

Capacitación a familiares sobre contención física

Rogelio Pablo Vázquez¹, Ma. Guadalupe Nava-Galán¹, Maritza García-Núñez²

RESUMEN

La contención física es el último recurso terapéutico para garantizar la seguridad del paciente. El enfermo neurológico suele presentar cuadros de agitación psicomotriz, deterioro neuronal y *delirium*. En este estado puede retirarse las sondas, autoagredirse, caerse y otras situaciones, por lo que es necesaria la contención física para su seguridad. La interacción con el familiar es importante porque puede notificar al profesional de enfermería si el enfermo corre riesgo por causa de la contención física. **Objetivo:** evaluar conocimientos adquiridos sobre contención física por familiares de enfermos neurológicos a través de la intervención educativa del profesional de enfermería. **Material y métodos:** estudio cuantitativo, analítico, exploratorio, prospectivo y transversal. La muestra fue a conveniencia, se utilizó un instrumento con 20 reactivos dicotómicos. **Resultados:** se recolectaron 40 cuestionarios. La edad fluctúa entre 18 y 82 años; hubo mayor frecuencia del género femenino; mayor afluencia en el servicio de neurología; los enfermos recibían visita de sus hijos con más frecuencia, prevaleció la escolaridad de secundaria entre los visitantes. 67.5% de las personas fueron informadas sobre la contención física, pero sólo 17.5% recibió informes de un profesional de enfermería. Cincuenta por ciento de las personas vigila que los enfermos no se jalen sondas o catéteres; 47% eleva barandales al retirarse; 52.5% solicita ayuda al profesional de enfermería. **Conclusiones:** es necesario implementar estrategias de intervención educativa de acuerdo a la escolaridad del derechohabiente, sin distinción de género, que permita capacitar al familiar para garantizar la seguridad del enfermo y disminuir la frecuencia de eventos adversos.

¹Laboratorio de Investigación en Enfermería, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. ²Universidad Autónoma Metropolitana unidad Xochimilco. Correspondencia: Rogelio Pablo Vázquez. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, 14250 México, D.F. E-mail: rpablov@hotmail.com

Palabras clave: intervención educativa, contención física, seguridad del enfermo, capacitación a familiares.

TRAINING TO RELATIVES ABOUT PHYSICAL CONTENTION

ABSTRACT

The physical contention it is the last therapeutic resource to guarantee patient safety. The neurological patient usually presents psychomotor agitation episodes, neuronal deterioration, *delirium* (caused by drugs, anesthesia or surgical trauma, as well as acute episodes of schizophrenia, psychosis or other psychiatric diseases). The patient is at risk, because can retire its probes, induce self-harm, to have falls and other situations, so it is necessary to apply the physical contention for his safety. The interaction with the relatives it is very important, if the relatives are properly informed, because they can notify to the nurse the risks about the physical contention in the patient. **Objective:** evaluate the knowledge about physical contention in the relatives of patients neurological and neurosurgical and neuropsychiatric a through the educational intervention from the nursing professional. **Material and methods:** it is a quantitative study, analytic, exploratory, prospective and transversal; was a convenience sample and was used an instrument with 20 dichotomous questions. **Results:** Were collected 40 questionnaires. The age fluctuates between 18 and 82 years; there were more frequently of female gender; more visitors in the Neurology Service; the patients received visit for their sons and daughters with major frequency and prevailed the secondary education between the visitors. 67.5% of the people were informed about the physical contention, but only 17.5% received information from nursing professionals. 50 % of people monitors to the patient for do not pulls its probes and catheters; 47 % they elevate the guard rails when retire; 52.5% asking for help to nurse. **Conclusions:** is necessary to implement

educational intervention strategies according to educational level of the user, without distinction of gender, allowing training family to ensure patient safety and decrease the frequency of adverse events.

Key words: educational intervention, physical contention, patient safety, training to relatives.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el primer semestre del año 2011, se reportan como principales causas de ingreso hospitalario epilepsia, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias diversas, Parkinson y tumores benignos meníngeos, mencionados en orden de importancia. Dos de los padecimientos más diagnosticados en Consulta Externa son enfermedad cerebral vascular y epilepsia. El mayor número de ingresos hospitalarios durante el primer trimestre de 2011 corresponde al servicio de neurocirugía (64.8%), neurología (23.5%) y neuropsiquiatría (11.7%)¹.

