

Intervención educativa a familiares sobre contención física en enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos

Rogelio Pablo Vázquez,* María Guadalupe Nava Galán,** Maritza García Núñez ***

RESUMEN

Introducción: La contención física es el último recurso terapéutico para garantizar la seguridad del paciente. El enfermo de afecciones neurológicas suele presentar cuadros de agitación psicomotriz, deterioro neuronal, delirium causado por fármacos, anestesia o traumatismo quirúrgico, así como cuadros agudos de esquizofrenia, psicosis u otros padecimientos psiquiátricos. La seguridad del paciente corre riesgo debido a que puede retirarse las sondas, autoagredirse, caerse y otras situaciones, por lo que es necesario aplicar la contención física para su seguridad. La interacción con el familiar es de gran importancia si el familiar está adecuadamente informado, porque puede notificar al profesional de enfermería sobre los riesgos a que está expuesta la persona sujeta por causa de la contención física. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos adquiridos sobre contención física por los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos a través de la intervención educativa del profesional de enfermería. **Metodología:** Es un estudio cuantitativo, analítico, exploratorio, prospectivo y transversal; la muestra es a conveniencia y 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 y mayor afluencia en el Servicio de Neurología; los enfermos recibían visita de sus hijos con más frecuencia y prevaleció la escolaridad de secundaria entre los visitantes; el 67.5% de las personas fueron informadas sobre la contención física, pero sólo 17.5% recibió informes de un profesional de enfermería. En el 50% de las personas se vigila que los enfermos no se jalen las sondas o catéteres y 47% eleva barandales al retirarse; en el 52.5% se solicitó 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.

Palabras clave: Intervención educativa, contención física, seguridad del enfermo.

Educational intervention to relatives about physical contention in neurological patients, neurosurgical and neuropsychiatric

ABSTRACT

Introduction: 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 safety 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

* *Estudiante de pregrado. Laboratorio de Investigación en Enfermería.*

** *Coordinadora de Investigación. Laboratorio de Investigación en Enfermería.*

*** *Lic. en Enfermería. Profesora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.*

*Correspondencia: Rogelio Pablo Vázquez, Insurgentes Sur Núm. 3877, Col. La Fama, Delegación Tlalpan, 14269, México, D.F.
E-mail: rpablov@hotmail.com*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>

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 through the educational intervention from the nursing professional. **Methodology:** 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. In the 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.

INTRODUCCIÓN-ANTECEDENTES

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, en el primer semestre del año 2011 se reportan como principales causas de ingreso hospitalario la epilepsia, enfermedades cerebrovasculares, neoplasias diversas, Parkinson y tumores benignos meníngeos, mencionados en orden de importancia. Dos de los padecimientos más diagnosticados en el área de consulta externa son la enfermedad cerebral vascular y la epilepsia. El mayor número de ingresos hospitalarios durante el primer trimestre de 2011 corresponde al Servicio de Neurocirugía (64.8%), correspondiendo a Neurología el 23.5% y a Neuropsiquiatría el 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 se hace necesaria. De acuerdo a un reporte sobre eventos adversos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en el periodo comprendido entre 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 y, por último, al autorretiro de sondas y otros recursos invasivos utilizados por razones terapéuticas.² La mayoría de estos eventos son prevenibles por medio de la contención física; sin embargo, 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 las actividades de apoyo puede reducir considerablemente los riesgos; sólo es necesario brindar capacitación. Un familiar bien capacitado acerca de la contención física, sus indicaciones y cuidados, se vuelve un importante apoyo en la prevención de eventos adversos y propicia la disminución de riesgos.

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- 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 la 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 neuroquirúrgico requiere de un abordaje para el tratamiento (Medline Plus, 2010:1) del enfermo neurológico que cursa con padecimientos del cerebro, médula espinal y sistema nervioso periférico, y el neuropsiquiátrico presenta una patología orgánica de base, lo que repercute en un padecimiento psiquiátrico. Esta situación 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 por tratar de incorporarse de la cama, al querer ir al sanitario o simplemente por el deseo de deambular; también los pacientes 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, y también retirarse sondas o catéteres, al sentirse agredidos o desesperados, por dolor o incomodidad.⁴

“La agitación psicomotora es un estado de excitación extrema con aumento de la tensión e irritabilidad”.⁵ Se clasifica como orgánica, por efecto de sustancias tóxicas o las manifestaciones sintomáticas de otras enfermedades; psiquiátrica, debida a padecimientos de este tipo y la mixta, que se presenta como trastornos secundarios por consumo de sustancias o en el periodo postquirúrgico.⁵

“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 la agitación psicomotora; sin embargo, 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, la atención al paciente y la evaluación de la necesidad real de aplicar la contención.⁷

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, la contención física es la inmovilización mecánica que podría realizarse en parte del cuerpo si la agitación remite, y en todo el cuerpo en casos extremos. También suele llamarse contención mecánica.⁹ Se recomienda realizar el proceso de contención gradualmente en este orden; no obstante, no siempre es posible.

