



**GUIA PARA LA SUJECION MECANICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LAS CLINICAS FCI Y
SHAIO**

**OLGA LUCIA BARRERA BLANCO
ENFERMERA FCI**

**EYLEN PEDRAZA CORTES
ENFERMERA CLINICA SHAIO**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTOS
BOGOTÁ D. C. 2010**



**GUIA PARA LA SUJECION MECANICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LAS CLINICAS FCI Y
SHAIO**

**OLGA LUCIA BARRERA BLANCO
ENFERMERA FCI
EYLEN PEDRAZA CORTES ENFERMERA
CLINICA SHAIO**

**PATRICIA GALLEGO DE PARDO
MIRIAM ABAUNZA
ASESORES**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADO CRÍTICO ÉNFASIS ADULTOS
BOGOTÁ D. C.
2010**

Nota de Aceptación:

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Bogotá D. C. Noviembre 04 de 2010

AGRADECIMIENTOS

En primera medida queremos darle gracias a Dios por toda la fortaleza que nos dio desde el inicio, por no dejarnos solas ni un solo momento y por permitirnos terminar este trabajo.

A nuestras profesoras, por su orientación y formación como personas y profesionales, por darnos conocimientos los cuales van a mejorar nuestra experiencia en tanto laboral como profesional.

A nuestras familias por el tiempo que nos permitieron estar fuera de casa y dejar de compartir con ellos, por darnos fuerzas para seguir adelante y por la paciencia que nos tuvieron en momentos de desesperación.

A las instituciones donde laboramos y a mis pares compañeros, por la ayuda económica, por darnos un espacio para aprender y compartir con nuestros pacientes y por la colaboración prestada en los momentos de realizar el trabajo dentro de cada servicio donde ellos estaban.

Finalmente a la universidad por toda la formación brindada y la asesoría prestada a lo largo de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
PALABRAS CLAVES	9
INTRODUCCION	10
1. INFORMACION GENERAL	11
1.1 PROBLEMA IDENTIFICADO	11
1.2 PROPOSITO	11
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	12
3. JUSTIFICACION	15
4. OBJETIVOS	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
5. MARCO CONCEPTUAL	18
6. PLAN OPERATIVO	22
7. PRESUPUESTO	24
8. INDICADORES DEL PROYECTO Y RESULTADOS	27
9. EVALUACION DEL PROYECTO	28
10. ACTIVIDADES	32
11. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	32
12. GUIA PARA LA SUJECION MECANICA	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
HOJAS DE VIDA	36
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXOS	38

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. ARBOL DE PROBLEMAS	38
ANEXO B. ARBOL DE OBJETIVOS	39
ANEXO C. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS	40
ANEXO D. PLAN MONITOREO	43
ANEXO E. RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN	44

Keywords:

subject, project management, Comfort agitation delirium mechanical physical

SUMMARY OF PROYECT

“Guide for mechanical restraint in hospitalized patients of the critical care´s Shaio and Cardioinfantil (FCI)”

The measures for restraining and fastening patients hospitalized in **intensive care units in SHAIO and FCI clinics**. They are usually applied to agitated patients, confused or in a delirious state to prevent accidental removal of vital invasive methods for treatment. The use of physical and chemical restraints as a solution to these problems sometimes is confronted with the professional obligation to ensure the freedom, dignity and autonomy of the patients. On the other hand, the use of these measures can induce lesions to varying degrees. For this reason there is the need for a guide to physical restraint of patients in order to: Improve the quality of care and patient safety making sure to restrain those who really need it and not all patients admitted to intensive care.

EYLEN NIYIRETH PEDRAZA CORTÉS.

OLGA LUCÍA BARRERA

RESUMEN DEL PROYECTO
"Guía para la sujeción mecánica de PACIENTES hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de las clínicas FCI y SHAIO"

Las medidas de restricción y sujeción en pacientes hospitalizados en las **unidades de cuidado intensivo de las clínicas FCI y SHAIO**. Suelen aplicarse en pacientes agitados, confusos o en estado de delirio para prevenir la extracción accidental de métodos invasivos vitales para su tratamiento. El uso de restricciones físicas y químicas como solución a estos problemas confronta en ocasiones con la obligación de los profesionales de asegurar el mantenimiento de la libertad, dignidad y autonomía de los pacientes. Por otro lado, el uso de estas medidas puede inducir la aparición de lesiones de distinta consideración. Por esta razón surge la necesidad de realizar una guía para la sujeción mecánica de pacientes con el propósito de: Mejorar la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes al realizar las medidas de sujeción a quienes realmente lo ameriten y no a todos aquellos pacientes que ingresan a los servicios de cuidado intensivo

PALABRAS CLAVES

INMOVILIZACIÓN O RESTRICCIÓN TERAPÉUTICA:

La Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations (JCAHO), define la restricción como la inmovilización involuntaria o sin consentimiento del paciente a través de medios físicos, químicos o mecánicos.

CONTENCIÓN VERBAL: Consiste en evitar que el paciente pase a la acción sin asumir riesgos, fomentar la verbalización de las preocupaciones y las razones o impulsos que motivan la conducta del paciente. Mantener actitud de escucha atenta.

QUÍMICA: Uso de medicamentos para controlar el comportamiento o para restringir el movimiento del paciente.

MECÁNICA: Dispositivo, material o equipo, unido o cercano al individuo con el fin de prevenir el libre movimiento o el acceso normal a su cuerpo. Estos dispositivos no pueden ser controlados, ni fácilmente retirados por la persona inmovilizada. Los más comúnmente usados son la sabana de movimiento, inmovilizadores de tobillos y manos entre otros.

FÍSICA: Procedimiento que involucra uno o más miembros del equipo entrenado en este tipo de abordaje con el paciente. Con el objetivo de tomar el control de la situación y dar continuidad al tratamiento o manejo médico a realizar según las condiciones clínicas del paciente.¹

COMODIDAD Kolcaba (1994, 2001, 2003) la ha definido como "el estado inmediato de ser fortalecido a través de tener las necesidades humanas para el alivio, tranquilidad y trascendencia abordado en cuatro contextos de la experiencia, física, psico, socio-culturales y ambientales.²

AGITACIÓN: son movimientos frecuentes de cabeza, manos y piernas y desadaptación con el ventilador que persiste a pesar de intentos de tranquilizar al paciente. ³

DELIRIUM O SÍNDROME CONFUCIONAL: Síndrome caracterizado por alteración de las funciones cognitivas superiores de inicio agudo y curso fluctuante. Se presenta en gran parte en los pacientes hospitalizados de edades avanzadas y supone complicaciones como aumento de la estancia hospitalaria y eleva la mortalidad.⁴

INTRODUCCION

Históricamente, como lo demuestra la literatura, se han contemplado las restricciones físicas como medidas para la prevención de las caídas. En Francia, en el Siglo XVIII, Philippe Pinel y Jean Baptiste Pussin las desarrollaron y utilizaron en hospitales psiquiátricos para prevenir que los pacientes se lesionaran o agredieran a los demás.⁵

No se encuentran mucho acerca de sujeción de pacientes y tampoco son muchas las instituciones que cuentan con guías acerca del mismo.

En las clínicas FCI y SHAIO se vio como una necesidad la creación de esta guía ya que se identificó que la mayoría de los pacientes sujetados no contaban con indicación clara y que se debía hacer énfasis en mejorar la calidad en la atención de los pacientes y que mejor que empezar o tener en cuenta el confort de los mismos al realizar este procedimiento que se hacía por rutina.

Se utilizó el método del marco lógico el cual facilitó desde el inicio hasta la evaluación del proyecto dándonos una idea clara de cómo se desarrolla el proyecto de gestión paso por paso mostrándonos resultados a favor.

1. INFORMACION GENERAL

Nombre del proyecto: Guía para sujeción mecánica de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de las Clínicas SHAIO y FCI.

Entidades: Clínicas SHAIO y FCI de la ciudad de Bogotá

Periodo de duración: febrero a noviembre del 2010.

Localización: Bogotá DC Colombia.

1.1 PROBLEMA IDENTIFICADO

AUSENCIA DE UNA GUIA PARA LA SUJECION DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LAS CLINICAS FCI, Y CLINICA SHAIO.

La falta de conocimiento acerca de sujeción mecánica de pacientes en unidades de cuidado intensivo por parte del personal de enfermería, puede traer consigo consecuencias legales, físicas y psicológicas.