Las características conductuales del paciente neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico, implican riesgos para sí mismo y en ocasiones para los demás, por lo que la contención es necesaria. De acuerdo a un reporte sobre eventos adversos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en el periodo comprendido noviembre de 2010 y octubre de 2011, la mayoría de los riesgos corresponde a caídas y las subsecuentes lesiones que éstas causan, seguido por lesiones debidas a otras causas y autolesiones, por último autoretiro de sondas y otros recursos invasivos utilizados por razones terapéuticas². La mayoría de estos eventos son prevenibles por medio de la contención física; sin embargo, aunque la participación de los familiares contribuye en la seguridad de los enfermos y juega un papel importante en la prevención, también en la ocurrencia de los incidentes.

La convivencia entre el enfermo y su familiar durante actividades de apoyo puede reducir de manera considerable los riesgos, sólo es necesario brindar capacitación. Un familiar bien capacitado acerca de contención física, indicaciones y cuidados se vuelve un importante apoyo en la prevención de eventos adversos y propicia la disminución de riesgos.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Evaluar conocimientos adquiridos sobre contención física a familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos a través de la intervención educativa del profesional de enfermería.

Objetivos particulares

Concientizar al familiar sobre la importancia de la contención física para favorecer la seguridad del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico. Relacionar la capacitación sobre contención física recibida por el familiar y frecuencia de eventos adversos ocurridos a los enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

Hipótesis

La intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos es benéfica para el paciente.

MARCO TEÓRICO

El enfermo neurológico cursa con padecimientos del cerebro, médula espinal y sistema nervioso periférico, el neuroquirúrgico requiere de un abordaje para su tratamiento³ y el neuropsiquiátrico presenta una patología orgánica de base lo que repercute en un padecimiento psiquiátrico, situación que expone a la persona a riesgos por agitación psicomotriz, deterioro neuronal, *delirium* causado por fármacos, anestesia o traumatismo quirúrgico, así como cuadros agudos de esquizofrenia, psicosis u otros padecimientos. Los riesgos que corren las personas con las enfermedades antes mencionadas durante un periodo de agitación son: caídas al tratar de incorporarse de la cama, querer ir al sanitario o simplemente por el deseo de deambular; pueden ofrecer resistencia a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, por confusión o ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales intensos; los enfermos psiquiátricos pueden autolesionarse, debido al *delirium* o esquizofrenia, también retirarse sondas o catéteres, al sentirse agredidos o desesperados, por dolor o incomodidad⁴.

La agitación psicomotora es un estado de excitación extrema con aumento de tensión e irritabilidad⁵. Se clasifica como: *orgánica*, por efecto de sustancias tóxicas o manifestaciones sintomáticas de otras enfermedades; *psiquiátrica*, debida a padecimientos de éste tipo; y *mixta*, que se presenta como trastornos secundarios por consumo de sustancias o en el periodo posquirúrgico⁴.

Un evento adverso es una situación inesperada, lesiva para el paciente producto de la relación de éste con el equipo de salud...⁶, esto implica que durante el proceso terapéutico pueden presentarse situaciones de riesgo para el paciente, como agitación psicomotora;

no obstante, la mayoría son prevenibles. Es por ello que el profesional de enfermería puede confiar y apoyarse en los familiares, quienes están presentes durante los horarios de visita en los diferentes servicios. Es muy importante realizar el registro de los eventos adversos, porque permite garantizar la calidad del cuidado de enfermería, atención al paciente y evaluación de la necesidad real de aplicar la contención⁷.

La contención es *“un procedimiento clínico utilizado como medida dirigida a restringir la movilidad en diferentes ámbitos sanitarios...”*⁸. Se puede clasificar en tres categorías: *contención verbal*, se recomienda cuando un paciente puede ser controlado por medio del diálogo; *contención farmacológica*, se realiza después del fracaso del diálogo, debido a la actitud agresiva o renuente del paciente, consiste en la aplicación de psicofármacos y tiene por objetivo disminuir la ansiedad o agresividad; por último *contención física*, inmovilización mecánica podría realizarse en parte del cuerpo si la agitación remite, y en todo el cuerpo en casos extremos. También suele llamarse contención mecánica⁹. Se recomienda realizar el proceso de contención gradualmente en este orden, no obstante, no siempre es posible.

