórico práctico** por parte de enfermeras (os) y técnicos de enfermería en cuanto a una correcta aplicación y manejo de contención mecánica, componente que según los informantes incide en la aparición de las consecuencias derivadas de este procedimiento.

*“...si existe falta de conocimiento de parte de uno para aplicar los cuidados...”*

*“...que la dejen muy tirante, o sea un mal manejo o a veces que se olviden de amarrarlas entonces igual influye la preocupación que tiene uno sobre el paciente que se cumpla el propósito.”*

*“Cuando no le colocamos la protección se tienden a estrangular y a veces uno no se da ni cuenta cuando el paciente tienen la mano de este volado (gesticula con sus manos), ahí te das cuenta que no todos tiene la misma precaución a la hora de contener.”*

Además destaca como factor de riesgo la **indicación de contención mecánica en forma exclusiva como primer recurso**, puesto que los profesionales de enfermería han señalado que esta por sí sola no garantizaría la tranquilidad del paciente, produciendo incluso un incremento en el grado de agitación y/o agresividad de éstos, lo que genera un forcejeo y roce constante, favoreciendo la aparición de repercusiones biopsicosociales.

*“...hay pacientes que con la contención mecánica se agitan más... sentirse contenidos o amarrados se agitan más o incluso hasta se ponen más violentos.”*

*“Cuando los pacientes no cooperan, forcejean la contención produciéndose daño en las muñecas...”*

*“...incluso podría ser, que el paciente sin que este apretada la contención, una contención que este bien puesta bien instalada y bien vigilada, él al hacer fuerza se puede provocar lesiones.”*

*“...mientras más agitado, más se mueve y más roce tiene con la contención o con la misma cama.”*

Por otro lado, los informantes han descrito como factor de riesgo la **deficiente entrega de información** por parte del profesional de enfermería, en cuanto a la calidad y momento en la que es proporcionada, tanto al paciente como al familiar, lo que afecta directamente en el grado de comprensión, aceptación y colaboración de éstos.

*“... ahí por norma se explica que se tiene que dejar contenido por tal y tal cosa”.*

*“...si no le explicas a los familiares, si no le explicas al paciente, todo eso yo creo.”*



*“...más que nada informar, informar los objetivos. Igual ha pasado que se les sacan, pero no porque no les guste sino porque el paciente quiere hacer alguna cosa y se los pide pero después normalmente ellos mismos los contienen o nos avisan que quedo sin contención”.*

### **6.3.2.3 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LOS RECURSOS MATERIALES**

Por otra parte, el equipo de enfermería de ambas unidades han mencionado que también existen factores de riesgo asociados a los recursos materiales utilizados en la contención mecánica tales como: el tipo de dispositivo utilizado para contener, el diseño de confección del dispositivo y el déficit de disponibilidad de éstos; factores que inciden en el desarrollo de consecuencias nocivas producto del uso de contención mecánica.

Se desprende de los discursos del equipo de enfermería de ambas unidades, que el **tipo de dispositivo** a utilizar para la contención mecánica es considerado un factor de riesgo, debido al grado de inmovilidad que este produce, lo cual va a depender de la intensidad de la agitación psicomotora del paciente, señalando que a mayor grado de agitación psicomotora mayor será la restricción que proporcione el dispositivo, por ejemplo no es lo mismo la contención de extremidades que la contención mecánica toracoabdominal con el llamado “*pulpo*”, ya que éste último produce mayor restricción, aumentando el riesgo de desarrollar consecuencias producto de la inmovilidad que origina, por lo que requiere la entrega de mayores cuidados.

*“...si tienes un paciente que ingresa por agitación psicomotora, por delirium que hemos tenidos muchos, la contención es distinta, un paciente con un síndrome urémico, puedes colocarle contención mecánica de extremidades tanto superiores como inferiores y algunos todavía te cortan las contenciones, patean, muerden y hasta te pueden agredir mas todo el riesgo de autoretiro de cosas, ahí se utilizan otros tipos de dispositivos a nivel corporal...”*

*“Por ejemplo nosotros sabemos que un paciente psiquiátrico va a tener una contención mucho más firme y una consecuencia mucho más grave que el paciente adulto mayor que se está desorientando...”*

*“El pulpo tienes que saberlo utilizar, no todos los pacientes son candidatos del pulpo y también los cuidados son distintos, no es llegar y ponerlo y olvidarte de él, porque imagínate es una contención que te abarca una zona del tórax, si la persona se te baja, alto es el riesgo de asfixia...eso significa que tienes que aumentar los cuidados con esa persona, aquí la vigilancia es mucho más estricta y controlada”.*

Por otro lado, el personal técnico de enfermería de ambas unidades, ha reconocido que el **diseño de dispositivo** de la contención mecánica es un factor de riesgo, ya que manifiestan la inexistencia de un dispositivo óptimo que se adapte a las diversas características de los pacientes hospitalizados, señalando incluso la necesidad de modificar el diseño de la contención de acuerdo al tipo de paciente, por ejemplo pacientes con obesidad mórbida. Además manifiestan que la calidad de dichas contenciones no siempre es adecuada siendo deficiente específicamente en la longitud de la correa que se fija a la cama y en el acolchado, teniendo que recurrir al uso de otros materiales como apósitos para suplir esta falencia, generando el uso inapropiados de los insumos y con ello, mayor gasto de recursos.

*“...bueno ahora no tenemos una contención específica para extremidades inferiores.”*

*"Factores de riesgo es porque de repente no tenemos contenciones adecuadas, el relleno que tiene dentro es muy delgadito, a veces las hacen muy chicas, así de cuánto será de quince centímetros y los pacientes acá generalmente tienen edema y algunos la mayoría son muy gorditos, los brazos son más anchos, entonces la contención queda tanto abierta y sobrepasa la tira, entonces por eso hay que ponerla la compresa abajo, la venda apósito para poder aminorar la compresión de la tira."*

*"De repente las tiras son muy cortas, entonces también si en la cama usted tiene que tener al paciente bien sentado la tira queda corta hacia abajo para amarrar, entonces el paciente queda demasiado fijo al catre."*

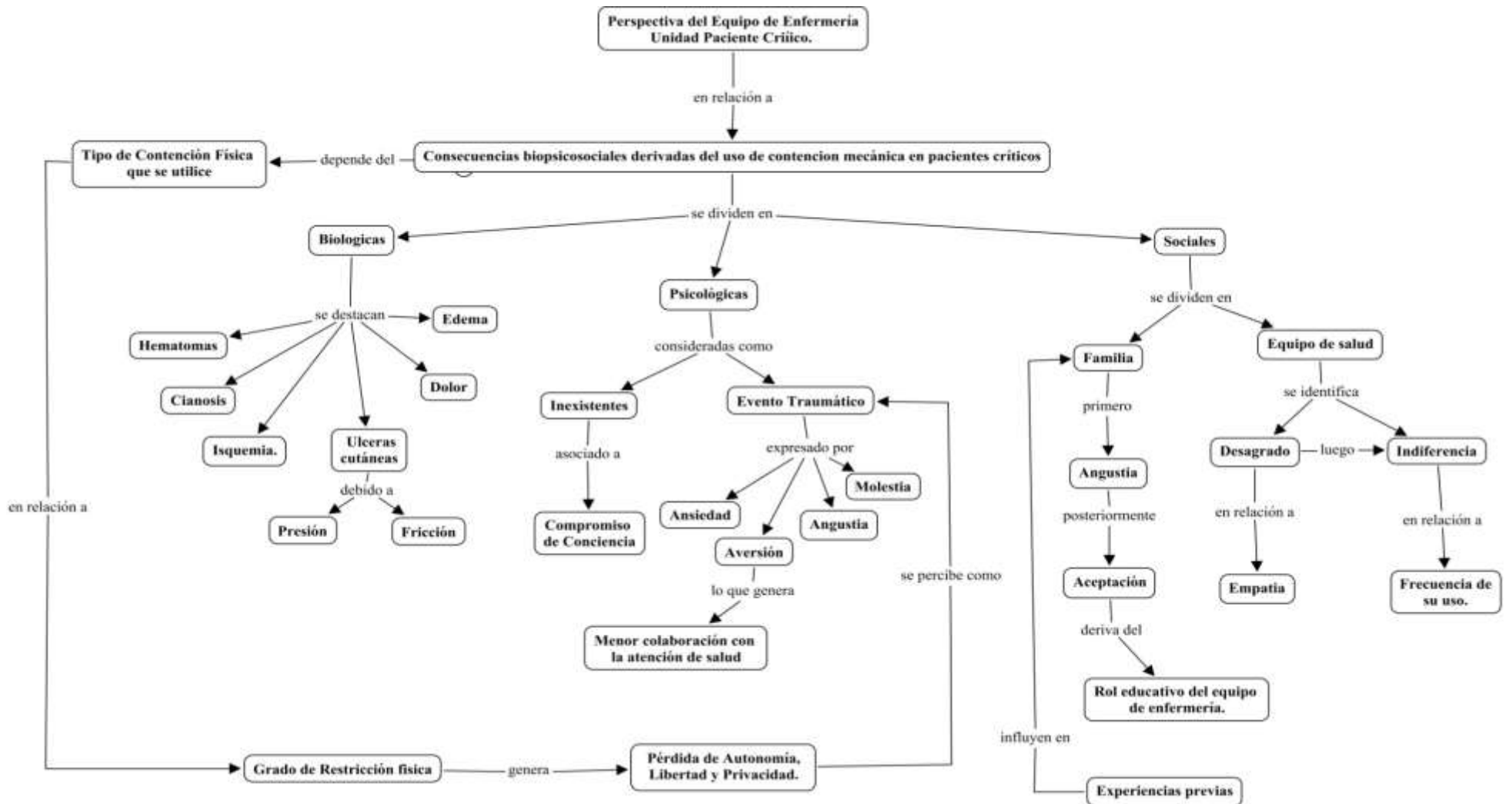
*"... lo que más tenemos nosotros son como valvas, se han diseñado acá mismo, porque abajo en lavandería no entienden como se hace, la enfermera debería traer acá a la persona para que vea como se amarra y como se usa porque ellos hacen algo que no ven funcionando, entonces no saben cómo funciona cómo mejor hacerlo."*

Por último, el estamento técnico de enfermería tanto de UTI como de UCI ha mencionado que existe un **déficit de disponibilidad de dispositivos** que respondan a las demandas de la unidad clínica, debido al alto recambio de dichos dispositivos, ya sea por necesidad o por el desgaste de los mismos, lo cual predispone al uso de contenciones en mal estado (mojadas, manchadas, rotas, deterioradas, etc.), aumentando el riesgo de desarrollar consecuencias nocivas en el paciente usuario de contención mecánica.

*“...hemos llegado a tener últimamente con la escasez de ropa que tenemos, hemos llegado a no tener contenciones, hemos llegado al extremo de sacarle contención a un paciente para ponerle a otro...”*

*“...nosotros tenemos que cambiárselas a los pacientes porque los pacientes a veces se manchan con sangre, se mojan o bien simplemente porque el paciente transpira y uno lo baña y no tiene sentido que usted lo bañe, lo lave y le ponga la misma contención transpirada, entonces más que nada eso, falta de contención...”*

### 6.4.1 MAPA CONCEPTUAL N° 4: CONSECUENCIAS BIOPSIICOSOCIALES DERIVADAS DEL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA



## 6.4.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENÓMENO

Las **consecuencias biopsicosociales** derivadas del uso de contención mecánica, según la perspectiva del equipo de enfermería están asociadas al tipo de contención que se utilice, por ejemplo, en pacientes usuarios de contención toracoabdominal los riesgos asociados son mayormente significativos en comparación a la contención de extremidades, debido al mayor grado de restricción física que genera, aumentando el riesgo de desarrollar lesiones físicas y ocasionado mayor impacto emocional en el paciente, la familia y en el equipo de enfermería.