1.2 PROPOSITO

Mejorar la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes al realizar las medidas de sujeción a quienes realmente lo ameriten y no a todos aquellos pacientes que ingresan a los servicios de cuidado intensivo, mediante una guía de sujeción mecánica que brinde pautas necesarias para inmovilizar a los pacientes que requieran sujeción en unidades de cuidado intensivo.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

La sujeción en las unidades de Cuidado intensivo se ha hecho una práctica necesaria en la Atención de salud cuyo propósito es evitar los eventos adversos relacionados, como: El retiro de catéteres sondas y tubos necesarios para mantener la vida de pacientes críticos.

Por este tipo de dilemas el personal de enfermería entra en controversia al ofrecer riesgo ó beneficio al inmovilizar a los pacientes, ya que cuando se utilizan estas medidas se pueden ocasionar lesiones o complicaciones que llevan a una prolongación de su estancia hospitalaria.

Sin embargo es tan meticuloso el trabajo que se realiza en las Unidades de Cuidado Intensivo, que en múltiples oportunidades se utiliza la sujeción en pacientes que realmente no la requieren y se traspasa una barrera de respeto por las personas, por quererlas cuidar.

Esta situación no solo se vive en unidades de Cuidado intensivo Colombianas, se ve por ejemplo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, de Madrid España 6., que identificaron la sujeción como un problema difícil de controlar, por esto realizaron un protocolo general para la utilización de medidas de sujeción. Y llegaron a la conclusión que Debe aplicarse con discreción y con garantía de seguridad. Y que La principal acción de enfermería es impedir las conductas que obligan a usar las sujeciones, recurriendo a ellas como último recurso 7. En otro estudio realizado en Barcelona en el año 2009 se considera que la sujeción está indicada en 8

- Estados de agitación psicomotriz.
- Estados confusionales.
- Estados de auto/heteroagresividad. Y está:

Contraindicada en las siguientes situaciones:

- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento.
- Por simple conveniencia del equipo.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Desconocimiento de su estado general de salud.
- Vivencia del paciente como refuerzo de su conducta violenta.
- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ejemplo: uso de la sedación medicamentosa).

El objetivo de este trabajo es presentar una guía para identificar que pacientes en las Unidades de cuidado crítico ameritan estar inmovilizados y sobretodo saber cómo hacerlo y así tener una justificación de porque es necesario realizarlo y a vez porque se utiliza esta medida sin ser necesaria, sin tener en cuenta también que los analgésicos, sedantes, y neurolépticos utilizado para tratamiento de dolor, ansiedad, o trastornos psiquiátricos en la UCI deben de ser administrados para mitigar la necesidad de sujeción, sin embargo, no deben de ser utilizados como un método de sujeción química.

Para realizar este proyecto se tuvo en cuenta que en las Unidades de Cuidado crítico de la Fundación Cardioinfantil, y Fundación Clínica Shaio, no se tiene una guía para la práctica de sujeción de pacientes, es decir se hace sin tener una base fundamentada.

Por otro lado, para llegar a la conclusión de que se necesita tener una guía y utilizarla como proyecto de gestión en las unidades de cuidado intensivo se utilizaron instrumentos como una encuesta en la que se pregunto a las enfermeras el porqué se inmovilizaban a todos los pacientes ingresados en UCI y en base a esto se tenía en cuenta la patología del paciente, el diagnostico y que evento adverso se producía luego de la sujeción. Como conclusión se realiza la sujeción sin justificación alguna.

En la encuesta de 124 pacientes estudiados, 24 presentaban delirium, 39 estaban ventilados. Y todos con medidas de sujeción entre terapéuticas y químicas utilizando medicamentos como Haloperidol, precedex, midazolam, risperidona, trazodonne y propofol. Se encontraban pacientes con rass de -3 y -5 sujetados lo que llama mas la atención para el trabajo ya que como se puede evaluar en la escala no debería haber algún riesgo de autoagresión o de agresión a los demás y aun así se le pregunto al personal a cargo de los pacientes la causa de sujeción encontrando respuestas como:

Se realiza por protocolo (sin existir un protocolo en la unidad), por prevenir que se retiren el TOT. Las sondas, los tubos o demás invasivos que tengan. O simplemente no sabían el porque se hacia.

Dentro de los efectos adversos 15 de los pacientes sujetados presentaban laceraciones sobre todo en las muñecas y algunos en los tobillos por movimientos bruscos y también edema en extremidades.

La mitad de los familiares de los pacientes referían que no le agradaba ver a sus otros familiares así pero después de explicarles el porque se hacia mostraban tranquilidad. Dentro de los diagnósticos de los pacientes encontramos neurológicos, respiratorios y cardiovasculares contando complicaciones como mediastinitis, síndromes convulsivos y encefalopatías anoxico isquemias.

No se pueden dejar a un lado las implicaciones hemodinámicas y con esto los efectos secundarios de los medicamentos utilizados para los pacientes con agitación psicomotora y medidas de sujeción en la UCI como taquicardia, hipotensión, síndrome de abstinencia, alucinaciones, taquipnea, temblores, somnolencia entre otros y es de resaltar que todo esto sumado a la patología de base de los pacientes aumenta la estancia hospitalaria, mas costos y mayor riesgo de infección y mortalidad.

3. JUSTIFICACION (Marco legal)

En las unidades de cuidado intensivo mencionadas en este trabajo no se cuentan con guías acerca del porque de deben sujetar los pacientes, simplemente por evitar incidentes para el personal de enfermería o accidentes para ellos, esta la rutina de realizar sujeción a todos aquellos pacientes en especial pos operatorios y ventilados que ingresan al servicio.

La idea de esta guía es contar con unas pautas para que se puedan identificar los pacientes que requieran de estas medidas y no realizarlo a todos los ingresos de la unidad que a simple vista o por costumbre se crea que las ameritan.

Ahora se mencionará la definición de términos utilizados a lo largo del trabajo.

SUJECION RESTRICCIÓN O INMOVILIZACIÓN: procedimientos físicos, mecánicos farmacológicos y verbales dirigidos a limitar los movimientos en forma parcial o total a un paciente para controlar su actividad física y evitarle daños a él mismo y a otros.

- Los químicos o farmacológicos hacen referencia a los medicamentos utilizados.
- Los mecánicos a los dispositivos, material o equipo.
- Físicos al procedimiento que involucra a las personas que van a tener el contacto con el paciente.
- Verbal.

Se ha encontrado que el último recurso que se debe utilizar es la sujeción sin olvidar las implicaciones ético legal a lo que esto conlleva. Las cuales se mencionaran a continuación:

Según la Constitución Política de Colombia vigente, en su artículo 28 «...Toda persona es libre. Nadie puede ser molestado en su persona o familia, ni reducido a prisión o arresto, ni detenido, ni su domicilio registrado, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley...»(29). Aunque en la práctica la hospitalización involuntaria y la contención física son procedimientos médicos que obedecen a una justificación clara, se debe ser cuidadoso ya que su aplicación puede resultar en complicaciones legales para el médico o la institución

(por ejemplo, instauración de demandas por delitos contra la libertad individual y otra garantía como el secuestro simple).

Las normas legales relacionadas con la hospitalización involuntaria hacen referencia a personas con trastornos mentales. Teniendo en cuenta lo anterior, y para fines prácticos, se hacen las siguientes recomendaciones. 10.

La privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización de un paciente no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por el paciente o la familia, e incluso cuando es el propio pertinente Paciente Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del quien la solicita, debe ponerse en conocimiento del juez.

Cabe mencionar otros términos que de igual manera son importantes y se mencionaran:

Agitación: son movimientos frecuentes de cabeza, brazos y piernas y desadaptación con el ventilador que persiste a pesar de intentos de tranquilizar al paciente y es por esto importante evaluar el estado de agitación del paciente 3.

Delirium O Síndrome confucional: síndrome caracterizado por alteración de las funciones cognitivas superiores de inicio agudo y curso fluctuante. Se presenta en gran parte de los pacientes hospitalizados de edades avanzadas supone complicaciones aumento en la estancia hospitalaria y elevada mortalidad 4.