Está indicada la contención física en caso de agitación psicomotriz, conducta violenta, confusión y errores de juicio que propicien riesgo de lesión o si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación. La finalidad es prevenir autolesiones o heterolesiones, interferencia del plan terapéutico, retiro de vías, sondas, drenajes, daños al inmueble o fuga del enfermo si corre riesgo al tomar esta decisión. Está contraindicada la CF como castigo o pena, o en situación peligrosa⁹. Existen complicaciones que pueden deberse a factores relacionados con inmovilidad o resistencia a las sujeciones, como por ejemplo, úlceras por presión, isquemia periférica, luxaciones, fracturas, tromboembolismos, broncoaspiración, insuficiencia respiratoria, lesión cutánea por incontinencia urinaria o fecal si no se realiza el cuidado necesario oportunamente⁹.

Para prevenir la contención física en los enfermos neurológicos, es necesario reducir condiciones de estrés durante la hospitalización y asistir oportunamente a los enfermos⁵. La participación de los familiares juega un papel importantísimo, pues el estrecho vínculo con la persona enferma puede contribuir a realizar una adecuada contención verbal y disminuir el estrés o agitación.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se cuenta con las Guías Clínicas en Enfermería Neurológica¹⁰ y Planes de Cuidados de Enfermería en Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría¹¹ en los cuales el profesional de enfermería fundamenta las intervenciones que realiza con el enfermo bajo contención física.

Para realizar la contención física de manera adecuada, es necesario brindar cuidados de enfermería especializados para evitar riesgos y lesiones a la persona agitada. El tipo de sujeción más conveniente dependerá del estado de agitación de la persona enferma. Las recomendaciones son realizar cambios posturales como medida preventiva además de mantener la inmovilización el menor tiempo posible, también deben cubrirse las necesidades básicas como son alimentación, eliminación e higiene. La descontención se realizará bajo indicación del médico o previa valoración del profesional de enfermería, paulatinamente, una extremidad a la vez¹².

El propósito de la intervención educativa es incrementar la calidad de los servicios de enfermería mediante la práctica reflexiva, planeada, con acciones dialécticas de constante indagación, que busque dar cumplimiento a las exigencias sociales, que permita acceder a una mejor calidad de vida para la persona enferma, familia y comunidad. Es un acto espontáneo que tiene lugar durante el proceso de formación del profesionalista y continúa a lo largo de su desempeño laboral¹³.

Los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos deben ser capacitados de tal forma que contribuyan a incrementar la seguridad de los enfermos y calidad de los servicios de enfermería. Las estrategias de capacitación que se sugieren son: brindar información pertinente, clara y sencilla de las características de la patología que cursa la persona enferma y comportamiento que manifiesta por tal razón; proporcionar charlas sobre contención verbal, física y farmacológica, y de la importancia que tiene la seguridad del paciente, así como de las precauciones que se deben llevar a cabo para disminuir el riesgo que corren las personas inquietas, a través de folletos o trípticos que expliquen la relevancia de realizar contención física a las personas agitadas; instruir al familiar para realizar efectivamente las precauciones antes mencionadas, en las cuales ha sido capacitado por el profesional de enfermería; replicar los conocimientos adquiridos en los demás integrantes de la familia va a contribuir para garantizar la seguridad del enfermo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa de diseño analítico, exploratorio, prospectivo y transversal, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La población estaba compuesta por familiares de enfermos hospitalizados en los servicios de urgencias, terapia intensiva, recuperación, neurocirugía, neurología y neuropsiquiatría. La muestra fue no probabilística, a