### 6.4.2.1 CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS ASOCIADAS AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.

En primer lugar las **consecuencias biológicas** señaladas por el equipo de enfermería tuvieron relación principalmente a lesiones cutáneas y neurovasculares producto a la presión ejercida por la contención y a la fricción constante que ejerce un paciente contenido tales como: hematomas, edema, cianosis, isquemia, dolor, úlceras. Cabe mencionar que se ha destacado que la aparición de dichas consecuencias estaría influida mayormente con los cuidados de enfermería ineficientes o inefectivos.

*"Las físicas es el daño propio de la piel po, que vaya a lesionar la piel, que vaya a provocar alguna úlcera, es que la fricción mal que mal constante que estás provocando; edema porque de repente quedan muy apretadas las contenciones y afecta a la circulación..."*

*"...se hacen muchas lesiones, pero son lesiones más abrasivas o depende si el paciente es muy delicado se forman más hematomas"*

*"... porque si está muy apretada van a ver la mano de color azul o roja, hiperémica, con edema o lesiones."*

*..."provoca estrés y dolor si es que él ocasiona fuerza"*

#### 6.4.2.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN EL PACIENTE ASOCIADAS AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.

Frente a las **consecuencias psicológicas** en el paciente contenido, el equipo de enfermería manifestó dos posturas de acuerdo a la unidad a la cual pertenecían:

En la unidad de la UCI se manifestó la **inexistencia** de éstas, lo que está asociado al compromiso de conciencia y al estado de sedación que los pacientes presentan al momento de la aplicación del procedimiento, afirmando que al recuperar la conciencia no recuerdan lo sucedido.

*“...No hemos tenido muchos casos de la parte psicológica porque muchas veces los pacientes no están en sus cinco sentidos, no están conscientes de las situaciones y del ambiente donde están...”*

*“Hasta ahora no, no hemos visto, por lo menos de los años que trabajo acá no he visto que haya habido un impacto tan relevante porque la mayoría después ni se acuerdan de que estuvieron contenidos...”*

Por el contrario en la UTI, se señaló que existe un impacto psicológico en éstos pacientes, destacándose en varias ocasiones como un **evento traumático**.

*“...Yo creo que es algo traumático principalmente, porque hay pacientes que despiertan y se dan cuenta que están en el lugar que no conocen y más encima amarrados...”*

*“Lo primero el trauma interno personal de ellos, sentirse amarrados a una cama, porque ellos están amarrados a una cama, uno les dice contenciones pero están amarrados a una cama. Ellos se sienten muy mal...”*

Por lo cual, el equipo de enfermería de la UTI han referido que los pacientes experimentan sentimientos de **molestia, ansiedad, preocupación y angustia** producto de la inmovilidad que esta medida conlleva, repercutiendo en la **privacidad** de estos pacientes en relación a la satisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, eliminación, cambios de posición, aseo y confort, etc. generando un estado de suma dependencia a una tercera persona, en este caso, del personal sanitario.

*“Porque saben que ahí no se pueden mover, que si le pica la nariz no se pueden rascar, si les duele algo o si se quieren dar vuelta no pueden, los cambios de posición también se ven limitados...”*

*“O sea de primera cuando yo entré era algo terrible, porque yo creo que pasai a llevar tu privacidad, no creo que en ningún caso te gustaría estar contenida, pero al final si tu lo ves por el lado positivo que es por tu bien...”*

En relación a lo anteriormente expuesto el equipo de enfermería, tanto enfermeras (os) como técnicos de UTI, reconoce que la restricción física que conlleva el uso de medidas de contención mecánica repercute en los derechos universales de **Autonomía y Libertad** de dichos pacientes.

*“...Dan por hecho que están presos, dicen -¡Suéltenme, Llamen a la policía!, o ¿qué he hecho yo? ¿Por qué me tienen amarrado? -...”*

*“...Yo creo que hay un impacto psicológico que en el paciente puede generar el despertar digamos contenido, porque no se puede mover con libertad...”*

*“...En la parte psicológica, los pacientes para ellos no están contenido, están amarrados, para ellos como que pierden parte de su autonomía o su libertad en cierto punto, porque ellos sienten que los tenemos contra su voluntad...”*

Además profesionales de enfermería de la UTI, menciona la presencia de sentimientos de **aversión** por parte de los pacientes usuarios de esta medida, tanto con el procedimiento en sí, como con el personal que ejecutó dicho procedimiento, lo que en un futuro conllevaría a problemáticas en la colaboración del paciente con la atención de salud.

*“Aversión, en realidad, porque van a ver la contención y ya saben, estoy infiriendo, que ven la contención en una segunda oportunidad y van a decir -¡Nooo, si ya me han amarrado una vez!- uno lo ha escuchado...”*

*“En lo psicológico yo creo que produce aversión, porque puede estar confuso pero vigíl y ve que Juanita lo amarró, después con Juanita puede estar más agresivo... ansiedad, preocupación, tristeza, angustia puede ser también, menor colaboración con la atención...”*

Es de importancia mencionar, que si bien no está expresado explícitamente que el uso de esta medida sea empleada como castigo para el paciente, es posible inferir por medio del análisis de los discursos expresados por el equipo técnico de enfermería, que la aplicación de contención mecánica puede adquirir carácter punitivo.

*“...Nosotros vamos y los contenemos emocionalmente también, conversamos con ellos y por ahí les decimos igual: "ya si usted se porta bien lo suelto.”*

*“...Pero de repente igual se les dice "no se vaya a portar mal porque lo vamos a volver a amarrar.”*

*“...entonces empiezas a juntarte con el dialogo con él y le dices: -Entonces ya estas más tranquilo ahora te voy a soltar las extremidades inferiores, si mas rato estas tranquilo, estas bien te suelto las superiores-...”*

#### **6.4.2.3 CONSECUENCIAS SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA**

Finalmente, con respecto a las consecuencias sociales señaladas por el equipo de enfermería, se encuentran dos áreas importantes a destacar, por una parte la percepción de rechazo o aceptación de este procedimiento por parte de la **familia** de pacientes usuarios de contención mecánica y por otra, el impacto emocional que esta medida puede ocasionar en el **equipo de salud**.

Con respecto a los familiares, según el equipo de enfermería, sería el grupo que experimentarían repercusiones más significativas, siendo el momento de mayor impacto al ver a su familiar contenido por primera vez.

*“Yo creo que más para los pacientes es para la familia, la familia a veces se impresiona mucho por verlos amarrados, hay gente que se molesta...”*

*“...lo fuerte de ver al familiar, ellos no lo ven como la contención necesaria para evitar un riesgo, sino más bien los ven como amarrados entonces hay que explicarles por qué están así...”*

*“En la hora de visita lo primero que van a ver es que están contenidos y amarrados, de por si genera algo penca cuando ves a tu familiar amarrado.”*

Además el equipo de enfermería menciona que los familiares expresan sentimientos de **desconfianza, preocupación y angustia**, percepción que está en estrecha relación con las experiencias previas vividas por éstos y por la información que reciban acerca del motivo y riesgos del uso de contención, señalando que si bien existe un desagrado por el uso de esta medida, al fin y al cabo la comprenden y la **aceptan**. No obstante, se señala que existen casos minoritarios en los cuales la familia no respeta la mantención de este dispositivo.

*“Con respecto a la familia, si a veces es bien recibido, ahora si es primera vez que le sucede, ahí se complican, pudiera haber un poco de desconfianza, con toda razón hay preocupación, igual angustia...”*

*“En general el familiar pregunta por qué está amarrado y uno les explica la condición que llegó, lo que puede pasar, porque tiene vías, tiene muchas cosas que son importantes para su salud y uno para evitar que se saque las vías y que lo vuelvan a*

*pinchar y cosas que dependen de su estado de salud se les explica y la familia acepta las condiciones, ellos ven que es por el bien de su familiar y su estado de salud por lo general no hemos tenido problemas con ellos...”*

*“...muchas veces hemos tenido que ellos mismos los sueltan porque encuentran que es injusto pero ellos mismos después se dan cuenta de que tienen que estar así...”*

Cabe señalar que el proceso de aceptación por parte de la familia es más rápido cuando existen antecedentes previos de cuadros de desorientación, agitación y/o agresividad del paciente, señalando incluso sentimientos de agradecimiento.

*“Hay a veces pacientes que conocen a su familiar directamente porque saben cuando su familiar se enferma en su casa, se desorientan y pasan por ese drama y ven que está amarrado y como que lo aceptan que está bien eso...”*

*“...también puede ser bien recibido cuando ya saben que siempre se escapa en la casa o estuvo hospitalizado en otro centro asistencial y en esos casos lo agradecen, nos piden que los amarremos...”*

Para finalizar, es importante destacar que existe un impacto en el equipo de enfermería al ejecutar este procedimiento, los cuales señalan que existe un **desagrado** en su utilización, lo que deriva de la empatía de éstos con sus pacientes, manifestando incluso sentimientos de desconuelo frente al fallecimiento de un paciente contenido.

*“... por mi apreciación obviamente genera algún impacto porque muchas veces tu tratas de hacerlo lo más sutilmente que se pueda hacer y muchas veces cometes errores, se comenten errores, se sueltan las contenciones, se sacan sondas, entonces si tiene que llegar uno y poner un poco más de fuerza al tema de la contención y igual es penca porque estay con una persona no con un animal. Así que por lo menos yo si veo que igual es fome, no es la idea es tener amarrado a una persona”.*

*“... es impactante, yo lo entiendo, mira aquí lo más importante es ponerte en el lugar de la otra persona porque si yo veo que a mi mama me la tienen amarrada así (señala pierna amarrada bruscamente) voy a creer que piensan que es un animal entonces en cambio si tu le dices antes a la familia tu le explicas que en el fondo para ella contenerla es lo mejor y que nosotros estamos constantemente evaluando, entonces así la gente cero problemas”.*

*“Así que lo primero que hacemos, no le sacamos ni el tubo, ni la foley ni el monitor. Lo primero que sacamos es la contención y le hacemos algún nanai. Piensas que lo último que pensaron ellos -¡Me están amarrando, me están amarrando, me están castigando!- y se fueron así, y eso produce un desconuelo. Porque a ti te pueden decir cuando se te muere alguien que fue feliz hasta el último minuto –no po, no fue así- o dicen ¡quiero agua, quiero agua!, están contenidos, entonces se te suma que murió muerto de sed y además se murió contenido...”*



Sin embargo, el equipo de enfermería también manifestó que, si bien en un principio, al aplicar la contención mecánica experimentan sentimientos de pena y desconsuelo, debido a la alta frecuencia de utilización de este procedimiento éstos se transforman a largo plazo, en **sentimientos de indiferencia**, considerando esta medida como un procedimiento de rutina, de tal forma que en un discurso se asemeja con el aseo diario del paciente.