Existen ya escalas establecidas para medir el delirium y además un aporte grande para el personal de enfermería ya que dependiendo el valor obtenido en dichas escala se puede identificar que pacientes requieren o no sujeción, y son conocidas como RASS O RICHMOND.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar y aplicar una guía para la sujeción mecánica de los pacientes que ingresan a las unidades del cuidado intensivo de las clínicas: SHAIO y FCI permitiendo así contribuir a la calidad en el cuidado del paciente.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar que pacientes requieren medidas de sujeción mecánica en las unidades de cuidado intensivo de la clínica SHAIO y FCI.
- Promover la aplicación de la guía en el personal de enfermería que labora en estas instituciones.
- Contribuir con el proyecto de gestión en los planes de calidad institucional.
- Asegurar el confort y la seguridad, en el paciente que requiere medidas de sujeción.

5. MARCO CONCEPTUAL

El propósito de este proyecto es Mejorar la calidad en la atención y la seguridad de los pacientes y uno de los objetivos Asegurar el confort y la seguridad de los mismos.

Por esto dentro de la bibliografía revisada la Teoría del Confort fue la más acertada para incluir en el trabajo. Confort con comodidad van muy de la mano y tienen un mismo fin que llevan al propósito del proyecto, de hecho Kolcaba menciona los dos términos en la teoría durante toda su descripción.

- Fundadora de un programa de enfermería de la parroquia local.
- Miembro de la Asociación de Enfermeras de American
- En la actualidad profesora en la Escuela Universitaria de Enfermería de Akron
- 1991-1992: Beca de Pre-Doctorado Interdisciplinario en Salud, Grant Interior CWRU
- 1997: Premio de Honor por investigación
- Diplomado en Enfermería de St. Luke's Hospital
- Graduado de la RN primera clase en el MSN Frances Payne Bolton Escuela de Enfermería de la Case Western Reserve University en 1987
- Graduada con doctorado en enfermería y recibido el certificado de especialista en enfermería clínica autoridad en 1997
- Especializado en Gerontología,

La Teoría de la comodidad es una teoría de rango medio para la práctica de enfermería y la investigación, debido al número limitado de conceptos y proposiciones, el bajo nivel de abstracción, y la facilidad de aplicación a la práctica real (Kolcaba, 2003) .

Se desarrollo por primera vez en la década de 1990, donde la comodidad era consideraba un objetivo tanto para la enfermería y la medicina, ya que se creía que la llevaba a la recuperación de los pacientes. Por lo que se considera que tiene el potencial para colocar la comodidad, una vez más a la vanguardia de la asistencia sanitaria. E n 1994 se publico el primer artículo sobre la teoría y en el 2003, Kolcaba publicó un libro completo sobre el desarrollo, prueba y aplicación.

La teoría del Confort ha sido probada y se apoyó en varias poblaciones de pacientes. En el 2001, un estudios psicométricos y experimentales en pequeñas muestras de mujeres con cáncer de mama en estadio precoz pasando por la terapia de radiación (Kolcaba y Fox, 1999), las personas con frecuencia urinaria e incontinencia (Dowd, Kolcaba, y Steiner, 2000), y las personas cerca del final de la vida (Novak, Kolcaba, Steiner, y Dowd, 2001).

Otros investigadores han utilizado la teoría en entornos como el trabajo de parto, peri natal y la atención intra-operatorio, **cuidados intensivos**, unidades de quemados, la práctica ginecológica, atención de enfermería de las personas con discapacidad mental o auditiva, el transporte aéreo de emergencia y salas de recién nacidos.

Durante el desarrollo de la teoría de la comodidad, Kolcaba llevó a cabo un análisis del concepto de confort que examinaron la literatura de varias disciplinas como enfermería, medicina, psicología, psiquiatría, la ergonomía, e inglés. Esta revisión confirma que la comodidad es un concepto positivo y se asocia con actividades que nutren y fortalecen los pacientes.

En la teoría de la comodidad, Kolcaba afirmó que cuando necesidades de salud de un paciente se evalúan adecuadamente las intervenciones de enfermería son llevadas a cabo para hacer frente a esas necesidades, teniendo en cuenta las variables que intervienen en la situación.

El resultado es una mayor comodidad del paciente en el tiempo. Una vez que la comodidad es mayor, el paciente es probable que aumente la salud en busca de comportamientos. Estos comportamientos pueden ser internos (por ejemplo, la curación de heridas o una mejor oxigenación), externa al paciente (por ejemplo, participación activa en los ejercicios de rehabilitación), o una muerte en paz.

Una vez se identifico el problema en común para las dos unidades de cuidado intensivo de las clínicas SHAIO y FCI se creo una necesidad que fue la de elaborar la guía, que aplicado a la explicación que ella menciona anteriormente viene siendo una intervención para optimizar el cuidado y la comodidad del paciente.

Por otra parte, Kolcaba afirmó que cuando un paciente experimenta comportamientos saludables, la integridad de la institución se aumenta posteriormente y se traducirá en mejores resultados. El aumento de la integridad institucional se presta a la elaboración y aplicación de mejores prácticas y mejores políticas secundaria a los resultados positivos experimentados por los pacientes. Aunque no se menciona en primera estancia otro objetivo del proyecto es contribuir a los planes de calidad institucional el cual se ve reflejado en el párrafo anterior, lo que también traerá comodidad para el paciente, familias y la misma institución.

Ella define cuatro conceptos del METAPARADIGMA que corresponden a su teoría:

- *Enfermería* se describe como el proceso de evaluación del paciente de la comodidad y de sus necesidades

- *Persona* se describe como el destinatario de enfermería de atención al paciente puede ser un individuo, familia, institución o comunidad.
- *Medio Ambiente* se considera que el entorno externo del paciente y puede ser manipulada para aumentar la comodidad del paciente.
- La *salud* es vista como el funcionamiento óptimo del paciente, Y la consecución del confort como objetivo universal de la asistencia sanitaria, se plantea que en una institución comprometida satisface las necesidades de salud de los pacientes.

Como se esta hablando de comodidad en la revisión que se hizo se encontraron varias definiciones de este concepto pero es el de Kolcaba el que se tomo porque además hace una descripción completa de todo lo que implica este termino y es lo que se esta buscando para el proyecto a realizar.

Kolcaba (1994, 2001, 2003) ha definido la comodidad como "el estado inmediato de ser fortalecido a través de tener las necesidades humanas para el alivio, tranquilidad y trascendencia abordado en cuatro contextos de la experiencia, física, psico, socio-culturales y ambientales.

Menciona términos como la facilidad, y la trascendencia derivados de las anteriores definiciones:

- *Facilidad* es la ausencia de molestias específicas.

Muchas condiciones médicas y psicológicas perturbar los mecanismos homeostáticos, y las enfermeras deben ser conscientes de los factores de riesgo para la depresión, las enfermedades relacionadas con el estrés, la deshidratación, hemorragias o vómitos, por nombrar algunos ejemplos.

- *La trascendencia* es la capacidad de "superar" las molestias cuando no se puede erradicar o evitar (por ejemplo, el niño se siente confiado acerca de la de ambulación, aunque (s) sabe que va a agravar el dolor).
- Trascendencia, como un tipo de confort, representa el fortalecimiento de su propiedad, y recuerda a las enfermeras a "no rendirse nunca" ayudar a sus hijos y miembros de la familia a sentirse confortados muchas Intervenciones estar dirigida a mejorar el medio ambiente, aumentar el apoyo social. 2. 11

Se puede entonces concluir que el mejorar la calidad en la atención, a los pacientes dando un adecuado cuidado de enfermería pero sobre

todo proporcionado comodidad es el pilar de este proyecto, además que la teoría habla acerca de las ventajas que va a tener el paciente su entorno y la institución sin dejar a un lado que debe ser algo continuo.

6. PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Diseñar y aplicar una guía para la sujeción mecánica de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo de la FCI y Clínica SHAIO permitiendo así contribuir a la calidad del cuidado del paciente.	CRONOGRAMA						
RESULTADOS ESPERADOS	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov
Menor número de pacientes con medidas de sujeción en UCI							
Personal de enfermería que identifique los pacientes que requieren medidas de sujeción							
Pacientes con menos delirium y agitación secundaria a sujeción mecánica. Familias más tranquilas al no ver a sus pacientes sujetos.							
ACTIVIDADES							
Presentación de la propuesta del proyecto en la FCI y Clínica SHAIO:							
Dar a conocer la información acerca de la guía de sujeción mecánica de pacientes en las instituciones y servicios ya mencionados.							
Evaluación de los pacientes sujetos en las unidades de cuidado intensivo para ver si requieren o no estas medidas.							
Realización de encuestas acerca de los conocimientos que tiene el personal de enf sobre sujeción de pacientes.							