conveniencia. Se consideraron los siguientes criterios. *Inclusión*: familiares de enfermos con padecimientos neurológicos, neuroquirúrgicos o neuropsiquiátricos que requerían contención física. *Exclusión*: familiares de enfermos con padecimientos neurológicos, neuroquirúrgicos o neuropsiquiátricos recién ingresados al hospital, que deambulaban correctamente, cooperadores y participativos. *Eliminación*: cuestionarios que no fueron completamente contestados o familiares que no necesitaban capacitación debido a que la persona enferma ha recibido la orden de alta hospitalaria. Se aplicó un instrumento elaborado con base al marco teórico llamado "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos" (CIEF), consta de 20 reactivos dicotómicos organizados en 5 bloques: **1.** Datos sociodemográficos, **2.** Capacitación al familiar, **3.** Confirmación del conocimiento, **4.** Aplicación del conocimiento y **5.** Actitud ante la contención física. Se procesó con el paquete estadístico SPSS versión 18 para análisis descriptivo e inferencial y con Microsoft Excel para elaboración de algunas gráficas y tablas. El procedimiento consistió en abordar al familiar y pedirles que contestaran un cuestionario, se les recordó la confidencialidad de sus datos y del enfermo. Al terminar se les obsequió un tríptico (*Tríptico de intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos*) que les proporcionó información sobre los aspectos de la contención física, se aclararon dudas que tenían sobre el tema con la finalidad de resaltar que los principales propósitos de éste recurso terapéutico son garantizar la seguridad del enfermo e incrementar la calidad de los servicios de enfermería, así como clarificar la importancia de la participación de los familiares en el cuidado brindado a la persona enferma.

RESULTADOS

Se recolectaron 40 cuestionarios de los servicios de urgencias (5), terapia intensiva (6), recuperación (1), neurocirugía (7), neurología (15) y psiquiatría (6). La edad fluctuó entre 18 y 82 años, hubo mayor frecuencia del género femenino (65%), mayor afluencia en el servicio de neurología (37.5%), los enfermos recibían visita de sus hijos con más frecuencia (27.5%) y prevaleció la escolaridad de secundaria entre los visitantes (30%). Los resultados sociodemográficos obtenidos pueden apreciarse en la tabla 1.

La gráfica 1 muestra que el 67.5% de los familiares han sido informados sobre la CF; sin embargo, sólo el 17.5% ha sido informado por el profesional de enfermería. En cuanto a la intervención educativa se encontró

déficit acerca de la información sobre CF, la cual se puede apreciar a través de la pregunta 3 del instrumento CIEF, ya que sólo el 22.5% conoce el sinónimo entre los términos *contención física* y *sujeción de pacientes*. No les queda claro que la CF es un proceso gradual que comienza dialogando con la persona agitada en primera instancia, y de acuerdo a su complicación se procede con la contención física o farmacológica, en algunos casos ambas (57.5% identifica la contención verbal, 62.5% tiene noción de la contención farmacológica). Respecto a la interacción del familiar y la persona enferma, se aprecian cifras homogéneas. 50% observa al enfermo inquieto o confuso, jala las sondas o catéteres que tiene instalados. 47% eleva barandales de la cama al retirarse después de la visita, 52.5% solicita ayuda al profesional de enfermería cuando desea el enfermo ir al baño.

Tabla 1. Datos sociodemográficos.

Género	f	%	Parentesco	f	%	Escolaridad	f	%
Masculino	14	35%	Padre	1	2,5%	Primaria	9	22,5%
Femenino	26	65%	Madre	6	15,0%	Secundaria	12	30,0%
			Hijo(a)	11	27,5%	Preparatoria	9	22,5%
			Hermano(a)	8	20,0%	Licenciatura	7	17,5%
			Esposo(a)	5	12,5%	Ninguno	2	5,0%
			Concuño(a)	1	2,5%	Carrera técnica	1	2,5%
			Consuegro(a)	1	2,5%			
			Nieto(a)	1	2,5%	Servicio	f	%
			Nuera	1	2,5%	Urgencias	5	12,5%
			Padrino	1	2,5%	Terapia Intensiva	6	15,0%
			Suegro(a)	1	2,5%	Recuperación	1	2,5%
			Tío(a)	1	2,5%	Neurocirugía	7	17,5%
			Abuelo(a)	1	2,5%	Neurología	15	37,5%
			Primo(a)	1	2,5%	Psiquiatría	6	15,0%
Edad	f	%	Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Octubre 2012.					
Rango								
18 - 27	7	17,5%						
28 - 37	12	30,0%						
38 - 47	7	17,5%						
48 - 57	8	20,0%						
58 - 67	3	7,5%						
>=68	3	7,5%						
Otros datos								
Media	41,85							
Mediana	38,67							
Moda	26							
Mínimo	18							
Máximo	82							