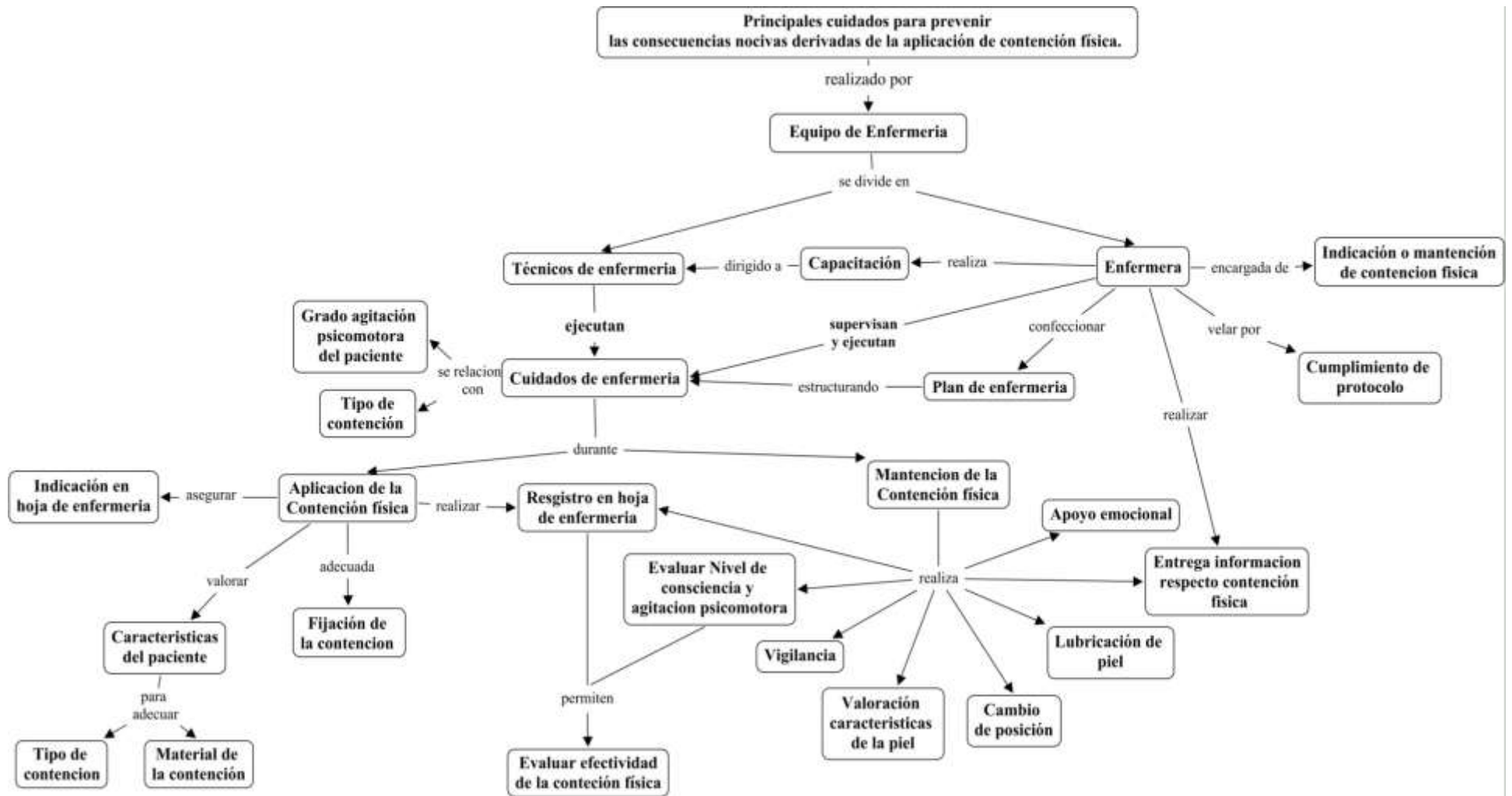
*“... a mi antes me daba así como mmm... pena. Pero sabes que después te acostumbras porque es un bien, como yo te decía, un mal necesario, hay que hacerlo porque si no el paciente más riesgo de provocarse lesiones solo, de sacarse todo el tema invasivo que se le coloca, un catéter, una sonda es complicado ponerlo, cuando lo coloca una enfermera es complicado... pero sabes que a mi ahora, con el tiempo que llevo trabajando, no me provoca ya, es la costumbre...”*

*“...yo creo que ya es rutinario. Nosotros sabemos que viene un ingreso y tenemos las contenciones a mano, uno cuando ordena la unidad para el ingreso ya tenemos las contenciones ahí para... o sea viniendo con ventilador mecánico las tenemos listas. Ya es parte de la rutina...”*

*“...yo creo que ya está un poco mecanizado, no genera un impacto psicológico de ponerse en el lugar de la persona y pensar en cómo se va a sentir contenido...”*

*“...es una de las indicaciones rutinarias en la atención lamentablemente ya, ha pasado a ser tan rutinario como el aseo de un paciente”.*

**6.5.1 MAPA CONCEPTUAL N° 5: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR CONSECUENCIAS BIOPSIOSOCIALES DERIVADAS DEL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA .**



## 6.5.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENÓMENO

Conforme al análisis de los discursos del equipo de enfermería pertenecientes a la UPC, en relación a los **cuidados de enfermería** proporcionados a los pacientes con contención mecánica, tanto enfermeros(as) como técnicos de enfermería trabajan en conjunto con el fin de prevenir la aparición de consecuencias biopsicosociales derivadas de la aplicación de dicho procedimiento.

Los **profesionales de enfermería** han referido tener diferentes funciones, entre las cuales destacan estar encargados de la **indicación** de la contención mecánica, velar por el cumplimiento del protocolo de “contención mecánica en pacientes con agitación psicomotora”, planificar, ejecutar y evaluar el **plan de cuidados** de enfermería, además de **supervisar** constantemente el cumplimiento de estos, **informar** al paciente y/o familia respecto al procedimiento.

*“Si haces un buen plan de enfermería si te estructuras bien, a la vez también delegas a la otra parte del personal, en este caso los chicos, los paramédicos también están vigilando, son los que la cambian, los que verifican tiene que haber buena comunicación a una. Que más te puedo decir aplicar bien el protocolo...”*

Además los profesionales de enfermería realizan la **capacitación** al personal durante el proceso de orientación al servicio, en base a dos temáticas: manejo del paciente usuario de contención mecánica y manejo de pacientes durante episodios de agitación psicomotora. El equipo técnico de enfermería manifestó la importancia de ésta capacitación en forma periódica para la correcta aplicación y manejo de la contención mecánica en su quehacer laboral.

*“Todo esto lo aprendimos bueno de la práctica, y a mí en lo personal a mí me tocó capacitarme cuando ingresé acá entonces en esas capacitaciones uno va viendo el procedimiento, la enfermera te va explicando... significó de harta ayuda en el aprendizaje”*.

*“... también dar información al personal para que su conducta sea así igual, ellos lo saben, lo hacen así también, que digan -¡Vamos a poner unas cositas en las manitos!-, con tono suave”*.

Según lo narrado por los informantes del equipo de enfermería, los cuidados se identificaron en dos momentos: durante la aplicación y mantención de ésta, en donde el rol principal es de los técnicos de enfermería mediante la ejecución de cuidados que fueron establecidos por el profesional de enfermería.

### 6.5.3 CUIDADOS DURANTE LA APLICACIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Técnicos de enfermería de ambas unidades, señalaron que durante la aplicación de la contención mecánica, primero se corrobora la **indicación de contención mecánica en hoja de registro de enfermería**, luego se valora las **características del paciente**, las cuales son fundamentales en la elección del tipo de contención a utilizar y si es necesario o no adecuar el material de la contención de acuerdo a las características del paciente.

*“Tiene que estar indicado por la enfermera, en la hoja de enfermería...”*

*“Por ejemplo, si es un paciente insuficiente renal que posee una fistula ya ahí no es una simple contención mecánica, vemos como lo vamos a hacer, que le vamos a poner una protección para la piel y de ahí lo vamos a contener”*

Además los informantes señalan que durante la **fijación de la contención**, dentro de los principales cuidados se encuentran procurar que el dispositivo no quede ejerciendo excesiva presión sobre la piel, asegurar la inmovilidad de la extremidad y favorecer la posición anatómica en el paciente. Además es importante que la sujeción del dispositivo a la cama sea seguro y efectivo, lo cual, dependerá del tipo de contención a utilizar.

*“...tiene que haber dos traveses de dedo que tiene que pasar hacia la contención para que no corte la circulación de la extremidad, todo eso tiene que ser bien cuidadoso para que no se ahorque la muñeca. Y obviamente tiene que ser a distal la fijación para que no haya peligro de autoextubación, porque a veces los pacientes están muy agitados, se van bajando y una vez que se bajan, la contención si queda muy hacia atrás, muy hacia la cabeza, el paciente se baja y ahí es donde queda movable la mano”*

*“El tema del pulpo, acá se fija a la base de la cama que se levanta, a esa parte se fijan las tiras porque si tú lo amarras a eso, se va subiendo no genera tensión. Porque si tú lo fijas a los fierros que están detrás de la cama, tú subes al paciente y va a aquedar apretado. Así que es la particularidad de esa contención que tiene que estar en la parte móvil del respaldo”.*

### 6.5.2 CUIDADOS DURANTE LA MANTENCIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Dentro de los cuidados de enfermería señalados por los informantes en la mantención de la contención mecánica se encuentra la **vigilancia**, la cual está enfocada a detectar la aparición de lesiones principalmente asociada a la fijación de la contención.

Por otra parte procuran mantener la indemnidad de la piel mediante **cambio de posición del paciente** y la **lubricación en los puntos de apoyo** tanto de la contención como de las prominencias óseas del paciente. Señalando además, la necesidad del uso de dispositivos extras para prevenir aparición de lesiones producto a la inmovilidad que implica la contención mecánica, tales como el colchón antiescaras.

*“...después uno la va revisando porque hay casos en que los pacientes se agitan y como que va apretando la contención o bien la va soltando al revés...observar digamos la perfusión, de repente quedan muy apretadas y tú ves que tiene la mano ya media hinchadita o media morada, hay que obviamente ajustarla”.*

*“... cada vez que uno la mueve al paciente uno le suelta las contenciones, las suelta para movilizarlo, que son cada tres horas y que uno le echa cremita en la espalda, colonia, lo pone de lado si es posible, entonces ahí uno revisa la contención, si está bien, si está mal, si el paciente está agitado igual hay que revisarla, porque si el paciente hace mucha fuerza se suelta... se sueltan las tiras de las costura a veces se suelta, se descose, de eso me fijo”.*

*“... como van a quedar más inmóviles en la cama, es importante ponerle el colchón antiescaras...”*

Además, el equipo de enfermería señala que la contención mecánica debe ser aplicada de forma intermitente, para ello, evalúan de manera constante la posibilidad de la suspensión de ésta medida terapéutica. Además, los técnicos de enfermería han mencionado que en aquellos pacientes que no cumplen las condiciones adecuadas para suspender el uso de contención mecánica, este personal procura realizar el retiro momentáneo de estos dispositivos, principalmente en aquellos momentos de acompañamiento y vigilancia permanente como por ejemplo durante los cambios de posición.