Aprobación por parte del personal coordinador de los servicios de las dos instituciones.								
Presentación al personal de enfermería de los servicios e instituciones ya mencionadas el bosquejo de la guía.								
Sesión educativa acerca de la importancia de la sujeción de pacientes en uci solo a aquellos pacientes que lo ameritan y no a todos por rutinización.								
Aplicación de la guía de sujeción mecánica de pacientes en las dos unidades.								
Realización de encuestas al personal de enfermería, posterior a la ejecución de la guía para ver beneficios obtenidos.								
Revisión de las HC posterior a la imp de la guía para confirmar su correcto diligenciamiento.								
Evaluar los indicadores planteados								
Presentación en la clínica SHAIO Congreso Internacional de enfermería.								
Propuestas de mejora de la guía por parte del personal de enfermería.								

7. PRESUPUESTO

	RECURSOS		PRESUPUESTO
	HUMANOS	MATERIALES	
Presentación de la propuesta del proyecto en la FCI y Clínica SHAIO	Gestores del proyecto, personal coordinador medico y de enfermería de las dos instituciones.	Hojas carta, impresiones fotocopias y video.	50000
Divulgar la información acerca de la elaboración de la guía de sujeción mecánica de pacientes en las instituciones y servicios ya mencionados.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta, fotocopias y bosquejo de la guía.	30000
Evaluación de los pacientes sujetos en las unidades de cuidado intensivo para ver si requieren o no estas medidas	Gestores del proyecto.	Historias clínicas	10000
Realización de encuestas acerca de los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre sujeción de pacientes	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	fotocopias ,hojas carta	50000
Lograr el apoyo por parte del personal coordinador de los servicios de las dos instituciones	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta. fotocopias	50000

Presentación al personal de enfermería de los servicios e instituciones ya mencionadas el bosquejo de la guía.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Fotocopias impresiones refrigerio y hojas tamaño carta	80000
Charla acerca de la importancia de la sujeción de pacientes en UCI con fundamentos teóricos ya conocidos por las gestoras del proyecto.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta, impresiones y fotocopias	50000
Aplicación de la guía de sujeción mecánica de pacientes en las dos unidades.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta, impresiones y fotocopias	50000
Realización de encuestas al personal de enfermería, posterior a la ejecución de la guía para ver beneficios obtenidos.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Hojas carta, impresiones y fotocopias	30000
Revisión de las HC posterior a la implementación de la guía para confirmar su correcto diligenciamiento	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinadoras de las unidades	Historias clínicas hojas tamaño carta	20000
Analizar los indicadores planteados	Gestores del proyecto	Hojas carta, impresiones y fotocopias	30000

Presentación en la clínica SHAIO	Gestores del proyecto	Internet computador	10000
Propuestas de mejora de la guía por parte del personal de enfermería.	Gestores del proyecto, personal de enfermería y coordinados de las ucis	Hojas tamaño carta y fotocopias	20000
Sueldo por cada enfermera 1800.000			
TOTAL			4.080000

8. INDICADORES DEL PROYECTO Y RESULTADOS

Número del personal de enfermería de las UCIS que conoce acerca de la sujeción de pacientes x 100%
$$\frac{\text{Número del personal de enfermería de las UCIS que conoce acerca de la sujeción de pacientes}}{\text{Total del personal de enfermería de las UCIS}} \times 100\%$$

Numero de pacientes sujetados en las unidades de cuidado intensivo X 100%
$$\frac{\text{Numero de pacientes sujetados en las unidades de cuidado intensivo}}{\text{Total de pacientes hospitalizados en las UCIS}} \times 100\%$$

Numero de familiares de pacientes con medidas de sujeción a los que se les ha explicado acerca de medidas de sujeción x 100%
$$\frac{\text{Numero de familiares de pacientes con medidas de sujeción a los que se les ha explicado acerca de medidas de sujeción}}{\text{Total de familiares de ptes con medidas de Sujeción}} \times 100\%$$

9. EVALUACION DEL PROYECTO

La evaluación de un proyecto es el proceso de identificar, cuantificar y valorar los costos - beneficios que se generan de este, en un determinado periodo de tiempo.

Existen varias clasificaciones sobre las diferentes formas de evaluación. 12

El proyecto tiene dos tipos tanto privada como social. Se relaciona con la parte privada, porque es para beneficio de dos clínicas privadas, en las que cada una cuenta con políticas institucionales que las hacen tener un plus por ser de cuarto nivel cada una. Aunque no es para beneficio propio, cabe en la evaluación privada.

Pero también hace parte una evaluación social porque se consideran todos los efectos que tenga el proyecto sobre la sociedad, en este caso se tendría en cuenta que es un grupo poblacional específicamente de un grupo de pacientes que tendrían la opción de ser manejados con otras alternativas terapéuticas antes de usar la sujeción mecánica por parte del personal de enfermería.

En el proyecto de gestión: Guía para la sujeción de pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado intensivo de la Fundación Cardio Infantil, y Fundación clínica SHAIQ. Se ha utilizado el tipo de evaluación del antes y el después, donde se evalúa gracias a las guías de estudio que se realizan en la clase de diseño y gestión de proyecto.

Mediante el cronograma que se realizó, se iban mostrando las actividades a realizar mes a mes, de esta manera se tenía la opción de mostrar en las instituciones si las actividades que se tenían previstas se podrían realizar o no, de acuerdo a las necesidades de cada institución.

Dentro de la evaluación de proyectos en especial del proyecto de la guía de sujeción se han tenido dificultades como:

- Falta de información ya que de este tema no es mucho lo que se encuentra.
- Carencia de un sistema de evaluación y monitoreo, por lo que no se conoce el proceso desarrollado.

Con respecto a este último la idea es llevar a cabo un seguimiento para que el personal de enfermería quienes son los protagonistas del proyecto dé su punto de vista, porque finalmente son ellos quienes llevarán en marcha la aplicación de la guía¹³.

10. ACTIVIDADES

En el desarrollo del trabajo que fueron incluidos las siguientes fuentes y resumiendo.

- ❖ Encuestas: acerca de los conocimientos de la elaboración de la guía y para ver beneficios obtenidos sobre la guía.
- ❖ Charlas: sobre la importancia de sujeción de pacientes en las unidades, en este caso de la FCI y de la Clínica SHAI0.
- ❖ Observación y revisión de si se esta llevando a cabo el correcto diligenciamiento de la guía, si es entendible es decir si se cumple o no y la revisión de las HC para corroborar su elaboración y a la vez conformidades de los familiares de los pacientes junto con la ayuda el Dpto. de quejas y reclamos de las dos instituciones.

Una encuesta recoge información de una muestra. Una muestra es una porción de la población, partiendo de esa definición y como en el proyecto que se esta realizando se utilizo elemento como recolector de datos realizamos un bosquejo así:

Encuesta sobre conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre sujeción de pacientes:

- Que es sujeción?
- Que tipos de sujeción conoce?
- A que pacientes sujetan en las unidades ¿
- UD porque sujeta a sus pacientes?
- Que piensan los familiares de los pacientes sujetados acerca de estas medidas?.

Para hablar acerca de la importancia de la sujeción de pacientes en las unidades de cuidado intensivo se expuso el capitulo de la justificación del proyecto quedando en claro y sin dejar dudas, al contrario el personal amplio sus conocimientos sobre todo en cuanto el tema legal de este tema, no manejado en los servicios.

Encuestas sobre la guía:

- La guía utiliza un lenguaje comprensible: SI NO porque.

- El tiempo utilizado para el desarrollo de la guía es: Mucho Adecuado Poco.
- Es útil la implementación de la guía en el servicio? Si No Porque.
- Cree que la familia de los pacientes se beneficia con la implementación de la guía? Si No Porque.
- Ayuda al manejo de los pacientes la implementación de la guía: Si No Porque.

Encuesta para valorar sujeción

FECHA	No DE PACIENTES	DIAGNOSTICO	VENTILADO SI/NO	SUJECION SI/NO	DELIRIUM SEGUM CAM ICU SI/NO	EFFECTOADEVERSO SI/NO	MOTIVO DE SUJECION	MEDICACION UTILIZADA

11. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Se refiere a si los beneficios del proyecto tendrán continuidad después de que el período de financiación externa haya concluido.

La sostenibilidad real no puede evaluarse *a priori*, pero si pueden evaluarse las perspectivas si se han incorporado al diseño del Proyecto los aspectos que la experiencia demuestra que son factores de influencia.