La gráfica 1 revela los conocimientos de familiares positivamente ante las indicaciones de CF, para evitar riesgos (90%), evitar retiro de sondas y catéteres (85%), prevenir caídas (95%) y como terapia de mayor beneficio (90%). También aprenden algunos cuidados que deben tenerse durante la CF, como es colocar sujetadores adecuadamente: 85% respondió "sí" a la pregunta 12 sobre lesión de piel con sujetadores apretados. 95% de las personas conversan con los enfermos agitados para disminuir su ansiedad; 77.5% revisa las sujeciones para cerciorarse que no hay lesiones en la piel; 72.5% vuelve a sujetar al paciente o solicita al profesional de enfermería que lo haga cuando termina la visita. Una pregunta que nos permite valorar la efectividad de la intervención educativa del profesional de enfermería acerca de la CF en enfermos neurológicos,

#	PREGUNTA	RESPUESTA		
1	¿Se le ha informado la razón por la que su familiar requiere sujeción?	67,5%		32,5%
2	¿Ha recibido folletos, pláticas generales o personales sobre la contención física o la sujeción de pacientes agitados de parte de las (os) enfermeras (os) que atienden a su familiar?	17,5%	82,5%	
3	¿Sabe usted que la contención física y la sujeción de enfermos agitados o confusos es lo mismo?	22,5%	77,5%	
4	Conforme a la información que le brindan las(os) enfermeras(os) ¿cree que la contención física es una agresión para los enfermos?	97,5%		
5	¿Las (os) enfermeras (os) le han platicado las razones por las que se realiza la contención física?	50%		50%
6	¿Conversar con un paciente agitado para disminuir su agresividad es realizar contención verbal?	57,5%	7,5%	35%
7	¿Aplicar medicamentos tranquilizantes o sedantes en un paciente agitado es realizar contención farmacológica?	62,5%	7,5%	30%
8	¿Cree que la contención física del paciente agitado es necesario para evitar riesgos?	90%		10%
9	¿Con la contención física se puede evitar que el paciente agitado se retire sondas y catéteres?	85%		15%
10	¿Es necesario la contención física en el paciente confuso para prevenir que sufra caídas?	95%		5%
11	¿Sólo debe realizarse la contención física cuando represente mayor beneficio para el paciente?	90%		10%
12	¿Sujetadores apretados pueden lesionar la piel de la persona agitada?	85%		15%
13	¿Su familiar ha sufrido caídas a pesar de estar sujeto?	5%	95%	
14	¿Ha notado usted que su familiar se jala la sonda de alimentación o la sonda para orinar o el equipo de las soluciones?	50%		50%
15	¿Eleva nuevamente los barandales de la cama cuando termina la visita?	47,5%		52,5%
16	¿Solicita ayuda al profesional de enfermería cuando su familiar desea ir al baño?	52,5%		47,5%
17	¿Cuando su familiar se muestra inquieto o confundido charla usted con él (ella) para reducir su ansiedad?	95%		5%
18	¿Revisa usted las sujeciones en su familiar para verificar que no se ha lesionado su piel?	77,5%		22,5%
19	¿Vuelve a asegurar las sujeciones que tiene su familiar o solicita al profesional de enfermería que lo haga cuando se retira usted después de la visita?	72,5%		27,5%
20	¿Considera adecuado o necesario realizar la contención física en pacientes agitados o confusos que lo requieran?	95%		5%

Respuestas: Si Desconoce No

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Octubre 2012.

Gráfica 1: Resultado de aplicación de instrumento "CIEF".

neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos es la 13, en la que el 95% de la muestra afirma que su familiar no ha sufrido caídas debido a la CF.

La intervención educativa realizada con familiares de los enfermos logra un cambio positivo en la apreciación que tienen respecto a la CF y la consideran primordial para la seguridad del paciente, no una agresión. Se puede apreciar que la frecuencia de las personas que declararon no haber recibido folletos o pláticas sobre CF antes de este estudio es muy alta: 82.5%, esto podría indicar que el profesional de enfermería debe realizar más intervención educativa con el familiar del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y psiquiátrico. Al final de la aplicación del instrumento de valoración al 100% se les aclararon sus dudas por medio de intervención educativa. Por otro lado, 57.5%

respondieron afirmativamente a la pregunta 6 y 62.5% a la pregunta 7, por lo que la intervención educativa sobre CF estaría enfocada en las personas que respondieron negativamente, pero sobre todo atendiendo al 7.5% de la muestra que manifestaron desconocer la respuesta correcta a estas interrogantes. Es importante lograr que el 5% de las personas que no realizan contención verbal con los enfermos lo lleve a cabo por el beneficio que implica para el paciente. La tabla 2 permite apreciar otros aspectos en los que es necesario realizar intervención educativa.