*“Nosotros vemos la evaluación física y mental del paciente en este caso si está orientado podemos retirar la contención”.*

*“... le decimos a la enfermera este paciente no se mueve podemos dejarlo sin contención para que ella deje registrado en la hoja que el paciente queda sin contención porque no puede estar la contención indicada...”*

*“...en cada horario los movemos y los desatamos, los dejamos libres, pero cuando nosotros vemos si po...”.*

*“...es que ahí, se puede descontener por un momento para que haga las cosas que quiera hacer”*

Por otro lado, los profesionales de enfermería destacaron que los cuidados de enfermería están en estrecha relación con el **tipo de contención mecánica que se utilice**, si bien se señaló que toda contención mecánica implica riesgos negativos en el paciente, lo

que demanda mayor cantidad de cuidados de enfermería, los cuales deben ser más exhaustivos en pacientes usuarios de contención mecánica generalizada.

*“Todas la contenciones tienen su riesgo por eso los cuidados tienen que ser mucho mayores cuando lo tienes contenido”.*

*“...una contención que te abarca una zona del tórax, si la persona se te baja, alto es el riesgo de asfixia... eso significa que tienes que aumentar los cuidados con esa persona, aquí la vigilancia es mucho más estricta y controlado”.*

El equipo de enfermería confiere la relevancia a la **evaluación periódica de la efectividad de la contención mecánica**, con el fin de modificar el grado de restricción de ésta o de solicitar alguna contención complementaria. Esta evaluación se obtiene mediante la **valoración constante** y los **registros de enfermería** respecto al nivel de conciencia del paciente, su conducta, su orientación, su grado de agitación psicomotora, etc.

*“...después evaluación enseguida si funciona la contención mecánica o no, para poder resolicitar la evaluación médica para mejorar o indicar la contención farmacológica...”*

*“...al recibir el turno y al entregar el turno nosotros dejamos un registro escrito en el dorso de la hoja de enfermería donde todos los días realizamos una evaluación de enfermería donde describimos el examen físico completo del paciente y ahí dejamos si esta contenido, cómo esta contenido, de que hizo una ulcera por presión o el estado de conciencia, o ponemos -"Este paciente podría estar sin contención pero por precaución se deja contenido"- así que tratamos que haya un buen registro. Así que eso, evaluación, registros”.*

Además, los informantes señalan cuidados de enfermería abocados específicamente a la prevención de consecuencias psicosociales producto del uso de la contención mecánica, entre las cuales se destacan:

Enfermeros y técnicos de enfermería señalan la importancia de valorar el estado de ánimo del paciente y brindarle **apoyo emocional**, siendo más exhaustivo en pacientes que se detecte alguna alteración en este ámbito.

*“... vemos su estado de conciencia, si lo está pasando mal o solamente es maña y quiere sacarse las cosas, o de verdad esta pasándola mal”.*

*“Cada vez que un paciente se deprime nosotros vamos y los contenemos emocionalmente también, conversamos con ellos...”*

Han señalado además, que es necesaria la **entrega de información** adecuada y oportuna al paciente, independiente de su estado de conciencia, en relación a la importancia del uso de contención mecánica, con el objetivo de intentar obtener su colaboración.

*“Entonces entregar información adecuada, en el lugar adecuado, en el tono adecuado con la escala de volumen adecuado y tratar de ser empática, tratar de crear una cercanía física, para que él entienda que yo lo puedo tocar, y que no siempre que yo me acerque, es para hacerle daño”.*

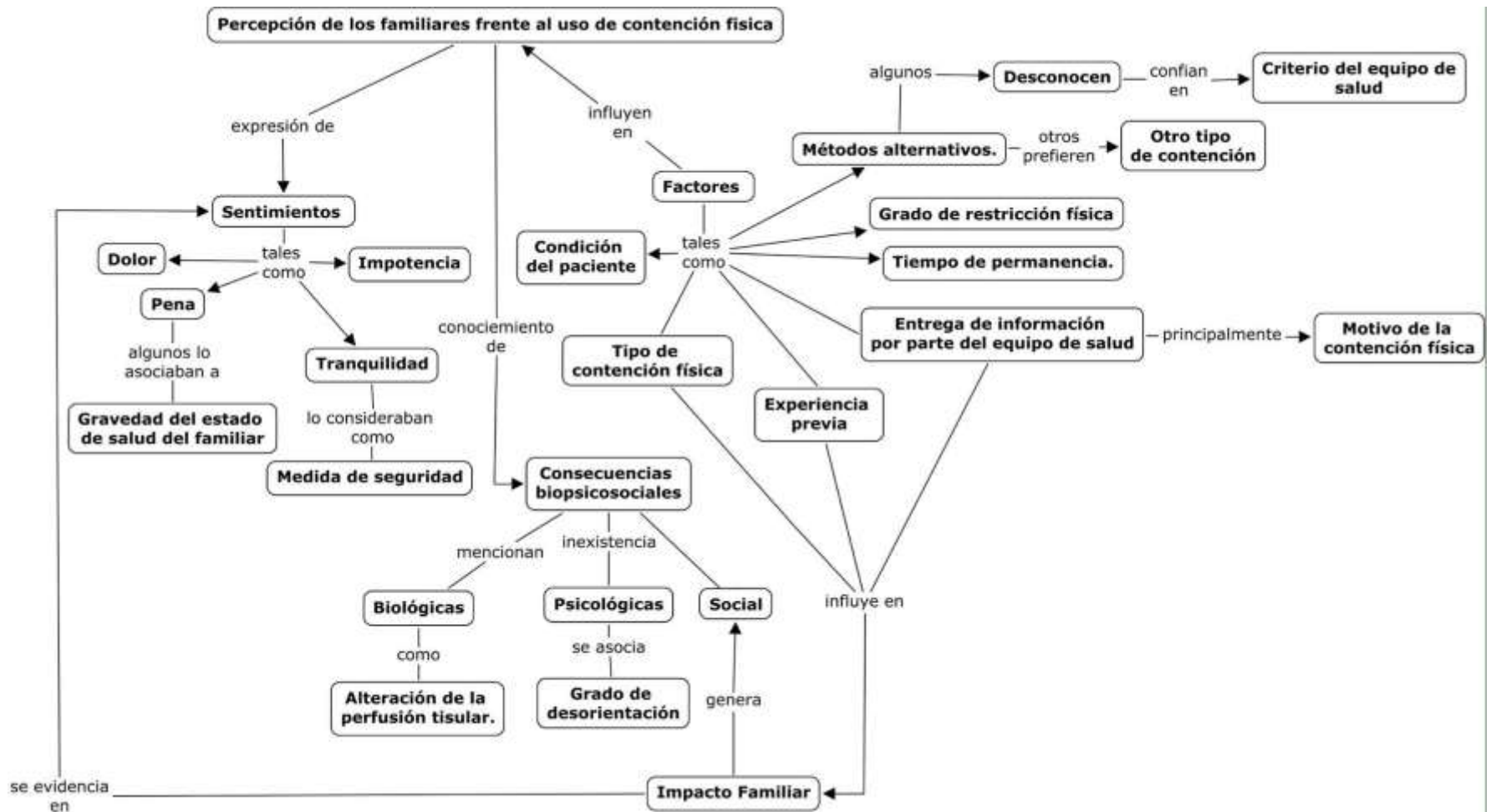
*“Bueno se les explica la situación, al paciente antes de contenerlo se explica que se van a contener, bueno en el momento yo sé que no te van a entender pero uno como TENS está tratando con personas entonces tienes que explicarles la situación que va a quedar contenido”.*

Finalmente, los profesionales de enfermería han manifestado que se les brinda información a los familiares respecto a la contención mecánica, durante el proceso de ingreso a la unidad y/o al momento de aplicación de dicho procedimiento, esta información alude al motivo e importancia del uso de contención mecánica y los riesgos asociados a ésta, con el fin de disminuir el impacto emocional que esta medida genera.

*“...nosotros tenemos un plan de acogida en la unidad y en base al plan de acogida uno les explica todo a los familiares... se explica que cuando ingrese a ver a su familiar lo va a ver conectado a un ventilador que tiene un tubo que lo está ayudando a respirar, que esta contenido para evitar riesgo primero de autoextubación y a la vez de caída, porque no están bien de conciencia entonces la gente comprende el por qué está su familiar en esa condición.”*

*“...es explicarles el riesgo que contiene tener paciente de ese tipo, digamos con ese diagnóstico, y así desorientado el riesgo que tiene para ellos mismos el estar sueltos, sin que uno lo está conteniendo y también se le explica que puede existir el riesgo menor al hecho de que se puedan rozar, porque en el fondo para ellos es menor”.*

**6.6.1 MAPA CONCEPTUAL N° 6: PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS RESPECTO AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.**





## 6.6.2 REGISTRO NARRATIVO DEL FENÓMENO

Dentro de los sentimientos identificados por parte de algunos familiares de pacientes contenidos físicamente fueron **dolor, pena e impotencia**. Para algunos, el sentimiento de pena estaba más asociado a la gravedad del estado de salud de su familiar, pasando la contención mecánica a segundo plano.

*"Impotencia de no poder llegar y sacarle sus cosas y que ella pueda acomodarse por último el oxígeno, o se pueda rascarse o no sé, es más impotencia de no poder hacerlo".*

*"...me dio mucha pena ver a mi mamá así amarradita".*

*"Me provoca dolor".*

*"Sabe que sinceramente así como está, que era una mínima amarra, sabe que eso no me dio tanta pena ni nada, sino el verla en el estado que estaba cierto, eso me dio pena, por su situación de salud".*

Otros familiares expresaron sentimientos de **tranquilidad**, ya que consideran la contención mecánica como una **medida de seguridad** necesaria que permite disminuir el riesgo de presentar alguna complicación en el estado de salud de su familiar, identificando principalmente la prevención de caídas y el autoretiro de dispositivos invasivos.

*"Tranquilidad, porque a lo mejor le puede dar... para su enfermedad o sea para que no vaya a darse vuelta o se vaya a pasar a sacar y eso la complica más entonces, me da tranquilidad, más tranquilidad que nada".*

*"Me siento más segura porque así yo sé que no va a tener problemas de que se va a caer o que no se va a sacar las cosas, los aparatos que le ponen".*

*"Es tranquilidad, porque de esa forma está más tranquilo, está más protegido..."*

La mayoría de los familiares consideraban que la contención mecánica es una medida terapéutica necesaria y de beneficencia para el paciente y estaban de acuerdo con la medida terapéutica.

*"...pero yo creo que es para tranquilidad, yo creo que es una seguridad para ella".*

*"...yo hallo mira que cuando sea necesario no le viene mal una amarradita de repente al paciente, por su bien, porque resulta que se mandan cama abajo, ves tú, entonces si se puede evitar algo peor todavía".*

En cuanto a las **consecuencias biopsicosociales** derivadas del uso de la contención mecánica, la mayoría de los familiares manifiestan la inexistencia de ellas, considerándolo como un procedimiento inocuo, altamente utilizado y necesario.

*"No, no creo que le produzca alguna consecuencia, yo no lo veo de forma negativa, tampoco positiva, pero yo creo que es necesario, en ese caso de su enfermedad"*

*"Esto viene de años porque, yo no he sabido que alguien haya muerto por estar amarradito".*

Sin embargo, un familiar manifestó en su discurso la experiencia de visualizar una **consecuencia biológica**, como la isquemia, asociado a la inadecuada aplicación de la contención mecánica.