La meta macro de este proyecto de gestión es que perdure y que el personal de enfermería aplique la guía de sujeción de aquí en adelante. Hasta el momento se puede evaluar que la guía ha sido de gran impacto por el personal quien se ha mostrado interesado por el tema, y la han implementado en algunos pacientes.

Se necesita más capacitación al personal de enfermería, que llegue a las unidades de cuidado intensivo, y continuo monitoreo acerca si se realizan o no los formatos relacionados con la guía como lo son:

- ❖ El consentimiento informado
- ❖ Las casillas que se tienen que diligenciar para especificar el porque se decidió realizar la sujeción.



12. GUIA PARA LA SUJECION MECANICA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO DE LAS CLINICAS FCI Y SHAIO

INTRODUCCION

Históricamente, como lo demuestra la literatura, se han contemplado las restricciones físicas como medida para la prevención de las caídas. En Francia, en el Siglo XVIII, Philippe Pinel y Jean Baptiste Pussin las desarrollaron y utilizaron en hospitales psiquiátricos para prevenir que los pacientes se lesionaran o agredieran a los demás.

El paciente críticamente enfermo requiere de cuidado integral que incluya aspectos como la seguridad que se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Dentro de la seguridad del paciente cabe resaltar el uso de la sujeción como un medio de ayuda en el cuidado al paciente, sin embargo se debe tener en cuenta la vulnerabilidad y los derechos de este al aplicar este tipo de medidas.

Entendemos por sujeción el uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de las lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera infringir

La sujeción puede estar justificada en determinados casos, pero es muy conveniente que las indicaciones estén "personalizadas". Y que además entendamos que se emplea como último recurso.

DEFINICIÓN:

INMOVILIZACIÓN O RESTRICCIÓN TERAPÉUTICA:

Se define como la inmovilización involuntaria o sin consentimiento del paciente a través de medios físicos, químicos o mecánicos. 14

Hace referencia a una medida terapéutica excepcional y al uso de procedimientos, físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos en forma parcial o total de un paciente a fin de controlar su actividad física, garantizar la seguridad, protegerlo de auto agresiones o de lesiones a terceros y prevenir los daños durante la administración urgente de medicación.

TIPOS DE RESTRICCIÓN:

La restricción o inmovilización puede organizarse de varios modos diferentes, pero no excluyentes:

CONTENCIÓN VERBAL: Consiste en evitar que el paciente pase a la acción sin asumir riesgos, fomentar la verbalización de las preocupaciones y las razones o impulsos que motivan la conducta del paciente. Mantener actitud de escucha atenta.

La meta de la contención verbal es restablecer el autocontrol, facilitar la exteriorización de sus pensamientos y la implantación de límites de conducta claros, debe realizarse por parte del médico o enfermera jefe del servicio.

QUÍMICA: Uso de medicamentos para controlar el comportamiento o para restringir el movimiento del paciente.

MECÁNICA: Dispositivo, material o equipo, unido o cercano al individuo con el fin de prevenir el libre movimiento o el acceso normal a su cuerpo. Estos dispositivos no pueden ser controlados, ni fácilmente retirados por la persona inmovilizada. Los más comúnmente usados son la sabana de movimiento, inmovilizadores de tobillos y manos entre otros.

FÍSICA: Procedimiento que involucra uno o más miembros del equipo entrenado en este tipo de abordaje con el paciente. Con el objetivo de tomar el control de la situación y dar continuidad al tratamiento o manejo médico a realizar según las condiciones clínicas del paciente.

INDICACIONES:

- ✓Agitación psicomotora
- ✓Confusión mental
- ✓Desorientación
- ✓Riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o drenajes
- ✓Paciente adulto mayor sin la compañía del familiares
- ✓Autoagresión física o al personal de salud
- ✓Mientras se realiza un procedimiento invasivo a un paciente menor de 4 años

- ✓Antes y durante el procedimiento quirúrgico
- ✓Alto riesgo de autoagresión que no ha mejorado con otras intervenciones.
- ✓Alto riesgo de daño a la planta física

CONTRAINDICACIONES:

No se debe utilizar en los siguientes casos:

- Cuando exista una alternativa terapéutica diferente y de similar eficacia (ejemplo: uso de sedación)
- Como sustitución al tratamiento inicial.
- Por simple conveniencia del equipo de salud.
- En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.
- Como respuesta a una conducta molesta.
- Como castigo al paciente por una transgresión.
- Como respuesta al rechazo del tratamiento o a otras actividades
- Personal sin entrenamiento, en este tipo de abordaje.15

MARCO LEGAL:

En la mayoría de los países de América latina el tema de la seguridad en la atención de los pacientes es uno de los referentes de calidad en atención en salud, de igual forma, trabajar en la seguridad del paciente, además de ser un imperativo ético de las instituciones de salud es una obligación de ley.

En la práctica la contención física, aunque es un procedimiento médico que obedece a una justificación clara, se debe ser cuidadoso en los pasos a seguir en los mismos ya que su aplicación puede resultar en complicaciones legales para el personal de salud o la institución (por ejemplo, instauración de demandas por delitos contra la libertad individual y otras garantías).

Sólo se podrá sujetar a un paciente cuando el médico lo indique pertinente, se encuentre consignado en la Historia Clínica y basado en la situación clínica del paciente y con previa autorización de la familia o acompañante.16

PRECAUCIONES:

Verificar:

- ✓ Grado de orientación y nivel de conciencia del paciente.
- ✓ Indicación médica escrita para la inmovilización.
- ✓ El estado de la piel, especialmente en las zonas que requieren inmovilización.
- ✓ Velar por el respeto de la dignidad y autoestima del paciente, porque la pérdida de control y la imposición de sujeción puede resultarle incomoda y agresiva.
- ✓ Preservar la intimidad y explicar la situación a los demás pacientes en la habitación.
- ✓ Aplicar inmovilización flexible y revisar control periódico de la circulación y estado de la piel.

MEDIDAS GENERALES A TENER EN CUENTA:

- ✓ Proporcionar un ambiente seguro, tranquilo y cómodo para el paciente
- ✓ Preparar el equipo necesario: inmovilizadores, almohadas, sábanas, etc.
- ✓ Explicar el procedimiento al paciente y a su familia, logrando la mayor comprensión posible de las razones por las cuales son necesarias dichas medidas.
- ✓ Procurar en el paciente una postura corporal funcional y anatómica.
- ✓ Realizar lubricación y masaje en las áreas en las cuales se va a aplicar las inmovilizaciones.
- ✓ Cuando se trate de inmovilización torácica verifique el patrón respiratorio del paciente, en busca de dificultad respiratoria relacionada con la inmovilización.
- ✓ Controlar la presión del inmovilizador a nivel de la cintura, por referencia de náuseas o malestar abdominal (restricción abdominal)

Material para la sujeción

Dependiendo del caso de cada paciente, y la extremidad que se requiere inmovilizar.

a) Tendrá que estar guardado en el control de enfermería, en un lugar de fácil acceso y cómodo. Será responsabilidad de la enfermería del turno, comprobar que el sistema de sujeción esté completo y en buen estado para su uso.

b) Para cada sistema de contención existen diferentes elementos:

Para la contención abdominal:

- Cinturón abdominal.
- Faja abdominal.

Para la contención de extremidades:

- Cintas para las muñecas.
- Cinturón estrecho y cintas para los tobillos.

Se aplican con cierre de imán o botón de fijación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

a) Siempre que el nivel de conciencia del paciente lo permita, antes de proceder a una restricción de sus movimientos, se le ha de explicar el método de sujeción que va a utilizarse y los motivos para aplicarlo, pues con esto se conseguirá una mejor colaboración y un menor esfuerzo.

b) Cuando se ha tomado la decisión de sujetar al paciente, la acción tendrá que ser rápida y en cooperación con varios miembros del equipo terapéutico (mínimo 3 personas).

En la contención abdominal:

- Colocar al paciente semi incorporado en la cama, verificando que el método escogido no afecte a los movimientos respiratorios.
- La cinta abdominal tiene que colocarse por encima del paciente, a nivel lumbar, ajustando cada extremo a un soporte fijo o al somier de la cama.
- La faja abdominal tiene que colocarse justo en el abdomen, cruzando sus cintas por la espalda a nivel lumbar y sujetando los extremos a un soporte fijo o al somier de la cama.
- La faja abdominal con cierre de imán tiene que sujetarse por sus dos extremos al somier de la cama, de forma que quede tensa.