Respecto a la intervención educativa podemos observar que 50% de las personas entrevistadas respondieron que los enfermeros no les han platicado las razones por las que se realiza la CF (pregunta 5); 20% de las personas desinformadas son de escolaridad

secundaria; 20% de las personas informadas son de escolaridad preparatoria y los servicios donde se encuentra mayor frecuencia de familiares no informados son psiquiatría (12.5%), neurología (12.5%) y neurocirugía (15%). Podemos ver que estos tres servicios

Tabla 2. Impacto de la Intervención Educativa realizada por el profesional de enfermería en el INNN antes de la realización de este estudio.

Pregunta	Porcentaje		
	Sí	No	Desconoce
¿Ha recibido folletos, pláticas generales o personales sobre la contención física o la sujeción de pacientes agitados de parte de los enfermeros que atienden a su familiar?	17.5%	82.5%	
¿Conversar con un paciente agitado para disminuir su agresividad es realizar contención verbal?	57.5%	35.0%	7.5%
¿Aplicar medicamentos tranquilizantes o sedantes en un paciente agitado es realizar contención farmacológica?	62.5%	30.0%	7.5%
¿Ha notado usted que su familiar se jala la sonda de alimentación o la sonda para orinar o el equipo de las soluciones?	50.0%	50.0%	
¿Eleva nuevamente los barandales de la cama cuando termina la visita?	47.5%	52.5%	
¿Solicita ayuda al profesional de enfermería cuando su familiar desea ir al baño?	52.5%	47.5%	

Fuente: Recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Octubre 2012.

Tabla 3. Impacto de la información sobre contención física brindada al familiar por servicio y por escolaridad en el INNN MVS antes de este estudio.

		¿Los enfermeros le han platicado las razones por las que se realiza la contención física?			
		Sí		No	
		f	%	f	%
Servicio	Urgencias	3	7,5%	2	5,0%
	Terapia intensiva	5	12,5%	1	2,5%
	Recuperación	0	0,0%	1	2,5%
	Neurocirugía	1	2,5%	6	15,0%
	Neurología	10	25,0%	5	12,5%
	Neuroinfectología	0	0,0%	0	0,0%
	Segundo piso	0	0,0%	0	0,0%
	Psiquiatría	1	2,5%	5	12,5%
	Total	20	50,0%	20	50,0%
Escolaridad	Primaria	4	10,0%	5	12,5%
	Secundaria	4	10,0%	8	20,0%
	Preparatoria	8	20,0%	1	2,5%
	Licenciatura	4	10,0%	3	7,5%
	Posgrado	0	0,0%	0	0,0%
	Ninguno	0	0,0%	2	5,0%
	Carrera técnica	0	0,0%	1	2,5%
	Total	20	50,0%	20	50,0%

Fuente: recolección de datos a través del instrumento "Cuestionario de Intervención Educativa a Familiares" (CIEF), aplicado en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Octubre 2012.

requieren urgentemente una estrategia eficaz de intervención educativa, que además esté planeada adecuadamente según la escolaridad del usuario para recibir la capacitación de acuerdo a sus necesidades, ya que los números anteriormente expuestos muestran la importancia del nivel académico (tabla 3).

Los pacientes que han sufrido caídas a pesar de estar bajo CF en los siguientes servicios son: 1 persona en neurología (2.5% del total de la muestra), estando en compañía de su esposo de 50 años, quien no tiene preparación académica y 1 persona en neurocirugía (2.5%), acompañada de su hija de 40 años de escolaridad primaria. En cuanto a la seguridad del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y psiquiátrico, el 5% de los familiares respondieron que "No" es necesaria la CF en el paciente confuso para prevenir que sufra caídas, además consideremos que son mujeres, las cuales están en el rango de edad de 48 a 57 años, fueron entrevistadas en el servicio de neurología, su escolaridad es de nivel primaria. Es importante tener en cuenta que las mujeres representan el 65% de la muestra, de ellas, el 35% están en el rango de 18 a 37 años y el 30% en el rango de 38 años en adelante. Éste último grupo no puede brindar suficiente apoyo al enfermo con riesgo de caída.