*"Yo la vi amarrada de las manitos, y sus manos estaban azules y frías, y yo llego y empiezo a estirarle sus manos y a pedirle que se relaje y empecé a entibiarle la mano, la tenia azul donde la tenía muy allegada a su cuerpo"*

En cuanto a las **consecuencias psicológicas**, refieren la inexistencia de éstas, algunos por desconocimiento, otros porque lo asocian al compromiso de consciencia que los pacientes presentan y otros afirman que sus seres queridos saben que es por su bien. Además algunos afirmaban que sus familiares recordaban el haber estado contenido pero que no presentaban algún tipo de repercusión emocional.

*"Yo lo considero bueno para todo, no sé si tendrá transcendencia mas allá no lo manejo"*

*"No, porque ella esta media ida y no sabe lo que pasa a su alrededor, no sabe nada"*

*"No creo que le cause alguna consecuencia, porque él sabe que es por su bien, él sabe y él entiende las cosas también".*

### 6.6.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES FRENTE AL USO DE CONTENCIÓN MECÁNICA.

Es posible desprender de los discursos narrados por familiares de pacientes usuarios de contención mecánica, que su percepción respecto a la utilización de dicho procedimiento se ve influida por diversos factores entre los cuales podemos mencionar:

**La condición del paciente**, considerada como la justificación más prevalente del uso de la contención mecánica. Para algunos estaba asociado al grado de desorientación y la frecuencia de conductas de agresividad o intranquilidad por parte de su ser querido y en otros como una medida de prevención durante el proceso de suspensión del efecto de la sedación.

*"yo creo que esta dentro de lo bueno, o sea, no lo veo malo porque hay gente que reacciona así agresiva probablemente, así que yo lo veo que está dentro de lo normal..."*

*"Pero si es para el bien de ella, es una parte de tranquilidad y seguridad para ella para que no se vaya a sacar ni a mover nada de lo que está dentro de su tratamiento..."*

*"...que era justamente para evitar que ella se pueda sacar en el momento de despertar, alguna reacción que pueda tener sacarse alguna manguera po..."*

Además el **tipo de contención mecánica** utilizada también alude al impacto en el familiar, siendo las muñequeras las que producen menor impacto.

*"Ella estaba amarradita de las manitos no más."*

La **experiencia previa** es un factor muy relevante, ya que los familiares que conocían la medida manifestaban una mayor aceptación del procedimiento. Sin embargo, hubo un caso donde la experiencia previa había sido muy traumática, por lo cual al verla nuevamente contenida revivió su mala experiencia, aflorando sentimientos de dolor.

*"Tiene que hacerlo así porque sino... porque ya paso una vez que estubo hospitalizado y se cayó de la cama porque él se levantó, y se cayó, entonces más por seguridad de él"*

*"A mí me cala muy hondo este tema que usted me está comentando, por el hecho que mi hija había estado en una crisis, doce días amarrada en psiquiatría... en la UCI no fue tan duro, pero es como que te vuelven a meter el dedo en la herida un poquito más suave no más"*.

*"...me siento más segura porque así se que no va a tener problemas de que se va a caer que no se va a sacar las cosas, los aparatos que le ponen, porque antes ya se había sacado ya..."*

Además los familiares destacan la importancia de la **entrega de información** por parte del equipo de salud, ya que favorece la cooperación y la comprensión del uso de la contención mecánica por parte de éstos e influye en el impacto que pueda ocasionar en el familiar al verlo por primera vez contenido. La mayoría de los entrevistados refiere haber recibido algún tipo de información respecto al uso de la contención mecánica, este grupo manifestaba mayor aceptación de la medida y referían que no les causó ninguna impresión ni sorpresa el ver a su familiar contenido físicamente, ya que tenían conocimiento del **motivo y de la importancia de la medida**, siendo las más predominantes la prevención de caídas y autoretiro de dispositivos invasivos. Ya que, por tratarse de pacientes críticos, éstos generalmente son usuarios de muchos dispositivos importantes para favorecer su recuperación lo que, sumado a su compromiso de consciencia, presentan mayor riesgo de interrumpir o afectar el tratamiento que se le estaba brindando.

*“Yo creo que en pacientes que agresivamente se sacan las cosas que empiezan a... yo pienso que para esas personas, yo creo que la contención mecánica puede ir”.*

*“Entonces como ella días atrás estaba media inquieta, entonces era necesaria esas amarritas para que no se, así como le contaba ayer, por lo cables que tenía y todo, entonces yo lo halle necesario...”*

*“me informaron que le pusieron esas contenciones para su seguridad en caso que despertara, para evitar algún tipo de heridas”.*

*“me informaron que el motivo fue porque él se saca los aparatos, porque no está tranquilo”*

*“Bueno el joven me explicó al tiro que lo tienen para la reacción que puede tener un paciente en el momento de despertar...”*

Sin embargo, hubo algunos que no fueron informados y se evidenció el impacto negativo que les causó el verlos contenidos, causando el rechazo del uso de esta medida.

*“No me informaron, y me causó mucho impacto e impotencia en verla contenida”.*

*“No sé, tal vez porque ella a lo mejor quiso sacarse las cosas que le habían puesto, yo creo que por eso, no sé mas información no tengo.”*

Los familiares además manifiestan que el **grado de restricción física** que deriva de la contención, influye en el bienestar del paciente porque no les permite satisfacer necesidades de manera autónoma, lo cual les causa un impacto negativo generando sentimientos de impotencia al no poder ayudarlo.

*“Su mano la tenía muy allegada a su cuerpo y yo dije está bien la contención puede ir, pero para que tan corta, podían haberle dado un poquitito mas para que sus manos lleguen más al medio no tan apegada a la cama.... impotencia de no poder llegar y sacarle sus cosas y que ella pueda acomodarse por último el oxígeno, o se pueda rascarse o no sé, es mas impotencia de no poder hacerlo”.*

Sobre la existencia de **métodos alternativos** la mayoría de los familiares desconocían otras medidas efectivas y confiaban en el criterio utilizado por el equipo de salud. Y para otros, está clara la percepción de que se debiese recurrir a otros métodos de contención menos restrictivo antes de utilizar la contención mecánica, como lo es la farmacológica.

*“Porque si ellos lo hacen es por algo, ¿cierto?, entonces yo no lo vi brutal tampoco, entonces me pareció así, necesario”.*

*“Yo digo bueno tiene que estar así porque no existe otro método”*

*“Bueno hay algunos pacientes que usan la violencia, se sacan las cosas pero yo creo que en ese sentido deberían de administrarles calmantes”*

*“No sé si habrá otro método, no sé, pero si no hay otro método, será necesario, me quedo con eso...”*

El **tiempo de permanencia** del uso de la contención mecánica también influye en la percepción del familiar, refiriendo que la mantención de la contención debiese usarse solo en episodios de agitación psicomotora, por un tiempo acotado y no de uso permanente, lo cual produce un sentimiento de alivio al ver la suspensión de la medida.

*“Hay momentos de tranquilidad del paciente que yo creo que es necesarios el retiro de la contención pero ya cuando entran en desesperación yo creo que ahí va conveniente la sujeción pero no mantenerla las veinticuatro horas en el día”*

*“Después uno vuelve a venir y no pilla esas amarritas, es como un gran consuelo”*

## 7. DISCUSIÓN

La contención mecánica como medida terapéutica está dirigida a garantizar la seguridad de los pacientes y el personal de salud a través de la limitación del grado de movilidad de la persona (3, 5, 7, 11). En el estudio realizado se reconoce el uso de esta medida terapéutica como necesaria y fundamental para el quehacer laboral, puesto que favorece la seguridad tanto del paciente como del personal de salud, considerándose como un procedimiento altamente utilizado en la unidad, formando parte de la rutina diaria.

En relación a los objetivos de la indicación o mantención de este procedimiento se han propuesto el tratar y/o prevenir estados de agitación psicomotora, evitar alteraciones en el tratamiento, prevención de lesiones al equipo de salud y prevención de caídas y con ello lesiones al paciente, aspectos que concuerdan con un estudio realizado por Pérez de Ciriza et al (12), investigación que concluyó que los motivos de indicación de contención mecánica en una UCI, fueron por riesgo de interferencia con el tratamiento, riesgo de agitación o por riesgo de autolesión y lesión a terceros.

En las Unidades de Paciente Crítico que fueron investigadas en este estudio se logró identificar que los criterios de indicación utilizadas concuerdan con los descritos en la literatura, sin embargo entre las dos unidades que conforman la UPC existe una diferencia en cuanto al motivo de aplicación de la contención mecánica que predomina en cada unidad. En UCI, debido al perfil de pacientes, los cuales se encuentran mayormente con ventilación mecánica y con alteración de la conciencia, el uso de contención mecánica se enfoca en la mantención del tratamiento, evitando principalmente el autoretiro de dispositivos de soporte vital, mientras que el uso de esta medida terapéutica en UTI, se dirige a la prevención de caídas en pacientes confusos, desorientados o con factores de riesgo a presentar agitación psicomotora, puesto que la condición de éstos pacientes si bien es crítica, no se encuentran bajo sedación. Frente a esto, los resultados obtenidos se ajustan a los criterios de contención mecánica, la cual debe ser utilizada en pacientes adultos que presenten cuadros de agitación psicomotora, confusión, delirium, o en enfermos que tengan el nivel de conciencia alterado, que se retiren y arranquen sondas, catéteres u otros sistemas de soporte vital y que puedan lesionarse (15, 24).

La contención mecánica según el protocolo institucional no debe ser aplicada como medida de control de los pacientes (24) sin embargo, en la realidad de la UTI se menciona que debido a la alta demanda asistencial que requieren los pacientes, la baja dotación de personal disponible en la unidad y la disposición de las salas no permite tener una vigilancia continua además no existe personal exclusivo para cada paciente en particular, por lo que han tenido

que recurrir a esta medida como apoyo para mantener a los pacientes controlados, asegurándose de disminuir el riesgo de caídas, evitar que logren bajarse de la cama o el autoretirarse los dispositivos invasivos. Lo anterior, genera la necesidad de tomar medidas estructurales y asistenciales necesarias para favorecer la vigilancia de los pacientes y disminuir la incidencia de utilización de la contención mecánica en la unidad, como por ejemplo crear un sistema flexible de acompañamiento de los familiares durante un horario establecido, siempre y cuando no afecte el rol asistencial del equipo de salud.

Además, la literatura expone que el uso de contención mecánica debe ser utilizado como último recurso terapéutico, después de haber fallado las medidas que le anteceden, éstos tipos de medidas para contener son hechas en forma complementaria y progresiva, valorando el comportamiento del paciente y anteponiéndose a los riesgos (8,24,33). Según la información analizada, el equipo de enfermería ha reconocido la existencia de potenciales consecuencias nocivas que derivan de este procedimiento, esforzándose en utilizarla en última instancia. Sin embargo, en la práctica clínica han observado que el uso de otras medidas de contención es inefectivo, insuficiente o están contraindicadas, teniendo que actuar en forma anticipada, tomando decisiones rápidas prefiriendo el uso de contención mecánica como técnica antecesora a otros tipos de contenciones, refiriendo esta medida como efectiva en limitar la capacidad del movimiento del usuario. Además en UTI se ha manifestado que el uso de contención farmacológica es una medida que en la práctica clínica es poco efectiva. En relación a la contención con psicofármacos, en un estudio de Battaglia et al (41) contrasta con la percepción del equipo de enfermería, donde demostró la efectividad de este tipo de contención basada en la mejoría de pacientes agitados afirmados en la cooperación del paciente, y la menor necesidad de requerir contención mecánica.