A continuación, situamos al paciente encima y le ajustamos la faja a nivel abdominal.

En la contención de extremidades:

- Situar al paciente en posición cómoda y con las diferentes partes del cuerpo, correctamente alineadas.
- Utilizar material blando con el fin de impedir la fricción sobre la piel.
- En caso de disponer de cinturón estrecho, lo fijaremos al somier de la cama por sus extremos y a continuación le colocaremos las cintas en los tobillos.
- Si no disponemos de cinturón estrecho, fijaremos un extremo de la cinta a un soporte fijo o somier de la cama, ajustando el otro extremo al tobillo o muñeca del paciente mediante cierre de imán o botón de fijación.

Al finalizar todo el proceso de contención tenemos que:

- Confirmar que las correas no comprimen ningún vaso que impida la circulación sanguínea.
- Comprobar que el paciente tiene libertad de movimientos pero que en ningún caso pueda producirse lesiones.

Riesgos

a) El conocimiento de los riesgos físicos y psicológicos derivados de la contención física, es útil en la prevención de los mismos:

En la contención abdominal:

- Ahorcamiento.
- Dificultad respiratoria.
- Compresión nerviosa.

En la contención de extremidades:

- Obstaculización de la circulación sanguínea (cianosis).
- Compresión nerviosa.
- Edemas.
- Hematomas.

Riesgos generales:

- Alteración de la integridad cutánea.
- Caídas.
- Bronco aspiración.
- Incontinencia.
- Estreñimiento.
- Riesgos psicológicos (depresión, confusión, aislamiento social...).

Y en general, todas las complicaciones derivadas del inmovilismo (pérdida de fuerza y tono muscular, inestabilidad en la de ambulación, rigidez y contractura, dependencia...).¹⁷

CONSIDERACIONES

Una vez se ha determinado la necesidad de utilizar medidas de sujeción, inmovilización o restricción, luego de haber agotado otras alternativas y teniendo en cuenta la situación y condición clínica que presenta el paciente, las contraindicaciones que existen para este procedimiento, se procede a explicar y a brindar a la familia información sobre: el objetivo de la inmovilización, riesgos y efectos secundarios, otras alternativas y los beneficios esperados.

La enfermera jefe del servicio corrobora con el familiar la claridad de la información recibida y facilita el formato de consentimiento informado de compañía permanente, para su diligenciamiento por parte de los familiares, el cual se anexará a la historia clínica.

La enfermera jefe del servicio lidera el procedimiento, la auxiliar de enfermería responsable del paciente prepara los sistemas de inmovilización a utilizar, luego

de evaluar el tipo de sujeción que sea la más pertinente en el caso en particular y teniendo en cuenta precauciones y medidas generales realizan la inmovilización requerida.

En pacientes, adultos mayores o que consuman medicamentos anticoagulantes se debe tener especial precaución con la piel bajo la inmovilización, utilizando un paño o compresa al rededor de la extremidad o colocar el inmovilizador por encima de la ropa, verificando las condiciones de la piel y la inmovilización cada hora.

En general se monitorea el estado de la piel cada 2 horas, o antes si es necesario con el fin de detectar signos de irritación, estado de las inmovilizaciones; se permitirá el descanso cada seis horas o cuando el personal o la familia se encuentren junto a la cabecera del paciente, para prevenir lesiones, previa educación a la familia.

Debe quedar constancia en los registros de enfermería de la justificación de la inmovilización, el tipo de inmovilización aplicada, respuesta del paciente a la inmovilización, retiro periódico de la inmovilización, valoración de la piel y cuidados realizados.



GUIA PARA LA SUJECIÓN MECÁNICA DE PACIENTES

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE:

EDAD:

CAMA:

DIAS DE ESTANCIA EN UCI:

DX:

SE HA EXPLICADO LA NECESIDAD DE SUJECIÓN:

- Al paciente
- A la familia

INDICACIÓN DE LA SUJECIÓN:

- Riesgo de lesiones a terceras personas.
- Riesgo de autolesiones.
- Riesgo de Caída.
- Riesgo de retiro de medios invasivos.
- Otros.....

TIPO DE SUJECIÓN:

- Miembros superiores.
- Miembros inferiores.
- Cintura.
- Tórax
- Otros:.....

ESTADO:

- Agitado.
- Confuso.
- Desorientado
- Violento/ Agresivo.
- Riesgo de Autoagresión.
- Delirium.

ESCALA DE RITCHMOND:

-1 -2-3 -4 -5 0 1 2 3 4 5

Medicamentos

recibidos.....

Nombre y Firma de los responsables de la sujeción:

Médico:.....

Enfermera

Jefe:.....

La restricción se entiende para un plazo de 8 horas. De precisar prolongación en el tiempo, deben firmarse sucesivas confirmaciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

▶ Día ___ Mes ___ Año ___

De inicio de la Contención

▶ Yo: _____ Identificado Con C. C __ C. E__
 Número__ De_____ en calidad de _____ Declaro: Haber sido informado por el personal sanitario de la Fundación clínica Shaio de la situación clínica del paciente _____ Hospitalizado en el servicio de _____ y de la necesidad de sujeción mecánica , se me ha informado que tal situación precisa de una observación cuidadosa realizada por el personal sanitario, y que será retirada una vez la situación clínica del paciente lo permita.

▶ Firma _____

▶ Firma Médico _____

Firma Enfermera

CONCLUSIONES

Se diseño y aplico una guía para la sujeción mecánica de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo de las clínicas FCI y SHAIO de la ciudad de Bogotá.

Se identifico que pacientes son los que requieren medidas de sujeción en las unidades de cuidado intensivo de las clínicas FCI y SHAIO lo cual se ve reflejado en el desarrollo de la guía

Se promovi6 la aplicación de la guía en las unidades de cuidado intensivo de la FCI y SHAIO obteniendo adecuada aceptación por parte del personal que allí labora

Con la elaboración de la guía se contribuirá a los planes de calidad institucional ya que disminuirá la estancia en los servicios de cuidado intensivo de los pacientes hospitalizados y esto a su vez traerá consigo menos recursos tanto económicos como materiales para ambas partes.

Se mejoro el confort y la seguridad del paciente con la elaboración de la guía al haber menos pacientes con sujeción y al realizar correctamente estas medidas a quienes están sujetos.

Se encontró que la familia de los pacientes con medidas de sujeción estaban mas tranquilas al haber recibido información clara y completa de todo el procedimiento al tiempo que firmaban el consentimiento

RECOMENDACIONES

El seleccionar el problema para la realización de este proyecto fue algo que se identifico rápido para las dos instituciones , se vio que es mas común de lo que parece y que el manejo dado hasta el momento no es el adecuado y esto se evidencio a través de toda la información recolectada para la elaboración del trabajo, además que es poco lo que se conoce acerca de el correcto manejo que se debe dar a estos pacientes y que es mas la costumbre y la rutina del trabajo lo que lleva a realizar sujeción a todos los pacientes y no a los que realmente lo ameritan, además que se esta poniendo en riesgo la tranquilidad de ellos y de sus familias esto sin contar la parte legal mencionada a lo largo del proyecto.

Las recomendaciones para el próximo grupo y lo que queda es la implementación de esta guía de llenos en los servicios de cuidado intensivo.

La capacitación al personal nuevo que ingrese a estas aéreas, para que se lleve a cabo el correcto diligenciamiento.

Aunque la capacitación se lleva a cabo una vez se llega a una institución esto se realizara cuando la guía sea aceptada e implementada dentro de las unidades , ya que se deberá llevar a cabo por todo el personal que ingrese a las unidades de cuidado intensivo.

Próximos grupos podrían tener en cuenta una investigación sobre este tema ya que hay mucho mas por hacer para continuar mejorando la calidad de nuestros pacientes.