La contención física está indicada 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 contención física (CF) como castigo o pena, o en situación

peligrosa.⁹ Existen complicaciones que pueden deberse a factores relacionados con la inmovilidad o la 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 oportunamente.⁹

Para prevenir la contención física en los enfermos neurológicos, es necesario reducir las condiciones de estrés durante la hospitalización y asistir oportunamente a los enfermos.⁵ 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 la agitación.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía se cuenta con las guías clínicas en enfermería neurológica¹⁰ y los planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría¹⁰ en los cuales el profesional de enfermería fundamenta las intervenciones que realiza con el enfermo bajo contención física.

Para realizar la contención física adecuadamente, 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, de manera paulatina, una extremidad a la vez.¹²

El propósito de la intervención educativa es incrementar la calidad de los servicios de enfermería mediante la práctica reflexiva y planeada; con acciones dialécticas de constante indagación que busquen dar cumplimiento a las exigencias sociales y que permitan acceder a una mejor calidad de vida para la persona enferma, la familia y la comunidad. Es un acto espontáneo que tiene lugar durante el proceso de formación del profesionista y continúa a lo largo de su desempeño laboral.¹³

Los familiares de enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos deben ser capacitados de tal forma que contribuyan a incrementar la seguridad de los enfermos y la calidad de los servicios de enfermería. Las estrategias de capacitación que se sugieren son las siguientes: brindar información pertinente, clara y sencilla de las características de la patología que cursa la persona enferma y el comportamiento que manifiesta por tal razón; proporcionar charlas sobre contención verbal, física y farmacológica, y sobre 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 con los demás integrantes de la familia va a contribuir a 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 “Manuel Velasco Suárez”. 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 requieran 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); éste consta de 20 reactivos dicotómicos organizados en 5 bloques: 1º, datos sociodemográficos; 2º, capacitación al familiar; 3º, confirmación del conocimiento; 4º, aplicación del conocimiento, y 5º, 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 contestara un cuestionario; se le recordó la confidencialidad de sus datos y la 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 le proporcionó información sobre los aspectos de la contención física; se aclararon las dudas que tenía sobre el tema con la finalidad de resaltar que los principales propósitos de este 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 una mayor frecuencia del género femenino (65%) y 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 el *cuadro I*. El *cuadro II* muestra que el 67.5% de los familiares han sido informados sobre la contención física (CF); sin embargo, sólo el 17.5% ha sido informado por el profesional de enfermería. En cuanto a la intervención educativa, se encontró un 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 y, 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. El 50% observa si el enfermo inquieto o confuso jala las sondas o catéteres que tiene instalados. El 47% eleva los barandales de la cama al retirarse después de la visita y el 52.5% solicita ayuda al profesional de enfermería cuando desea el enfermo ir al baño.

En el *cuadro II* se revelan 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 los sujetadores adecuadamente; el 85% respondió “sí” a la pregunta 12 sobre la lesión de piel con sujetadores apretados. El 95% de las personas conversa 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, 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.

Cuadro I. 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
Edad	f	%	Hermano(a)	8	20.0	Licenciatura	7	17.5
Rango			Esposo(a)	5	12.5	Ninguno	2	5.0
18-27	7	17.5	Concuño(a)	1	2.5	Carrera técnica	1	2.5
28-37	12	30.0	Consuegro(a)	1	2.5			
38-47	7	17.5	Nieto(a)	1	2.5	Servicio	f	%
48-57	8	20.0	Nuera	1	2.5	Urgencias	5	12.5
58-67	3	7.5	Padrino	1	2.5	Terapia intensiva	6	15.0
≥ 68	3	7.5	Suegro(a)	1	2.5	Recuperación	1	2.5
Otros datos			Tío(a)	1	2.5	Neurocirugía	7	17.5
Media	41.85		Abuelo(a)	1	2.5	Neurología	15	37.5
Mediana	38.67		Primo(a)	1	2.5	Psiquiatría	6	15.0
Moda	26							
Mínimo	18							
Máximo	82							

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.

Cuadro II. Resultado de aplicación del instrumento CIEF.

Núm.	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿Se le ha informado por qué 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 los enfermos 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 los enfermeros, ¿cree que la contención física es una agresión para los enfermos?	2.5% 97.5%
5	¿Los enfermeros 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 de un paciente agitado es necesaria 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 necesaria la contención física en el paciente confuso para prevenir que sufra caídas?	95% 5%
11	¿Sólo se debe realizar 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 la ansiedad?	95% 5%
18	¿Revisa usted las sujeciones en su familiar para verificar que no se halla 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

Sí

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 Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

La intervención educativa realizada con los 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, a saber, 82.5%; esto podría indicar que el profesional de enfermería debe realizar más inter-

Cuadro III. Impacto de la Intervención Educativa realizada por el profesional de enfermería en el INNN MVS 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 Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

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

		¿Los enfermos 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
	Postgrado	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 Manuel Velasco Suárez. Octubre 2012.

vención 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 manifestó 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 lleven a cabo por el beneficio que implica para el paciente. En el *cuadro III* se nos 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 y 20% de las personas informadas son de preparatoria. 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 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 (*Cuadro IV*).

Los pacientes que han sufrido caídas a pesar de estar bajo CF en los siguientes servicios son: una 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 una 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 contención física 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 quienes fueron entrevistadas en el Servicio de Neurología y su escolaridad es de nivel primaria. Es importante tener en cuenta que las mujeres representan el 65% de la muestra; de ellas, el 35% está en el rango de 18 a 37 años y el 30% en el rango de 38 años en adelante. Este 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 "Manuel Velasco Suárez" 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 éticos.¹⁴

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 significativo.¹³

Es evidente, entonces, que los riesgos para los enfermos agitados de acuerdo a Estévez (2011) pueden ser prevenibles con la CF y la intervención educativa a familiares en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"; así lo muestran los resultados obtenidos. Por las consideraciones anteriores, la CF es aplicable bajo cualquiera de los tipos de agitación que clasifica Arboix (2006) e incluso los causados por efectos residuales de anestesia y las manifestadas en el periodo postquirúrgico. En ese mismo sentido, este trabajo coincide con el planteamiento de Lemonidou y colaboradores (2002) sobre la utilización de la CF por el profesional de enfermería con un razonamiento crítico; además de cuidar los aspectos éticos y legales inherentes a este recurso terapéutico, refiere Lemonidou que Brown y Tooke (1992) y Soloff (1987) también lo implementaron.

Cabe agregar que otro estudio, realizado por Plati (1995), y referido también por Lemonidou (2002), muestra que los profesionales de enfermería consideran que la CF es necesaria para evitar lesiones, mantener las vías intravenosas, las 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, Estévez (2011) comenta que la contención verbal a través de la comunicación con los pacientes agitados es importante porque reduce los riesgos, aumenta la seguridad y disminuye la frecuencia de eventos adversos. Esta investigación propone que la intervención educativa beneficia a familiares, cuidadores y 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 Estévez 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 los enfermos neurológicos, neuroquirúrgicos y neuropsiquiátricos.

De los anteriores planteamientos, el estudio de Diccini (2008) 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 este último, la intervención educativa va más allá de lo que expresa Tapia (2003), considerando que el familiar observe y notifique al profesional de enfermería cualquier eventualidad; ésta 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 las complicaciones y los 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 y la seguridad del usuario, y se determinó el nivel de comprensión de la información brindada por el profesional de enfermería respecto a las ventajas y los cuidados que se deben considerar con la contención física.

Con este propósito, son necesarias las estrategias de intervención educativa para implementarlas de acuerdo a la escolaridad de los derechohabientes del Instituto, puesto que no debe haber distinción alguna entre los cuidadores; al mismo tiempo, no debe aumentar la carga de trabajo en el profesional de enfermería, quien deberá brindar capacitación de calidad al familiar del paciente neurológico con el fin 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 las 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 la 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 el estrés y la angustia en los familiares, fomentando su participación en el cuidado del paciente y la comunicación con el profesional de enfermería en beneficio de la recuperación del derechohabiente. También 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 este recurso terapéutico adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corona T. Informe semestral de autoevaluación de la Directora General 2011. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2011 [acceso Julio 19, 2011]. Disponible en: http://www.innn.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: 2011.
3. Medline Plus. Enfermedades neurológicas. [En línea] 17 de Agosto de 2010 [acceso Noviembre 4 2011]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/neurologicdiseases.html>
4. Estévez RA, Basset I, Guerrero MGR, López JT, Leal ML. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Revista de Enfermería Neurológica*. 2011; 10 (1): 32-38.
5. Arboix M. Contención de pacientes. [En línea] Eroski Cosumer; 28 de diciembre de 2006 [acceso noviembre 2011]. Disponible en: 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 [acceso noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis44.pdf>
7. Huizing E, El-Khabit M, Navarro F, García MJ, Navarro G et al. Protocolo de contención mecánica. Andalucía, España: Servicio andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
8. Santiago A. Protocolo de Contención de Movimientos de Pacientes. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2010.
9. Seoane A, Alava T, Blanco M, Díaz H. Protocolo de contención de pacientes. Madrid: Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2005.
10. Valdez R, Zamora P. Guías clínicas en enfermería neurológica I. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2010.
11. Valdez R, Zamora P. Planes de cuidados de enfermería en neurología, neurocirugía y neuropsiquiatría. Primera edición. México: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez; 2010.
12. Sevillano MA. Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com* [Internet]. 2003 [consulta: noviembre 2011]; 7(3). 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. México: Editorial Universitaria. Universidad de Guadalajara; 2011.
14. Bohórquez A, Carrascal S, Acosta S, Suárez J, Melo A, Pérez J, López A. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. *Revista Ciencia y Cuidado*. 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. *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. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 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): 51-57.