Por otro lado, se ha coincidido con otros estudios que la efectividad del uso de contención mecánica no garantiza la tranquilidad del paciente (8, 33) que, si bien permite en forma eficaz la sujeción a la cama y la no ocurrencia de eventos adversos, existe el riesgo de que genere un aumento en su estado de agitación y agresividad del paciente repercutiendo en la presencia de consecuencias físicas producto del roce y forcejeo constante de éste con la contención y en problemáticas de colaboración con el personal de salud que lo atiende.

Por otra parte, según lo expuesto en la ley N° 20.584 el uso de contención mecánica debe ser indicada por el profesional médico (28), a nivel local el protocolo institucional referente a la contención mecánica establece que tanto el médico como el profesional de enfermería, son responsables de su indicación (24). Lo anterior se ve reflejado en lo expuesto por los sujetos de investigación, concluyendo que la indicación, mantención y suspensión de la contención mecánica es una actividad preferentemente del profesional de enfermería, quien con la colaboración con el equipo técnico evalúan la necesidad del uso de esta medida.

El uso de la contención mecánica como medida terapéutica implica diversas complicaciones en el ámbito biopsicosocial, las cuales están mayoritariamente atribuidas a la deficiencia en los cuidados de enfermería proporcionados al paciente contenido (14,32), según la información analizada, el equipo de enfermería reconoce las potenciales consecuencias del uso de la contención mecánica en el ámbito biopsicosocial, y la mayoría lo asociaban a los cuidados de enfermería deficientes concordando con lo descrito en la literatura.

En un estudio realizado en España, cuyo objetivo fue analizar las circunstancias en la que se produjo la muerte de 3 ancianos usuarios de contención mecánica en diferentes unidades clínicas, se concluyó que existía la combinación de factores que incrementaban la posibilidad de un accidente asociado al uso de restricciones físicas (42). Hallazgos que se asemejan a lo expuesto en la presente investigación, donde el equipo de enfermería también ha identificado ciertos factores de riesgo que tendrían directa relación con la aparición de consecuencias nocivas derivadas del uso de contenciones mecánicas, los cuales están asociados a las características del paciente; al equipo de salud en relación a cuidados de enfermería insuficientes; y a los recursos materiales respecto al tipo de dispositivo de contención mecánica, al diseño del mismo y a la baja dotación de éstos.

En cuanto a las consecuencias biológicas derivadas del uso de contención mecánica en pacientes críticos, tanto el personal de enfermería como el equipo técnico señalaron principalmente las lesiones neurovasculares, asociadas a la mala fijación de la contención o al forcejeo constante de los pacientes con las sujeciones mecánicas, no identificándose otros riesgos adyacentes como bronco aspiración, fracturas, luxaciones, muerte súbita y trombosis venosa profunda (7, 11, 32, 33), por lo que se puede inferir que, si bien tienen conocimiento de dichas complicaciones, no expresan la contención mecánica como factor de riesgo principal, sino más bien las asocian con mayor fuerza a la condición de salud del paciente y al reposo prolongado de éste.

En relación a las consecuencias psicológicas derivadas del uso de contención mecánica, en un estudio de Pérez de Ciriza et al (12) realizado a pacientes que habían estado con restricción física durante su hospitalización en una UCI, se obtuvo como resultado que los sentimientos y las sensaciones generados en los pacientes producto de la restricción física se destacaron la sensación de estar privados de libertad, incomodidad, fastidio, rabia, humillación y angustia, sentimientos que el equipo de enfermería también ha señalado que estarían presentes en los pacientes usuarios de contención mecánica.

Además el equipo de enfermería ha señalado que existe cierta transgresión a los principios bioéticos de libertad y autonomía en aquellos pacientes usuarios de contención mecánica, hallazgos que concuerdan con un artículo expuesto por el Colegio de Enfermeras de Barcelona (27) donde se expone que es importante la protección de dichos principios fundamentales durante la atención en salud.



Es necesario mencionar, que también se ha reflejado una postura contraria en lo expuesto por algunos profesionales de enfermería y técnicos pertenecientes a la unidad de cuidados intensivos respecto al desarrollo de consecuencias psicológicas en el paciente contenido, los cuales han manifestado la inexistencia de repercusiones psicológicas o emocionales en el paciente usuario de contención mecánica, lo que ha sido atribuido a la alteración de consciencia o al grado de sedación que el paciente presenta durante la aplicación de medidas de contención mecánica. Cabe mencionar que dicho hallazgo no ha sido posible constatar con la literatura debido a la inexistencia de estudios respecto a esta temática.

No obstante a lo anterior, se ha logrado evidenciar que globalmente el equipo de enfermería de la UPC, toma en consideración relevante la existencia de repercusiones psicológicas que puede causar el uso de contención mecánica, tanto en los paciente como los familiares, enfatizando que es mayor la repercusión en éstos últimos.

Estudios demuestran que la causa de consecuencias psicológicas está estrechamente relacionada con la deficiente entrega de información por parte del equipo de salud al paciente y/o familiar sobre el motivo de la aplicación de la contención mecánica (12, 13). Se refuerza esta premisa por parte del equipo de enfermería, quienes han reconocido que la entrega de información es el principal factor influyente en el impacto familiar que produce el uso de contención mecánica, considerándolo como uno de los cuidados de enfermería más relevante para disminuir el riesgo de presentar dicha consecuencia social.

Lo anterior se vio reflejado en la percepción de los familiares entrevistados, en donde la mayor parte de éstos manifestaban la aceptación de dicho procedimiento puesto que conocían el motivo del uso de esta medida y expresaron sentimientos de tranquilidad, reconociendo el procedimiento como una medida de seguridad necesaria. Lo cual, coincide con los resultados obtenidos en el estudio de Pérez de Ciriza et al (12) donde se señala que la mayoría de los familiares no experimentaban ninguna reacción o sentimiento negativo al ver a su ser querido con las restricciones físicas, afirmando tener plena confianza en las actuaciones de los profesionales y algunos refirieron que les ayudó la información recibida al respecto.

Sin embargo, también se han descrito en la literatura que el uso de contenciones mecánicas provocan ciertos sentimientos negativos en estos familiares (12, 13), lo que coincide con el presente estudio, pues los familiares de pacientes usuarios de este procedimiento relatan sentimientos de desconfianza, preocupación, recelo y angustia especialmente cuando ven a su ser querido por primera vez contenido.

Por otra parte, durante la realización de este estudio se logró identificar la existencia de repercusiones psicológicas en el equipo de salud que indica y/o aplica contención mecánica, donde enfermeras (os) y técnicos de enfermería han manifestado sentimientos de

desagrado, incomodidad, pena y desconsuelo frente a la aplicación de este procedimiento, sin embargo han señalado que a largo plazo, estas emociones se convierten en sentimientos de indiferencia, lo que estaría influido por la amplia utilización de contenciones mecánicas en su quehacer laboral y a la percepción de ser un procedimiento imprescindible y necesario del que no tienen otras alternativas más efectivas, hallazgos que concuerdan con un estudio realizado por un Centro de Atención en Sierrallana, España, cuyo objetivo fue evidenciar las sensaciones experimentadas por los profesionales implicados en la indicación y realización de la restricción física concluyendo que mayoritariamente experimentan sensaciones negativas en algún momento del proceso, sin embargo un alto porcentaje de los entrevistados describieron sentimientos ambivalentes sintiendo compasión y pena por el paciente y al mismo tiempo sensación de seguridad para el mismo (42).

Los profesionales de la salud deben tener en cuenta que los procedimientos a realizar en el paciente siempre deben velar por la beneficencia de éste, disminuyendo los riesgos de presentar consecuencias nocivas derivadas de la aplicación de esta medida terapéutica, por lo cual, es necesario brindar los cuidados de enfermería atinentes y oportunos (4, 8, 24). Lo cual, durante la investigación se evidencia que los cuidados descritos por el equipo de enfermería de ambas unidades son atinentes y oportunos a las necesidades que el paciente contenido requiere, esto se asocia a la existencia de un protocolo institucional de contención mecánica en paciente con agitación psicomotora (24), el cual es conocido y aplicado por todo el equipo de salud. Se ha destacado que el personal de enfermería le da mayor énfasis a los cuidados en los puntos de fijación de la contención, lo cual, está en directa relación con las consecuencias biológicas identificadas por éstos mismos.

También dentro de estos cuidados, se encuentra que la permanencia de la contención mecánica debe ser de forma intermitente, apreciándose una clara preocupación por parte del equipo de enfermería en descontener al paciente en las instancias que sea posible, lo cual concuerda con la literatura que puntualiza dentro de los cuidados del paciente contenido que la contención mecánica debe durar el menor tiempo posible (20). Sin embargo, algunos familiares han dado incapie que esta medida terapéutica debiese ser por un tiempo acotado y no de forma permanente. Por lo antes expuesto, es posible inferir que si bien el equipo de enfermería se preocupa de la descontención del paciente en ciertos horarios, los familiares muchas veces dan por hecho que su ser querido ha estado contenido de forma continua. Esto se puede asociar a que las visitas de los familiares son de tiempo muy acotado, y si el familiar ve a su ser querido contenido en más de una oportunidad, éste especulará que estuvo contenido durante todo el proceso de hospitalización. Lo cual, como han relatado ciertos autores (3,12) conllevaría por una parte a la percepción de recelo que genera en los familiares el uso de contención mecánica y además a la desconfianza en la calidad de los cuidados que son entregados por parte del equipo de salud repercutiendo en una menor colaboración con la atención brindada por parte de este grupo.

Por lo anterior, surge la necesidad de protocolizar la información que se debe entregar a los familiares de los pacientes contenidos procurando informar de forma diaria a éstos respecto a las instancias de descontención aplicadas por el equipo de enfermería.

Para lograr la ejecución correcta de una contención mecánica se necesitan de ciertos dispositivos que en una unidad clínica deben ser adecuados, actualizados y conocidos de antemano en relación a su uso y aplicación por parte del equipo de salud y los pacientes, además se debe revisar periódicamente la calidad del material de la contención con el fin de mantenerla en condiciones aptas para su uso (6, 12, 24).

En la Unidad de Paciente Crítico, se logra evidenciar a través de los discursos del equipo de enfermería, que los dispositivos de contención mecánica disponibles son confeccionados en el mismo establecimiento de salud y a medida de transcurrida su utilización se han ido realizando mejoras, incluso de manera multidisciplinaria han creado dispositivos de contención más eficaces.

Sin embargo, mencionan que los dispositivos de contención mecánica muchas veces no son de la mejor calidad, señalando que en muchas ocasiones llegan mal confeccionados, cuya cantidad en ocasiones no satisfacen las necesidades de la unidad y producto a la alta frecuencia de su uso se van deteriorando no existiendo un recambio continuo de éstos dispositivos. Lo cual, tal como se expone en la literatura consultada (11, 27, 32, 43,) limita la posibilidad de aplicar dispositivos de contención mecánica efectivos, seguros, eficaces y de calidad, existiendo el riesgo del uso de dispositivos inapropiados o a la necesidad de adaptarlos mediante la utilización de otros insumos por ejemplo, utilizando apósitos para almohadillar la contención, repercutiendo en el uso inapropiado de los recursos en salud y con ello, en un mayor gasto económico para la unidad y la institución en general. Por lo anteriormente mencionado, surge la necesidad de realizar una capacitación al personal que confecciona dichos dispositivos, para así mejorar el diseño de éstos y con ello, poder brindar mayor seguridad al paciente usuario de contención mecánica y crear un protocolo de mantención de cantidad y calidad de los dispositivos de contención en la UPC.