HOJAS DE VIDA

Nombre: **Olga Lucia Barrera Blanco**
Enfermera: Egresada de la Pontifica Universidad Javeriana
Año rural: Realizado en el Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá
Experiencia laboral: Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Universitario San Ignacio, Servicio de urgencias y Cuidado Intensivo de la Clínica Marly y en la actualidad en la Unidad Cardiovascular de la FCI

Nombre: **Eylen Pedraza Cortés**
Enfermera: Egresada de la Universidad de La Sabana
Pasantía: En Santiago de Chile, Clínica Santa María
Experiencia: Clínica Shaio – Unidad Médica de Cuidados Intensivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Joint commission of health care organizations (JCAMB). Contencion mecanica.
2. kolcaba K. Las teorías de enfermería, un análisis del concepto de confort 2010
3. Medline plus dictionary. 1 Ed. Philaddphia. 2008.
4. Palma MA, Belmonte AJ, Ortiz FJ, Galino AB, González M. Síndrome Confucional agudo. Formato archivo 2007. P. 3-7. Disponible Síndrome Confucional
5. Luengas LM, Memorias del III Congreso de profesionales de enfermería clínica. 2007 p. 29-30.
6. Protocolo general sujeción mecánica de pacientes. Hospital Universitario Ramón y Cajanal. 2005 p. 2-13.
7. Haddow G. Robetson J. Best practice Evidence based practice information sheets for health professionals. 2002. Volumen 6 actualizado 20/03/2007.
8. Colegio oficial de enfermería Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas aspectos éticos y legales. Noviembre 2002 p. 5-7
9. .Narváez CG, Córdoba FE. Restricciones en pacientes agitados atendidos en hospitales de cuidado intensivo medico. 2005.
10. Constitución Política de Colombia. 1991. Derecho a la Libertad Personal. 2002
11. Kolcaba K Confort Theory, PhD, presentacion powwer point
12. Méndez R. Formulación y evaluación de proyectos. 2004.
13. Marcial C. Formulación y evaluación de proyectos o eco ediciones. 2006.
14. Joint commission of health care organizations (JCAMB). Contension mecanica.
15. Ramos Brieva J. A. Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Barcelona: Mason; 1999.

16. Decreto 1011 del 2006, artículo 6 y 10 1446 de 2006, artículo 1.

17. Revista de enfermería, FSDB, Junio 2007 Medidas de sujeción en el paciente hospitalizado.

BIBLIOGRAFIA

DELIRIUM. Adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital.

Narváez CG , Escobar F, Restricción en pacientes agiotados atendidos en unidades de cuidado intensivo medico.

Medicina Intensiva Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo sedo analgesia en el pacientes adulto crítica mente enfermos. Nov 2007

Lazo A, Escala de sedacion Enfermera Fundación Cardio Infantil

Análisis de Situaciones en proyectos. *ASGuest11778-144247- -mejora-centrar-education* <http://www.authorstream.com>

Gotanegra CA. Estudio sobre caídas en un centro socio-sanitario “Clínica del Carne”. Vilafranca del Penedés. 1.996.

AM Tromp et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. *J Clinical Epidemiology* 2001; 54:837-844.

Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. *Int J. Nurs Stud* 1998;35(3):184-913

Physical restraint – Part1: use in acute and residencial care. Best Practice Information Sheet Vol 6 Issue 3 2002. www.joannabriggs.edu.au.

Aramburu CE, «Diagnóstico, línea basal y población objetivo». *Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales*. Lima-Perú: Universidad del Pacífico.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) *Evaluación: Una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos*. New York, USA: BID.

Días BP, Rodríguez AL. y Morgan, M). *Diseño y evaluación de proyectos de desarrollo*. Lima-Perú: Pact-USAID. 1998

Serrano PG. *Elaboración de proyectos sociales. Casos prácticos*. Madrid, España: Nancea. 1999

Vásquez, E.; Aramburu C, Figueroa, C. y Parodi, C. *Gerencia social. Diseño, monitoreo y evaluación de proyectos sociales*. Lima-Perú: Universidad del Pacífico. 2001

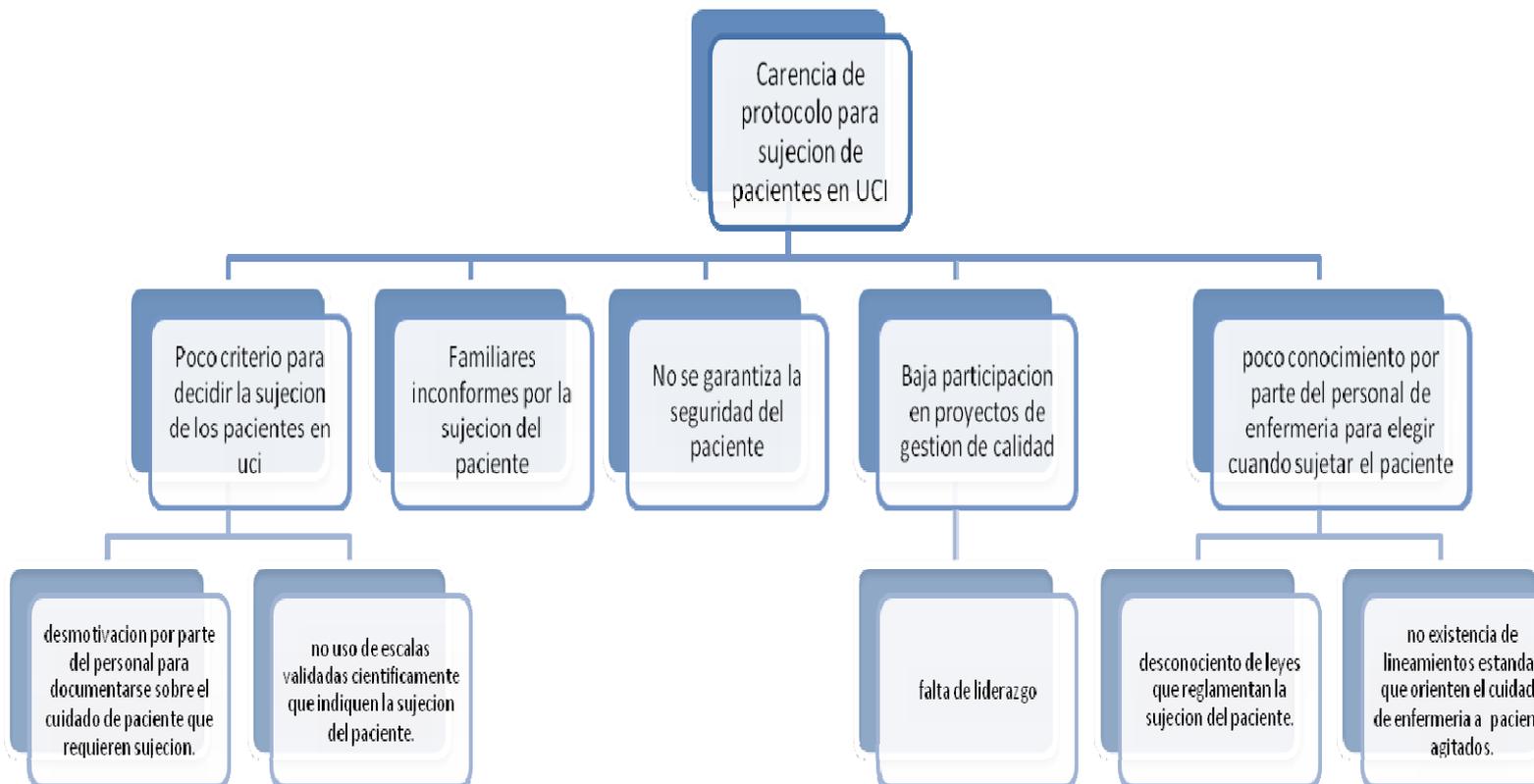
Méndez R, *Formulación y evaluación de proyectos* Bogota DC. 2004

Córdoba PM, *Formulación y evaluación de proyectos*. Bogota. Eco e ediciones 2006.

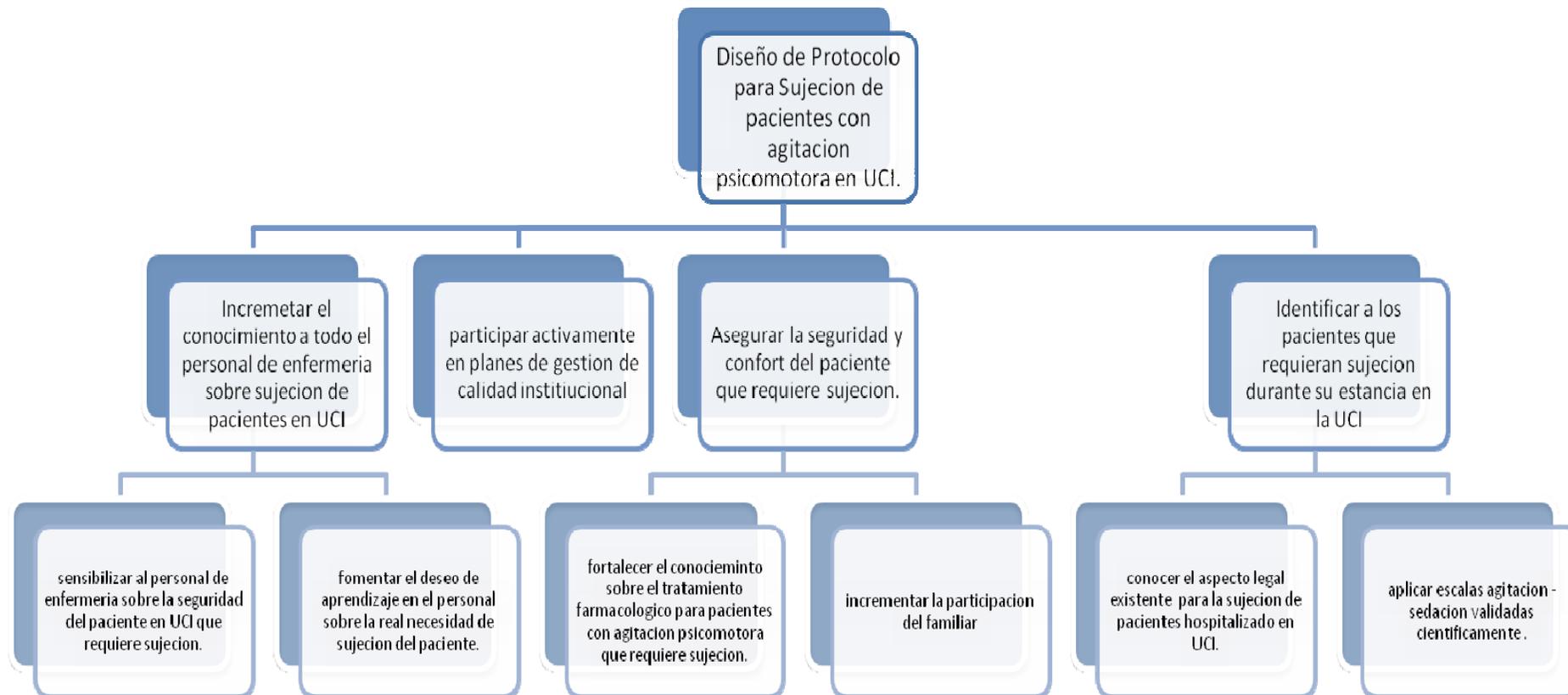
Constitución Política de Colombia 1991

ANEXO A: FUENTE

EYLEN PEDRAZA OLGA BARRERA



ANEXO B
ARBOL DE PROBLEMAS
Fuente: Olga Barrera Eylon Pedraza



ANEXO C.

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

ACTORES	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS
Jefes de los departamentos de enfermería de la FCI y Clínica SHAIO de las unidades de cuidado intensivo cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ mejorar el cuidado de enfermería y la calidad del mismo. ✓ proporcionar seguridad y confort al paciente. 	Ausencia de una guía de sujeción de pacientes en los servicios e instituciones mencionadas.	<p>Aceptación de la guía en las dos instituciones.</p> <p>Implementación de la guía</p>
Personal de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de los pacientes que requieren o no medidas de sujeción. ✓ Mejorar las acciones de enfermería encaminadas al manejo del paciente agitado. ✓ Lograr un mejor desempeño como profesionales de enfermería en el área de cuidado intensivo cardiovascular 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia de conocimientos acerca de la sujeción de pacientes. ✓ Rutinización del trabajo en los servicios. ✓ Falta de interés por la implementación de la guía. ✓ Falta de tiempo para dedicar al desarrollo de la guía. 	Desarrollo e implantación de la guía.
Paciente y familia	Estancia mas cómoda tranquila y segura en las unidades de cuidado intensivo		Autorización para la implementación y ejecución de la guía.

ANÁLISIS DE PARTICIPACIÓN

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS
Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, sometidos a medidas de sujeción.	Personal de enfermería. Familiares tranquilos al ver a sus seres queridos sin inmovilizar.

MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
OBJETIVO GENERAL. Diseñar y aplicar una guía de sujeción mecánica para los pacientes que ingresan a las unidades de cuidado intensivo de la FCI y Clínica SHAI0	El 90 % del personal de enfermería conoce acerca de la elaboración de la guía	Evaluación diaria de los pacientes con medidas de sujeción en las unidades ya mencionadas, para ver si se les esta aplicando o no la guía y si el personal conoce de quienes son los pacientes que necesitan estas medidas.	La no Aprobación y aceptación de la guía de sujeción mecánica de pacientes por parte del personal de enfermería de las dos instituciones.
OGJETIVOS ESPECIFICOS. Identificar que pacientes son los que requieren medidas de sujeción	El 40% de los pacientes sujetados en las unidades de cuidado intensivo requieren medidas de sujeción. Número de ptes a los que se les aplica la escala/número de ptes que requieren sujeción.	Verificar la elaboración de la guía. Evaluar si se están llevando a cabo las escalas de delirium a los pacientes agitados. Revisión de las HC de los ptes	No todo el personal de enfermería esta llevando la guía de sujeción de pacientes. Inquietudes acerca de la elaboración de la guía.

		agitados.	
Promover la aplicación de la guía	El 100% del personal de enfermería que labora en las dos instituciones apoya la aplicación de la guía. Número de enfermeras conocedoras de la guía/número de enfermeras de la unidad.	Revisión de HC de los pacientes con medidas de sujeción para ver el correcto diligenciamiento de la guía. Revisión de encuestas acerca de los conocimientos y elaboración de la guía sobre las medidas de sujeción.	El personal de enfermería que labora en las unidades e instituciones ya mencionadas no realiza y lleva a cabo la correcta elaboración de la guía.
Asegurar el confort y la seguridad del paciente.	El 100% de los pacientes con medidas de sujeción estarán en un ambiente cómodo y tranquilo para evitar efectos adversos y mejorar la calidad en la atención. Número de pacientes que ingresan/número de pacientes sujetos.	Ver quejas y reclamos acerca de inconformidades existentes sobre la sujeción de pacientes en UCI. Revisar notas y registros de enfermería acerca de lesiones por sujeción de pacientes.	Todos los pacientes con medidas de sujeción en las unidades de Cuidado Intensivo estarán más tranquilos y cómodos con las medidas de sujeción realizadas.

ANEXO D.

PLAN MONITOREO

PROPOSITO DEL PROYECTO	RESULTADOS ESPERADOS	METAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	FUENTE DE DATOS
Dar a conocer al personal de enfermería de las dos instituciones la guía de sujeción de ptes.	Gestión del cuidado del paciente de acuerdo a los requerimientos.	El 90 % de los pacientes que están con medidas de sujeción terapéutica tendrán la guía desarrollada.	Número de pacientes con sujeción mecánica, con la elaboración de la guía.	Valoración de correcto diligenciamiento de la guía de los pacientes con medidas de sujeción por parte del personal de enfermería encargado.	HISTORIAS CLINICAS.
Mejorar la calidad en la atención y la seguridad en nuestros pacientes al realizar las medidas de sujeción a quienes realmente lo necesitan y no a todos los ingresos a la unidad.	Dar cuidado integral al paciente y a la vez a sus familias.	Mejorar en un 100% el cuidado de enfermería al paciente junto con la calidad prestada	Numero de pacientes manifestando mejor atención en su cuidado.	Encuestas a los mismos pacientes si es posible cuando puedan responder y las familias de los mismos acerca de las medida de sujeción que se les esta llevando a cabo	ENCUESTAS

ANEXO E.

RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

HUMANOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes y familiares.✓ Personal auxiliar y profesional de enfermería.✓ Docentes de están asesorando el proyecto.✓ Jefes y coordinadores de los servicios donde se esta llevando a cabo el proyecto. (CLINICA SHAIO Y FCI).✓ Jefes de los dpto. de enfermería de las dos instituciones.
MATERIALES MEDIOS	LA FCI Y CLINICA SHAIO DE BOGOTA. Elaboración de la guía e implementación de la misma, encuestas para valorar la efectividad de lo que se implanto, ejemplos del correcto diligenciamiento de la guía, papel, formatos de encuestas, historias clínicas de los pacientes, computadores, impresiones, tinta fotocopia e internet.
FINANCIEROS	El financiamiento del proyecto contara con el aporte económico de las estudiantes.