DISCUSIÓN

La información obtenida a partir de la evaluación realizada al familiar de los enfermos atendidos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía le permite al profesional de enfermería planear la correcta intervención, basada en el respeto hacia la persona, considerando su salud y tomando como fundamento los aspectos teóricos, legales y éticos¹⁴.

De igual manera Con y Chávez comentan que la intervención educativa debe estar acorde a las características de las personas que recibirán la información, por lo tanto, el profesional de enfermería debe crear estrategias que permitan impactar positivamente en los familiares considerando su nivel académico que ya se ha notado en los resultados es significativo¹³.

Es evidente entonces que los riesgos para los enfermos agitados de acuerdo a Estévez⁴, pueden ser prevenibles con la CF y la intervención educativa a familiares en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía; así lo muestran los resultados obtenidos. Por las consideraciones anteriores, la CF es aplicable bajo cualesquiera de los tipos de agitación que clasifica Arboix⁵, e incluso los causados por efectos residuales de anestesia y manifestadas en el periodo posquirúrgico.

En ese mismo sentido, este trabajo coincide con el planteamiento de Lemonidou *et al*¹⁵ sobre la utiliza-

ción de la CF por el profesional de enfermería con un razonamiento crítico, además cuidar los aspectos éticos y legales inherentes a éste recurso terapéutico, refiere Lemonidou que Brown y Tooke (1992) y Soloff (1987) también lo implementaron.

Cabe agregar que otro estudio realizado por Plati (1995), referido también por Lemonidou (2002), muestra que los profesionales de enfermería consideran que la CF es necesaria para evitar lesiones, mantener las vías intravenosas, sondas urinarias, sondas nasogástricas y en general los riesgos que corren los enfermos confusos o agitados. La presente investigación obtuvo cifras importantes sobre la opinión de los familiares quienes consideraron necesaria la CF. Cabe destacar que ellos conviven con los enfermos todo el tiempo, no sólo durante su estancia hospitalaria.

Sin embargo, Estévez⁴ comenta que la contención verbal a través de la comunicación con pacientes agitados es importante porque reduce riesgos, aumenta la seguridad, y disminuye la frecuencia de eventos adversos. Esta investigación propone que la intervención educativa beneficia a familiares, cuidadores o equipo de salud, quienes interactúan con el enfermo, como lo muestran los resultados obtenidos a través de la aplicación del CIEF.

Por las coincidencias anteriores, otro aspecto relevante comentado por Estévez⁴ es la inexistencia de instrumentos de medición de la calidad de atención de enfermería respecto a la CF en el Sector Salud. Esta investigación pretende sentar las bases para realizar indagaciones más profundas para lograr sistemas de evaluación para las intervenciones de enfermería con enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

De los anteriores planteamientos, el estudio de Diccini¹⁶ arrojó una mayor frecuencia de caídas en el servicio de neurología. En el caso del presente estudio, existe la misma frecuencia de caídas en neurocirugía y neurología. Las caídas y otros eventos adversos se pueden prevenir si el paciente y el familiar se comprometen a solicitar ayuda al profesional de enfermería para solucionar las necesidades que tengan, por tal razón, es importante una adecuada intervención educativa planeada estratégicamente para brindar al familiar información pertinente y apropiada para evitar cualquier riesgo al enfermo neurológico.

En relación con éste último, la intervención educativa va más allá de lo que expresa Tapia¹⁷ considerando que el familiar observe y notifique al profesional de enfermería cualquier eventualidad; éste puede tener participación activa en las acciones que promueven la pronta recuperación del enfermo neurológico, garantizando su seguridad y bienestar, así como reduce la

estancia hospitalaria, evita complicaciones y eventos adversos.

CONCLUSIONES

La construcción del cuestionario de intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos ha servido para conocer las características de las personas que visitan al enfermo agitado y confuso, se evaluaron los conocimientos que tienen acerca de la contención física, seguridad del usuario, así como se determinó la comprensión de la información recibida por la intervención del profesional de enfermería respecto a ventajas y cuidados que se deben considerar para aplicar con la contención física.

Con éste propósito, son necesarias las estrategias de intervención educativa para implementarlas de acuerdo a la escolaridad de los derechohabientes del Instituto, que no haya ninguna distinción entre cuidadores, al mismo tiempo, que no aumente la carga de trabajo en el profesional de enfermería, que brinde capacitación de calidad al familiar del paciente neurológico con la finalidad de fomentar su participación en el cuidado del enfermo, coadyuvando a su pronta recuperación para garantizar su seguridad y disminuir la frecuencia de eventos adversos.

En este sentido, el tríptico elaborado para la presente investigación a partir del análisis de los diferentes tipos de contención y características del enfermo neurológico, neuroquirúrgico y neuropsiquiátrico, es una herramienta que probó su eficacia durante su aplicación. La intervención realizada, requirió de sencillez en su lenguaje, para transmitir conocimiento sobre contención física a todas las personas a quienes se entregó, por lo que se propone su utilización en cada uno de los servicios de atención clínica en el Instituto.

Hechas las consideraciones anteriores, la intervención educativa es una herramienta didáctica muy útil para capacitar a familiares, cuidadores o equipo de salud acerca de los cuidados que se deben tener con el enfermo neurológico. Además permite al usuario comprender las razones por las que se requiere contención verbal, física o farmacológica en el enfermo agitado o confuso, eliminando estrés y angustia en los familiares, fomentando su participación en el cuidado del paciente y comunicación con el profesional de enfermería en beneficio de la recuperación del derechohabiente. Asimismo, disipa en el familiar la sensación de agresión hacia el enfermo y proporciona al profesional de enfermería fundamentos éticos, legales y científicos que le permiten aplicar éste recurso terapéutico de manera adecuada.

REFERENCIAS

1. Corona T. *Informe semestral de autoevaluación de la Directora General 2011*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. México, D.F. Octubre 2011. Consultado en Julio 19, 2011. Disponible en URL: http://www.inn.n.salud.gob.mx/descargas/transparencia/inf_autoeva_ene_jun_11.pdf.
2. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Carpeta de eventos adversos. México, D.F., 2011.
3. Medline Plus. *Enfermedades neurológicas*. [En línea] 17 de agosto de 2010. Consultado en: 2011 Nov 4. Disponible en URL: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>.
4. Estévez RA, Bassett I, Guerrero MGR, López JT, Leal ML. *La sujeción del paciente con agitación psicomotriz*. *Rev Enfermería Neurológica, Querétaro, México* 2011;10(1): 32-8.
5. Arboix M. *Contención de pacientes*. [En línea] Eroski Cosumer, 28 de diciembre de 2006. Consultado en 2011 nov 15. Disponible en URL: http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/01/02/158553.php.
6. Bernal DC, Garzón N. *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de Cuidados Intensivos*. Pontificia Universidad Javeriana. [En línea] 2008. Consultado en 2011 nov 29. Disponible en URL: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>.
7. Huizing E, El-Khabit M, Navarro F, García MJ, Navarro G. *Protocolo de contención mecánica*. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Andalucía, España. 2010.
8. Santiago A. *Protocolo de contención de movimientos de pacientes*. Madrid: Hospital Clínico San Carlos. 2010.
9. Seoane A, Alava T, Blanco M, Diaz H. *Protocolo de contención de pacientes*. Madrid, España: Hospital Universitario Príncipe de Asturias, 2005.
10. Valdéz R, Zamora P. *Guías clínicas en enfermería neurológica I*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, D.F. 2010.
11. Valdez R, Zamora P. *Planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, D.F. Primera edición. 2010.
12. Sevillano MA. *Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica*. Palma de Mallorca, Islas Baleares, España. *Psiquiatría.com*, 2003. 7(3). Consultado en 2011 nov 29. Disponible en www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/download/345/328/
13. Con S, Chávez V. *Metodología de la intervención educativa en la práctica del docente del nivel medio superior* en Coloquios de investigación educativa en SEMS. Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara. 2011
14. Bohorquez A, Carrascal S, Acosta S, Suárez J, Melo A, Pérez J, et al. *Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica*. *Rev Ciencia y Cuidado Colombia* 2010;(7):1:29-34.
15. Lemonidou C, Priami M, Merkouris A, Kalafati M, Tafas C, Plati C. *Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos*. Atenas, Grecia. *Eur J Psychiat* 2002;(16): 2:87-98
16. Diccini S, Pinho PG, Silva FO. *Evaluación de riesgo e incidencia de caídas en pacientes de neurocirugía*. São Paulo, Brasil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 julio-agosto; 16(4).
17. Tapia M, Salazar M, Tapia L, Olivares C. *Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero*. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2003;11(2):51-7.