## 8. CONCLUSIÓN

El equipo de enfermería de la UPC definió la utilización de medidas de contención mecánica en pacientes críticos como una medida terapéutica necesaria y complementaria para el tratamiento de éstos pacientes, señalando que los criterios de indicación, mantención y retiro del procedimiento apuntan a objetivos claros y concretos, los cuales están enfocados principalmente en prevenir eventos adversos y centinelas, siendo éstos últimos los que tienen gran trascendencia y repercusión en lo relativo a la entrega de cuidados de enfermería y la gestión de éstos.

También han descrito la existencia de ciertos factores externos que aumentan la necesidad de indicar y mantener contenciones mecánicas en las unidades clínicas investigadas, por lo cual, surgió la necesidad de contar con espacios físicos que permitan mantener la vigilancia de todos los pacientes hospitalizados, aumentar la dotación de personal de salud, mejorar el uso de medidas de contención alternativas efectivas, equipamiento de camas con barandas laterales y colchones funcionales, con el objetivo de disminuir la incidencia de utilización de la contención mecánica en dicha unidad.

Así mismo, se han descrito diversos factores que aumentan el riesgo de presentar consecuencias negativas derivadas del uso de contención mecánica, aspectos importantes a considerar durante la práctica clínica, pero con escasos estudios referentes al tema, por lo cual la presente investigación ha sido una de las pioneras en afrontar esta temática desde la perspectiva biopsicosocial.

Además, el equipo de enfermería, tanto técnicos como enfermeras (os) reconocieron diversas consecuencias tanto en el ámbito biológico como psicosocial, enfatizando que en cuanto a las consecuencias psicosociales el mayor impacto repercute en los familiares de estos pacientes, por lo que han enfocado la atención y el plan de cuidados principalmente para aminorar los efectos en ellos, a través de la entrega de información del motivo de aplicación de la medida, lo cual se vio reflejado en los hallazgos obtenidos en los discursos de los familiares de pacientes contenidos donde se destaca la confianza que éstos demuestran en el equipo de enfermería y la expresión de aceptación de esta medida terapéutica. Esto último podría relacionarse con el limitado conocimiento que existe en los familiares en cuanto a la existencia de medidas alternativas que se pueden utilizar y de las complicaciones físicas y/o psicológicas que pueden presentarse en los pacientes asociadas al uso de este procedimiento, por lo que se hace imperante la entrega de información en relación a estos tópicos.

Por lo antes escrito, los resultados de este estudio basado en la realidad local permiten apoyar a futuras intervenciones a realizar en el corto, mediano y largo plazo tanto en la UPC como en otras unidades no críticas, ya que los factores de riesgos para desarrollar consecuencias biopsicosociales son homologables para pacientes hospitalizados en otras unidades clínicas, los cuales también requieren cuidados de enfermería atingentes, seguros y oportunos frente al uso de contención mecánica.

Es importante considerar que este procedimiento debe ser reflejo de la colaboración de todo el equipo de salud, tanto a nivel local como Ministerial, contando con modelos de atención más eficaces y seguros, enfocados en la realidad de cada unidad, disponiendo tanto de equipamientos como de programas de formación, considerando los riesgos asociados a la aplicación de restricción física, donde la filosofía que debe imperar es la de limitar al máximo el uso de este procedimiento potenciando la puesta en marcha de las correspondientes alternativas

Asimismo, en el presente estudio se logró identificar la necesidad de protocolizar algunos procesos relevantes en el uso de la contención mecánica tales como la entrega de información a los pacientes contenidos y sus familiares, programas de mantención de dispositivos de contención mecánica idóneos para su disponibilidad y utilización con el fin de disminuir el riesgo a desarrollar repercusiones biopsicosociales tanto en el paciente como en los familiares.

Los resultados obtenidos en esta investigación han develado la importancia de la Gestión del Cuidado en los pacientes usuarios de la contención mecánica, ya que es un procedimiento que conlleva diversas consecuencias biopsicosociales tanto en el paciente como la familia, que requieren de la aplicación de un juicio profesional por parte del enfermero (a) en la planificación, organización y control de la provisión de cuidados, los cuales deben ser oportunos, seguros e integrales para prevenir dichas consecuencias.

Por otro lado, durante la revisión bibliográfica realizada previa a la realización de esta investigación se evidenció la escasez de estudios referentes a este tema a nivel nacional, por lo cual, los hallazgos obtenidos en el presente estudio sirven como base para futuras investigaciones que deseen centrarse en este tema, identificándose diversos tópicos relevantes que se podrían abordar y estudiar en profundidad, tales como las repercusiones psicosociales generadas en el equipo de salud, los pacientes y sus familiares producto de la aplicación de medidas de contención mecánica, estudios cuantitativos respecto a la prevalencia de este procedimiento en recintos hospitalarios y los factores de riesgos más prevalentes asociados al uso de contención mecánica.

En síntesis, la presente investigación ha permitido obtener una base teórica respecto a las repercusiones biopsicosociales derivadas del uso de contención mecánica desde la perspectiva de quienes están más cercanos al tema, lográndose evidenciar la importancia del rol de enfermería al satisfacer la esfera biopsicosocial del paciente y su familia en forma oportuna y equilibrada frente a la utilización de contención mecánica, buscando el contribuir en la seguridad y calidad de los cuidados de enfermería que son entregados tanto a pacientes usuarios de este procedimiento como a sus familiares.

## 9. REFERENCIAS

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2001. Contener [Consultado 26 Septiembre 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=contener>
2. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 2001. Sujetar. [Consultado 26 Septiembre 2013]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=sujetar>
3. Rodríguez J. Contenciones mecánicas en geríatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Barcelona: Comité de Ética de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya, 2012 [Consultado 25 Sep 2013]. Disponible en: <http://solofisio.files.wordpress.com/2011/10/contenciones-mecc3a1nicas-en-geriatr3ada-propuestas-tc3a9cnicas-y-recomendaciones-de-uso-en-el-c3a1mbito-social.pdf>
4. Aguilar C, Alegría L, Aravena E, Aravena J, Castiglioni M, Castro W, et al. Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría. Chile: Ministerio de Salud, 2003 [Consultado 1 Octubre 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e5abf67b3f5395e04001011f017d2e.pdf>
5. Troncoso F, Intiango E. Manejo de Paciente Psiquiátrico con Agitación Psicomotora [Protocolo Institucional]. Rancagua: Hospital regional de Rancagua; 2011. [Consultado 02 septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.hospitalrancagua.cl/antigua/calidad/Calidad%20y%20Seguridad/Archivos%20complementarios/004%20Informacion%20Complementaria/GCL%201.9.1%20-%20Manejo%20de%20Paciente%20Psiaquiatico%20con%20Agitaci%C3%B3n%20Psicomotora%20HRR%20V1-2011.pdf>
6. Lazcano H. Protocolo de contención mecánica paciente con agitación psicomotora. [Protocolo Institucional]. Santiago: Hospital Sótero del Río, Unidad de Calidad y seguridad, 2009 [Consultado 25 Septiembre 2013]. Disponible en: <http://www.hospitalsoterodelrio.cl/home/files/calidad/prot05.pdf>
7. Fernández E, Romero A, Plaza del Pino M, García M. Seguridad del paciente: Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes [Protocolo institucional]. Granada: Hospital Universitario San Cecilio; 2007. [Consultado 21 Octubre 2013]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8xjFZOTZy90J:www.alansaludmental.com/app/download/3697978552/Hospital%2BSan%2BCecilio%2BGranada%2B2007%2B-Protocolo%2Bde%2BContenci%25C3%25B3n%.pdf%3Ft%3D1325777154+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=cl>
8. Rodríguez L, Alarcón N, Ruiz J, Pérez M. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. [Protocolo Institucional]. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2012. [Consultado 02 septiembre 2013]. Disponible en:

<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

9. Cruz M. Manual de organización unidad de calidad y seguridad del paciente. Valdivia: Hospital Base Valdivia, Unidad de calidad y seguridad del paciente, 2011. [Consultado 21 Noviembre 2013]. Disponible en : <http://www.hbvaldivia.cl/web/manuales/Manuales/Calidad%20y%20Seguridad%20del%20Paciente/Res.%20Ex.%207523%20y%20Manual%20de%20Procedimientos%20y%20Organizacion%20Calidad%20y%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
10. Leal N, Cruz M. Programa de vigilancia de eventos adversos. Valdivia: Unidad de Calidad y Seguridad del paciente, Hospital Base Valdivia, 2010 [Consultado 20 Octubre 2013]. Disponible en: [http://www.ssvvaldivia.cl/intranet/protocolos\\_acreditacion/PROTOCOLO%20VIGILANCIA%20EVENTOS%20ADVERSOS.pdf](http://www.ssvvaldivia.cl/intranet/protocolos_acreditacion/PROTOCOLO%20VIGILANCIA%20EVENTOS%20ADVERSOS.pdf)
11. Fariña E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. Revista Esp Geriatr y Gerontol. [Revista Online]. 2011 [Consultado 20 Noviembre 2013]; 46. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90000150&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=124&ty=114&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46n01a90000150pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90000150&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=114&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v46n01a90000150pdf001.pdf)
12. Pérez de Ciriza A, Olmedo A, Goñi R, Regaira E, Margall M, Asiain M. Restricciones físicas en UCI: su utilización y percepción en pacientes y familiares. Rev. Enferm Intensiva [Revista online]. 2011 [Consultado 2 Septiembre 2013]; 23(2). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-intensiva-142/articulo/restricciones-fisicas-uci-su-utilizacion-90133703>
13. Fariña E, Estéves G, Nuñez E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol [Revista online]. 2008 [Consultado 03 septiembre 2013]; 43(4). Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=13124862&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=124&ty=99&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v43n04a13124862pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13124862&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=124&ty=99&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=124v43n04a13124862pdf001.pdf)
14. Ramírez L, Carriel S. Factores de Riesgo en pacientes que requieren la aplicación de medidas de sujeción en el área de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Naval Guayaquil en el año 2010-2011 [Tesis Pregrado]. Milagro: Universidad Estatal de Milagro. Unidad académica de ciencias de la salud. Carrera de Enfermería y Armada del Ecuador.
15. Godoy J. Protocolo criterios clínicos de ingreso-egreso Unidad de Paciente Crítico Adulto. [Protocolo Institucional]. Santiago: Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, 2010 [Consultado 01 Diciembre 2013]. Disponible en: [http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument2.aspx?documentos=F:/Documentos\\_Publicados/calidad/docs\\_calidad/B.-%20AMBITOS/B3.-%20GESTI%C3%93N%20CLINICA/GCL%201.5%20CRITERIOS%20DE%20INGRESO%20UPC/Criterios%20de%20Ingreso%20%20y%20egreso%20%20a%20la%2](http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument2.aspx?documentos=F:/Documentos_Publicados/calidad/docs_calidad/B.-%20AMBITOS/B3.-%20GESTI%C3%93N%20CLINICA/GCL%201.5%20CRITERIOS%20DE%20INGRESO%20UPC/Criterios%20de%20Ingreso%20%20y%20egreso%20%20a%20la%2)



0Unidad%20de%20%20Paciente%20Critico%20Pediatico%20(UPCP)%20del%20C  
ASR

16. MINSAL. Establece protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención para ser aplicados por los prestadores institucionales públicos y privados. 2012 [Consultado 12 octubre 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ccb9752d3583b124e040010164010e01.pdf>
17. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [online]. 2009 [Consultado 13 octubre 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
18. Gálvez S. Indicadores de seguridad en Medicina Intensiva. [presentacion power point]. Viña del mar: Universidad de Valparaíso; s. f. [Consultado 05 septiembre 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c3f4ebe9cd3964bbe0400101640162ac.pdf>
19. Delgado M, Márquez H, Santacruz J. La seguridad del paciente: eje total de la calidad de la atención. [Online]. S.f [Consultado 06 octubre 2013]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial\\_01I.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/dgr-editorial_01I.pdf)
20. Estelle S et al. Protocolo Ulceras Por Presión [Protocolo institucional]. Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Oriente; Junio 2010. [Consultado 03 Noviembre 2013]. Disponible en: [http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/SSALUD/SSALUD\\_METROPOLITANO\\_ORIENTE/G\\_PROTOCOLOS/PROCOLOS/TAB5966481/2.-ULCERA%20POR%20PRESI%C3%93N.PDF](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/SSALUD/SSALUD_METROPOLITANO_ORIENTE/G_PROTOCOLOS/PROCOLOS/TAB5966481/2.-ULCERA%20POR%20PRESI%C3%93N.PDF)
21. Unidad de Calidad y Seguridad Asistencial. Programa de vigilancia, reporte y prevención de eventos adversos, Santiago: Complejo asistencial Dr. Sótero del Río, 2012 [acceso 20 Oct 2013]. Disponible en: [http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument2.aspx?documentos=F:/Documentos\\_Publicados/calidad/docs\\_calidad/B.-%20AMBITOS/B3.-%20GESTI%C3%93N%20CLINICA/GCL%202.3%20VIGILANCIA%20EA/Programa%20de%20vigilancia,%20reporte%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20Eventos%20%20Adversos%20Seguridad%20Asistencial](http://www.hospitalsoterodelrio.cl/calidad/OpenDocument2.aspx?documentos=F:/Documentos_Publicados/calidad/docs_calidad/B.-%20AMBITOS/B3.-%20GESTI%C3%93N%20CLINICA/GCL%202.3%20VIGILANCIA%20EA/Programa%20de%20vigilancia,%20reporte%20y%20prevenci%C3%B3n%20de%20Eventos%20%20Adversos%20Seguridad%20Asistencial)
22. Cea M. Eventos adversos notificados en UCI año 2012. Entrevistado por Ana Mera, Soledad Monfil [en persona] Hospital Base Valdivia: Unidad Paciente Critico; 29 Noviembre 2013.
23. Burgos F. Eventos adversos notificados en UTI año 2012 y 2013. Entrevistado por Ana Mera, Soledad Monfil [en persona] Unidad Paciente Critico, Hospital Base Valdivia, 25 Noviembre 2013.
24. Enfermeras subdepartamento de Psiquiatría. Protocolo de contención mecánica en pacientes con agitación psicomotora. [Protocolo Institucional] Valdivia: Servicio de Salud Valdivia, 2012.

25. Amaro Cano María del Carmen, Marrero Lemus Angela, Luisa Valencia María, Blanca Casas Siara, Moynelo Haymara. Principios básicos de la bioética. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2015 Ene 12] ; 12(1): 11-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es).
26. Reyes M. Introducción a la Bioética. Metodología para tomar decisiones en la ética clínica. Rev Pediatr Integral [Revista on-line]. 2007 [Consultado 03 octubre 2013]; 11(10). Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/Bioetica\\_metodologia\\_de\\_cisiones\\_etica\\_clinica.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Bioetica_metodologia_de_cisiones_etica_clinica.pdf)
27. Busquets E, Busquets M, Cuxart N, Gasull M, Lizarralde J, Muñoz M, et al. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. [Artículo on-line]. Barcelona: Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona; 2006 [Consultado 02 septiembre 2013]. Disponible en: [http://www.seegg.es/Documentos/doc\\_int/contencion\\_colg\\_bar.pdf](http://www.seegg.es/Documentos/doc_int/contencion_colg_bar.pdf)
28. MINSAL, Subsecretaría de Salud Pública. Ley Núm. 20.584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 2012. [Consultado 12 octubre 2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
29. Ministerio del Interior; Subsecretaria Del Interior. Ley Núm. 18.575, “Ley organica constitucional de bases generales de La Administracion Del Estado”. 2000. [Consultado 10 enero 2014]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29967&r=6>
30. Martin B, Mathisen L. Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. Am J Crit Care. 2005; 14(2):133-42. [Consultado 12 octubre 2013]. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/14/2/133.long#cited-by>
31. González H Jorge, Barros B Jorge. Delirium en pacientes de una Unidad de cuidados intermedios: estudio prospectivo. Rev. méd. Chile [Revista online]. 2000 [Encontrado el 23 Octubre del 2013]; 128(1): 75-79. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000000100010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000000100010&lng=es).
32. Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación?. Rev Esp Geriatr Gerontol [Revista online]. 2001 [Consultado 21 Octubre 2013]; 36(1). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/articulo/uso-restriccion-fisica-el-anciano-12001553>
33. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico N°3 2003. Madrid: Sociedad española de enfermería geriatría y gerontológica; 2003. [Consultado 03 Septiembre 2013]. Disponible en: [http://www.seegg.es/Documentos/doc\\_tec/doc\\_tec\\_03.pdf](http://www.seegg.es/Documentos/doc_tec/doc_tec_03.pdf)

34. Pineda E, Alvarado E. Metodología de la investigación. 3ra ed. Washington: Organización Panamericana de Salud; 2008. p.139.
35. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería, 3ra ed. Arlington, Texas: Elsevier Saunders; 2004, p. 278-279.
36. Souza M. La artesanía de la investigación cualitativa. 1ra ed. Buenos Aires Argentina; 2009. P. 249-267
37. Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage Publications; 1985.
38. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Colomb Med. 2003 [Consultado 23 Noviembre 2013]; 34 (3). Disponible en: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3460/1/rc03025.pdf>
39. Salgado A. Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Rev. Liberabit [Revista Online]. 2007 [Consultado 02 Diciembre 2013]; 13. Disponible en: [http://www.revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit13/8\\_ana\\_cecilia.pdf](http://www.revistaliberabit.com/es/revistas/liberabit13/8_ana_cecilia.pdf)
40. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont: principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Estados Unidos: Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. 1979. [Consultado 23 Noviembre 2013]; Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
41. Lopez M., Manejo farmacológico del paciente agitado con riesgo de conducta agresiva [tesis]. Costa Rica: Unidad de Posgrado en Psiquiatría Hospital Nacional Psiquiátrico;2012. Consultado 23 Noviembre 2013]; Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis33.pdf>
42. Fariña E, Camacho A, Estévez G. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. Rev Esp Geriatr Gerontol [Revista on-line].2009 [Consultado 22 Diciembre 2014]; 44(5). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/accidentes-asociados-al-uso-restricciones-fisicas-ancianos-13141823-notas-clinicas-2009>
43. Fernández Á, Zabala B. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos [Revista online]. 2014 [Consultado 24 Diciembre 2014]; 25(2) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200003&script=sci_arttext)

## 10. ANEXOS

### Anexo N°1: FORMULARIO DE ENTREVISTAS

#### ENTREVISTA A FAMILIARES

1. ¿Qué sentimientos le causó al ver a su familiar contenido o amarrado?
2. ¿Qué piensa usted acerca del uso de la contención mecánica en su familiar?
3. ¿Qué información recibió usted por el equipo de enfermería respecto al uso de contención mecánica en su familiar?
4. ¿Por qué piensa usted que le realizaron la contención mecánica a su familiar?
5. ¿Qué consecuencias o problemas cree usted que le podría producir la contención mecánica a su familiar?

#### ENTREVISTA A EQUIPO DE ENFERMERIA

1. ¿Qué piensa usted acerca del uso de la contención mecánica en los pacientes?
2. ¿Qué criterios utiliza usted para indicar la aplicación de la contención mecánica? ¿cuáles son para suspender la contención mecánica?\*
3. ¿Cómo realiza usted la contención mecánica? ¿Qué cuidados considera antes, durante y después de aplicar la contención mecánica?
4. ¿Qué consecuencias biopsicosociales considera usted que le podría producir la contención mecánica a los pacientes?
5. ¿Cuáles son los factores de riesgo que usted considera que predisponen a desarrollar dichas consecuencias?
6. ¿Cuáles son los cuidados que usted realiza para prevenir la aparición de las consecuencias en los pacientes que están contenidos físicamente?
7. ¿Existe algún impacto emocional en usted al indicar o ejecutar medidas de contención mecánica?

\*Solo se le realiza al profesional de enfermería.

## Anexo N°2: ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Estudio:** “*Contención mecánica y sus repercusiones en pacientes críticos, desde la perspectiva del equipo de enfermería y sus familiares*”.

*Investigadores:*

Ana Mera Salvo.

Soledad Monfil Ojeda.

Romina Gallardo Toledo.

Teléfonos: 83887792 - 82519790 - 86198281

E-mail: tesis\_contencionfisica@hotmail.com

*Profesional patrocinante:*

VinkaYusef, Enfermera, Magíster en Enfermería, docente del Instituto de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Fono: (63) 221132; Fax: (63) 213352; e-mail: vinkayusef@uach.cl

Dra. Ginette Grandjean: Presidente comité de ética, revisor.

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio cuyo objetivo es "Describir la percepción del equipo de enfermería y los familiares de pacientes acerca de las repercusiones biopsicosociales derivadas de la aplicación de medidas de contención mecánica en unidades de paciente crítico del Hospital Base Valdivia, durante el año 2014". Se me ha explicado que el propósito de este trabajo es contribuir a mejorar la calidad y seguridad de la atención del paciente en el ámbito de los cuidados de enfermería.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado aprobación y consentimiento para participar, dejándome en claro que se mantendrá anonimato y confidencialidad pertinente frente a mi participación en el estudio.

Mi participación consistirá en colaborar de una entrevista cuya duración será aproximadamente de 30 minutos en un lugar físico que yo estime conveniente. De ser necesario se me citará en más de una oportunidad para profundizar aspectos de la primera entrevista que hayan sido poco claros.

Se me ha informado que la incorporación al estudio no implica beneficios directos a mi persona pero podré contribuir al cumplimiento del propósito de esta investigación. Además, se me ha explicado que este estudio no implica riesgos para mi salud o para la salud de mi familiar/paciente.

Además se me ha informado que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria, de manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibe mi familiar.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados de las evaluaciones será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre esta investigación y sus procedimientos podré contactar a las investigadoras responsables cuyos teléfonos se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre del informante)

He decidido ACEPTAR  RECHAZAR  mi participación en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma de la informante

\_\_\_\_\_  
Firma persona que aplica el consentimiento

Fecha: