



**FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“CARACTERÍSTICAS Y CRITERIOS DEL RECURSO HUMANO ENFERMERO
UTILIZADOS EN LA INDICACIÓN DE CONTENCIÓN FÍSICA EN USUARIOS DE
UPC
DE CLÍNICAS PRIVADAS DE VIÑA DEL MAR”.**

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Enfermería,
Mención Gestión del Cuidado.**

AUTORES:

EU María Graciela Flores Agüero

EM Pilar Isabel Fuster Roa

DOCENTE GUÍA:

EU Sra. Liliana Basso Musso

VALPARAÍSO, JULIO 2009.

I. DEDICATORIA

A todos quienes nos brindaron su apoyo incondicional para concretar el sueño de culminar con éxito el arduo camino hacia la obtención del Grado de Magíster en Enfermería. En especial a nuestras familias, por su comprensión y generosidad sin límites.

II. AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen muy sinceramente al cuerpo docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso por la formación de postgrado recibida y, particularmente a la docente Guía Sra. Liliana Basso, por su disposición y apoyo al guiar nuestra Tesis para optar al Grado de Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado.

Un especial reconocimiento a las enfermeras supervisoras y clínicas de las Unidades de Paciente Crítico, que voluntariamente aceptaron la invitación a participar en el estudio y que manifestaron su interés en el tema, alentando a la continuidad y culminación de esta Tesis.

RESUMEN

Investigación cuantitativa, descriptiva y transversal que indaga aspectos relacionados con la indicación de Contención Física en usuarios de las Unidades de Paciente Crítico de las Clínicas Privadas de Viña del Mar: Cuidad del Mar, Miraflores, Reñaca, Hospital Clínico Viña del Mar, Hospital Clínico IST Viña del Mar. Se trabajó con una población de 24 enfermeras a quienes se aplicó un cuestionario auto administrado, semiestructurado, con preguntas adicionales para las Enfermeras Supervisoras de las mismas unidades.

El objetivo general fue identificar y describir las Características del recurso humano enfermero, los Criterios profesionales y las políticas institucionales internas, para la indicación de Contención Física a los pacientes de Unidades de Paciente Crítico (UPC) de clínicas privadas de Viña del Mar.

Los datos obtenidos fueron procesados con programa Microsoft Excel mediante estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión, graficando en tablas de frecuencia porcentual relativa. El estudio constató desconocimiento de los encuestados respecto a la existencia de la Normativa Ministerial vigente sobre Contención Física en Psiquiatría, como también la ausencia de Políticas institucionales internas respecto a Consentimiento Informado e implementación de Protocolos de Contención Física, en todos los establecimientos.

Se obtuvo bajos rendimientos en el nivel de conocimientos de las enfermeras, tanto en aspectos teóricos, como legales y un mejor rendimiento en los prácticos, considerados como criterios para la indicación de CF.

Palabras claves: Paciente crítico, Contención Física, Criterios de Enfermería, Unidades de Paciente Crítico, Protocolos, Acreditación de la atención cerrada.

ABSTRACT

This is a quantitative, descriptive and transversal investigation about some aspects related to the indication of Physical Restraints for users of the Critically-ill Patient Units in the private hospitals of Viña del Mar: *Hospital Clínico Viña del Mar*, *Cuidad del Mar*, *IST*, *Miraflores* and *Reñaca*.

A population of 24 nurses was considered. A self-administered, semi-structured test was applied to each of them, including additional questions for those nurses who are supervisors of the aforementioned Units.

The objective was to identify and describe the internal policies of the institutions, the characteristics of the nurse human resource and the criteria for the indication of Physical Restraints to the users of the Critically-ill Patient Units (CPU).

The data were analyzed using the program Microsoft Excel™ applying Descriptive Statistics, with measures of central tendency and dispersion, and plotting tables of relative percent frequency.

An absolute lack of knowledge of those polled about the current Regulations of the Ministry of Health on Physical Restraints in Psychiatry was observed. Also, an absence of internal institutional policies about Informed Consent and of Protocols of Physical Restraints was apparent.

The results showed that the nurses have low indices of knowledge in theoretical as well as legal aspects, but better indices in the practical aspects considered as criteria for the indication of Physical Restraints.

Keywords: Critically-ill patient, Physical Restraints, Nursing Criteria, Critically-ill Patient Units, Protocol, Proof of closed care.

III. ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	
1.1	Introducción
n.....	2
1.2	Delimitación
n del Problema.....	6
1.3	Definición
de términos.....	8
1.4	Fundamentación
os de la Investigación.....	13
 CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL	
2.1 Marco conceptual	15
2.1.1 Generalidades sobre Enfermería, ciencia y arte del cuidado holístico	
del ser humano.....	16
Teoría de Enfermería de Jane Watson.....	18
2.1.2 Gestión de riesgos en Enfermería.....	22
2.1.3 Caracterización de Unidades de Paciente Crítico (UPC) y de Paciente	
Crítico.....	23

2.1.4		
	Caracterización de los Profesionales de la salud y Personal de	
	Enfermería de UPC.....	27
2.1.5	Caracterización de las Contenciones Físicas y Cuidados de	
	Enfermería.....	29
2.1.6	Aspectos legales referentes a la Contención física de pacientes y la	
	responsabilidad de la enfermera, en Chile:.....	40
	2.1.6.1 Carta de Derechos y deberes de los pacientes en Chile:	
	Consentimiento Informado	40
	2.1.6.2 Marco regulatorio legal de la Enfermería en Chile.....	44
	2.1.6.3 Ley de Autoridad Sanitaria.....	46
2.1.6.4	Norma General Administrativa N° 19 sobre “Gestión del	
	Cuidado de Enfermería para la atención Cerrada”.....	47
2.1.6.5	Reglamento del Sistema de Acreditación para los	
	Prestadores de Institucionales de Salud en Chile.....	50
	2.1.6.6 Norma General Técnica N° 65:”Contención en Psiquiatría”	53
2.2	Objetivos	
2.2.1	Objetivo General.....	55
2.2.2	Objetivos Específicos.....	55
2.3	Definición y operacionalización de variables.....	55
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO		
3.1	Material y Método.....	63

3.2	Tipo y diseño de investigación	63
3.3	Definición de Universo.....	63
3.4	Población en estudio.....	64
3.5	Método de recolección de datos.....	65
3.6	Descripción de Instrumentos.....	65
3.6.1	Especificaciones del Instrumento	66
3.6.2	Relación estudio: VARIABLES / ÍTEMS.....	66
3.7	Confiabilidad del Instrumento.....	72
3.8	Criterios para el análisis de datos.....	73
3.8.1	Análisis de Datos.....	73
3.8.2	Especificaciones Estadísticas.....	74
3.9	Organización y Plan de trabajo.....	74
3.10	Enfoque y procedimientos éticos.....	75
CAPÍTULO 4: RESULTADOS: CARACTERIZACION DE CLINICAS, PRESENTACIÓN DE		
TABLAS, GRÁFICOS Y DISCUSIÓN.		
4.1	Caracterización de las clínicas.....	77
4.2	Análisis de Resultados Generales.....	81
4.3	Análisis de Resultados obtenidos por Clínica.....	86
4.4	Análisis de resultados por Ítem.....	99
4.5	Análisis de preguntas relevantes.....	108

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES, RESUMEN Y SUGERENCIAS

5.1 Conclusiones.....	114
5.2 Sugerencias.....	122
5.3 Limitaciones del estudio.....	126

CAPÍTULO 6: PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

6.1 Bibliografía general.....	128
6.2 Anexos.....	133
6.2.1 Instrumento: Cuestionario.....	133
6.2.2 Formularios: Formulario de consentimiento para investigación.....	140

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Los datos presentados en gráficos de barra, se presentan de acuerdo a las siguientes figuras:

	Pág.
Figura 1. Rendimiento Promedio por Ítem, obtenido por enfermeras de UPC de todas las Clínicas.....	81
Figura 2. Rendimiento Promedio por Preguntas, respondidas por enfermeras de UPC de todas las Clínicas.....	83
Figura 3. Rendimiento promedio por Ítem, obtenido por enfermeras de UPC de la Clínica A.....	86

Figura 4. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica A.....	87
Figura 5. Rendimiento promedio por ítem obtenido por enfermeras de UPC de la Clínica B.....	88
Figura 6. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica B.....	89
Figura 7. Rendimiento promedio por ítem obtenido por enfermeras de UPC de la Clínica C.....	91
Figura 8. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica C.....	92
Figura 9. Rendimiento promedio por ítem obtenido por enfermeras de UPC de la Clínica D.....	93
	Pág.
Figura 10. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica D.....	94
Figura 11. Rendimiento promedio por ítem obtenido por enfermeras de UPC de la Clínica E.....	96
Figura 12. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica E.....	97
Figura 13. Comparación de la variable características RRHH de las distintas UPC.....	99

Figura 14. Comparación del rendimiento del conocimiento teórico-administrativo de enfermeras de las distintas UPC.....	100
Figura 15. Comparación del rendimiento del conocimiento legal de enfermeras de las distintas UPC.....	101
Figura 16. Comparación del nivel de estructura de las distintas UPC.....	102
Figura 17. Comparación del nivel conocimiento práctico (criterio) de enfermeras de las distintas UPC.....	103
Figura 18. Comparación de la antigüedad de las distintas UPC.....	106
Figura 19. Comparación de la experiencia promedio de enfermeras que trabajan en las distintas UPC.....	107

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Indicadores de medidas de tendencia central y de dispersión.....	82
Tabla 2: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta L7, respecto a la evaluación del conocimiento legal del profesional de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.....	108

Tabla 3: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta L8, respecto a la evaluación del conocimiento legal del profesional de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas..... 109

Tabla 4: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P6, respecto a la evaluación del conocimiento práctico del profesional de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas..... 110

Tabla 5: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P7, respecto a la evaluación del conocimiento práctico de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas..... 111

Tabla 6: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P8, respecto a la evaluación del conocimiento práctico del profesional de Enfermería perteneciente a las UPC de las distintas clínicas..... 112

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

1.2 Delimitación del problema

1.3 Definición de términos

1.4 Fundamentos de la investigación

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

Enfermería, según la definición del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras), es la ciencia que “abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, en todos los contextos e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de las personas sanas, enfermas, discapacitadas y moribundas”. El CIE señala además que: “son funciones esenciales de la Enfermería, la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y sistemas de salud, como también la formación.”¹

La American Nurses Asociación (ANA), define Enfermería como la ciencia que abarca “la protección, promoción y optimización de la salud, y la prevención de enfermedades y lesiones, como también el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas”.²

La teórica Jane Watson define la Enfermería como “ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética”. Además declara que “las metas de la Enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración”.³

¹ Consejo Internacional de Enfermería “Definición de Enfermería”, <http://www.icn.ch/definitions.htm>

² Nursing's Social Policy Statement, 2ª Edición p. 6 & Nursing: Scope and Standards of Practice, 2004, p. 7

³ Watson, J. (1988) “Enfermería: ciencia humano y cuidado humano”, (1997). “Teoría del Cuidado humanizado”.

De acuerdo a todas las definiciones citadas, se puede decir que Enfermería es por tanto y en esencia **“la ciencia del cuidado de la salud del ser humano”**. Esta dimensión, involucra poseer una sólida base científica, humanista y ética, para asumir, como profesional, la responsabilidad social y legal, de la identificación y resolución de los diversos problemas de salud del individuo, familia, comunidad y población.

En este contexto, el profesional de Enfermería, en los diversos ámbitos de su desempeño, se ve enfrentado a participar, ya sea de manera autónoma o en colaboración con otros profesionales, en la toma de decisiones que involucra aspectos claves en la calidad de la atención de las personas a su cargo. Estas decisiones se han de apoyar en el juicio profesional y deberán enmarcarse dentro de su rol como gestor del cuidado, según lo explicita el Art. 113 del Código Sanitario de Chile.

Un ejemplo de lo anterior, es la instancia en que se debe, por diferentes factores que serán analizados posteriormente, valorar la necesidad de contener físicamente a una persona. Tal situación ocurre principalmente ante un estado crítico o episodio agudo de un usuario, por ello los criterios a utilizar y el apego al marco ético legal vigente, son pilares fundamentales para una correcta toma de decisiones de los profesionales, en cualquier establecimiento de salud.

La Contención Física, ha sido definida por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, (1996) como: “El uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno”.

Al respecto se puede señalar que en situaciones calificadas, la Contención Física es considerada una medida terapéutica de seguridad, tanto para el paciente como para el medio que lo rodea y en la que está involucrada, necesariamente, la participación del profesional de

Enfermería. Conjuntamente es importante destacar que la Contención Física, es un procedimiento que no está exento de riesgos, motivo por el cual se hace perentoria la minimización de los mismos a través de una correcta evaluación de parte de los profesionales de la salud involucrados (médico y enfermera) al momento de tener que utilizarlo. Por consiguiente, el contener físicamente a un paciente debe ser una decisión tomada por personal altamente calificado, en un escenario sanitario específico y dentro de un contexto muy particular.

En el caso del profesional de Enfermería, su participación en la toma de decisiones, debe enmarcarse en la regulación ética y legal y estar sólidamente sustentada en la evidencia científica y el Proceso Enfermero.

En Chile, la única normativa vigente sobre la materia, es la **Norma General Técnica N° 65, sobre Contención en Psiquiatría**. Esta, tal cual lo indica su nominación, fue creada específicamente, para el manejo de pacientes con alteraciones que afectan la salud mental. Sin embargo existen otras situaciones clínicas donde la contención física también es una práctica regular, pero bajo otras circunstancias muy distintas, que no quedan cubiertas en la normativa en comento, tal es el caso de los pacientes críticos, y en los que también existen eventuales riesgos de carácter sanitario y éticos-legales que involucran y afectan tanto al equipo sanitario como al usuario.

La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión de la República de Chile, tiene como objetivo, entre otros, establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales y clínicas, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Para garantizar el cumplimiento de la Ley, el Ministerio de Salud ha establecido un sistema de acreditación que deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud. No obstante lo anterior, en el subsector privado de salud (Ej.: Clínicas) la acreditación es,

a la fecha, de carácter voluntaria a diferencia del subsector público, en que ésta es de carácter obligatorio y tiene plazos definidos.

Considerando lo anteriormente expuesto, en concordancia al contexto profesional actual, en que se está viviendo una transformación paradigmática, y en el marco de la actual Reforma de Salud que otorga a la enfermera, la responsabilidad de la Gestión del Cuidado, se considera relevante indagar este tema con una investigación de tipo descriptivo con abordaje cuantitativo que tiene como objetivo general identificar y describir las, características del recurso humano enfermero , los criterios profesionales y políticas institucionales internas, usadas en la indicación de contención física de usuarios de UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

En relación a la bibliografía revisada, se ha escogido el subsector privado para el estudio, dada la condición de voluntariedad anteriormente descrita, en el entendido que es de interés conocer la realidad, sin mediar el factor “obligatoriedad” que condiciona el cumplimiento de los compromisos de gestión en el subsistema público, respecto a la adhesión al marco regulatorio, y especialmente a la estandarización de los cuidados, por parte de los profesionales de salud y más específicamente, de Enfermería.

De esta manera y por la experiencia laboral de las investigadoras, se decidió realizar este estudio en Unidades de Paciente Crítico, (UPC) conformadas por la Unidad de Cuidados Intensivos y la de Cuidados Intermedios. En las UPC se atiende a pacientes en situación de riesgo vital, y/o a aquellos sometidos a cirugías mayores .Estos usuarios son los que requieren de un monitoreo estricto, una terapéutica de vanguardia, pero sobretodo de un cuidado integral de alta complejidad. Las UPC prestan una atención especializada continua y para esto cuentan con médicos, enfermeras y personal técnico las 24 horas del día.

Por lo anteriormente descrito son Unidades, respecto de otras, donde podría darse con mayor frecuencia la práctica de contención física esto asociado directamente al grado de

dependencia de Enfermería que alcanzan sus usuarios, en concordancia a los cuadros clínicos específicos que presentan y al tipo de tratamiento indicado.

El estudio, de carácter descriptivo abordará el tema, desde una mirada ética-legal, considerando los principios rectores de la actual Reforma de Salud en Chile y los propios de la bioética. Estos principios se exponen a la vulnerabilidad en los pacientes que requieren ser contenidos físicamente, y es allí donde se hace protagónico el rol gestor y garante de la enfermera, respecto del cuidado y de los derechos de los pacientes respectivamente. En base a esto, se decidió que los sujetos de estudio de la investigación serían los profesionales de Enfermería que laboran en las UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

Por tratarse de una investigación cuantitativa, la información se analizará con estadística descriptiva, y por ser un estudio de carácter no experimental, no se manipularán las variables a estudiar.

Se hace necesario aclarar que en el informe, se utilizarán indistintamente los términos “Usuario” y “Paciente”, en consideración a que, a nivel nacional, aún se está en un período de transición respecto al cambio de nomenclatura, lo que se constata tanto en los documentos ministeriales, como en la bibliografía local revisada.

1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

La investigación obedece a la inquietud e interés por indagar sobre aspectos profesionales, éticos y legales de las enfermeras/os relativas a la Gestión del Cuidado de usuarios de UPC del subsector privado, específicamente de aquellos que son contenidos físicamente, como asimismo, constatar la existencia de políticas institucionales internas, para la regulación de este procedimiento.

El estudio está enfocado en las enfermeras que se desempeñan en las UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

El objetivo del estudio es describir:

1. Las Características del recurso humano enfermero de UPC, considerando años de experiencia, relación contractual de las enfermeras/os, especialización en gestión y/o cuidados intensivos y conocimientos específicos, teórico- legales, sobre la Contención Física.
2. Los Criterios que se utilizan en las UPC para la indicación de CF a usuarios de dichas unidades, reflejado en los conocimientos prácticos de los profesionales de Enfermería.
3. Las políticas internas de Clínicas privadas de Viña del Mar, expresada en la existencia y/o utilización de Consentimiento Informado, Protocolo de indicación y aplicación de Contención Física en usuarios de UPC y Norma General Técnica Nº 65, sobre Contención en Psiquiatría.

En relación a lo anteriormente citado, la pregunta investigativa queda formulada de la siguiente manera:

¿Qué características del recurso humano enfermero, criterios profesionales y políticas institucionales internas se identifican en la indicación de Contención Física de usuarios de UPC de las Clínicas privadas de Viña del Mar?

1.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

1. Acreditación: Proceso mediante el cual se evalúa la competencia y eficacia de una entidad que realiza actividades en algún rubro de servicios.

2. Acreditación de atención cerrada: Sistema de evaluación de la calidad de la atención otorgada según estándares generales, para los prestadores Institucionales de Atención Cerrada de salud.⁴

3. Conocimiento: Capacidad para actuar, en base al dominio y uso de una cierta información, y como consecuencia de comprender e interpretar la naturaleza de algo, un cierto fenómeno, las leyes que regulan un comportamiento, como también la aplicación de ciertas habilidades o capacidades complementarias.

4. Conocimientos legales: Dominio de un conjunto de fundamentos reglamentarios, formalizado por el legislador.

5. Conocimientos teóricos: Dominio de un conjunto de fundamentos científicos, basados en la evidencia, que sustentan una determinada disciplina.

6. Conocimientos prácticos: Dominio de un conjunto de fundamentos que determinan el actuar, en el ámbito de la competencia profesional.

7. Consentimiento informado: Procedimiento a través del cuál, un paciente es informado respecto de todos los alcances del o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán

⁴ Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores Institucionales de Atención Cerrada Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.

8. Contención: Acción y resultado de contener o frenar el movimiento de un cuerpo.

9. Contención física o mecánica: Procedimiento usado en Psiquiatría, como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida del control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones. Consiste en la limitación y/o privación de la posibilidad de movimiento y/o desplazamiento físico de la persona afectada, con técnicas especiales o con elementos mecánicos ⁵

10. Contención física y/o mecánica. Es el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

11. Criterio: Regla que se aplica para tomar una decisión o determinar una verdad. Capacidad para formarse un juicio y tomar una decisión acertada.

12. Derechos: Conjunto de normas que regulan la convivencia social y permiten resolver los conflictos interpersonales.

13. Derechos de los pacientes (Chile): Conjunto de derechos explícitos en materia de información, derecho a tomar decisiones conociendo los riesgos y alternativas, respeto a la

⁵ Norma General Técnica N° 65 Contenciones en Psiquiatría.

privacidad y a recibir una adecuada acogida y acompañamiento, elementos todos, que realzan la dignidad del ser humano en la relación con los equipos y sistemas de salud.⁶

14. Deberes: Conjunto de obligaciones o preceptos de necesario cumplimiento, que ha sido impuesto bien por algún poder externo al propio individuo (las leyes) o por la conciencia interna del sujeto (el deber moral), atendiendo a la racionalidad de dichas obligaciones.

15. Deberes de los pacientes (Chile): Conjunto de obligaciones explícitas, que deben cumplir los usuarios del sistema sanitario en materia de información, trato respetuoso y colaboración con los miembros del equipo de salud, y cuidado de los establecimientos.

16. Efecto terapéutico: Es aquel control, curación, alivio o prevención que produce un procedimiento o tratamiento en un individuo.

17. Efecto adverso: Reacciones orgánicas indeseadas que ocurren en un individuo. y que causan malestar y/o daño.

18. Especialización: Nivel de capacitación profesional obtenido posterior a la formación de pregrado.

19. Experiencia laboral: Pericia o competencia adquirida mediante la actividad o el ejercicio de cierta disciplina, en el ámbito del trabajo.

20. Enfermera: Es el profesional responsable de otorgar cuidados, autónomos y en colaboración, a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas.⁷

⁶ Derechos y deberes de las personas, FONASA, Series de Documentos, Trabajo Nº 3 Departamento de planeamiento institucional. Enero, 2007.

⁷ CIE Consejo internacional de Enfermería, <http://www.icn.ch/definitions.htm>.

21. Enfermera supervisora: Profesional responsable de organizar, dirigir, programar, controlar y evaluar la atención de Enfermería de la Unidad, en conformidad con los programas y normas establecidas.

22. Enfermera clínica o tratante: Profesional responsable de programar, organizar, dirigir, coordinar, controlar y evaluar la atención de los pacientes proporcionada por el personal a su cargo.

23. Gestión del cuidado: Es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.⁸

24. Gestión de riesgos: Proceso que implica la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente, tras el tratamiento médico o la administración de los cuidados.

25. Norma ministerial de salud: Dictamen general sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema de Salud, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.⁹

26. Paciente crítico: enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, poniendo en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación impostergable de técnicas de monitorización vigilancia, manejo y soporte vital.¹⁰

⁸ Norma general administrativa Nº 19, "Gestión del cuidado de Enfermería para la atención cerrada" Santiago de Chile, 14.12.2007

⁹ Reglamento orgánico del Ministerio de Salud, Modificación: Dto-67, SALUD 13.10.2008.

¹⁰ Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos, Revista chilena de medicina intensiva. 2004; Vol. 19 (4): 209-223

27. Política institucional: Proceso orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos planteados, por una institución u organización.

28. Protocolo de contención física: Cuerpo de Instrucciones sobre manejo operativo de la contención física de pacientes, los que son de carácter referencial.

29. Protocolo: Cuerpo de Instrucciones sobre manejo operativo de un procedimiento.

30. Riesgo potencial: Probabilidad de que se produzcan consecuencias perjudiciales o daños, como resultado de la interacción entre las amenazas y las condiciones de vulnerabilidad de un paciente o usuario.

31. Unidad de Paciente Crítico (UPC): Es aquella unidad que reúnen a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento hospitalario.

1.4 FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Enfermería, considerada como la ciencia y arte del cuidar, y en Chile, reconocida como la profesión encargada de la Gestión del Cuidado desde 1997, según consta en artículo 113 del Código Sanitario, tiene en la actualidad un rol protagónico y concordante con los principios rectores de la actual Reforma de Salud y sus principales objetivos, que desde un modelo integral con enfoque familiar, pretende que los usuarios reciban atención sin discriminación, con participación y que respete sus derechos fundamentales, con un enfoque de calidad.

La Gestión del Cuidado¹¹, implica dar continuidad a la atención de salud y dan cuenta de los actos profesionales de la enfermera/enfermero, como uno de los ejes centrales del modelo de gestión vigente, el eje del Cuidar. En este contexto la enfermera se constituye como un profesional clave que, desde el marco ético-legal que la regula, debe garantizar a los usuarios del Sistema de Salud, la satisfacción de sus necesidades y velar por el cumplimiento de sus derechos.

Los pacientes que transitan por una fase crítica de salud y se encuentran con alteración de su estado de conciencia, se ven imposibilitados de ejercer su derecho de autonomía y es en estos casos cuando los profesionales de la salud, junto con la familia del usuario, deben tomar las mejores decisiones, al alero de la evidencia científica, la ética y la ley.

¹¹ Norma General Administrativa Nº 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada" Santiago, 14.12.2007

Los pacientes de UPC son aquellos en los que existe riesgo vital y son altamente dependientes de los cuidados de Enfermería. La sedación para efectos terapéuticos o como medida de prevención de la auto o heteroagresión son aquí prácticas regulares.

Las implicancias asistenciales, éticas y legales que involucra el tomar la decisión de contener o no a un paciente y sobre el cómo y por cuánto tiempo hacerlo, hace necesario que las enfermeras generen conocimiento en base a la evidencia para poder hacer correcto uso de su potestad profesional de autonomía y colaborar con el médico en la resolución de situaciones tan complejas como la descrita y que es tema de esta investigación.¹²

Las investigadoras, decidieron, desde su experiencia laboral previa, utilizar como campo de estudio las UPC de clínicas privadas de Viña del Mar, y como foco de investigación a las respectivas profesionales de Enfermería, con el fin de recavar información sobre la actual situación, relativa a cuidados estandarizados y políticas institucionales internas para la Contención Física de estos pacientes críticos, sin mediar el efecto de presión que produce la obligatoriedad, al momento de implementar la Norma ministerial de acreditación hospitalaria en un plazo determinado, situación que sucede actualmente en el sistema público de salud.

En la actualidad existe escasa bibliografía nacional sobre indicación de contención física, en pacientes no psiquiátricos y particularmente, no se encontraron estudios específicos que la relacionaran además, con aspectos asistenciales, éticos y legales, todos de gran relevancia en el contexto sanitario actual de nuestro país.

¹² “Educación, bioética y toma de decisiones éticas en unidades de cuidado intensivo” /Rincón y col. Revista Latinoamericana de Bioética. 2008; 8(2); p. 114-123).

CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Marco conceptual.

2.2 Objetivos.

2.3 Definición y operacionalización de variables.

CAPITULO 2: MARCO CONCEPTUAL

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Generalidades sobre Enfermería, ciencia y arte del cuidado holístico del ser humano.

Existe consenso mundial respecto a que la salud implica para su real comprensión, una concepción holística del ser humano, es por tal razón que en las políticas sanitarias de muchos países, uno de los principios fundamentales que sustentan el cuidado humanizado es la consideración de la persona como un ser integral.

La palabra “holístico” proviene del griego: “holos /n”: todo, entero, total, completo, y suele usarse como sinónimo de “integral”. La Real Academia Española define el concepto como: “Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen”. El arte de cuidar, en sentido holístico, significa entonces considerar a la persona como ser único e irrepetible, en todas sus dimensiones, es decir, en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa.

Desde la bioética, todos los seres humanos merecen ser tratados bajo principios de equidad y de respeto a su dignidad, condición intrínseca y propia de cada individuo. En razón de esta premisa e indistintamente del nombre que se le dé al ser humano como centro de los cuidados profesionales (paciente, beneficiario, usuario, cliente, etc.), lo esencial es la

preservación de su dignidad como persona, lo cual reviste la más alta responsabilidad en la atención integral de Enfermería, desde el punto de vista ético y profesional.

Enfermería, es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Es, según Watson “una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno”.¹³

Enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas¹⁴.

Siendo el deber fundamental de Enfermería mantener la salud, evitar las enfermedades, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, se afirma que los principios supremos que orientan la práctica son los de **inviolabilidad de la vida, beneficencia, evitación de la maleficencia y autonomía**. En tal sentido, es importante para los profesionales identificar los valores y pensamientos que priman en el ejercicio disciplinar.

Se vive en un contexto cultural de progresiva tecnificación asociada a una alta especialización en todos los ámbitos, y la disciplina enfermera no está ajena a este tema. Hemos pasado de una visión macroscópica del mundo a la comprensión particularista de cada uno de los fragmentos de la realidad. Este proceso de especialización creciente, tiene como todo proceso, virtudes y defectos. Por una parte, constituye un adelanto sin precedentes, pues permite el conocimiento perfecto y analítico de determinados segmentos. Pero, por otra parte,

¹³ Teoría del Cuidado Humano Watson, Jean Nursing: *Human Science and Human Care* 1985 Connecticut, USA.

¹⁴ Interacción entre la enfermería y los cuidados sociales CIE http://www.icn.ch/matters_nursing_care_interfacesp.htm

esta tendencia puede desembocar en una pérdida creciente de la **visión integral del ser humano**, por lo cual se corre el riesgo de perder de vista la globalidad de la persona que se atiende y reducirla a un simple órgano, fragmento o patología.¹⁵

Cuidar requiere conocimiento teórico y praxis, arte y ciencia, técnica y sabiduría, tiempo y espacio, todo lo cual, requiere un marco institucional idóneo, donde sea posible cuidar a un ser humano y donde las condiciones estructurales también sean favorables para el ejercicio de dicho cuidado.

El cuidado de Enfermería evoluciona en la búsqueda de nuevos saberes y quehaceres, en la perspectiva de reafirmar la profesión como ciencia, arte y disciplina con el fin de lograr una atención de manera integral, con claros indicadores de calidad en su gestión.

Teoría de Enfermería de Jane Watson: “Teoría del Cuidado Humano” (1985).

"We are the light in institutional darkness, and in this model we get to return to the light of our humanity" Dr. Jean Watson.

“Somos la luz en oscuridad institucional, y en este modelo conseguimos volver a la luz de nuestra humanidad”.

La Teoría de Jean Watson se compone de 2 elementos fundamentales:

1. **Cuidado:** Conjunto de acciones seleccionadas por la enfermera y el individuo, dentro de una experiencia transpersonal, que permiten la apertura y desarrollo de las capacidades humanas.

¹⁵ Ética y deontología profesional: Dilemas de Enfermería en UCI, Autor: A. Ortegón G. Enf. de Cuidados Intensivos. Hospital de Cabra. Córdoba. ABRIL 2006

2. **El Objetivo del cuidado:** que es ayudar a las personas mediante un proceso de transacciones humanas a encontrar un significado a su experiencia, adquirir auto conocimiento, autocontrol y autocuración, para restablecer su armonía independientemente de las circunstancias externas.

Para Watson, el cuidado es el elemento central unificador de la práctica de Enfermería: es decir la esencia de Enfermería.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la Enfermería.

La relación de cuidado transpersonal está caracterizado por una clase especial de cuidado humano que depende de:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.
- El conocimiento de cuidado de la enfermera y la conexión que tiene el potencial para curar dado que la experiencia, la percepción, y la conexión intencional, ocurren. Esta relación describe como la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

El conocimiento del cuidado que tiene la enfermera se hace esencial para la conexión y el entendimiento de la perspectiva de la otra persona. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera y también la mutualidad entre los dos individuos, que

es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

Según Watson, “una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona vienen juntas, de tal modo que la ocasión para el cuidado humano, es creada”.

“Ambas personas, con sus campos únicos fenomenales, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción de humano a humano”. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido / significado de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo y no en una simple meta para quien es cuidado.

Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de dar cuidado, con su paciente. Más aún, tanto el que recibe el cuidado como el que cuida pueden ser influenciados por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación, con ello, se influencia y se vuelven parte de su propia historia de vida.

La ocasión de cuidado se vuelve “transpersonal” cuando “permite la presencia del espíritu de ambos, después el evento del momento expande los límites de apertura y tiene la habilidad de expandir las capacidades humanas”. El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción del bienestar y la curación del paciente.

Respecto al Proceso Enfermero, Jane Watson afirma, que disponer de instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados, nos permite en mayor medida desarrollar el conocimiento que tenemos del cuidado y aprender más sobre cómo nuestros pacientes, enfermeras y el sistema completo, se pueden beneficiar de dicho conocimiento.

La promoción de un ambiente de apoyo, de protección biofísica, psicofísica, psicosocial y/o interpersonal es uno de los requisitos para el cuidado. La interdependencia existente entre los ambientes internos y externos de la persona, influyen en el estado de la salud y de la enfermedad. Existe entre el ambiente y el individuo un proceso de interacción constante que puede facilitar, crear o impedir la relación de cuidado entre los seres humanos.

Los postulados de la teoría de Watson contribuyen a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos y comprometidos. Estos postulados cobran mayor realce en el contexto de las Unidades de Paciente Crítico, donde los enfermeros/as se enfrentan a la toma de decisiones respecto al cuidado especializado que requieren los pacientes a su cargo, los que se encuentran en riesgo vital y en un alto nivel de dependencia.

La tecnología y el equipamiento con que cuentan estas Unidades, favorecen la atención inmediata y el monitoreo continuo de los usuarios, dando seguridad al trabajo que allí se realiza, sin embargo, también pueden tornar las relaciones humanas más distantes, pudiendo llegar al extremo de que el equipo humano que allí labora, conozca más sobre el manejo de la "la máquina" y menos del "ser humano" que está conectado a ella.

Asimismo la teoría de Watson, se ajusta al interés de este estudio, en tanto que la relación transpersonal, si bien no siempre se puede establecer entre enfermero/a- paciente por estar este último frecuentemente bajo sedación y/o con compromiso de conciencia, si se instaura entre el profesional de Enfermería y la familia del enfermo, en un momento y situación

compleja e inestable, que requiere de real empatía y acompañamiento, ante la incertidumbre de la evolución del paciente en estado crítico.

La práctica de contener físicamente a un paciente en las UPC, suele estar asociada a la necesidad de dar seguridad al usuario y favorecer el cumplimiento cabal de las medidas terapéuticas indicadas, principalmente las de carácter invasivo, sin estar exenta de riesgos físicos y de transgresiones a los derechos humanos fundamentales. Frente a esta situación clínica, cabe rescatar lo que Watson señala como deber enfermero, esto es: “conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto”, riesgo que se corre en las UPC al caminar por la delgada línea entre la lucha racional por la mantención de la vida y la recuperación del paciente, y el ensañamiento terapéutico, con todo lo que esto último implica.

2.1.2 Gestión de riesgos en Enfermería.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria mundial, en ella están en juego aspectos profesionales, éticos, legales y económicos.

La Gestión de Riesgos es una metodología que se utiliza cada vez más en los servicios sanitarios, siendo sus principales objetivos:

1. Incrementar la calidad de la asistencia.
2. Mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo.
3. Disminuir los costes evitables.

La Gestión de Riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico o la administración de cuidados. Es imposible evitar completamente el daño al paciente, toda

acción humana conlleva un margen de error, sin embargo, es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño, en definitiva, gestionar el riesgo que pueda sufrir el paciente. Dado lo anteriormente expuesto, la gestión de riesgos es una tarea de alta complejidad ya que baraja factores inherentes al sistema sanitario, como propios de las actuaciones humanas.

Son muchas las líneas de actuación que deben de ponerse en marcha para la mejora de la seguridad de los pacientes y alcanzar algunos de los objetivos formulados. Algunas de las recomendaciones siguientes se desprenden del análisis de los informes internacionales:

- Establecer un enfoque consistente para conseguir liderazgo, investigación, herramientas y **protocolos** para potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes.
- Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación de carácter obligatorio o voluntario.
- Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de gobiernos, sociedades científicas y profesionales.
- Implementar prácticas seguras en los distintos niveles de la prestación asistencial.

El profesional enfermero es, en gran medida, el ejecutor de la acción asistencial, el controlador de los procesos y el responsable de los resultados, y es evidente que su responsabilidad, la buena práctica (formación, experiencia y trabajo en equipo) y las herramientas de Gestión Clínica, son los factores más influyentes en la minimización del riesgo.

2.1.3 Caracterización de Unidades de Paciente Crítico (UPC) y Paciente Crítico.

Medicina Intensiva.

Es un área de la medicina que se ocupa de los pacientes que sufren alteraciones fisiopatológicas con un nivel de gravedad que representa una amenaza para la vida.

La Medicina Intensiva se inicia en Chile en 1968, con la creación de la primera Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital de Urgencias de la Asistencia Pública de Santiago.

La Medicina Intensiva se encuentra en pleno desarrollo, observándose en los últimos años diferenciaciones por especialidades, tales como: Unidades de Cuidados Intensivos médicos, quirúrgicos, coronarios, cardiovasculares, pediátricos y neonatales , que han ido perfeccionando el manejo en las distintas patologías con riesgo vital, siempre con un criterio de rapidez y máxima eficacia, razón que ha llevado a la exigencia de contar con profesionales que tengan una sólida formación en terapia intensiva, cobrando especial importancia los programas de formación dirigidos a los médicos, enfermeras y personal técnico que trabajan en esas unidades tan especializadas.

Unidades de Paciente Crítico (UPC):

Las UPC son aquellas unidades que reúnen a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y la Unidad de Tratamiento Intermedio (UTI) de un establecimiento.¹⁶.

Unidad de Cuidado Intensivo (UCI):

Las UCI son aquellas dependencias hospitalarias destinadas a proporcionar cuidados médicos, de Enfermería, Kinesiología y de otros profesionales, durante las 24 horas del día, en forma eficaz y oportuna, a pacientes críticos inestables pero con posibilidades de recuperación. Se caracteriza por concentrar personal altamente capacitado, con residencia médica y de Enfermería permanente, así como tecnología adecuada a su complejidad.

Unidad de Cuidado Intermedio (UTI):

¹⁶ Manual de acreditación de prestadores institucionales establecimientos de atención cerrada, Octubre de 2008, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Son aquellas dependencias hospitalarias destinadas al manejo de pacientes críticos estables. Puede existir en forma exclusiva en aquellos hospitales que no requieran de una UCI, debiendo en este caso contar con una red preestablecida de traslado y una cama de estabilización o reanimación pre traslado. Donde coexista con una UCI, será parte integrante de la UPC constituyendo una sola unidad clínica y administrativa.

Estado crítico:

El estado crítico de un usuario, se define como una situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales, ó es susceptible que se puedan alterar, por diversas causas clínicas que puedan llevar a un serio compromiso para la mantención de la vida.

Paciente crítico:

Se considera paciente crítico a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, poniendo en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad que hacen necesaria la aplicación impostergable de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital.

Se considera paciente crítico inestable a aquél que requiere ventilación asistida, apoyo vasoactivo y/o monitoreo invasivo.

Se considera paciente crítico estable a aquél con requerimiento de monitoreo, vigilancia médica y de Enfermería las 24 horas del día.

Cuando una persona presenta un estado crítico ya sea actual o potencial, requiere para su supervivencia, de un equipo especializado, con cabal conocimiento y preparación para la observación, atención y capacidad de tomar decisiones de forma rápida y correcta.

Estos pacientes para sobrevivir necesitan estar en una UPC, donde se les pueda proporcionar cuidados médicos y de Enfermería de forma continua, contando con tecnología de alta complejidad.

Estas unidades generalmente son servicios centrales, de carácter polivalente, dependientes directamente de la Dirección Médica del Hospital y que funcionan en íntima conexión con los demás Servicios Hospitalarios y del Área de Salud.¹⁷

La atención que se le entrega al paciente crítico debe ser desde una perspectiva integral, consecuentemente, la calidad de todos los recursos debe ser de excelencia para poder lograr este objetivo a cabalidad.

Los pacientes críticos pueden presentar multitud de afecciones físicas, tales como, cuadros respiratorios, cardiovasculares, gastrointestinales y/o neurológicos, entre otros (no siendo excluyentes entre ellos), necesitando cuidados altamente individualizados y específicos.

Junto con el estricto seguimiento médico en las UPC, el equipo de Enfermería ha de brindar un cuidado integral al usuario, que tiene comprometidas necesidades básicas relacionadas no sólo con la fisiología, sino también con las esferas psicológicas, sociales y espirituales, tales como la seguridad, la autoestima, la pertenencia, la autonomía, entre otras. Estas necesidades que son básicas de todo ser humano, debido al estado de salud gravemente alterado, no pueden ser satisfechas desde el propio individuo. En estos pacientes con riesgo vital, y alto o total nivel de dependencia, es en quienes la participación del profesional de Enfermería cobra un papel preponderante, debiendo actuar oportunamente, utilizando siempre el Proceso Enfermero.

El usuario de estas unidades está expuesto continuamente a un ambiente de urgencia, con una sobrecarga sensorial debida a estímulos como la luz, la multitud de ruidos que

¹⁷ Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid España - Protocolo Docente de Medicina Intensiva, Enero 2007

produce todo el aparataje durante las 24 horas del día, la soledad, la pérdida de identidad y la gran actividad diaria que allí se desarrolla.

A estos factores se une una alteración del estado emocional derivado de la sensación de soledad, desconocimiento, amenaza de muerte, dolor o lesión corporal y la sensación de pérdida de control de sí mismo. Esta situación genera una alteración tanto física como emocional que puede desencadenar un estado de angustia o estrés, respuesta fisiológica y conductual del individuo que intenta de diferentes formas adaptarse a la situación. Comúnmente se acompaña de dificultad por conciliar el sueño, alteraciones en signos vitales, mareos, náuseas, aumento de dolor y alteración sicomotora, entre otras manifestaciones.

Conjuntamente se agregan los problemas de sedación, polifarmacia y rechazo o extrema dependencia a los dispositivos que apoyan o mantienen estables sus funciones vitales. Son frecuentes los episodios críticos en el postoperatorio, tales como excitación sicomotora postanestésica, desorientación témporo-espacial, delirium y reacciones de adaptación. Este escenario puede redundar en conductas del paciente, que generan situaciones de difícil manejo para el personal a cargo, en circunstancias que éste, debe velar por el cumplimiento de las medidas terapéuticas necesarias para la recuperación y que resguarden la seguridad individual, como la de todo el equipo involucrado en el cuidado de éste.

2.1.4 Caracterización de los Profesionales de la salud y Personal de Enfermería de UPC.

Profesionales (de la salud) habilitados.

Son aquellos que ejercen sus profesiones en conformidad con las normas previstas en el Libro Quinto del Código Sanitario, esto es, que cuentan con el título profesional respectivo, otorgado por una institución de educación superior reconocida por el Estado, y a los que no les

afecta ninguna prohibición para el ejercicio de su profesión¹⁸. La organización de los servicios de Enfermería debe estar guiada por la filosofía de que cada paciente es un ser humano único al que se le debe entregar una atención de calidad desde una perspectiva integral. Para lograr esto, se requiere de un equipo calificado que tiene como función primordial, proporcionar un cuidado multidisciplinario y holístico.

Al respecto, el rol de la Enfermera de UPC se ha ido desarrollando en la medida que se ha incrementado la necesidad de dar cuidado especializado, por tanto es necesario que este profesional posea conocimientos actualizados y amplia experiencia en el manejo de los pacientes a su cargo. Para ello, es necesario que coexista un compromiso entre la institución y los profesionales, para el cumplimiento de programas de inducción, de orientación y de capacitación formal y continua.

Las Enfermeras clínicas son las encargadas y responsables de la atención directa del paciente, por lo que deben valorar, formular, ejecutar y evaluar su cuidado, asegurándoles un actuar incuestionable. Por tal razón, un personal calificado es primordial para obtener óptimos resultados. La favorable evolución de un paciente, depende más de la intervención de personal bien entrenado, que del equipamiento y de la tecnología disponible, los cuales ayudan en la tarea, pero no reemplazan el juicio crítico y humanizado de los profesionales de Enfermería.

Por su parte, la aplicación del Proceso Enfermero, herramienta exclusiva de esta disciplina, se hace indispensable a la hora de evaluar la condición y evolución de un paciente crítico. Esta metodología científica basada en los conocimientos y la evidencia no es reemplazable por tecnología alguna.

¹⁸ Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria, Sgto. Chile, Oct. 2008

En las UPC, el trabajo interdisciplinario y colaborativo, es esencial para que la toma de decisiones y la atención otorgada a los pacientes en estado, sea ética, legal y profesionalmente correcta y criteriosa. Esta toma de decisiones está basada en la experiencia y en un caudal de conocimientos de índole teórico y práctico, dependiendo lógicamente de la capacidad individual de los profesionales para procesar los eventos.

La organización óptima de las UPC considerando el talento humano como piedra angular, permitirá que las actualizaciones científico- tecnológicas requeridas para este grupo de usuarios, complejos per se, se traduzcan en menos complicaciones, menos secuelas, mejor calidad de vida y menos mortalidad.

2.1.5 Caracterización de las Contenciones Físicas (CF) y Cuidados de Enfermería correspondientes.

La Contención Física como medida asistencial, se caracteriza por el uso de una fuerza o presión que tiene el propósito de restringir y/o controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento, con diversos fines y cuyo eje común es dar seguridad.

De acuerdo a la literatura revisada, las inmobilizaciones debieran ser utilizadas tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas. De ser necesarias, deberán ser aplicadas con criterio profesional, con cuidados programados y personalizados y han de considerar tanto al usuario como a su cuidador y/o familiar.

La evidencia revela que profesionales y/o personal implicados en la contención física deben contar con las actitudes, las habilidades y los conocimientos necesarios para aplicar las técnicas de contención. También debe garantizarse que los profesionales y/o personal

técnico implicados sean proporcionales a la intensidad y gravedad que requiera la situación, todo esto en beneficio directo de la disminución de efectos y/o consecuencias no deseadas en los pacientes involucrados en esta práctica asistencial, cuando ésta sea ineludible.

2.1.5.1 Indicaciones más frecuentes para el uso de Contención Física.

Los estudios revisados¹⁹, ponen de manifiesto una serie de motivos por los cuales el personal sanitario utiliza las contenciones físicas. Ellos son:

1. Deterioro cognitivo
2. Cuadros de agitación/Confusión
3. Prevención de caídas
4. Prevención de otros accidentes, heridas o autolesiones
5. D
eterioro físico
6. A
ayuda para mantener una correcta posición anatómica del cuerpo.
7. N
ecesidad de monitorización
8. P
ara prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales, etc.)
9. Para prevenir lesiones a otras personas (enfermos o personal sanitario)
10. Para evitar daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipos diagnósticos y/o terapéuticos, etc.)

¹⁹ Evans LK, 1989; Marks W, 1992; y McPherson DS, 1990

11. P

resencia de instrumentalizaciones (vías, sondas) y necesidad de facilitar el tratamiento médico.

Existen además, otros factores de riesgo o causas externas para el uso de restricciones que son ajenos al propio paciente y que dependen de la institución, como son²⁰ :

1. L

a asociación de las medidas de contención con el ratio de personal/cama.

2. E

l tamaño apropiado de salas, número de camas, distancias de los controles del personal a los pacientes.

3. P

resiones administrativas para evitar denuncias

4. P

olítica del personal ante los factores de riesgo intrínsecos

5. A

mplia disponibilidad de aparatos de sujeción

6. O

tros

Hay autores que justifican la Contención Física como la vía más cómoda y rápida de "control" de aquellos pacientes que presentan algún factor de riesgo intrínseco, arguyendo su efecto inmediato, la fácil aplicación sin mucho entrenamiento y rápida accesibilidad, estos estudios apuntan a la idoneidad de las contenciones físicas en la medida que protegen al enfermo de consecuencias peores a que si el paciente no estuviese sujeto, evitando también

²⁰ Evans LK, 1989; Sloane PD, 1998

las lesiones a otros pacientes y al personal cuidador y aumentan el sentimiento de seguridad en el propio paciente²¹. Sin embargo, hay suficientes estudios que evidencian que ninguna de las causas referidas anteriormente tiene un soporte científicamente consistente, capaz de demostrar los beneficios del uso de las contenciones físicas.²²

Algunos ejemplos de Contenciones Físicas son:

- | | |
|--|----|
| 1. | C |
| inturones. | |
| 2. | M |
| uñequeras. | |
| 3. | A |
| sas a barandillas de la cama (Para evitar caídas). | |
| 4. | M |
| anoplas (Para evitar el autoretiro de catéteres, sondas, tubos, etc.). | |
| 5. | Co |
| ntención torácica. | |
| 6. | Ca |
| misas de contención. | |

2.1.5.2 Riesgos potenciales.

Algunos artículos aseguran que las contenciones podrían considerarse un fallo terapéutico, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Diversos

²¹ Robins JL, 1987; Marks W, 1992; Sloane P, 1991.

²² Ljunggeren G, 1997; Robins LI, 1987; Marks, W.

estudios,²³ han puesto de manifiesto que el uso de Contenciones Físicas puede provocar en los usuarios:

1. Pérdida de estabilidad y equilibrio.
2. Problemas en la alimentación (incontinencias).
3. Neumonías aspirativas.
4. Alteraciones circulatorias.
5. Estrés cardíaco.
6. Lesiones cutáneas graves.
7. Pérdida del equilibrio.
8. Pérdida de apetito.
9. Caídas.
10. Agitación y confusión.
11. Deshidratación.
12. Compresión de nervios.
13. Contracturas.
14. Asfixia por estrangulación.
15. Aumento en la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.
16. Muerte.

En la revisión realizada por la Joint Commission, de casos centinelas relacionados con muertes de pacientes que fueron inmovilizados, la causa de muerte en un 40 % fue por asfixia. El resto de los casos se produjeron por estrangulación y paro cardiorrespiratorio, identificándose los siguientes factores en los eventos ocurridos que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte:

²³ Mion LC, 1989; Lofgren RP, 1898; Tinetti ME, 1991

1. |
Inmovilización de pacientes fumadores.
2. |
Inmovilización en posición supina, ya que predispone al riesgo de bronco aspiración.
3. |
Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia.
4. |
Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
5. Inmovilización de pacientes con deformidades.

El conocimiento de los riesgos físicos y psicológicos derivados de la Contención Física, es útil en la prevención de los mismos. Por ejemplo, en la contención abdominal, se observa peligro de ahorcamiento, dificultad respiratoria y compresión nerviosa, entre otros. En la contención de extremidades se observa obstaculización de la circulación sanguínea, compresión nerviosa, edemas y hematomas.

En general, se observan riesgos tales como:

1. Alteración de la integridad cutánea.
2. Caídas.
3. Bronco aspiración.
4. Incontinencia.
5. Estreñimiento.
6. Riesgos psicológicos como depresión.

7. Confusión.

8. Aislamiento social, y en general, todas las complicaciones derivadas de la inmovilización por contención tales como: pérdida de fuerza y tono muscular, inestabilidad en la de ambulación, rigidez y contractura y aumento del grado de dependencia.

2.1.5.3 Contraindicaciones para el uso de CF²⁴:

- | | |
|---|----|
| 1. | Si |
| empre que exista la posibilidad de intervenciones alternativas. | |
| 2. | Or |
| den expresa del facultativo de <u>no contención física</u> . | |
| 3. | U |
| so como medida de castigo o control. | |
| 4. | C |
| omo respuesta a una trasgresión o conducta molesta. | |
| 5. | C |
| omo sustitución de un tratamiento. | |
| 6. | P |
| or comodidad del equipo o conveniencia de los demás enfermos. | |

2.1.5.4 Criterios de uso de medidas de Contención Física:

Durante la hospitalización, las Contenciones Físicas, han de ser indicadas por el médico sólo con **finalidad terapéutica** y, por tanto, deberán considerarse sus cuidados en el Proceso Enfermero de los usuarios que las requieran.

Para su indicación deberá contemplarse los siguientes criterios:

²⁴ Ramos JA Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento Manual de uso y protocolos de procedimiento, Ed. Masson Cap 5, Págs.9-10, 1999.

- | | |
|--|---|
| 1. | I |
| Indicación individualizada y limitada en el tiempo. | |
| 2. | C |
| Consideración de la Contención Física como medida terapéutica excepcional. | |
| 3. | I |
| Indicación por parte de un médico responsable. | |
| 4. | C |
| Considerar la decisión de profesional de Enfermería sólo en casos de excepción y por motivos de urgencia. | |
| 5. | E |
| El médico intentará siempre indicar la medida menos restrictiva posible (tipo). | |
| 6. | E |
| En ningún caso se podrá indicar una medida restrictiva como castigo o intimidación al paciente. | |
| <p>Se cita en la literatura, formas alternativas de abordar una situación de riesgo que afecte la seguridad del paciente, el cumplimiento de su terapia o la protección de terceros. Estas medidas deberán ser consideradas siempre como primera instancia, salvo situación calificada como de real gravedad, riesgo o urgencia.</p> <p>Los Abordajes alternativos y/o complementarios a la Contención Física son, entre otros:</p> | |
| 1. | E |
| El Abordaje verbal. | |
| 2. | L |
| as Medidas ambientales y / o conductuales. | |

3. E

I Manejo psicofarmacológico de la agitación: contención química.

4. E

I Compañía prolongada o permanente de familiar colaborador o cuidador.

2.1.5.5 Estrategias para disminuir el uso y riesgo de la Contención Física.

Existen estrategias para minimizar el uso y riesgos de la CF, enfocadas desde dos perspectivas primordiales, que involucran a todo el personal:

1. Estrategias para fomentar la utilización de contenciones limitadas y justificadas.
2. Estrategias para fomentar un entorno y aplicación segura en el paciente que debe estar contenido.

1. E

estrategias para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada.

Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener normativas claras, procedimientos uniformes, profesionales capacitados y sólido apoyo y compromiso de los líderes de la organización. Para ello es necesario la elaboración y uso sistemático de un **Protocolo** que defina claramente:

1. Criterios explícitos de indicación.
2. Pacientes susceptibles de sujeción.

3. M

medidas preventivas de riesgos y efectos adversos.

4. P

profesionales responsables de la indicación.

5. Personal responsable de la instalación. P
6. Profesionales responsables de los cuidados Pr
7. Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas T
8. Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente, registro de procedimiento y cuidados posteriores. S
9. Criterios de evaluación de las estrategias terapéuticas, para evitar situaciones clínicas que puedan inducir el uso injustificado de contención, planteando la importancia de una actitud profesional preventiva a través de alternativas tales como la vigilancia periódica y sistemática de Enfermería, el acompañamiento del paciente, disminución de los factores estresores de la unidad, seguridad de técnicas de sujeción y/o fijación de accesos (sondas-catéteres-tubos), etc. C
2. Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente necesita ser contenido físicamente. P
- Para este objetivo gestionar las siguientes medidas:
1. Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro e introducir propuestas de mejora. M
2. Identificar factores de riesgo del paciente (internos y externos). I

- | | |
|--|---|
| 3. | V |
| erificar la existencia de la indicación médica de la contención que especifique duración y tipo de la contención. | |
| 4. | E |
| ducación al paciente y /o familiares sobre la necesidad de la medida y de cómo colaborar. | |
| 5. | S |
| olicitud de consentimiento informado para aplicar la medida. | |
| 6. | C |
| uidados programados específicos e individualizados. | |
| 7. | R |
| eevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la contención. | |
| 8. | S |
| i se utilizan las barandas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados. | |
| 9. | S |
| i se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración. | |
| 10. | S |
| i está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se vea limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos). | |
| 11. | E |
| vitar cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico. | |

12. C
ambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.
13. C
ontrol de signos vitales, seguimiento y observación del estado general del paciente, según gravedad e indicación médica.
14. S
atisfacción de las necesidades básicas del paciente como ingesta de alimentos y líquidos, evacuación, cuidado e higiene personal, entre otras.
15. Cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito.
16. Observación directa del paciente con frecuencia determinada por el profesional de Enfermería.
17. S
eguir las instrucciones de uso y mantención de los dispositivos para contención física.
18. A
plicar dispositivos manteniendo alineación corporal y asegurando la comodidad del paciente.
19. L
a inmovilización del tórax (chalecos) está contraindicada si hay compromiso respiratorio.
20. P
rotección de la piel y prominencias en contacto con los dispositivos, unir los brazaletes de forma que no provoquen excesiva presión.
21. U
tilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
22. R
evaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.

23. A
segurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por el personal.
24. U
tilizar material de contención aprobado por los organismos correspondientes.
25. V
valoración del estado del paciente contenido cada 30´ por el día y cada 2 horas por la noche, coincidiendo con los cambios posturales.
26. L
iberar las contenciones cada 2 a 4 horas, realizar ejercicios de movilización, y extremar cuidados de la piel y tegumentos.
27. Vigilar circulación en extremidades.
28.
Evitar tensión de los nudos cuando el paciente se mueva o tire de ellos.
29. R
realizar evaluación programada los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren protegidas y evitar lesiones.
30. R
evisar y actualizar continuamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.
31. V
igilar las complicaciones que puedan aparecer (hematomas, heridas, pérdida de la sensibilidad, etc.).
32. Asegurar, tanto al paciente como a su familia, el uso temporal y de protección de la contención.
33. Nunca usar como castigo o para comodidad del personal.

34. Ante la primera señal de cianosis o palidez, enfriamiento de una zona de la piel o quejas del paciente sobre dolor, hormigueo o adormecimiento, soltar la sujeción, valorar y realizar movilizaciones.

35. P
proporcionar apoyo emocional, verbal y a través del tacto al paciente inmovilizado.

36. T
tanto el médico responsable del paciente como la enfermera evaluará periódicamente la contención debido a que, como medida extraordinaria, ésta tendrá que finalizar lo antes posible.

En síntesis se puede señalar que:

1. S
se debería contener físicamente a un paciente tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas.

2. S
si se contiene físicamente a un paciente, debería emplearse de forma personalizada, involucrando tanto al paciente como a su familia.

3. E
El paciente contenido es un paciente dependiente al que el personal de Enfermería debe satisfacer todas las necesidades.

Las estrategias recomendadas para reducir el riesgo de las inmovilizaciones son:²⁵

²⁵ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998

1. R
redoblar esfuerzos para **evitar el uso de las inmovilizaciones**, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
2. E
stimular la **formación y entrenamiento del personal sanitario** en alternativas que eviten el uso de las contenciones.
3. O
bservar continuamente a los pacientes que se encuentran contenidos, **evaluando la posibilidad de retirada de la contención.**

Se puede desprender de todo lo revisado que se debe contener físicamente a un paciente como último recurso terapéutico, en situaciones extremas para garantizar principalmente la seguridad de él y del medio.

La actuación según un protocolo supone tener establecidas las medidas necesarias en una situación puntual evitando así las improvisaciones y la disparidad de criterios, junto con ello permite resguardar aspectos éticos y legales y de esta forma cautelar una atención segura, coherente, rápida y sobretodo, eficaz.

Claro está que estos aspectos se cumplirán, si las Instituciones en conjunto con los profesionales asumen la importancia de implementar pautas comunes de actuación (Protocolos) y se coordinan correctamente de manera inter y multidisciplinaria.

2.1.6 Aspectos legales referentes a la Contención física de pacientes y la responsabilidad de la enfermera en Chile.

2.1.6.1 Carta de Derechos y deberes de los pacientes en Chile.

El Proyecto de ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud nace en Chile el año 2001 y emana desde el Poder Ejecutivo. Esta iniciativa se basa en el propósito de modernización y armonización con los acuerdos de derechos internacionales pactados y convenidos por nuestro país, en el Marco de la Reforma de Salud.

La moción de garantizar los derechos en salud, se recoge de distintos instrumentos de derecho internacional, tales como pactos, convenios y declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos. Entre otros, cabe señalar la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), instrumentos todos, que permiten traducir sus preceptos en normas jurídicas concretas, adaptados a las distintas situaciones en que su posible vulneración debe enfrentarse.

En Chile, se inició la tramitación de un Proyecto de Ley sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Salud, como parte de la primera etapa de la actual Reforma de Salud. Esta propuesta se hizo oficial con el mensaje presidencial de Junio del año 2001, en que el Presidente de la época Ricardo Lagos Escobar señaló:

“La Carta Fundamental debe establecer que es un deber preferente de los órganos del Estado y del Gobierno, respetar y promover el derecho a la protección de la salud, así como los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes en el país. En este contexto, resulta indispensable el establecimiento y regulación de importantes categorías de derechos de las personas, tales como el derecho a la información, el derecho a un trato digno, derecho a la privacidad, derecho al libre acceso a las acciones de salud y **derecho al consentimiento informado**, todo ello en consonancia con la tendencia internacional actual en la materia, que dé

cuenta en forma expresa de los derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan con carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud, y que regulen la relación entre las personas y los prestadores de salud.”²⁶

El proyecto de ley sobre derechos y deberes de las personas en salud fue enviado al parlamento como primer paso de la Reforma a la Salud en el año 2001.

Luego de varios años de debate en que se acogieron posturas y aportes desde los diferentes sectores de la comunidad nacional, se logró la presentación del actual Proyecto de Ley al Parlamento el 8 de Agosto del 2006, fecha en que se lleva a cabo el Primer Trámite Constitucional en la Cámara de Diputados y que corresponde al ingreso del mismo, bajo el gobierno de Michelle Bachelet Jeria.

En la actualidad, el proyecto se encuentra en la etapa de Segundo Trámite Constitucional en la Cámara de Senadores; en este trámite se hace presente la urgencia simple según la cuenta del Mensaje 1317-356 del 7 de Enero de 2009.

La intrincada tramitación de este importante tema país, da cuenta de las dificultades que como sociedad en su conjunto, se tiene para consensuar valores como los que requiere una ética de mínimos, que es aquella que representa los márgenes indispensables de convivencia social, basada en la justicia y el respeto por los otros. Según la filósofa española Adela Cortina ,la sociedad contemporánea necesita de manera imperativa la “Ética de mínimos” que permita a todo el mundo, de forma universal, entender el mismo lenguaje moral basado en el respeto a la persona, en los derechos humanos, y en la justicia:

“Hacer justicia, devolver a los seres humanos ese mundo del que son dueños legítimos, es el nuevo motor de una historia que no ha terminado más que para los conformistas de toda la vida. Los diligentes, los que piensan y aman, se esfuerzan por diseñar propuestas de

²⁶ Mensaje de S. E. Presidente Sr. Ricardo Lagos Escobar, Valparaíso Junio 2001.

justicia, que hoy no puede ser sino local y global". Adela Cortina, catedrática de Filosofía Universidad de Valencia y Directora de la Fundación ÉTNOR ²⁷

Consentimiento informado:

El Consentimiento informado es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto de todos los alcances del o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.

Con respecto al procedimiento de Consentimiento Informado el **Decreto Supremo Nº 42 Art. 105, Reglamento orgánico de los Servicios de Salud** señala:

Consideraciones:

El médico, después de informar verbalmente al paciente sobre el procedimiento a que va a ser sometido, le entregará un documento escrito en el que se refleje dicha información. La elaboración de informes específicos referidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que involucren algún grado de riesgo, deberá ser realizada por los profesionales a los que corresponda. No se puede pedir Consentimiento Informado al paciente y/o familiar directo o representante legal, sin haber existido previamente esta información.

La información que se entregará al paciente deberá referirse, al menos, a riesgos, efectos colaterales y probabilidades de éxito del tratamiento, como también las consecuencias de rechazarlo o interrumpirlo.

²⁷Fundación ETNOR, para la ética de los negocios y las organizaciones, Valencia, España.
http://www.etnor.org/bibliografia_ac.htm

Se deberá adjuntar un formulario de Consentimiento Informado, con el fin de obtener la autorización firmada por el usuario. Este documento se extenderá en duplicado, incluyéndose el original en la ficha clínica y entregándose la copia al paciente.

En el caso que el paciente rechace el procedimiento, se dejará constancia de la negativa en este documento, el que será firmado por el paciente y un testigo.

Si el paciente decide revocar su autorización anterior, deberá hacerlo constar en este documento mediante su firma y la de un testigo.

Si el paciente prefiere solicitar una segunda opinión o tomarse un tiempo antes de aceptar el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, podrá posponer la firma y llevarse el documento que contenga la información médica recibida junto con el formulario de Consentimiento Informado. Se debe informar al paciente que en cualquier momento puede negarse al procedimiento indicado o revocar su autorización en el supuesto de haberlo firmado con anterioridad.

En el caso de pacientes menores de edad, aún cuando a juicio del médico reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información, el documento de Consentimiento Informado será firmado por sus padres o representante legal.

En el caso de un paciente incapacitado judicialmente, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación.

En el caso de pacientes con deficiencias de comprensión, es el médico quién tiene que determinar el alcance de la capacidad de comprensión de la información, previo al consentimiento. Si éste lo cree conveniente podrá consultar con el Servicio de Psiquiatría el grado de incapacidad del paciente.

De esta manera si, a juicio del facultativo y/o del Servicio de Psiquiatría consultado, el paciente, aun siendo mayor de edad, no tuviera capacidad de discernimiento para decidir acerca de un procedimiento, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación.

Excepciones al Consentimiento Informado.

Sólo los casos que se mencionan a continuación constituyen las excepciones a la obtención de la firma del documento de Consentimiento Informado. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá dejar constancia en la ficha clínica de las circunstancias que impidieron el procedimiento, junto con la documentación que la respalda:

1. C
Cuando la no intervención ponga en riesgo la salud pública y el ingreso del paciente haya sido obligado por orden o autorización judicial.

2. C
Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones permanentes o riesgo de muerte.

3. Cuando un procedimiento venga dictado por orden judicial.

2.1.6.2 Marco regulatorio legal de la Enfermería en Chile.

El “cuidar” es una acción inherente a la “Enfermería”, y el concepto Gestión del Cuidado es facultad propia y autónoma de la profesión enfermera.

Los cuidados de Enfermería se constituyen como una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud ya que se estima que aproximadamente un 70% de la

respuesta de salud corresponde a actividades de Enfermería²⁸. Por tanto, la calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la percepción de la atención que proporciona el sistema de salud a sus usuarios.

La reforma de salud y el nuevo modelo de atención actual promueven la integralidad, la atención progresiva y multidisciplinaria y la gestión clínica, orientada a asegurar la mejor calidad de atención.

El escenario técnico- jurídico actual para la profesión de Enfermería está cimentado sobre las bases del **Código sanitario (artículo 113), la Ley de Autoridad Sanitaria (19.937) y el Protocolo de acuerdo del 17/10/ 2006 entre el Colegio de Enfermeras y el Ministerio de Salud, que** plantean la necesidad de implementar un Modelo de Gestión del Cuidado.

Gracias al esfuerzo desplegado por el Colegio Profesional chileno y a la determinación de las autoridades de la época, finalmente se incluye en el Código **Sanitario** la profesión de Enfermería, la que se define allí, como sigue:

"Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente". Artículo 113, Libro V. La profesión enfermera logró entonces el 16 diciembre del año 1997, ser reconocida legalmente.

28

Documento Gestión de Cuidados de Enfermería Complejo Hospitalario Norte "Nueva estructura orgánico funcional en el contexto de reforma sanitaria", Febrero 2008

2.1.6.3 Ley de Autoridad Sanitaria

La **Ley de Autoridad Sanitaria (19.937)**²⁹ ha tenido como finalidad establecer una nueva concepción de la misma, instaurando nuevas modalidades de Gestión y fortaleciendo la Participación Ciudadana. Esta ley declara la **gestión del cuidado** como requisito mínimo y común en la reorganización de los Servicios de Salud, Hospitales y centros de atención ambulatoria. La Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria al modificar el Artículo 4° del Decreto ley N° 2.763, de 1979, estableció, en su nuevo numeral 122, la función y potestad del Ministerio de Salud de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”, esto es, para los establecimientos de salud debidamente autorizados por los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud respectivos. Dicha legislación se encuentra actualmente refundida y sistematizada con los principales cuerpos legales emanados del Proceso de Reforma a la Salud en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial del 24 de abril de 2006.

La disposición legal antedicha, define expresamente lo que debe entenderse por “acreditación”, señalando que “se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento del estándar mínimo señalado en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”. Esta norma hace referencia al numeral 11 del actual Artículo 4° del DFL. N°1, de 2005, del MINSAL, el cual señala que el Ministerio de Salud deberá “establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios”, describiendo algunas de las características y contenidos de tales estándares mínimos, a saber:

²⁹ Publicada en el Diario Oficial el 24 de febrero del 2004

- Que “se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones”,
- “Serán iguales para el sector público y el privado”,
- Que se fijarán estándares “respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones”.
- Que los estándares “deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.”

2.1.6.4. Norma General Administrativa N° 19, sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada”.

Posteriormente y luego de la labor del Colegio profesional con el Ministerio de Salud, se consigue la aprobación de la Norma General Administrativa N° 19, sobre “Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada”. (14.12.2007). Ésta tuvo como objetivo primordial el implementar el “**Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería**” en los establecimientos de Alta y Mediana complejidad de la atención cerrada en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, para asegurar la continuidad y favorecer la articulación de los cuidados de Enfermería, estableciendo los niveles de responsabilidad y ámbito en esta materia, de acuerdo a las políticas y normas del Ministerio de Salud de Chile.

En esta Norma se considera que la “Gestión del Cuidado de Enfermería” es entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar y se define como, la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales,

que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución.

Según la Norma ya citada, la Gestión del Cuidado es uno de los componentes básicos que contribuyen al desarrollo de la Gestión Clínica Hospitalaria, entendida como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humano, tecnológico y organizativo para el mejor cuidado de las personas. Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible, que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto.

La Gestión del Cuidado se operacionalizará a través de la organización en cada establecimiento de salud, ya estipulado como Unidad funcional, que planifique, ejecute, supervise y evalúe la programación de actividades de la “Gestión del Cuidado de Enfermería”. La Unidad de Gestión del Cuidado reemplazará a las denominadas Coordinaciones de Enfermería, existentes en los establecimientos. La Gestión del Cuidado es aplicable en los diferentes niveles de gestión de la Enfermería y las funciones y atribuciones que tiene dichas Unidades son las siguientes:

1. Participar en la definición de las políticas y lineamientos estratégicos de la institución, en todo lo relacionado con las necesidades de dotación de personal, recursos materiales, físicos y financieros del cuidado de enfermería y la gestión de los servicios hospitalarios.

177077952.

P

participar en la formulación y administración presupuestaria asignada por centros de responsabilidad, en todos aquellos aspectos relacionados con la provisión continua y permanente de los cuidados de Enfermería.

242201024.	P
romover los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional.	
242201792.	C
ontribuir a gestionar el Modelo de Atención por Cuidados Progresivos, en el ámbito de su competencia y como parte de un equipo multidisciplinario.	
139161536.	P
rogramar, organizar, dirigir y evaluar los procesos asistenciales en el ámbito de la gestión del cuidado de Enfermería del establecimiento.	
177020992.	E
jercer y promover un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia, en los procesos de selección, desarrollo de competencias, evaluación de desempeño, educación continua y satisfacción laboral.	
177074304.	I
ncentivar y comprometer a que los equipos de trabajo den cumplimiento a políticas, procedimientos, estándares de cuidado, tratamientos y servicios requeridos por el paciente, definidos en el plan de desarrollo institucional.	
177074368.	D
iseñar y mantener actualizada la Cartera de Servicios de la “Gestión del Cuidado”.	
177074560.	P
roponer programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de enfermería a través de la instalación de sistemas de vigilancia de calidad y riesgos hospitalarios y el monitoreo de indicadores de calidad y seguridad.	

177074944.

V

elar por la integración docente asistencial e incentivar la investigación en el ámbito de la gestión del cuidado de Enfermería.

177076928.

P

articipar en la definición de un conjunto mínimo básico de datos (CMBD) que permita monitorear indicadores y facilite la toma de decisiones.

222589312.

P

articipar en el desarrollo e implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el control de la gestión.

222589376. Promover la comunicación eficaz entre las diferentes dependencias del establecimiento, a fin de potenciar la sinergia de los equipos de trabajo.

Si bien esta nueva estructura orgánico funcional en el contexto de reforma sanitaria planteada en la normativa ministerial es mandato para los establecimientos del Sistema Público de Salud chileno, es sabido que los principios que sustentan la reforma respecto a la equidad, satisfacción usuaria, accesibilidad y oportunidad, son universales y esto hace perentorio estandarizar los cuidados de Enfermería tendientes a garantizar la seguridad, la calidad y por sobretodo, los derechos que protegen la dignidad de los usuarios del Sistema ya sea público o privado, sin distinción de ningún tipo e independiente del nivel de complejidad de la atención que cada persona requiera, en las diferentes instancias de su vida.

2.1.6.5 Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores de Institucionales de Salud en Chile.³⁰

En el marco de la reforma, los lineamientos de Política de Salud actuales, señalan como retos: incrementar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades del sector, con acceso a la información y ejercicio de sus derecho. El Ministerio de Salud ha implementando un conjunto de estrategias, entre las cuales se hace indispensable la definición e implementación de un programa de Garantía de Calidad, lo cual significa procesos y esfuerzos participativos, es decir que involucre a todas las categorías del personal de salud en todos los niveles así como de un permanente perfeccionamiento de los procedimientos establecidos para la gestión de la calidad. Para lograr los beneficios que se derivan de un Programa de Garantía de Calidad, éste debe de responder también a los aspectos humanos, esencialmente éticos, implícitos en la prestación de un servicio.

La ley de Autoridad Sanitaria Nº 19.937 estableció que los prestadores institucionales de salud, para ser acreditados, deben cumplir estándares mínimos que garanticen la seguridad de las prestaciones que otorgan, siendo responsabilidad del Ministerio de Salud la elaboración de dichos estándares y sus criterios de verificación.

Este mandato lleva asociada, por tanto, la creación de un sistema de acreditación, que es el que permite la evaluación periódica del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad definidos en el reglamento respectivo, por parte de los prestadores institucionales autorizados.

El Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, crea en Marzo del 2008, el “Manual de acreditación de

³⁰ Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, Decreto Nº 15 de 2007, publicado en el Diario Oficial del 3 de julio de 2007.

prestadores institucionales de salud para Establecimientos de Atención Cerrada” que tiene como objetivo estandarizar la observación y medición de requisitos que se realiza durante el proceso de acreditación en terreno, disminuyendo así la variabilidad en la aplicación de los instrumentos, y otorgando objetividad y credibilidad al proceso. Asimismo, pretende orientar y proporcionar elementos prácticos a los prestadores institucionales para la preparación de la acreditación. Por último, este manual constituye una guía acerca de las acciones que deben ser desarrolladas por los prestadores para preparar la acreditación, incluyendo la conformación y funcionamiento de equipos de trabajo orientados a esta tarea y la recopilación de la documentación requerida en el proceso.

El proceso de acreditación es una opción voluntaria para el prestador. Sin embargo, debe tenerse presente que la Ley N° 19.966, que regula el Régimen General de Garantías, al establecer la Garantía Explícita de Calidad dispuso que ella consiste en el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por parte de un prestador acreditado.³¹

Los ámbitos se han definido de acuerdo a la información científica disponible, las normas vigentes y el consenso de especialistas, 12 y se orientan preferentemente a establecer los niveles mínimos de seguridad de la atención que se brinda a los pacientes. No constituyen un análisis detallado de todos los procesos ni atenciones realizadas al interior de la institución. Los ámbitos abordan aspectos de estructura, procesos y resultados. El proceso de acreditación privilegia la evaluación de procesos y resultados por sobre los de estructura. Los estándares a ser evaluados en el proceso de acreditación son los siguientes:

1. Respeto a la dignidad del trato al paciente
2. Gestión de la calidad
3. Gestión clínica, o gestión de procesos, según sea el caso

³¹ Artículo 4°, letra b), Ley N° 19.966.-

4. Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
5. Competencias del recurso humano
6. Registros
7. Seguridad del equipamiento
8. Seguridad de las instalaciones
9. Servicios de apoyo

Dentro del estándar de Gestión Clínica está considerada, la Contención física del paciente, según se cita a continuación:

Característica

GCL-1.11 Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas:

Contención farmacológica y física de pacientes en agitación psicomotora.

Verificador: Programa de mejoría de la contención farmacológica y física de pacientes.

2.1.6.6 Norma General Técnica Nº 65 “Contención en Psiquiatría”.

En Chile, existe en la actualidad, una normativa ministerial vigente sobre Contenciones Físicas, esta corresponde a la **Norma General Técnica Nº 65 “Contención en Psiquiatría”**, exenta Nº 984, aprobada en Santiago, el día 17 de Septiembre de 1993.

La norma reconoce la condición de especial vulnerabilidad de las personas que presentan un estado de agitación o crisis, como síntoma de una descompensación psiquiátrica, y establecen criterios y definiciones comunes, que contemplen los avances técnicos y

farmacológicos, una mayor participación de los usuarios y de la comunidad y el respeto por el derecho de las personas.

Si bien esta norma tiene por objetivo resguardar los principios básicos del ser humano en cuanto el respeto a su dignidad, libertad y participación al recibir atención de salud, está orientada, en lo operativo, al manejo de situaciones particulares y propias del paciente psiquiátrico, que no siempre son aplicables a las motivaciones que llevan a contener a pacientes de UPC.

No obstante lo anterior, es importante rescatar que hay algunos argumentos contemplados en dicha Norma, que sí son válidos para comprender la problemática del manejo de contención física, tales como, que existen “variadas características en lo político-administrativo, que hacen que los Servicios de Salud a lo largo del país, manifiesten condiciones heterogéneas en que confluyen diversas culturas organizacionales, modelos históricos de relaciones intra-equipos y características socio-culturales de los usuarios”, o como también que “el propósito de las autoridades de salud de proteger y mejorar las condiciones en que se desarrolla el trabajo de los funcionarios, considerando la salud de cada uno de ellos, es tan importante como la de los propios usuarios atendidos”.

Estos dos aspectos dan pie a la reflexión de que se requiere una Normativa que de respuesta a situaciones complejas y variadas, como lo es la contención física, más allá del mero ámbito psiquiátrico, haciéndose necesario incluir por ejemplo a la creciente población geriátrica y a los pacientes críticos, adultos o pediátricos, que son candidatos habituales a la contención.

Respecto a la responsabilidad de la indicación y la selección del tipo de contención, esta Norma señala respecto **al médico y el enfermero**, lo que sigue:

“Idealmente se deberá contar con el siguiente equipo:

1. M
édico Psiquiatra (o médico general en caso de no contar con psiquiatra) que evalúe la situación y determine el tipo de contención necesaria.
2. E
nfermero (a) que dirija la ejecución de las medidas determinadas y aplique SOS si está dispuesto.

Por ser la única norma existente relacionada con el tema de las contenciones físicas en Chile, se hace importante destacar que esta delimitación de roles, al menos aclara que la contención debe ser indicada posterior a una evaluación médica, y deja a Enfermería, la ejecución del procedimiento ya indicado y la aplicación del mismo, en SOS.

Asimismo la norma señala que se hace necesario que los servicios entreguen capacitación continua a sus funcionarios, actualizando información técnica, marcos regulatorios, y también elementos de autoayuda, autocuidado, y estímulo al desempeño, con el fin de asegurar acciones oportunas que protejan al paciente agitado y a terceros.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General:

Identificar y describir características del recurso humano enfermero, criterios profesionales y políticas institucionales internas, usados en la indicación de contención física de usuarios de UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

2.2.2 Objetivos Específicos:

1.-Describir y evaluar características del recurso humano enfermero de las UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

2.-Describir y evaluar los criterios que utilizan las enfermeras para la indicación de Contención física en usuarios de las UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

3. V
Verificar la existencia de políticas institucionales internas, para la indicación de contención física en pacientes de UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES:

1. Características del recurso humano enfermero de UPC.
2. Criterios de las Enfermeras para la indicación de contención física en pacientes de UPC.
3. Políticas Institucionales internas para Contención Física.

VARIABLE 1: Características del recurso humano enfermero de UPC:

Definición conceptual:

Conjunto de aspectos de los profesionales de Enfermería y de las UPC donde se desempeñan.

Dimensiones:

1.1 Antigüedad de la UPC institucional.

1.2 Experiencia de enfermeras en UPC.

1.3 Relación contractual de enfermeras /os con la institución.

1.4 Especialización de enfermeras/os en gestión y/o cuidados intensivos.

1.5 Conocimientos teóricos necesarios sobre contención física.

1.6 Conocimientos legales necesarios sobre contención física.

1.7 Estructura de Enfermería, en la UPC.

Definición conceptual de las dimensiones:

1.1 Antigüedad en la UPC institucional:

Tiempo de existencia formal de la Unidad, en el establecimiento de salud.

1.2 Experiencia de enfermeras en UPC:

Período de tiempo que un profesional de Enfermería, se ha desempeñado formalmente en una Unidad de Paciente Crítico.

1.3 Relación contractual con la institución:

Acuerdo por el cual una persona natural (trabajador) se obliga a prestar un servicio personal a otra persona natural o jurídica (empleador), bajo dependencia o subordinación y a cambio de un salario.

1.4 Especialización de enfermeras/os de UPC:

Nivel de capacitación profesional obtenido posterior a la formación de pregrado, en el área de Gestión del cuidado y/o cuidados intensivos.

1.5 Conocimientos teóricos de enfermeras/os de UPC, necesarios para la indicación contención física:

Dominio de un conjunto de fundamentos teóricos anátomo-fisiológicos, farmacológicos, fisiopatológicos y de proceso enfermero, relacionadas con contención física de pacientes.

1.6 Conocimientos legales de enfermeras/os de UPC, necesarios para la indicación de contención física:

Dominio de un conjunto de fundamentos de carácter legal relacionados con contención física de pacientes.

1.7 Estructura de Enfermería en la UPC.

Disposición orgánico-funcional del recurso enfermero en la Unidad de Paciente Crítico.

Definición operacional Variable 1

1.1 Antigüedad en la UPC institucional:

Número de años de existencia formal de la UPC en el establecimiento de salud.

1.2 Experiencia de enfermeras en UPC:

Número de años que un profesional de Enfermería, se ha desempeñado formalmente en Unidad de Paciente Crítico.

1.3 Relación contractual con la institución:

Existencia de una relación contractual formal y estable, entre un profesional de Enfermería y el establecimiento de salud.

1.4 Especialización de enfermeras/os de UPC.

Cantidad de enfermeras de UPC, cursando o con especialización en el área de Gestión del Cuidado y/o Cuidados intensivos.

1.5 Conocimientos teóricos de las enfermeras/os de UPC, necesarios para la indicación de contención física.

Nivel de conocimientos teóricos necesarios relacionados con contención física y su indicación.

1.6 Conocimientos legales de enfermeras/os de UPC, necesarios para la indicación contención física.

Nivel de conocimientos legales sobre la contención física y su indicación.

1.7 Estructura de Enfermería en la UPC

Existencia de un organigrama de Enfermería en la Unidad de Paciente Crítico, con cargos formalmente establecidos para supervisión y clínica.

VARIABLE 2: Criterios profesionales para la indicación de contención física en pacientes de UPC.

Definición conceptual:

Criterios profesionales para la indicación de CF:

Juicio profesional o discernimiento de las enfermeras/os de UPC en la indicación de contención física de pacientes hospitalizados, expresados en los conocimientos prácticos relacionados.

Dimensiones:

2.1 Conocimientos prácticos necesarios relacionados con la indicación de Contención Física en pacientes de UPC.

2.2 Participación de la enfermera en la decisión de indicación de la Contención Física en paciente de UPC.

2.3 Factor más importante para la indicación de Contención Física en pacientes de UPC.

Definición conceptual de las dimensiones:

2.1 Conocimientos prácticos:

Dominio de un conjunto de fundamentos que determinan el actuar en el ámbito de la competencia profesional, relacionado con la indicación de Contención Física.

2.2 Participación de la enfermera en la decisión de indicación de la Contención Física en paciente de UPC:

Intervención del profesional de Enfermería en la decisión de indicar una Contención Física.

2.3 Factor más importante para la indicación de CF:

Aspecto reconocido por las enfermeras como el más relevante ante la indicación de contener físicamente a un usuario.

Definición operacional Variable 3:

2.1 Nivel de conocimientos prácticos de las enfermeras/os, aplicados a la indicación de contención física en pacientes de UPC.

2.2 Nivel de participación de la enfermera en la decisión de indicar una Contención Física.

2.3 Factor con mayor incidencia en las UPC, para la indicación de contención física en pacientes hospitalizados en esas unidades.

VARIABLE 3: Políticas Institucionales Internas para Contención Física

Definición conceptual de **Política Institucional**:

Proceso orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos planteados, por una institución u organización.

Dimensiones:

- 3.1 Protocolo de Contención Física para pacientes críticos.
- 3.2 Normativa CF MINSAL (Norma General Técnica N° 65 sobre contención en Psiquiatría).
- 3.3 Consentimiento informado para CF.

Definiciones conceptuales:

3.1 Norma General Técnica N° 65 sobre Contención en Psiquiatría.

Documento que impone acciones de carácter obligatorio, cuyo cumplimiento está regulado a través de la resolución exenta N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República, y del Departamento Jurídico del Ministerio de Salud, y que se refiere directamente al manejo de pacientes psiquiátricos contenidos físicamente.

3.2 Protocolo de contención física:

Cuerpo de Instrucciones sobre manejo operativo de la contención física de pacientes, los que serán de carácter referencial.

3.3 Consentimiento Informado de CF.

Procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto de todos los alcances de los procedimientos terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.

Definición operacional Variable3

- 1. R
econocimiento y cumplimiento de la Norma General Técnica N° 65 sobre Contención en Psiquiatría.

2. E
Existencia y Cumplimiento de Protocolo para Contención Física de pacientes críticos en la UPC de la institución.
3. E
Existencia de Consentimiento informado para Contención Física.

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Material y métodos.

3.2 Tipo y diseño de investigación.

3.3 Definición de Universo.

3.4 Población en estudio.

3.5 Método de recolección de datos.

3.6 Descripción del Instrumento.

3.7 Confiabilidad del Instrumento.

3.8 Criterios para el análisis de datos.

3.9 Organización y Plan de trabajo.

3.10 Enfoque y procedimientos éticos.

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Material y método.

El Estudio describe y evalúa variables referidas a los profesionales de Enfermería que trabajan en Unidades de Paciente Crítico de Clínicas privadas de Viña del Mar y que pueden estar relacionadas con la indicación de contener físicamente a los usuarios, hospitalizados en estas unidades.

3.2 Tipo y diseño de investigación.

Debido a las características de la población y al problema de investigación, el diseño del estudio corresponde a uno de tipo cuantitativo, de corte transversal, que describe el comportamiento de las variables definidas a estudiar, en relación a la temática de la indicación de Contención Física en pacientes de UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar.

3.3 Definición de Universo.

La selección de las UPC de Clínicas privadas de Viña del Mar y su recurso humano enfermero, para el estudio de la indicación de contención física en sus usuarios, se hizo en base a que la condición de salud de éstos y las medidas diagnósticas y /o terapéuticas de carácter invasivo que en ellos se utilizan, sugiere que en estas Unidades, se evalúa con mayor frecuencia, la necesidad de indicar o no, medidas restrictivas. Esta situación se produce ante la presencia de riesgos, entre los que priman aquellos que, según literatura revisada, atentan la seguridad del paciente, el cumplimiento de las medidas terapéuticas y/o la seguridad del entorno.

Por otra parte, se decidió efectuar el estudio en el subsector privado de salud, esto es, en Clínicas Privadas de Viña del Mar que contaran con UPC formales, para indagar en qué medida, estos establecimientos adscriben al cumplimiento de normativas ministeriales vigentes, en el marco de la actual Reforma de Salud.

En este escenario, se seleccionaron 5 clínicas privadas de Viña del Mar, a saber: Clínica Reñaca, Clínica Ciudad del Mar, Clínica Miraflores Hospital Clínico Viña del Mar y Hospital Clínico IST de Viña del Mar; instituciones que reúnen los criterios de inclusión, es decir contar con Unidad de Paciente Crítico, y que éstas se encuentren formalmente estructuradas y reconocidas .

Se solicitó la autorización de las Direcciones Médicas y/o Gerencias de dichos establecimientos para la aplicación del Instrumento de recolección de datos, aprobándose la petición, en la totalidad de ellos. A continuación se efectuó la aproximación a las Supervisoras de las UPC a través de las cuales se convocó a participar a las Enfermeras/os Clínicas respectivas.

3.4 Población en estudio. Muestra.

De un total de 30 Enfermeras Clínicas de las UPC seleccionadas, se obtuvo la participación voluntaria y con consentimiento explícito, de 24 de ellas correspondiente al 80 % de la población.

De las 5 Enfermeras Supervisoras de UPC de clínicas en estudio, se contó con la participación voluntaria de la totalidad de ellas, es decir con el 100%.

3.5 Método de recolección de datos.

Se diseñó 1 cuestionario semiestructurado para la recolección de la información; a través de un pilotaje, aplicado a una muestra de 8 Enfermeras con más de 5 años de experiencia en UPC. En base a la evaluación de manera cualitativa entregada por estas profesionales se validó el contenido del instrumento descartándose algunas preguntas y otras fueron reformuladas en el instrumento final.

El Instrumento definitivo se aplicó a las Enfermeras/os Supervisoras y Clínicas de las UPC, quienes habían aceptado participar en la investigación voluntariamente, firmando un consentimiento informado.

El instrumento tuvo por objeto:

1. M
Medir el grado de conocimientos teóricos, legales y prácticos de los enfermeros respecto a la Contención Física en usuarios de UPC.
2. I
Indagar aspectos relacionados con la Estructura de Enfermería existente en esas UPC.
3. V
Verificar Políticas Institucionales internas de los establecimientos en estudio, reflejadas en la existencia y uso de Protocolo y de Consentimiento informado para la Contención Física, en usuarios de UPC.

3.6 Descripción de Instrumentos:

Se diseñó un Instrumento, para ser respondido por Enfermeras Supervisoras y Clínicas de las UPC. Éste se estructuró en base a unidades llamadas ITEM, los que especificaban el área temática de las preguntas y quién debía responder.

3.6.1 Especificaciones del Instrumento: Cuestionario semiestructurado.

El instrumento consta de 38 preguntas divididas en 6 Ítems: 4 destinados a ser respondido por las Enfermeras Clínicas y 2 por las Enfermeras Supervisoras.

1. Ítem I Conocimientos Teórico-Administrativos (T) sobre CF, a Enfermeras Clínicas.
2. Ítem II Conocimientos Legales (L) sobre CF, a Enfermeras Clínicas.
3. Ítem III Características de la estructura de Enfermería de las UPC (E), a Enfermeras Supervisoras.
4. Ítem IV Conocimientos Prácticos (P) sobre CF, a Enfermeras Clínicas.
5. Ítem V Antigüedad y Políticas de salud de la UPC, a Enfermera Supervisoras.
6. Ítem VI Experiencia de Enfermeras en UPC, a Enfermeras Clínicas.

3.6.2 Relación estudio: VARIABLES/ ÍTEMS

• L
a variable “Características del recurso humano Enfermera de UPC”, se estudia con los siguientes Ítems:

1. Ítem I Conocimientos Teórico-Administrativos (T)
2. Ítem II Conocimientos Legales (L)
3. Ítem III Características de la estructura de Enfermeras de la UPC(E)
4. Ítem V Antigüedad y Políticas de salud de UPC
5. Ítem VI Experiencia de Enfermeras en UPC.

• L
a variable “Criterios del recurso humano enfermero para la indicación de Contención Física”, se estudia con:

1. Ít
em IV de Conocimientos Prácticos (P).

• L
a variable “Política Institucional interna para Contención Física” se estudia con:

1. Ítem II Conocimientos Legales (L)
2. Ítem V Antigüedad y Políticas de salud de la UPC, a enfermera supervisora.

ESPECIFICACIÓN DE PREGUNTAS Y PUNTAJES DE LOS ÍTEMS.

TABLA DE PUNTAJES

I. ÍTEM ASPECTOS TEORICOS y ADMINISTRATIVOS (T). PUNTAJE TOTAL: 5 PUNTOS

Preguntas (T1- T 7)

- | |
|--|
| <p>T1 Conocimiento de contraindicación para realizar CF.</p> <p>T2 Conocimiento sobre Prevención farmacológica de tromboembolismos en pacientes con CF.</p> <p>T3 Valoración de exámenes a pacientes con CF.</p> <p>T4 Complicaciones más frecuentes en la CF abdominal.</p> <p>T5 Conocimiento de Normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico.</p> <p>T6 Daños o efectos adversos conocidos en pacientes con CF.</p> <p>T7 Definición de Contención Física.</p> |
|--|

Especificación de puntajes asignados por preguntas

T1 a T5 Respuestas correctas tienen 1 punto.

T6 y T7 Preguntas abiertas no se les asigna puntaje.

II. ÍTEM ASPECTOS LEGALES (L). PUNTAJE TOTAL: 14 PUNTOS

Preguntas (L1-L8)

L1.- Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes.

L2.- Definición de “Consentimiento Informado del paciente”, en Chile.

L3.- Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF.

L4.- Quién explica y formaliza Consentimiento Informado al paciente o a los familiares.

L5.- Momento en que se firma el Consentimiento Informado.

L6.- Conocimiento de normativa legal que regule CF en paciente crítico.

L7.- Conocimiento de quién es el responsable legal de indicar CF en la UPC.

L8.- Conocimiento de Implicancias legales derivadas de daños ocasionados por el uso de CF.

Especificación de puntajes asignados por preguntas

L1-L2-L6-L7-L8: 1 punto por pregunta, si las repuestas son correctas. 5 puntos

L3 1 punto si está implementado el Consentimiento Informado (CI).

L4	4 puntos si es el Médico quien realiza el proceso descrito en la pregunta.
L5	4 puntos si se firma el CI al ingresar a la Unidad.

ITEM III. ESTRUCTURA (E). PUNTAJE TOTAL: 10 PUNTOS

Preguntas (E1-E 4):

- E1** Existencia de estructura de Enfermería con un organigrama definido en esta UPC.
- E2** Existencia del cargo de Enfermera Supervisora en esta UPC.
- E3** Enfermeras con cargo fijo en su UPC.
- E4** Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Postítulo o Postgrado en Enfermería, relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado.

Especificaciones de puntajes asignados por preguntas:

- E1** 1 punto, si existe estructura.
- E2** 1 punto, si existe Supervisora.
- E3** 4 puntos, si son 4 enfermeras o más.
- E4** 4 puntos, si son 2 enfermeras o más.

IV. ÍTEM ASPECTOS PRÁCTICOS (P). PUNTAJE TOTAL: 24 PUNTOS

Preguntas (P1-P8)

P1 Períodos de valoración de pacientes con CF.

P2 Períodos de liberación de pacientes con CF.

P3 Factores, que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte, en un paciente con CF.

P4 Contestar V (Verdadero) o F (Falso) según corresponda:

- La contención de extremidades no implica ningún riesgo para el paciente.
- La contención torácica es la más efectiva para todo paciente crítico.
- Las técnicas de CF deben ser lo menos restrictivas posibles respecto de la movilidad del Paciente.
- La contención en posición supina, predispone al riesgo de broncoaspiración.
- La contención en decúbito prono, predispone al riesgo de asfixia.
- La CF debe considerarse como sustitución de una contención química.
- La técnica de CF debería estar protocolizada en cada servicio clínico.

P5 Criterio principal para contener físicamente a un paciente.

P6 Quién toma la decisión de contener físicamente a un paciente.

P7 Quién decide el tipo de CF que se instalará a cada paciente.

P8 Se usan otras alternativas a la contención física en su Unidad.

Especificación de puntajes asignados por pregunta Ítem IV Aspectos Prácticos (P)

P1-P3 Respuesta correcta 1 punto. Total 3puntos.

P4 1 punto por cada aseveración correcta. Total 7 puntos.

P5 5 puntos si la respuesta es Seguridad del paciente.

P6 4 puntos si la respuesta es el médico quién indica CF.

Especificación de puntajes asignados por pregunta Ítem IV Aspectos Prácticos (P)

P7 4 puntos si la respuesta es el médico quien decide el tipo de CF.

P8 1 punto si se usan otras alternativas a la CF.

ÍTEM V ANTIGÜEDAD Y POLÍTICAS DE SALUD DE UPC.

A este Ítem corresponden 3 preguntas sobre: los años de existencia de la unidad y existencia de Consentimiento Informado y Protocolos de CF.

Estas preguntas se aplicaron a la Enfermera Supervisora.

No se otorgó puntaje a este Ítem.

1. ¿Cuántos años de existencia tiene la UPC?.....
2. ¿Existe protocolo de CF en su Unidad ?.....
3. ¿Existe el consentimiento informado sobre CF en su Unidad?.....

ÍTEM VI EXPERIENCIA DE ENFERMERAS EN UPC.

A este ítem corresponde 1 pregunta sobre años de experiencia de las enfermeras trabajando en UPC.

No se otorgó puntaje a este ítem.

1. ¿Cuántos años de experiencia tiene usted en UPC?

3.7 Confiabilidad del Instrumento.

A nivel nacional ,no se logró encontrar, un Instrumento validado que midiera la totalidad de aspectos que involucra el estudio, esto es conocimientos teóricos, legales y prácticos de las enfermeras respecto a indicación de Contención Física, por tal motivo las autoras diseñaron el Cuestionario en base a la recolección de información, la que se obtuvo a través de:

1. P
rotocolos de Contención Física aprobados y en actual funcionamiento en Hospitales españoles:
 - Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.(Vigente a Abril 2009)
 - Hospital Universitario Príncipe de Asturias-Hospital Da Costa Burela de Lugo (Vigente al mes de Abril 2009).
2. Norma General Técnica Nº 65 sobre Contención en Psiquiatría. Minsal 2004
3. Información otorgada en entrevistas con enfermeros y médicos con más de 5 años de experiencia en UPC y Contenciones Físicas.

Para la valoración de la confiabilidad del instrumento, se decidió utilizar alfa de Cronbach (α), que es el indicador más usado para investigaciones de este tipo. El alfa de Cronbach permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems se responden en más de dos alternativas, como en el instrumento creado para el estudio.

Al aplicar la fórmula estadística, se obtuvo por resultado un valor de 0.74, lo que da cuenta de una buena consistencia interna, si se considera que el instrumento aplicado es nuevo. Para casos como éste, según la bibliografía revisada, se acepta un valor de alfa, superior a 0,70³². La fórmula utilizada para el cálculo del alfa de Cronbach es relacionando la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, como se muestra a continuación:

ΣS_i^2 :	2,75
S_T^2 :	9,55
K	25,00
α :	0,74

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

S_i^2 Suma de varianzas de cada ítem.

S_t^2 Varianza del total de filas

³² Polit y Hungler, "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" 6ª Edición, 2000. McGraw - Hill, Editorial Interamericana.. Págs. 53; Burns, "Investigación en Enfermería ", 3ª Edición Elsevier, 2001 Editorial Mediterráneo, Págs.295; Artículos científico M.C. Martín Arribas Enfermera Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud «Carlos III». Madrid (Mat. Profesión 2004; vol. 5(17): 23-29)

K Número de preguntas o ítems.

3.8 Criterios para el análisis de datos

3.8.1 Análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos en las 5 Clínicas, se utilizó la nomenclatura alfabética, asignándole a cada Clínica una letra del abecedario, en orden correlativo y al azar, esto es: **A – B – C – D – E**, respectivamente, evitando la identificación de ellas, cautelando así la confidencialidad de la información comprometida con las Direcciones, Gerencias y Personal involucrado.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central, promedio (% de rendimiento) y medidas de dispersión, desviación estándar (s), graficando posteriormente, en base a tablas de frecuencia porcentual relativa, del instrumento aplicado.

3.8.2 Especificaciones estadísticas.

Para el análisis de los datos se utilizaron las respuestas obtenidas a través de la aplicación del instrumento y su respectiva tabulación con los puntajes asignados. Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos los que fueron procesados a través del programa computacional Microsoft Excel.

El análisis de los datos se trabajó para cada una de las dimensiones de las variables incluidas en el Instrumento de recolección.

Para determinar el nivel de logro obtenido por profesionales y UPC, se midió el Rendimiento (R) a través de las respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado, de acuerdo a la siguiente ecuación:

$$\%R = \frac{PuntajeObtenido}{PuntajeTotal} \bullet 100$$

3.9 Organización y Plan de trabajo

La investigación se inicia posterior a ser presentado y aprobado el proyecto por las investigadoras a la comisión de postgrado de la Universidad de Valparaíso, en Agosto de 2007.

Sucesivamente se revisa el estado del arte a nivel nacional como internacional, con la información recabada se inicia el diseño de la investigación, se decide de acuerdo a objetivos del estudio, las unidades y población que será investigada, y se diseña un instrumento para la recolección de los datos.

Se realizó el Pilotaje, aplicando el cuestionario a 8 enfermeras con experiencia en UPC, efectuando posteriormente los ajustes correspondientes, al Instrumento inicial. Conjuntamente se hicieron las gestiones pertinentes para obtener las autorizaciones de las clínicas elegidas.

Se envió a las Direcciones médicas y/o Gerencias de los Establecimientos seleccionados, los documentos correspondientes (Solicitud, Instrumento y Consentimiento informado) previa aprobación de los mismos, por el Departamento de Postgrado y la Comisión de Bioética de la Universidad de Valparaíso.

En Noviembre del 2008, se obtiene la autorización de las Direcciones médicas y/o Gerencias de los Establecimientos para efectuar el estudio.

A continuación, se establecieron los nexos con las Enfermeras Jefes, Coordinadoras y/o Supervisoras para solicitar la participación del equipo de Enfermería de cada UPC. A través de las supervisoras, fueron distribuidos a las enfermera tratantes, los cuestionarios con las respectivas indicaciones, en sobre sellado y se acordó fecha de retiro.

En total se distribuyeron 30 set, cada uno constaba de 1 Cuestionario y 1 Consentimiento Informado. Del total de 30 cuestionarios entregados se obtuvo 24 instrumentos contestados y 24 consentimientos firmados, los cuales se recopilaron durante el mes de Diciembre.

Durante el primer semestre del año 2009 se elabora el informe final de Tesis, para proceder a su calificación y posterior Defensa, culminando así el proceso.

3.10 Enfoque y procedimientos éticos.

Se cauteló durante toda la investigación el aspecto ético referente a la confidencialidad de la información. Los resultados obtenidos de la aplicación de cuestionario fueron codificados, usando números y letras de identificación.

Para efectos de análisis posterior, los nombres de las clínicas en estudio fueron reemplazados por letras y éstas fueron asignadas al azar.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS:

CARACTERIZACIÓN DE LAS CLÍNICAS, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

4.1 Caracterización de las Clínicas

4.2 Análisis de Resultados Generales.

4.3 Análisis de Resultados obtenidos por Clínica.

4.4 Análisis de Resultados por Ítem.

4.5 Análisis de preguntas relevantes.

CAPÍTULO 4: CARACTERIZACIÓN DE LAS CLÍNICAS, RESULTADOS, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

4.1 Caracterización de las Clínicas.

Previo a la presentación de los resultados y análisis estadístico de la investigación se da a conocer a modo de contextualización, algunas características generales de las clínicas en estudio y sus respectivas unidades.

Información general clínica A

- Antigüedad :5 años

- Servicios: Hospitalización médico quirúrgica, atención de urgencia 24 horas, pabellones quirúrgicos, uci adultos y neonatológica maternidad y centro de especialidades medicas.
- Capacidad total de camas. 100
- Grupo etario que atiende : adultos y recién nacidos
- Sistema previsional de salud : isapre, fonasa, particulares y convenios
- Servicios de apoyo: laboratorio- imaginología, banco de sangre, las 24 horas del día.

UPC clínica A:

- Años de funcionamiento: 2 años
- Promedio años experiencia enfermeras: 2,1 años
- Enfermeras con especialidad : 0
- Capacidad: 8 camas
- Patologías más frecuentes: médico quirúrgicas.
- Personal: 8 médicos, 9 enfermeras, 13 técnicos en Enfermería.

Información general clínica B

- Antigüedad: 7 años
- Servicios: Urgencia 24 horas para niños y adultos, pabellones quirúrgicos, uci adultos y neonatológica, hospitalización médico quirúrgica, maternidad y centro de diagnóstico avanzado.
- Capacidad total : 100 camas
- Grupo etario que atiende : adultos, niños y recién nacidos
- Sistema previsional de salud : isapre, fonasa, particulares y convenios
- Servicios de apoyo: Laboratorio e imaginología 24 horas del día.

UPC clínica B

- Años de funcionamiento : 2 años
- Promedio años experiencia enfermeras: 4,6 años
- Enfermeras con especialidad : 1
- Capacidad: 6 camas
- Patologías más frecuentes: médico-quirúrgicas
- Personal : 8 médicos, 9 enfermeras 12 técnicos en Enfermería

Información general clínica C

- Antigüedad : 52 años
- Servicios: Urgencia 24 horas para adultos, pabellones quirúrgicos, uci adultos, hospitalización médico quirúrgica.
- Capacidad total de camas 200
- Grupo etario que atiende : adultos
- Sistema previsional de salud : Ley de Salud laboral, isapres, fonasa, particulares y convenios.
- Servicios de apoyo: laboratorio, imaginología 24 horas del día.

UPC clínica C

- Años de funcionamiento: 19 años
- Promedio años experiencia enfermeras: 12 años
- Enfermeras con especialidad: 0
- Capacidad: 6 camas.
- Patologías más frecuentes : poli traumatizados y médico-quirúrgicas
- Personal : 5 médicos, 5 enfermeras y 9 técnicos en Enfermería

Información general clínica D

- Antigüedad: 96 años.
- Servicios: Urgencia 24 horas adultos y niños, pabellones quirúrgicos, uci adultos y neonatológica, hospitalización médico quirúrgica y maternidad.
- Capacidad total:41 camas
- Grupo etario que atiende: adultos, niños y recién nacidos.
- Sistema previsional de salud: Isapres, fonasa, particulares y convenios
- Servicios de apoyo: laboratorio, imagenología 24 hrs.

UPC

- Años de funcionamiento :2 años
- Promedio años experiencia enfermeras: 6,6 años
- Enfermeras con especialidad : 0
- Capacidad:6 camas
- Patologías más frecuentes: médico-quirúrgicas
- Personal: 8 médicos, 6 enfermeras,6 técnicos en Enfermería

Información general clínica E

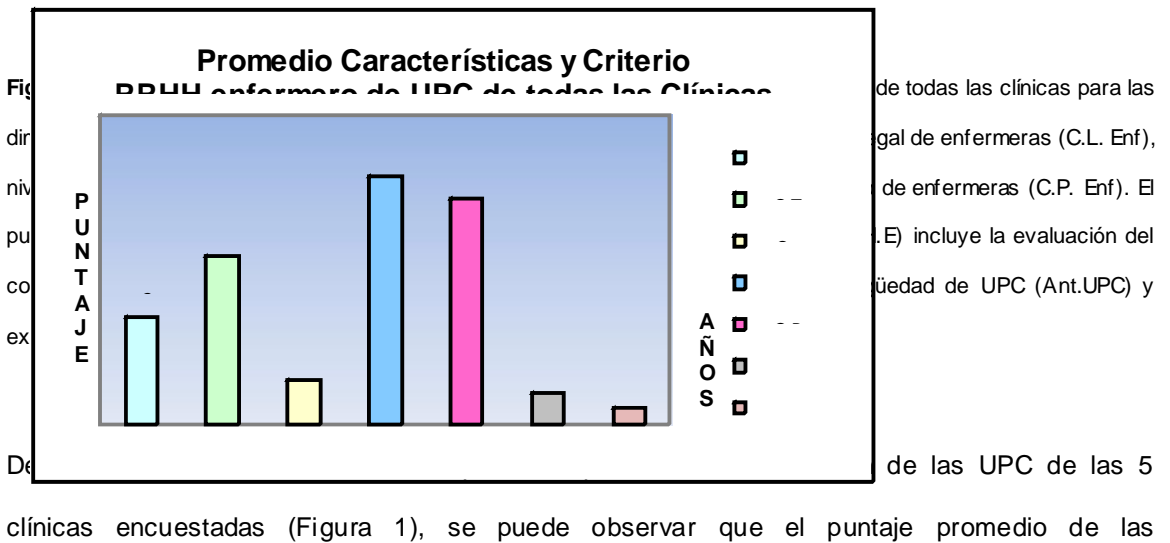
- Antigüedad: 25 años
- Servicios: Urgencia 24 horas niños y adultos, pabellones quirúrgicos, uci e intermedio adultos, pediátrico y neonatal hospitalización médico quirúrgica adulto y pediátrica, maternidad, centro médico de especialidades.
- Capacidad:150 camas
- Grupo etario que atiende: adultos, niños y recién nacidos.
- Sistema previsional de salud : isapres, fonasa, particulares y convenios

- Servicios de apoyo: laboratorio, imaginología, banco de sangre 24 horas del día,

UPC clínica E

- Años de funcionamiento :25 años
- Promedio años experiencia enfermeras: 4,6 años
- Enfermeras con especialidad: no
- Capacidad: 9 camas.
- Patologías más frecuente: médico-quirúrgicas.
- Personal: 9 médicos, 10 enfermeras y 17 técnicos en Enfermería.

4.2 Análisis de Resultados Generales: obtenidos por UPC de todas las Clínicas.



características del RRHH enfermero, fue de 34.3 pts, \pm 23.2%, que consideró las dimensiones de conocimiento teórico- administrativo, legal y estructura.

La dimensión de esta variable que obtuvo el valor más alto, fue la estructura de Enfermería de las UPC (80 pts, \pm 11.2%), seguida del conocimiento teórico (54.2 \pm 24.66%) y el puntaje más bajo fue el conocimiento legal (14.3, \pm 6.66%). Se destaca el alto valor del conocimiento práctico del profesional de Enfermería con un 73.3, \pm 9.5%.

Respecto al promedio de antigüedad de la UPC (10 \pm 11.2 años), se puede indicar que su personal tiene una experiencia promedio menor al de las Unidades, correspondiente a 4.9 años.

TABLA DE INDICADORES

Indicadores de dispersión de los valores promedio de las características del RRHH y criterio del profesional de enfermería de las UPC.							
Parámetro	C.RRHH.E	C.T. Enf	C.L Enf	E. UPC	C.P. Enf	Ant.UPC	Exp. E.UPC
μ	34,3	40,1	13,6	80,0	73,3	10,0	4,9
s	23,2	18,8	5,4	11,2	9,5	11,2	4,8
v	0,7	0,5	0,4	0,1	0,1	1,1	1,0

Tabla 1. Indicadores de medidas de tendencia central y de dispersión. μ : media, s : desviación estándar, v : coeficiente de variación.

Cabe hacer notar la alta dispersión de los puntajes obtenidos, según lo valores de desviación estándar (s) y del coeficiente de variación (v), mostrando una alta dispersión, especialmente en las dimensiones que definen las características del RRHH del profesional de Enfermería de las distintas UPC, conocimiento teórico y legal, estructura, antigüedad de la UPC y experiencia. Sin embargo, la dispersión más baja se puede observar en la dimensión “estructura” y en la dimensión “conocimiento práctico” que tiene relación con la experiencia y el criterio. (Tabla 1).

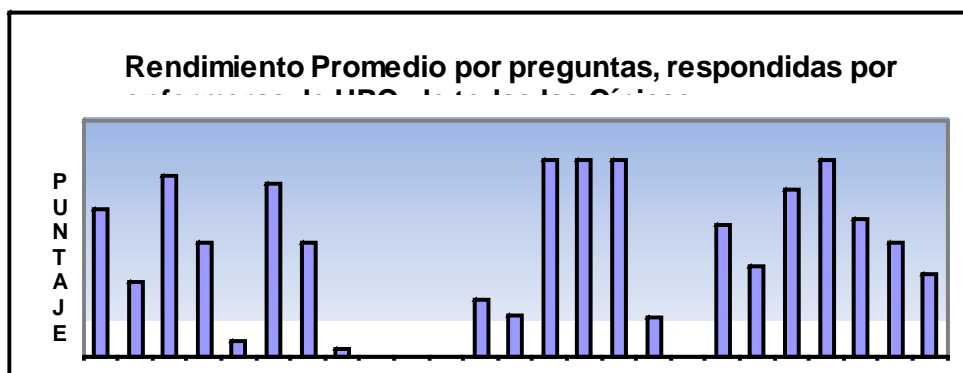


Figura 2. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de las UPC todas las Clínicas. Se evalúa el conocimiento teórico-administrativo (preguntas T1-T5), el conocimiento legal (preguntas L1-L6), la estructura (E1-E4) y el conocimiento práctico (P1-P8).

Analizando las preguntas contestadas por el personal de Enfermería de todas las UPC

(Figura 2), se puede indicar que respecto al ítem de conocimiento teórico-administrativo, 3 de 5 preguntas obtuvieron puntajes mayores al 50% destacando las preguntas T3 (92%, Valoración de exámenes a pacientes con CF) T4 (58%, complicaciones más frecuentes en contención abdominal) y T1 (75%, Conocimiento de Contraindicación para realizar CF).

La pregunta T5 (Conocimiento de Normativa Administrativa para regulación de CF en paciente crítico) tuvo el valor más bajo (8%).

En conocimiento legal, se obtuvo resultados más bajos, sólo 2 preguntas de 8 obtuvieron un puntaje por sobre el 50%. Las preguntas L4 (Quién explica y formaliza el Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado) y L6 (Conocimiento de Normativa Legal de regulación de indicación y uso de CF en pacientes críticos) fueron contestadas incorrectamente (sin obtener puntajes) y la preguntas L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF) obtuvo sólo un 4%, indicando un claro desconocimiento entre el mismo personal. Sin embargo se destaca la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) con un 88%.

El bajo resultado de la pregunta (T5) y del ítem conocimiento legal, concuerda con lo esperado, cuando las UPC no cuentan con políticas institucionales internas relacionadas con Consentimiento informado y Protocolos de CF.

En la evaluación de la estructura de las UPC de las clínicas, todas presentaron 100% en las preguntas E1 (Existencia de estructura de Enfermería con un organigrama definido en esta UPC), E2 (Existencia del cargo de supervisora en esta UPC) y E3 (Enfermeras con cargo fijo en su UPC), y sólo E4 (Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Postítulo o Postgrado en Enfermería relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado) presentó un bajo puntaje (20%) significando esto que sólo una clínica cuenta con enfermeras que están cursando postgrado (UPC de la clínica B)

El conocimiento práctico del profesional de Enfermería de UPC presentó 3 de las 8 preguntas, con valores menores al 50% y una de ellas obtuvo un puntaje de cero (P1, Periodos de valoración de pacientes con CF). Las preguntas que más se destacan por su alto puntaje fueron P5 (Criterio principal para contener físicamente a un paciente) y P4 (Relacionada con especificaciones de los métodos de CF) con un 100% y 85% respectivamente.

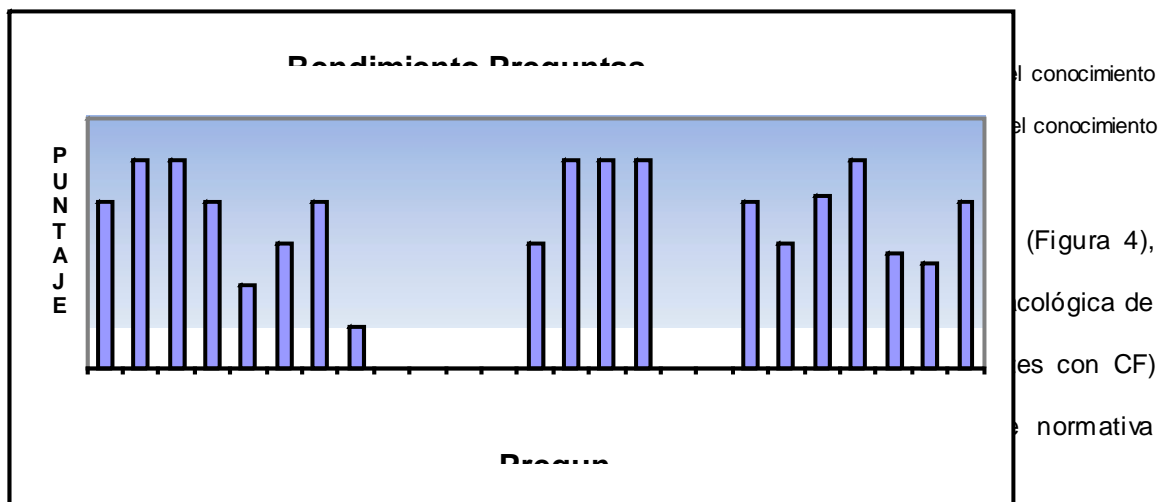
Se puede resumir que en la evaluación del conocimiento teórico la pregunta T5 (Conocimiento de normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico) fue la peor evaluada y que la pregunta T3 (Valoración de exámenes a pacientes con CF) fue la mejor evaluada.

En la evaluación del conocimiento legal, la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) es la mejor evaluada con un 88%. Las preguntas peor evaluadas son las referentes a consentimiento informado y conocimiento de normativa legal respecto a CF.

En la evaluación de la estructura se puede destacar que la diferencia entre las UPC de las clínicas se basa en una sola pregunta (E4; Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Pos título -Postgrado en Enfermería relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado), que fue contestada solamente por la clínica B, por lo que obtuvo el 100% y el resto de las UPC sólo el 75%.

conocimiento teórico, legal y nivel de estructura. Las dimensiones antigüedad de UPC (Ant.UPC) y experiencia de enfermeras en UPC (Exp.E.UPC) se miden en años.

La UPC de la clínica A (Figura 3) presentó puntajes cercanos al promedio general de las UPC en los ítems de características del RRHH del profesional de Enfermería en UPC ($39.7 \pm 18.9\%$), en conocimientos legales ($15.7 \pm 7.8\%$) y en conocimiento práctico ($71.7 \pm 8.5\%$), el puntaje obtenido en la evaluación de la estructura, obtuvo un valor del 75%. En relación a la antigüedad de la UPC (2.1 años) y experiencia del profesional de Enfermería (2.0 ± 1.4 años) presentan valores relativamente más bajos que el promedio. El puntaje obtenido en la evaluación de conocimientos teóricos-administrativos ($80.0 \pm 14.1\%$), fue relativamente mayor al promedio.

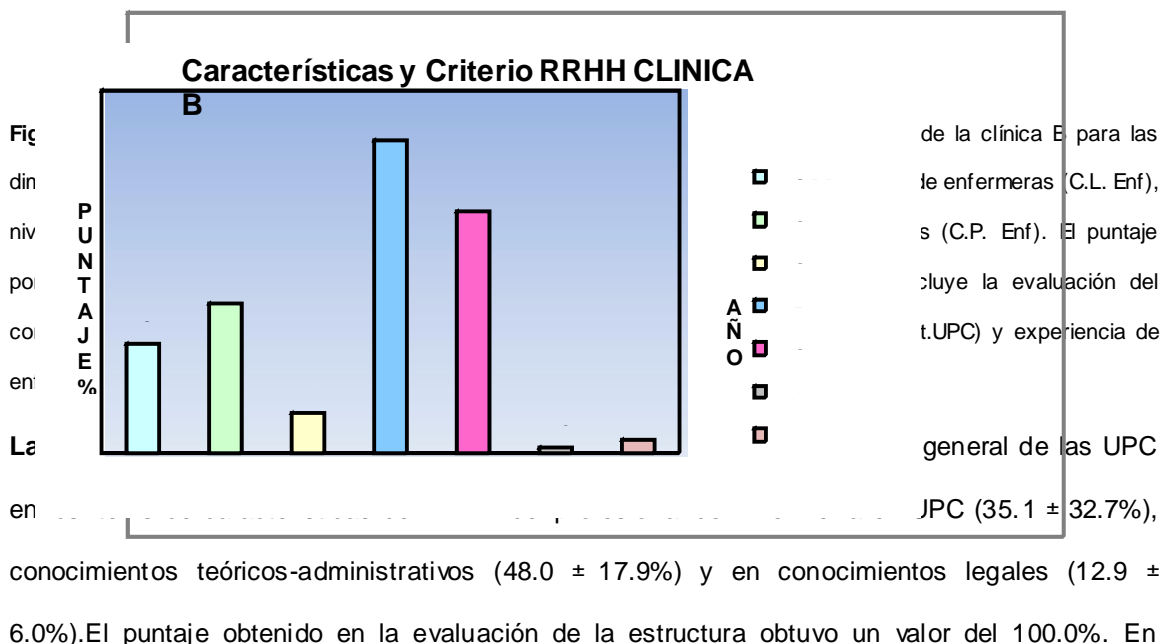


En el conocimiento legal la pregunta L2 (Definición de “Consentimiento informado del paciente”, en Chile) presentó el puntaje más alto (80%) y las preguntas L4 (Quién explica y formaliza Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado), L6 (Conocimiento de normativa legal que regule CF en paciente crítico) y L7 (Conocimiento de quién es el responsable legal de indicar CF en la UPC) no

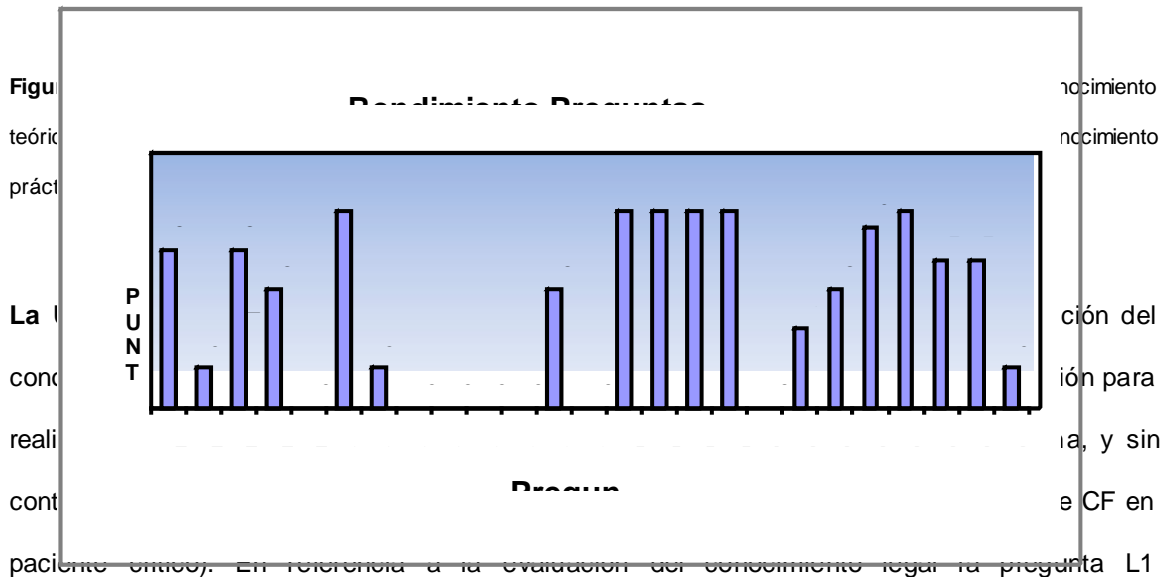
obtuvieron puntaje, aunque también la pregunta L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF) tuvo un bajo valor (20%). En referencia a la evaluación de estructura, sólo la pregunta E4 (Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Pos título o Postgrado en Enfermería relacionado con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado), no fue contestada.

La UPC de la clínica A (Fig.4) presentó puntajes respecto a la evaluación del conocimiento práctico, mayores al 75% en la mitad de las preguntas; P2 (Períodos de liberación de pacientes con CF), P4 (Riesgos y manejo de la Contención Física), P5 (Criterio principales para contener físicamente a un paciente) y P8 (Se usan otras alternativas a la contención física en su Unidad), donde esta última obtuvo un 100% y las preguntas con más bajo puntaje fueron P7 (Quién decide el tipo de CF que se instalará a cada paciente) con un 50% y P1 (Períodos de valoración de pacientes con CF) que no fue contestada correctamente.

4.3.2 Resultados y análisis: Clínica B.



antigüedad de la UPC (2.1 años) se puede decir que es bastante más bajo que el promedio y la experiencia del profesional de Enfermería (4.6 ± 2.3 años) es cercano al promedio. El puntaje obtenido en la evaluación del conocimiento práctico (77.5 ± 7.6%), también es cercano al promedio.

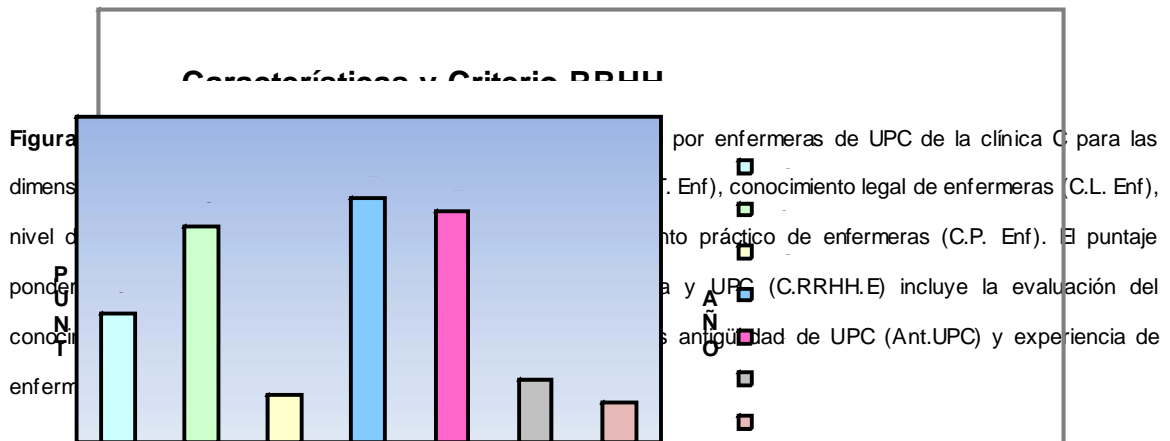


paciente crítico). En referencia a la evaluación del conocimiento legal la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) obtuvo un puntaje del 100%, pero las preguntas L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF), L4 (Quién explica y formaliza el Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado) L6 (Conocimiento de normativa legal que regule CF en paciente crítico) y L8 (Conocimiento de Implicancias legales derivadas de daños ocasionados por uso de CF), no fueron contestadas correctamente.

En referencia a la evaluación de estructura, fue el único establecimiento que contestó correctamente todas las preguntas (además es la única clínica que tiene enfermeras cursando un pos-título o postgrado, correspondiente a gestión del cuidado y/o paciente crítico).

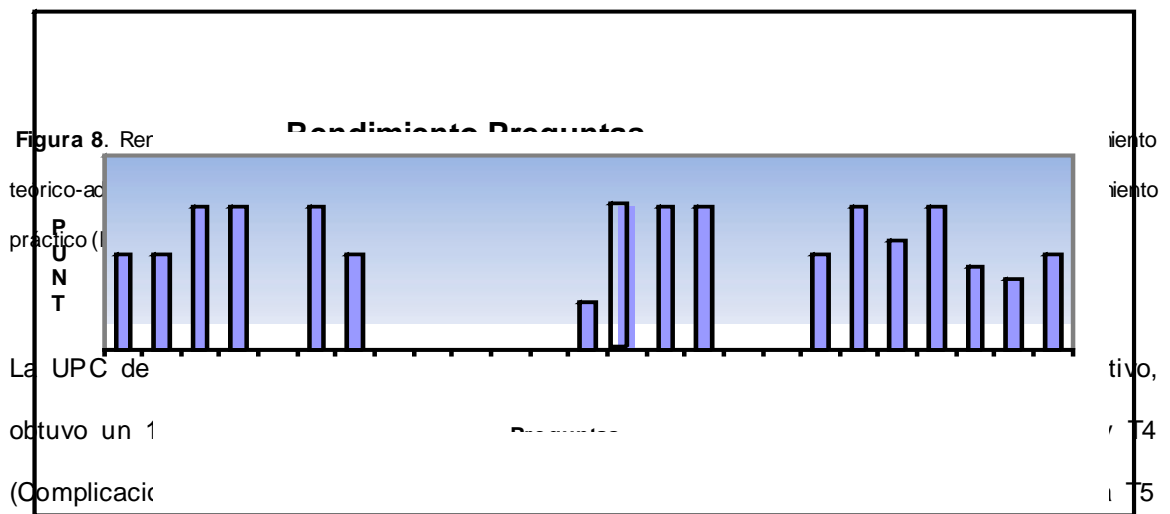
En relación a la evaluación del conocimiento práctico, la UPC de la clínica B obtuvo los mayores puntajes en las preguntas, P3 (Factores, que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte, en un paciente con CF), P4 (Características y riesgos de la CF) , P5 (Criterio principales para contener físicamente a un paciente), P6 (Quién toma la decisión de contener físicamente a un paciente) y P7 (Quién decide el tipo de CF que se instalará a cada paciente) por sobre el 75%, destacándose la pregunta P5 (Criterio que prima al tomar la decisión de contener físicamente a un paciente) con un 100%. Las preguntas con más bajo puntaje fueron P8 (Se usan otras alternativas a la contención física en su Unidad) con un 20% y P1 (Períodos de valoración de pacientes con CF) que no fue contestada correctamente.

4.3.3 Resultados y análisis: Clínica C.



La UPC de clínica C (Figura 7) presentó puntajes cercanos al promedio general de las UPC en los ítems de características del RRHH del profesional de Enfermería de UPC ($39.8 \pm 24.4\%$), en

conocimientos legales ($14.3 \pm 7.1\%$), en conocimiento práctico fue de $70.8 \pm 11.2\%$, el puntaje obtenido en la evaluación de la estructura obtuvo un valor del 75.0% y en antigüedad de la UPC (2.0 años). Sin embargo, en la experiencia del profesional de Enfermería (12.0 ± 1.4 años) y en conocimientos teóricos-administrativos ($66.7 \pm 23.1\%$), presentaron un valor relativamente más alto que el promedio.

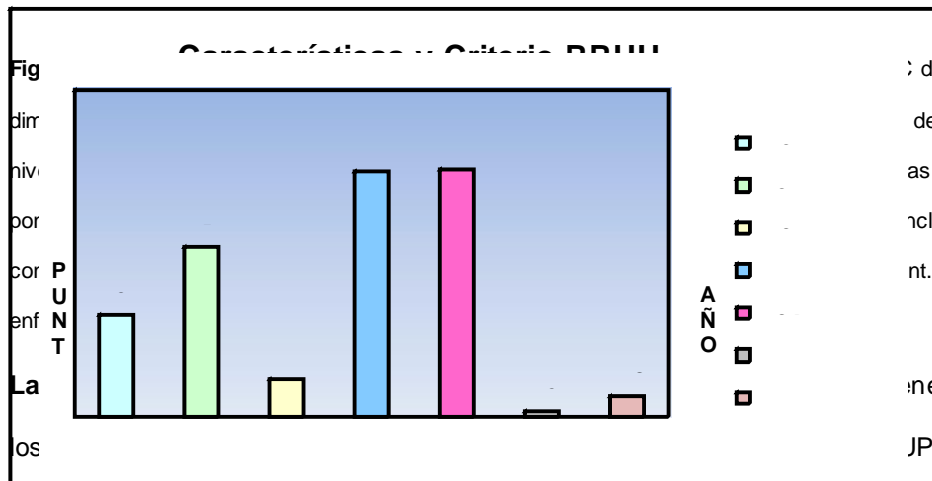


(Conocimiento de normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico).

En la evaluación del conocimiento legal; la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) obtuvo un puntaje del 100% , pero las preguntas L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF), L4 (Quién explica y formaliza Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado), L6 (Conocimiento de normativa legal que regule CF en paciente crítico) y L7 (Conocimiento de quién es el responsable legal de indicar CF en la UPC) no fueron contestadas correctamente. En referencia a la evaluación de estructura, sólo la pregunta E4 (Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Pos título o Postgrado en Enfermería relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado) no fue contestada.

La UPC de la Clínica C obtuvo los mayores puntajes en las preguntas, P3 (Factores, que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte, en un paciente con CF), P4 (Características y riesgos de la CF) y P5 (Criterio principales para contener físicamente a un paciente), por sobre el 75%, destacándose las preguntas P3 y P5 (100% cada una). Las preguntas con más bajo puntaje fueron P7 (Quién decide el tipo de CF que se instalará a cada paciente) con un 50% y P1 (Periodos de valoración de pacientes con CF) que no fue contestada correctamente.

4.3.4 Resultados y análisis: Clínica D.



de la clínica C para las de enfermeras (C.L. Enf), as (C.P. Enf). El puntaje incluye la evaluación del nt.UPC) y experiencia de general de las UPC en JPC ($30.9 \pm 22.4\%$), conocimientos teoricos-administrativo ($52.0 \pm 17.9\%$), en conocimientos legales ($11.4 \pm 8.1\%$) y en experiencia del profesional de Enfermería (4.6 ± 2.3 años) son valores cercanos al promedio y en la evaluación de la estructura obtuvo un valor del 75.0%, valores cercanos al promedio. El puntaje obtenido en la evaluación del conocimiento práctico $75.8 \pm 11.2\%$, también es cercano al promedio.

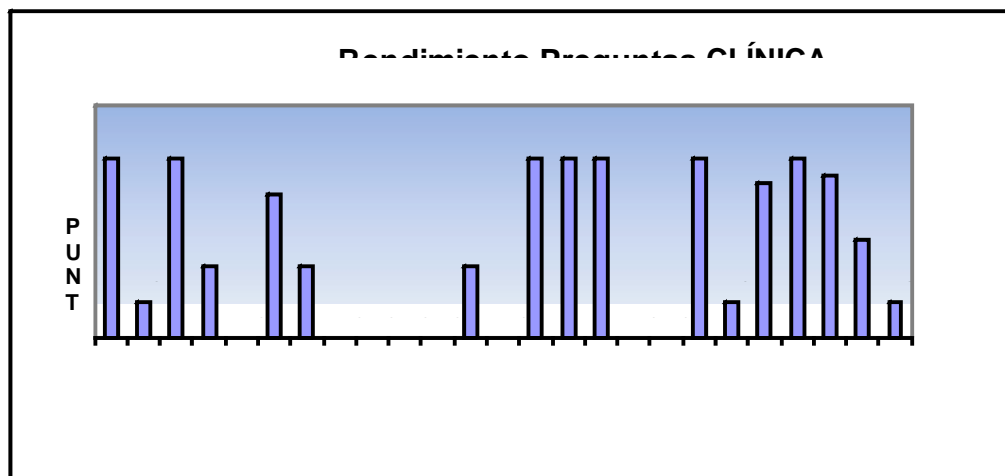


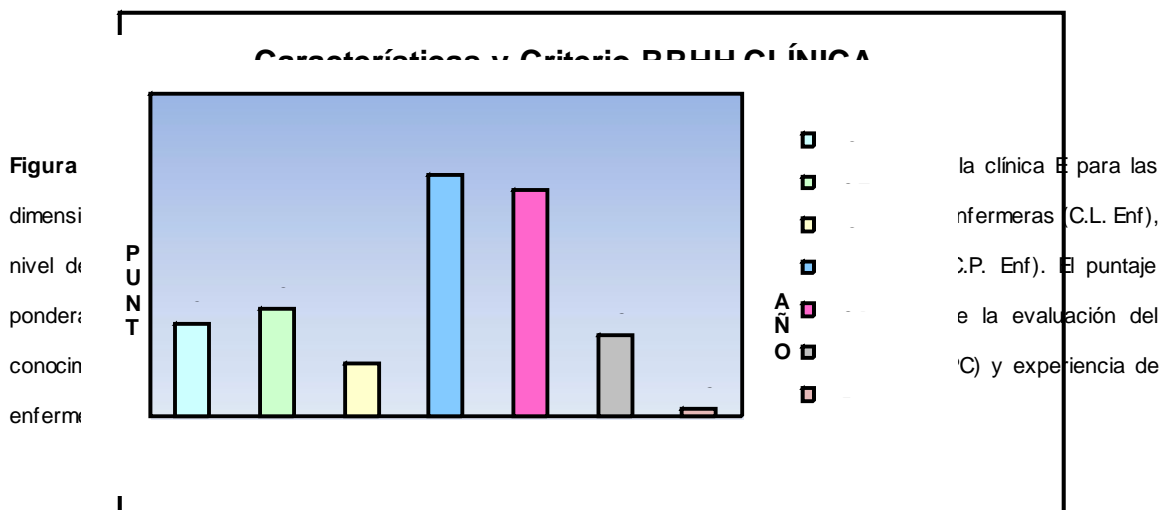
Figura 10. Rendimiento promedio por pregunta obtenidos por enfermeras de la Clínica C. Se evalúa el conocimiento teórico-administrativo (preguntas T1-T8), el conocimiento legal (preguntas L1-L8), la estructura (E1-E4) y el conocimiento práctico (P1-P8).

La UPC de la clínica D (figura 10), en referencia a la evaluación del conocimiento teórico-administrativo, presentó las mejores respuestas en las preguntas T1 (Conocimiento de Contraindicación para realizar CF) y T3 (Valoración de exámenes a pacientes con CF) con un 100% cada una, y la pregunta no contestada fue T5 (Conocimiento de Normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico). En la evaluación del conocimiento legal la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) obtuvo un puntaje del 80%, pero las preguntas L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF), L4 (Quién explica y formaliza Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado) L6 (Conocimiento de Normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico) y L8 (Conocimiento de Implicancias legales derivadas de daños ocasionados por uso de CF) no fueron contestadas. En referencia a la evaluación de estructura, sólo la pregunta E4 (Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Pos título o Postgrado en Enfermería relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado) no fue contestada.

La UPC de la clínica D, en relación a evaluación de aspectos prácticos, presentó puntajes mayores al 75% en la mitad de las preguntas; P2 (Períodos de Liberación de pacientes con CF), P4 (características y riesgos de la CF), P5 (Criterio principales para contener físicamente a un paciente) y P6 (Quién toma la decisión de contener físicamente a un paciente), destacándose P2 y P5 que obtuvieron un 100% cada una. Las preguntas con más bajo puntaje fueron P3 (Factores, que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte, en un paciente con CF) y P8 (Se

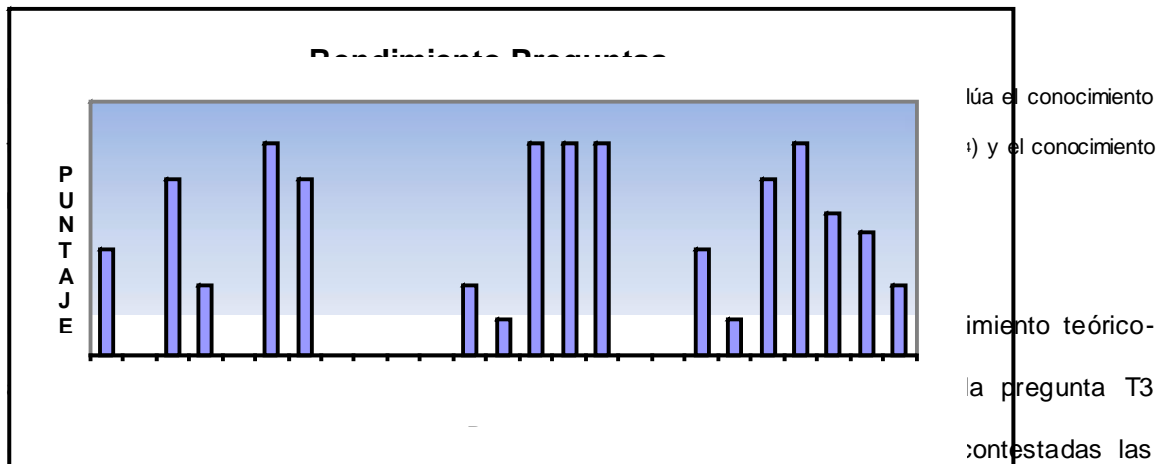
usan otras alternativas a la contención física en su Unidad) con un 20% cada una, además de P1 (Períodos de valoración de pacientes con CF) que obtiene el puntaje mínimo (0%).

4.3.5 Resultados y análisis: Clínica E.



La UPC de clínica E (Figura 11) obtuvo puntajes relativamente más bajos que el promedio general de las UPC en los ítems de características del RRHH del profesional de Enfermería ($28.8 \pm 22.3\%$), conocimientos teóricos-administrativo ($33.3 \pm 24.5\%$) y en experiencia del profesional de Enfermería (2.4 ± 1.4 años). En la evaluación de conocimientos legales ($16.7 \pm 5.8\%$) y de la estructura (75.0%), obtuvieron valores cercanos al promedio. Acerca de la

antigüedad de la UPC (25 años) se puede decir que es la UPC con más años, sobrepasando con creces al promedio. El puntaje obtenido en la evaluación del conocimiento práctico (70.1 ± 8.9%), también es cercano al promedio.



preguntas T2 (Conocimiento sobre Prevención farmacológica de tromboembolismos en pacientes con CF), T5 (Conocimiento de Normativa administrativa para regulación de CF en paciente crítico). En la evaluación del conocimiento legal la pregunta L1 (Conocimiento de Carta de Derechos y Deberes de los pacientes) obtuvo un puntaje del 100%, pero las preguntas L3 (Implementación del Consentimiento Informado para el uso de las prácticas de CF), L4 (Quién explica y formaliza Consentimiento Informado al paciente o a familiares), L5 (Momento en que se firma el consentimiento informado) y L6 (Conocimiento de normativa legal que regule CF en paciente crítico) no fueron contestadas. En referencia a la evaluación de estructura, sólo la pregunta E4 (Enfermeras con cargo fijo, que tienen o estén cursando algún Pos título -Postgrado en Enfermería relacionados con Cuidados Intensivos o Gestión del Cuidado) no fue contestada.

La UPC de la clínica E presentó puntajes mayores al 75% en las preguntas; P4 y P5 (Criterio principales para contener físicamente a un paciente), donde esta última obtuvo un 100% y las preguntas con más bajo puntaje fueron P3 (Factores, que contribuyen a aumentar el riesgo de

muerte, en un paciente con CF) con un 17% y P1 (Periodos de valoración de pacientes con CF) que no fue contestada correctamente.

4.4 Análisis de resultados por Ítem.

Ítem I Conocimientos Teórico-Administrativos (T) sobre CF, a enfermeras clínicas.

Ítem II Conocimientos Legales (L) sobre CF, a enfermeras clínicas.

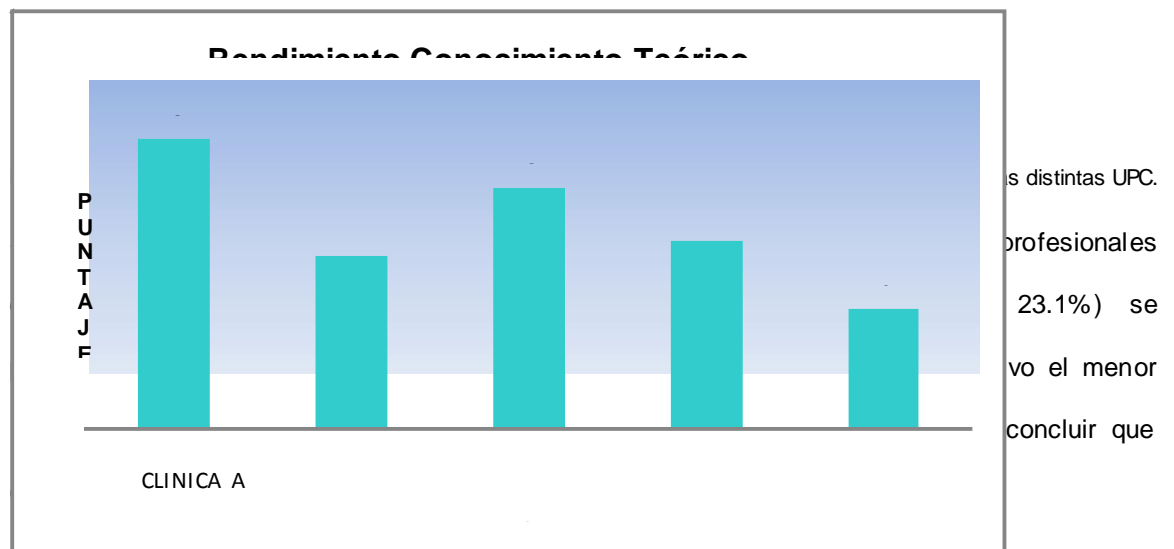
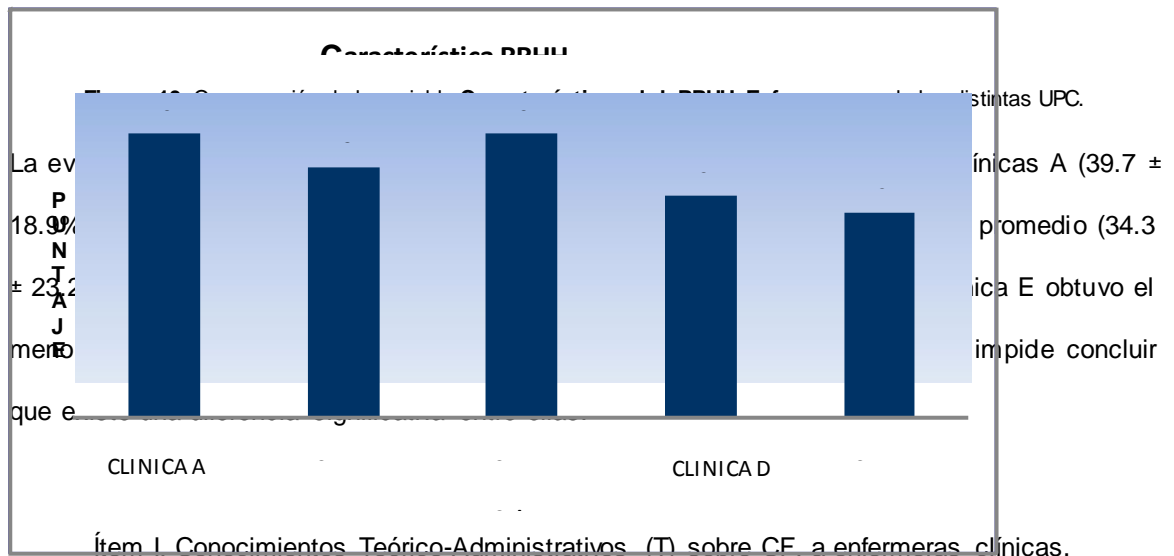
Ítem III Características de la estructura de Enfermería de las UPC (E), a enfermeras supervisoras.

Ítem IV Conocimientos Prácticos (P) sobre CF, a enfermeras clínicas.

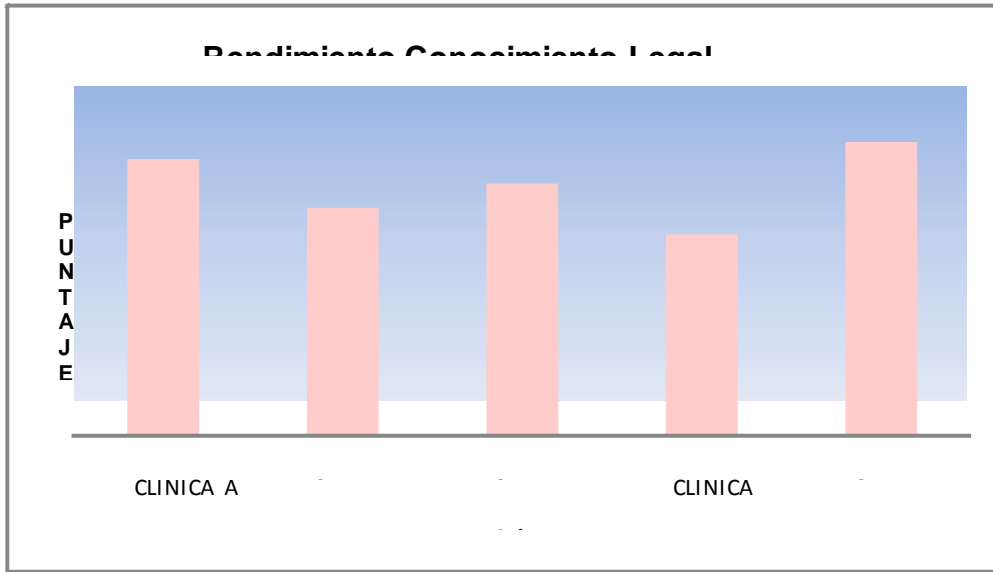
Ítem V Antigüedad y Políticas de salud de la UPC, a enfermera supervisora.

Ítem VI Experiencia de Enfermeras en UPC, a enfermeras clínicas.

A continuación se presenta los datos y análisis obtenidos en general y por cada ítem:

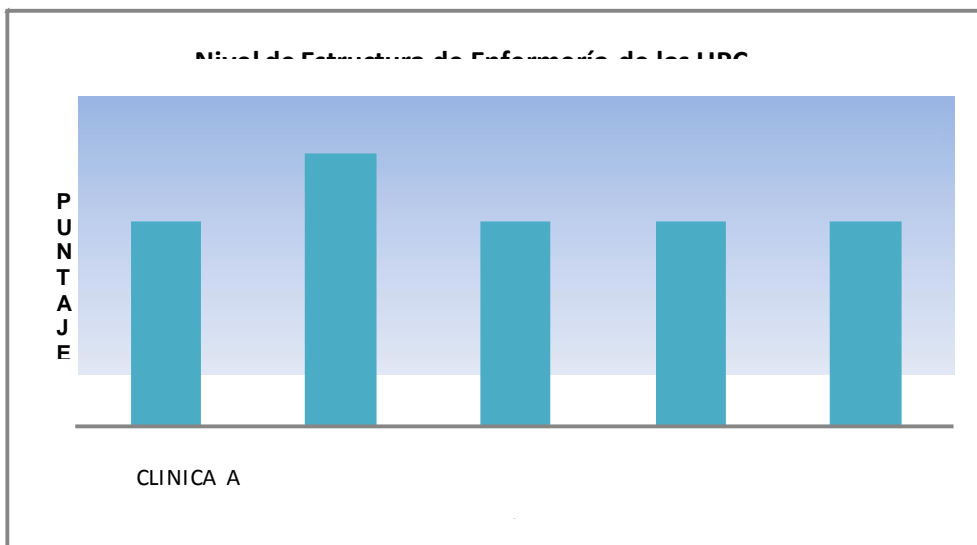


Ítem II. Conocimientos Legales (L) sobre CF, a enfermeras clínicas



as UPC.
rmería de las
altos que el
%, aunque la
a entre ellas.

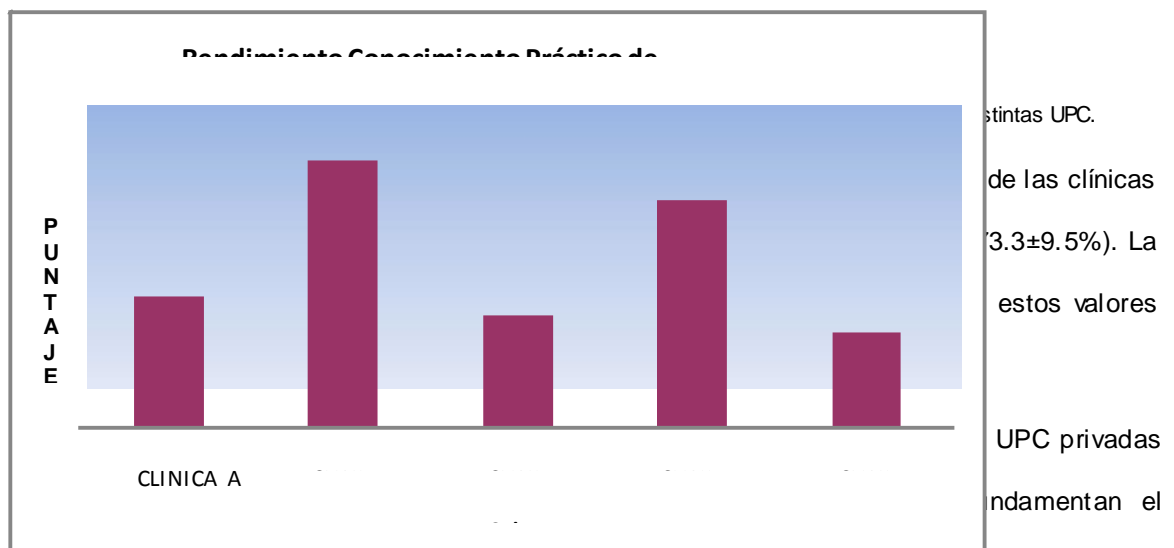
Ítem III Características de la estructura de Enfermería de las UPC (E), a enfermeras supervisoras.



bre el 70%),
amente con el

hecho de ser la única clínica que cuenta con 2 enfermeras que están cursando especialidad. El resto de las clínicas, A, C, D y E tienen un comportamiento uniforme (75%).

Ítem IV Conocimientos Prácticos (P) sobre CF, a enfermeras clínicas.



juicio y la toma de decisión clínica sobre la Contención física de un paciente crítico, la investigación reveló que :

En las UPC de las 5 clínicas privadas de Viña del Mar en estudio (Fig. 17), la evaluación del criterio que corresponde al Conocimiento práctico de los profesionales de Enfermería, es alto (73.3% de promedio), teniendo en cuenta que en ninguno de los establecimientos se cuenta con

Protocolo de Contención física, ni se adscribe a la normativa Minsal de contención de paciente psiquiátrica existente. Lo que refleja este dato es entonces que, al momento de contener un paciente, lo que propende en la decisión es el criterio individual del profesional clínico de Enfermería de las UPC en estudio.

El conocimiento práctico de las enfermeras de UPC presentó mejores resultados en comparación al conocimiento teórico y legal, si bien 3 de las 8 preguntas presentaron valores menores al 50% y una de ellas obtuvo un puntaje de cero: pregunta P1, referente a la frecuencia de la valoración del paciente contenido. El segundo porcentaje más bajo lo obtuvo la pregunta P8 con un 42% de promedio y que sondeaba sobre el uso de alternativas a la contención física en la Unidad.

Las preguntas con mejores puntaje fueron P5 y P4 con un 100% y 85% respectivamente y que eran referentes a Criterio que prima para la decisión (P5). En esta todos contestaron la alternativa correcta "seguridad del paciente" y en P4, sobre Riesgos y manejo de la contención, donde se observó un alto porcentaje de aciertos en preguntas de Verdadero o Falso.

En relación al comportamiento de las UPC de las diferentes clínicas, la evaluación del criterio de las UPC A y C, obtuvieron valores de 71.7% y 70.8% respectivamente, levemente menores al promedio.

Las clínicas B y D, presentaron la mejor evaluación del criterio, obteniendo un rendimiento de 77.5% y 75.8% respectivamente, mayor al promedio.

Referente a la identificación del profesional que indica la contención física y selecciona su tipo, preguntas P6 y P7, se obtuvo porcentajes de 70% y 58%, respectivamente.

Cabe señalar que en todos los casos sólo se mencionó a la enfermera o al médico, como quienes indicaban la contención. Asimismo y respecto al tipo de contención se señalaron a los

mismos profesionales pero además en una clínica, se mencionó al Técnico o auxiliar de Enfermería.

En la evaluación del Conocimiento práctico por clínica, se observa lo siguiente:

La UPC de la clínica A presentó puntajes mayores al 75% en la mitad de las preguntas; P2, P4, P5 y PC 8, donde esta última obtuvo un 100% y las preguntas con más bajo puntaje fueron C7 (50%) y P1 que no fue contestada.

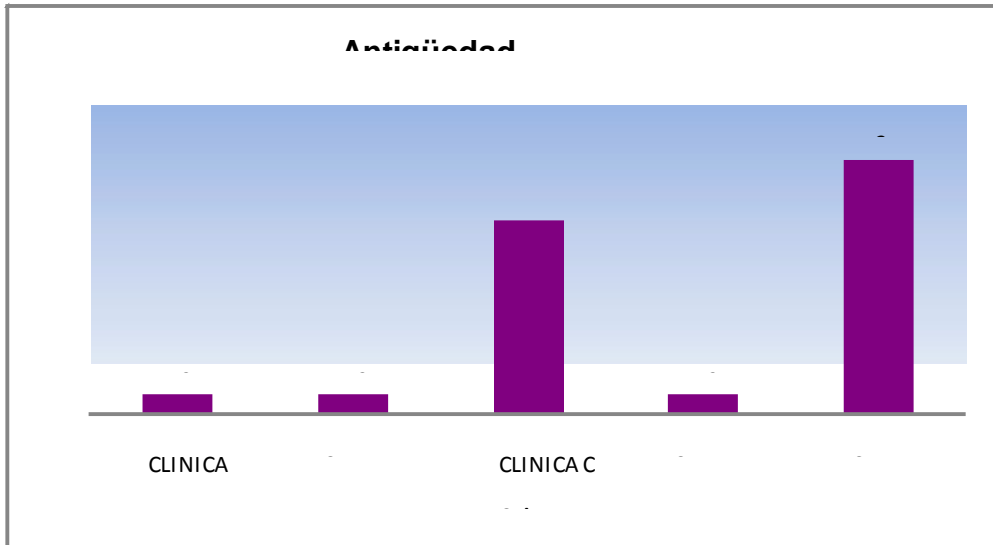
La UPC de la Clínica B obtuvo los mayores puntajes en las preguntas, P3, P4, P5, P6 y P7 por sobre el 75%, destacándose la pregunta C5 (100%). Las preguntas con más bajo puntaje fueron P8 (20%) y P1 que no fue contestada

La UPC de la Clínica C obtuvo los mayores puntajes en las preguntas, P3, P4 y P5, por sobre el 75%, destacándose las preguntas P2 y P5 (100% cada una). Las preguntas con más bajo puntaje fueron C7 (50%) y C1, que no fue contestada.

La UPC de la clínica D presentó puntajes mayores al 75% en la mitad de las preguntas; P2, P4, P5 y P6, destacándose P2 y P5 que obtuvieron un 100% cada una. Las preguntas con más bajo puntaje fueron C3 y C8 (20% cada una), además de C1 que no fue contestada

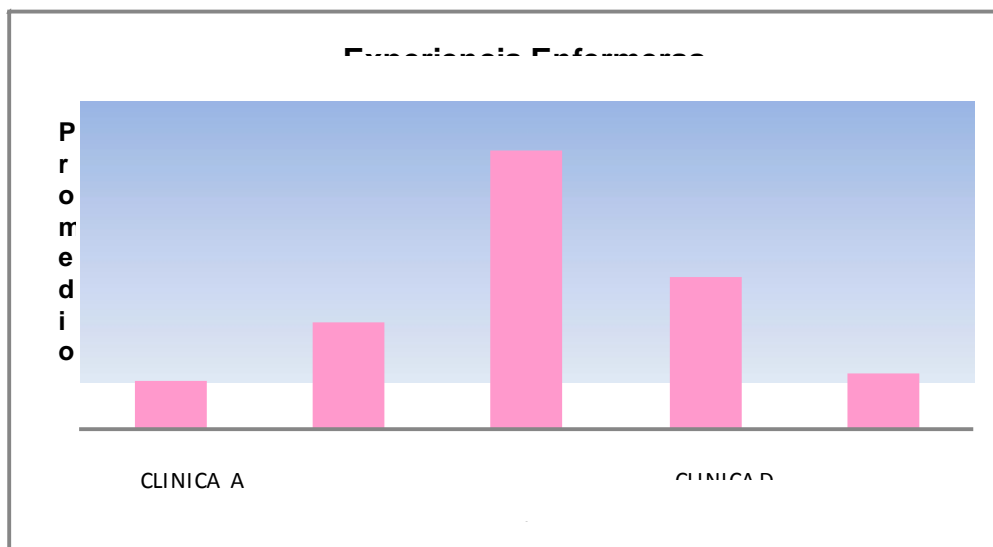
La UPC de la clínica E presentó puntajes mayores al 75% en las preguntas; P4 y P5, donde esta última obtuvo un 100% y las preguntas con más bajo puntaje fueron P3 (17%) y P1, que no fue contestada.

Ítem V Antigüedad y Políticas de salud de la UPC, a enfermera supervisora.



una marcada
s antiguas (C

Ítem VI Experiencia de Enfermeras en UPC, a enfermeras clínicas.



as UPC.
observa que
o el personal

4.5 Análisis de preguntas relevantes.

Dado que algunas de las preguntas, fueron claves para dar respuestas a las preguntas investigativas, en las siguientes Tablas se presentan los datos obtenidos al respecto, en detalle:

TABLAS DE PREGUNTAS RELEVANTES

TABLA 2: ÍTEM CONOCIMIENTOS LEGALES: Responsabilidad legal de Indicar CF.

L7: ¿Quién tiene la responsabilidad legal de indicar la C F?.						
Alternativa	Clínica A	Clínica B	Clínica C	Clínica D	Clínica E	Total
Médico	0,0	60,0	0,0	60,0	33,3	30,7
Enfermera	60,0	0,0	33,3	0,0	16,7	22,0
No sabe	40	40	66,7	40	50	47,3

Tabla 2: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta L7, respecto a la evaluación del conocimiento legal de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.

La Tabla 2 muestra que cerca del 50% (47,3%) de los enfermeros encuestados reconoce no saber quién es el profesional que tiene la responsabilidad legal de indicar la contención física en el paciente de UPC. Este resultado sumado al de quienes respondieron que la “enfermera” es la responsable legal, (respuesta incorrecta), indican, que un total correspondiente al 69,3% de los profesionales, desconocen que es el médico, el profesional que por normativa ministerial debe indicar la CF y por ende, sobre quien recae la responsabilidad legal.

Cabe señalar que sólo en las Clínicas B y D, hubo respuestas correctas en un porcentaje mayor al 50% de los enfermeros en estudio, en ambos establecimientos. Peor aún, en las Clínicas A y C no hubo respuestas correctas.

TABLA 3: ÍTEM CONOCIMIENTOS LEGALES: Conocimiento sobre Implicancias legales derivadas de daños por CF.

L8: Conocimiento de implicancias legales derivadas de daños por CF.						
Alternativa	Clínica A	Clínica B	Clínica C	Clínica D	Clínica E	Total
SI	60,0	0,0	33,3	0,0	33,3	25,3
NO	40,0	100,0	66,7	100,0	66,7	74,7

Tabla 3: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta L8, respecto a la evaluación del conocimiento legal de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.

La Tabla 3, muestra que un alto porcentaje de los enfermeros encuestados (74,7%), desconoce las implicancias legales que derivan de las lesiones o daños provocados por las contenciones físicas en pacientes hospitalizados de UPC. Cabe destacar que en 2 de las 5 clínicas (B y D) el porcentaje de desconocimiento alcanza al 100% de los enfermeros encuestados en dichos establecimientos.

TABLA 4: ÍTEM CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS: Quién toma la decisión de la CF en la Unidad.

P6: ¿Quién toma la decisión de la CF?						
Alternativa	Clínica A	Clínica B	Clínica C	Clínica D	Clínica E	Total
Médico	0,0	40,0	0,0	60,0	16,7	23,3
Enfermera supervisora	0,0	0,0	0,0	40,0	66,7	21,3
Enfermera Tratante	60,0	60,0	66,7	0,0	0,0	37,3
Técnico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
No definido	40,0	0,0	33,3	0,0	16,7	18,0

Tabla 4: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P6, respecto a la evaluación del conocimiento práctico de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.

La tabla 4, muestra el desglose de respuestas obtenidas respecto a la identificación del profesional que en la práctica, toma la decisión de contener físicamente a pacientes en las distintas UPC.

Se observa una variedad de respuestas respecto a las alternativas seleccionadas por los encuestados. La gama de alternativas contemplaba desde el médico jefe de la unidad hasta el técnico paramédico y/o de Enfermería.

Se puede observar que un 58,6 % de los encuestados identifica al profesional de Enfermería, independiente de su cargo, como el que toma la decisión de contener a los pacientes en las UPC en estudio y que sólo el 23% indicó como respuesta al médico, alternativa considerada como correcta.

TABLA 5: ÍTEM CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS: Quien decide el tipo de CF en la Unidad.

P7: ¿Quién decide el tipo CF?						
Alternativa	Clínica A	Clínica B	Clínica C	Clínica D	Clínica E	Total
Medico	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	4,0
Enf sup	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	4,0
Enf trat	40,0	100,0	66,7	20,0	66,7	58,7
Tecnico	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0
No definido	40,0	0,0	33,3	40,0	33,3	29,3

Tabla 5: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P7, respecto a la evaluación del conocimiento práctico de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.

La Tabla 5 muestra que en las Unidades estudiadas, al decidir el tipo de contención física que se le aplica a un paciente de UPC, el mayor porcentaje de respuestas recae sobre la Enfermera tratante con un 58,7%, seguido por un 29%, que señala que no está definido quien lo hace. Sólo el 4% señaló al médico como la alternativa correcta. Cabe destacar a la Clínica B, en la que el 100% de los encuestados seleccionaron a la enfermera tratante, y la Clínica D, que fue en la única que indicó al médico como el profesional que toma esta decisión.

TABLA 6: ÍTEM CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS: Uso de alternativas a la CF en la Unidad.

P8: ¿Se usan alternativas a la CF en su Unidad?						
Alternativa	Clínica A	Clínica B	Clínica C	Clínica D	Clínica E	Total
SI	60,0	20,0	66,7	20,0	33,3	40,0
NO	40,0	80,0	33,3	80,0	66,7	60,0

Tabla 6: Frecuencia porcentual de las alternativas de la pregunta P8, respecto a la evaluación del conocimiento práctico de los profesionales de Enfermería pertenecientes a las UPC de las distintas clínicas.

En la Tabla 6 se puede observar que un 60% de los enfermeros encuestados, reconoce que en las UPC en las que se desempeñan, no se toman medidas alternativas a la contención de tipo físico. Destacan las clínicas A y C con los mayores porcentajes, respecto a medidas alternativas, siendo la contención química o farmacológica, la única mencionada como tal.

CAPÍTULO 5:

CONCLUSIONES, RESUMEN, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

5.1 Conclusiones

5.2 Sugerencias

5.3 Limitaciones del estudio

5.1 CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Finalizado el estudio, una vez aplicado el instrumento de recolección de datos, procesados los mismos y obtenida la información que de ellos emanó, conjuntamente con los respectivos análisis, se logró obtener resultados que permiten presentar a continuación las siguientes conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados:

I. En lo que se refiere al primer objetivo que es describir y evaluar Características del recurso humano enfermero de las UPC, se puede decir que :

Los bajos resultados de rendimiento obtenidos en todas las clínicas estudiadas en relación a los conocimientos teóricos y legales mostrados por sus enfermeros respecto a Contención

Física, permiten concluir que existen áreas débiles que subsanar, referente a capacitación y actualización profesional sobre dichos temas.

En relación al déficit pesquisado en conocimientos teóricos, éste puede explicarse por falta de capacitación formal de los profesionales, antecedente clave arrojado por el estudio. Sólo un 20% de las clínicas y un 8.3% de los enfermeros encuestados, cursan o tiene un pos título o postgrado relacionado a la gestión de cuidado y/o paciente crítico.

La imposibilidad y/o dificultad por parte de las enfermeras para capacitarse o actualizarse individualmente pudiera estar relacionada con diferentes factores. Éstos no fueron objeto de estudio, pero podrían estar referidos con carga laboral excesiva, poca disponibilidad de tiempo o falta de recursos económicos para destinar a perfeccionamiento voluntario.

El bajo nivel de conocimientos teóricos relacionados a contención física pudiera ser categórico en materia de calidad y a la hora de evaluar el grado de seguridad de la atención que se ofrece a los pacientes involucrados, considerando que Enfermería es la ciencia del cuidado humano, con sólida base ética y científico-humanista y que apoyada en el proceso enfermero, debe asumir su rol de gestor según lo indica artículo 113, libro V del Código Sanitario.

En relación a los conocimientos de tipo legal, el bajo rendimiento general mostrado por los enfermeros de UPC sobre Consentimiento Informado, Carta de los derechos de los pacientes y aspectos legales de la indicación de CF, podría estar relacionado con la condición de subsector privado de las clínicas donde se desempeñan laboralmente los enfermeros encuestados, en las cuales no existe obligatoriedad de adscribir a los compromisos de gestión que rigen para el subsector público de salud y que consideran la implementación de dichos procedimientos como parte esencial de la acreditación hospitalaria. Aún así se establece que, si bien no hay una condición de obligatoriedad por su condición de instituciones privadas, éstas pueden adherir a sus políticas de gestión.

La inobservancia de estas estrategias de calidad, puede llevar a los establecimientos privados a aumentar los riesgos de tener conflictos legales por la ocurrencia de situaciones adversas, que afecten a sus clientes internos (personal de salud) y externos (usuarios), por lo tanto podría estar implicado el prestigio y continuidad de la clínica y de los profesionales que laboran en ellas.

Respecto al bajo rendimiento obtenido por los enfermeros encuestados sobre conocimientos legales implícitos en la práctica de Contención física, en sus respectivas Unidades, se puede concluir que:

Quedó en evidencia que un alto porcentaje de enfermeros (74,7%) desconoce las implicancias legales que derivan de eventuales lesiones o daños provocados por las contenciones físicas en pacientes hospitalizados de UPC, así también un 69,3 % de los mismos, no reconoce al médico de su Unidad como el profesional que tiene la responsabilidad legal de indicar la Contención Física. De dicho porcentaje, el 47,3 % no supo y el 22% señaló a la enfermera como la responsable.

Asimismo, y relacionando estos antecedentes de carácter legal, con algunos otros obtenidos en el ámbito de los conocimientos de tipo práctico, llama la atención que en las UPC en estudio, el profesional de Enfermería, independiente de su cargo, es en definitiva y mayoritariamente, quien toma la decisión de contener físicamente a los pacientes, (58,6 %), seguida por el médico (37,7%). En dos de las clínicas incluso hubo una inconsistencia importante de destacar, ya que si bien se identificó al médico como responsable legal de la indicación de la Contención Física, con un 60%, posteriormente se señaló a la enfermera como el profesional que en la práctica, tomaba la decisión.

La enfermera también fue identificada, en un 58,7 % de los casos, como el profesional que decide el tipo de contención física en las UPC en estudio. Esto según la Normativa Ministerial vigente, es de responsabilidad del médico.

Los resultados presentados dejan entrever una debilidad en los enfermeros de las UPC privadas, sobre conocimientos legales básicos y fundamentales, lo que se ve reflejado en el actuar y principalmente a la hora de tomar de decisiones respecto a los cuidados que gestionan y por consecuencia en lo que respecta a su resguardo legal frente a situaciones de riesgos y/o daños, derivadas de la indicación y aplicación de la contención física a sus usuarios.

A raíz de lo anteriormente analizado surgen dos grandes interrogantes referentes a:

1. Los conocimientos que manejan los propios médicos respecto al tema en comento y a los factores que están interfiriendo para que estos profesionales asuman en propiedad, la responsabilidad de la indicación y tipo de contención física, a los usuarios de UPC que así lo requieran.

2. El motivo por el cual el equipo de Enfermería no ha asumido aún, dentro de la Gestión del Cuidado de los pacientes de UPC, la aplicación de medidas alternativas a la contención física, que le serían propias a su rol, a diferencia de la física, y que también podrían ser sujeto de protocolización.

Referente a Estructura de las UPC de clínicas privadas en estudio, se reveló que:

El 100% de la UPC cumplen con requisitos básicos como son contar con un organigrama, tener enfermera supervisora exclusiva para la UPC, tener a sus profesionales enfermeros con contrato de planta. Estos antecedentes son sin duda la principal fortaleza de los centros en estudio y dan cuenta de la potencialidad que tienen para emprender un plan de

mejora con enfoque de calidad de los cuidados, a través de la capacitación formal como también de la estandarización de cuidados y la gestión de riesgos.

Respecto a la antigüedad de la UPC, existen notorias diferencias: 3 clínicas tienen entre 2 y 3 años y 2 clínicas, entre 19 - 25 años de existencia.

Sobre la experiencia de los profesionales de Enfermería en estas unidades, el promedio es de 4.9 años. Sin embargo cabe destacar que la dispersión es muy amplia y el rango de experiencia de los 24 enfermeros encuestados va entre 6 meses y 17 años.

La escasa capacitación formal de enfermeros en las áreas consultadas, directamente relacionadas con la gestión de cuidados o con el paciente crítico, fue una debilidad encontrada en 4 UPC, esta situación y sus implicancias ya fueron analizadas anteriormente.

Las similitudes o diversidades en las características anteriormente mencionadas no mostraron tendencias marcadas en los resultados, y que estadísticamente permitieran establecer relaciones lógicas, como las que se podrían haber esperado, entre antigüedad, experiencia profesional y capacitación versus rendimiento en conocimientos teórico-legales de los enfermeros, por ejemplo. Esto permite reflexionar el protagonismo que les cabe hoy a los profesionales que lideran equipos de trabajo, respecto a la contextualización y capacitación necesaria, para superar las debilidades ya descritas.

II. Del objetivo específico **describir y evaluar los Criterios usados al indicar la contención física de los pacientes de las UPC privadas**, derivan las siguientes conclusiones:

En el sector privado, las enfermeras de UPC no conocen la existencia de la Norma General Técnica N° 65 de Contención en Psiquiatría, la única en vigencia, que regula el tema hasta el momento en el país. Las enfermeras en su mayoría, no reconocen al médico como el

profesional que decide contener físicamente a un determinado paciente, como tampoco que es el médico a quién compete seleccionar el tipo de contención a aplicar.

Estos resultados probablemente se desprenden del desconocimiento demostrado por los enfermeros de UPC respecto a la existencia de una Normativa Ministerial que guía y especifica todos estos aspectos.

El desconocimiento respecto a esta norma podría explicarse en razón a su denominación. El título, hace referencia exclusiva a la patología psiquiátrica y no específica que podría ser aplicada a otro tipo de usuarios, enfrentados al mismo procedimiento.

En todas las unidades estudiadas, es la enfermera/o el profesional más reconocido como quien indica la Contención Física y su tipo, asentándose básicamente en sus conocimientos y la experiencia laboral particular, ya que en las UPC donde se desempeñan se sabe que no existe protocolo que regule el procedimiento en sí, ni que delimite con claridad las responsabilidades individuales en lo profesional ni en lo legal. Es digno de destacar que en 1 UPC se señaló al personal Técnico o auxiliar de Enfermería, como el que decide el tipo de Contención Física al paciente crítico, situación que alerta la urgencia de estandarizar a través de Protocolo, para así delimitar responsabilidades tanto de tipo profesional como legal.

Respecto a los criterios utilizados para la indicación de Contención Física se puede concluir que la aplicación de conocimientos prácticos basados exclusivamente en la formación profesional de pregrado y la experiencia laboral individual de cada profesional, si bien es válida desde el punto de vista del rol profesional, se observa como insuficiente y se constituye en una debilidad a la hora de tomar decisiones y de dar cuidados enmarcados en una Reforma que exige garantías de calidad y respeto de los derechos de los pacientes, principalmente en lo que respecta a los principios de equidad, autonomía y participación usuaria, como asimismo en lo

que se refiere al respaldo y resguardo legal de los profesionales de Enfermería, respecto de su actos en el rol autónomo de la profesión .

Para el 100% de los profesionales encuestados, la Contención Física es concebida como, un proceso terapéutico y protector del paciente, y que le compete a la Enfermera. En ese contexto y al momento de indicar la contención física, el criterio que primó en estos profesionales fue la consideración del factor seguridad del paciente.

Si bien para los profesionales está claro que el procedimiento tiene riesgos y debe ser manejado con cautela y bajo ciertos parámetros establecidos, el interés por el proceso de estandarización de los cuidados respectivos, es sólo incipiente y solamente fue manifestado por las supervisoras de 3 clínicas.

El estudio también reveló que el 60% de los enfermeros declara que en sus respectivas UPC no se toman medidas alternativas a la contención física y quienes contestaron minoritariamente que sí se tomaban, complementaron su respuesta sólo con la alternativa de contención química-farmacológica.

De acuerdo a la formación de los enfermeros y al modelo de salud imperante que considera al usuario como ser integral, llama la atención que no hubiera mención a otras como: el abordaje verbal, las medidas ambientales y/o conductuales, el acompañamiento de familiar o cuidador particular, entre otras.

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede concluir que:

Estadísticamente no existe una relación entre la antigüedad de la UPC y el rendimiento de los enfermeros respecto a los conocimientos prácticos que se utilizan para indicar CF. Tampoco se logra identificar una clara relación entre los años de experiencia y el rendimiento de los profesionales de Enfermería sobre conocimientos teórico-legales de la CF en pacientes críticos.

La existencia de una estructura organizada en todas las UPC no pareciera influir positivamente en la capacitación formal del personal enfermero, ya que no se verificaron programas de educación continua, avalados por los establecimientos en estudio, con la finalidad de mejorar la calidad de los cuidados en esas unidades.

III.- En lo referido a la **verificación de las Políticas Institucionales Internas**, ha quedado de manifiesto en el estudio, la inexistencia de éstas, específicamente en lo que respecta al Consentimiento Informado para Contención Física, como también la de Protocolos de indicación y cuidados que se requiere para dicho procedimiento, en las Unidades de Paciente Crítico de Clínicas privadas .

Los resultados obtenidos permiten concluir que el proceso de gestión de cuidados, en lo que a políticas institucionales internas de los establecimientos en estudio se refiere, presenta ciertas debilidades. Ello sustentado en lo siguiente:

1. **R**
especto al consentimiento Informado.

Considerando la Reforma, el Modelo de Salud vigente, los principios y contexto legal sobre derechos de los usuarios, queda claro que su implementación es ya un imperativo y que desde el ingreso a un centro asistencial, todo paciente y/o su familia debe recibir de manera completa y oportuna toda la información necesaria respecto a eventuales medidas terapéuticas a las que podría ser sometido, y en este caso puntual, respecto a la necesidad de contenerlo físicamente.

Implementar el Consentimiento Informado en las Clínicas privadas, medida que operacionaliza el proceso de información, comunicación y valida la autonomía del usuario respecto a la toma de decisiones sobre su salud, significará en primera instancia un respaldo y cumplimiento en lo

ético-legal y luego, permitirá a estos establecimientos dar clara señal del tipo de cuidado que ofrece a sus usuarios.

2.

R

especto a Protocolos de Cuidados.

Entendiendo que éstos, están sustentados en bases teóricas y evidencias científicas, hoy son pieza clave para el quehacer profesional de Enfermería.

Se considera que son herramientas que facilitan la toma de decisiones, y que orientan hacia cuidados integrales seguros y de calidad. En este contexto y considerando que la enfermera/o es la responsable de la gestión del cuidado es indudable que los establecimientos en estudio deberán encaminarse en ese rumbo, al igual como lo está haciendo hoy el sistema público.

5.2 SUGERENCIAS

Posterior al análisis de la información obtenida es propicio sugerir algunos puntos claves orientados a mejorar la Gestión del Cuidado de pacientes que requieran de Contención

Física en las UPC de los diferentes establecimientos estudiados, y de otros que quieran también acogerlas. Las recomendaciones son las que se señalan a continuación:

- Se estima conveniente que las autoridades de los establecimientos de salud privados (Clínicas) consideren el alinearse formalmente con las directrices del Ministerio de Salud plasmadas en sus normativas (Leyes, Normas, Guías clínicas y Protocolos) y las incorporen a sus Políticas internas para así regular las prestaciones de salud que ofrecen a sus usuarios, haciendo énfasis en sistematizar de manera prioritaria aquellas prácticas que implican mayores riesgos en la salud de los pacientes hospitalizados, como lo es la Contención Física. El acoger esta sugerencia, podría implicar disminuir o minimizar los riesgos implícitos y prevenir así los daños transitorios y/o permanentes, que son posteriormente, causales de conflictos legales. La estrategia planteada iría, por consecuencia, en directo beneficio y protección de los usuarios, del personal de salud que los atiende y en definitiva del prestigio del establecimiento que los acoge.

- Se observa que el profesional de Enfermería y en especial aquellos que ocupan cargos estratégicos, por su rol gestor, avalado legalmente por el Código sanitario, son los que están llamados a ejercer un liderazgo activo y visible, motivando a sus directivos y comprometiendo a sus respectivos equipos de trabajo a colaborar efectivamente en la implementación y cumplimiento de las políticas institucionales internas y ministeriales ya mencionadas, para optimizar la calidad de la atención brindada . En este caso puntual se ve necesario:

- E
n lo inmediato, que en las UPC se reconozca y adopte la Normativa N° 65 sobre contención en

Psiquiatría para el manejo del paciente crítico u otros, que requieren en ciertas situaciones, ser contenidos físicamente.

- L
a Implementación del Consentimiento Informado específico de CF, proceso que debería realizarse con todo paciente y/o familia, en el momento que ingrese a las UPC, respetando y garantizando así, el cumplimiento de los derechos de los mismos.

- L
a estandarización de los cuidados de Enfermería tendientes a garantizar la seguridad y calidad de la atención. Para ello es preciso el diseño e implementación de Protocolos de CF, que defina profesional responsable, criterios de indicación, de exclusión, cuidados integrales de estos pacientes, evolución y seguimiento de la medida terapéutica, prevención y pesquisa precoz de riesgos y complicaciones, métodos y materiales, medidas alternativas y registros , entre otros.

- C
ontemplar como estrategia de mejora a la calidad de atención, la Capacitación formal y continua del personal implicado, con participación directa de médicos, enfermeras supervisoras y clínicas, así como también del personal técnico de las UPC, en aspectos clínicos y ético-legales concernientes a procedimientos de alto riesgo como la Contención Física de sus pacientes. Asimismo se hace necesaria la actualización de los profesionales en el ámbito disciplinar enfermero, orientada a complementar sus conocimientos teórico-prácticos sobre Gestión del cuidado, Proceso enfermero y taxonomías internacionales, que permitirán

estandarizar los cuidados de pacientes que requieran de procedimientos como la Contención Física.

- S
e sugiere a los equipos profesionales de UPC considerar la importancia de cotejar medidas alternativas a la Contención Física, para así restringir a lo estrictamente necesario, el uso de esta práctica.

- I
ncluir u optimizar el uso de la Gestión de Riesgos en la administración de las UPC, tanto a nivel estratégico como operativo. Esta herramienta gerencial permitirá utilizar con mayor seguridad, procedimientos riesgosos como la Contención Física y minimizar la ocurrencia de daños y posteriores litigios legales.

A la luz de los resultados de este estudio se pretende sensibilizar a las enfermeras para incentivarlas a apropiarse de su rol como garante de los derechos de los pacientes, propiciando una práctica segura ,que proteja por una parte al usuario que demanda atención de calidad y por otra al personal que prodiga dichos cuidados.

La incorporación del concepto Gestión de Cuidado y la aplicación sistemática y constante del Proceso Enfermero, como herramienta científica que sustenta el quehacer profesional de Enfermería, facilitará la toma de decisiones tendientes a optimizar la calidad de los servicios otorgados al usuario, y que exige aplicar cada vez más ,criterios profesionales basados en conocimientos sólidos y evidencia profesional.

Finalmente, el estudio significó para las investigadoras un gran estímulo en el avance de la carrera profesional de cada una, ya que permitió profundizar en las bases de la propia disciplina

y de otras que la complementan. El desarrollo de la Tesis permitió enriquecer el cuerpo de conocimientos previos de las investigadoras a través del estudio de aspectos directamente relacionados a la Gestión del Cuidado y con esto, valorar el protagonismo que tiene la labor del profesional de Enfermería en unos de los ejes fundamentales, el de cuidar, dentro de la modernización y humanización de la Salud en Chile, plasmada en su actual Reforma de salud. Para las autoras de este estudio, ambas en la actualidad ejerciendo en el ámbito docente, la investigación significó aquilatar aún más el papel que juega hoy la formación de pre y postgrado en Enfermería, la que debe estar enfocada principalmente, a preparar de manera integral a los profesionales de hoy y de mañana, de tal forma que éstos puedan sintonizar y responder a los requerimientos que demanda la población y el escenario sanitario actual en los aspectos social, político, ético y legal, independiente del sector y nivel de atención en el que se desempeñen.

En estudios futuros se sugiere investigar sobre los efectos reales de la aplicación de las directrices ministeriales mencionadas en el subsector privado y la utilidad específica de la implementación de las mismas, evaluando los resultados, en situaciones reales y concretas.

5.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las limitaciones encontradas por las investigadoras para el desarrollo del estudio fueron las siguientes:

1. Insuficiente material de referencia específico sobre Contención Física de pacientes críticos, nacional como internacional, lo que dificultó conocer el estado del arte para el marco conceptual.
2. Período prolongado entre la solicitud y la autorización de los campos clínicos seleccionados para la realización del estudio (aplicación del instrumento), lo que ocasionó un importante retraso en el cronograma de trabajo inicial.
3. Alta carga laboral de las investigadoras, lo que restringió el tiempo disponible para el desarrollo del estudio.
4. La complejidad del tema dificultó la confección del instrumento de recolección de datos (Cuestionario). Para que éste diera respuesta cabal a todos los requerimientos y aristas de la investigación, se debió reformular en varias oportunidades, antes de su aplicación.

CAPÍTULO 6:

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

6.1 Bibliografía General

6.2 Anexos

6.1 Bibliografía General

6.1.1 Material Impreso: Libros

1. A
Ifaro-LeFevre (2003).R. *Aplicación del Proceso Enfermero*,(5ª Edición), Ed. Masson, Barcelona, España, pp.4-32.
2. B
alderas, María De La Luz (2005).*Administración de los servicios de Enfermería* (2º Edición) Ed. McGraw-Hill / Interamericana México, pp. 54-66.
3. B
ears and Myers (1994).*Principios y Práctica de la Enfermería Medicoquirúrgica*, (2ª Edición), Ed. Mosby Doyma, Capítulo 5, Págs. 65-70 y Capítulo 6, pp. 75-78.
4. C
arpenito LJ (2005).*Planes de Cuidado y Documentación en Enfermería*, Madrid: Ed.McGraw-Hill, Interamericana; pp. 3-31.
5. C
havienato Idalberto (2002).*Gestión del Talento Humano* (1ª edición) Editorial McGraw-Hill, pp. 304-324.
6. I
yer P, Tapich B, Bernocch I-Losey D (1993).*Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería*. México: Interamericana McGraw-Hill; pp. 13-20.
7. M
arriner, Raile (2003). *Modelos y Teorías en Enfermería* (5ª edición), Editorial Mosby, Elsevier Science. Capítulo 11, pp. 145-164.
8.
Newstrom John, *Dirección Gestión para lograr Resultados* McGraw-Hill (9ª Edición) 2007 pp. 141-159.

9.

Nieto –Murena, Abad, Albert y Arreal, (2004). *Psicología para Ciencias de la salud*, (1ª edición) Ed. McGraw-Hill, Capítulo 15 pp.323 a 327.

10.

P

haneuf, M (2000). *La Planificación de los Cuidados Enfermeros*. McGraw-Hill, Ed. Interamericana México. Págs. 7-27.

Potter P. A y Perry A.G (2001). *Fundamentos de Enfermería* Editorial, Mosby Harcourt (5ª Edición) Madrid, España, pp.1512-1567.

11.

R

odríguez Darío, (2008). *Gestión Organizacional* (4ª Edición) Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, pp.17-30.

6.1.2 Materiales electrónicos (fuentes disponibles en Internet): Artículos.

1. Asociación española de Derecho sanitario, Boletín de Alerta de Seguridad Nº 5: *Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.*

Disponible en: <http://www.aeds.org/faq/alerta%20inmoviliz%205.doc>.

Consultado: 3 Abril 2008

2. *El nuevo paradigma de la Gestión del Conocimiento y su aplicación al ámbito educativo.*

http://redenlaces.ucv.cl/controles/upload/uniusr/El_nuevo.doc

3. Evans D, et al., 2002, *Physical Restraint in Acute and Residential Care*, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.

Disponible en: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_6_3.pdf.

Consultado: 15 Abril 2008

4. National Guideline Clearinhouse. Guideline of Use of restraints in the acute care setting:
Disponible en:
http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=3515&nb =2741)
Consultado: 15 Abril 2008
5. *Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados perfil de los pacientes y motivos de su uso.* Disponible en:
http://www.profei.com/Centre_doc_2006/GESTI%D3%20DE%20CENTRES/Documents_gestio_residenc ies/Restricciones_fisicas.pdf
Consultado: 16 Abril 2008
6. Sabo J A, Halm M. 2001. *Restraints: Ritual or Necessity?* AACN
Disponible en: <http://www.aacn.org/>
Consultado: 16 Abril de 2008
7. *Gerenci amento Integral de Riesgos.* Glosario Ambiental. Acción Ambiental Ltda.
Santiago, Chile.
Disponible en : <http://www.accionambiental.cl/fichas/GerenciamientoRiesgos.pdf>.
Consultado: 27 Abril de 2008
8. *Theory of Human Caring.* Dিপonible en :
http://www.sandiego.edu/ACADEMICS/nursing/theory/http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Je an_Watson
Consultado: 15 Abril 2008, 24 Mayo 2008, 5 Octubre 2009.

9. Fernández G V, Manejo inicial del paciente agitado .Disponible en :

http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf

Consultado: 7 de Mayo de 2008

10. *Protocolo de contención mecánica de movimientos.* Disponible en :

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/doceoctubre-protocolo-01.pdf>.

11. Soane

Lago A y col., *Protocolo de contención de pacientes*, Hospital Universitario Príncipe de Asturias ,

Madrid España , Abril de 2005. Disponible en:

http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf

Consultado: 18 Abril de 2008

12. *Protocolo de prevención de caídas y contención*, Hospital Da Costa. Burela, Lugo.

España .Disponible en :

http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/Protocolo_ca%EDdas.pdf

Consultado: 3 de Junio de 2008

13. /

Introducción a la Medicina Intensiva. Definiciones.

Disponible en:

<http://enfermeria-online.blogspot.com/2008/02/introduccion-medicina-intensiva.html>

Consultado: 4 de Mayo de 2008

14. J

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations *Sentinel Event Alert Preventing*

Restraint Deaths (November 18, 1998).

Disponible en: http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_8.htm

Consultado: 15 de Abril de 2008

6.1.3 Materiales electrónicos (fuentes disponibles en Internet): Documentos.

1. *Ley Nº 19.937 de Autoridad Sanitaria*. Disponible en:

http://www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc

2. *Norma General Administrativa Nº 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención cerrada*, Santiago, 14.12.2007. Disponible en:

http://www.minsal.cl/juridico/RESOLUCION_1127_07.doc

Consultado: 14 de Abril de 2008

3. *Norma General Técnica Nº 65 contención en Psiquiatría*, Santiago, 17.09.03

Disponible en: http://www.minsal.cl/juridico/RESOLUCION_984_03.doc

Consultado: 16 de Abril de 2008

4.

royecto de ley Derechos y deberes de los pacientes en Chile:

Mensaje Presidencial Nº 038-344 del 8 Junio 2001

Mensaje Presidencial Nº 223-354 del 26 Julio 2006

Disponible en:

<http://www.fonasa.cl>

http://www.minsal.cl/ici/red_publica/Rodrigo_Salinas_Consentimiento_informado

http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/pub_tecnicas/23.pdf

Consultado: 24 de Abril de 2008

6. *Carta de Derechos. Definiciones*. Fondo Nacional de Salud, Santiago Chile.2009

P

Disponible en:

http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/antialone.html?page=http://www.fonasa.cl/prontusfonasa/site/artic/20041125/pags/20041125125942.html

Consultado: 4 de Octubre de 2009

7. Manual de acreditación de prestadores institucionales establecimientos de atención cerrada,

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente Subsecretaría de Redes Asistenciales

Ministerio de Salud, Marzo 2008. Disponible en:

http://www.supersalud.cl/568/articles-3177_recurso_4.pdf

Consultado: 23 de Septiembre de 2009

6.2 Anexos

6.2.1 Cuestionario



UNIVERSIDAD
DE
VALPARAISO
CHILE

ESCUELA DE ENFERMERÍA

MAGISTER EN GESTIÓN DE ENFERMERÍA

**CUESTIONARIO: APLICACIÓN CONTENCIÓN FÍSICA
EN UNIDADES DE PACIENTE CRÍTICO**

El siguiente cuestionario constituye una importante herramienta para lograr información relevante y necesaria para la elaboración de la Tesis “**Contenciones Físicas en Unidades de Paciente Crítico**”. Esta instancia es requisito fundamental para la obtención del grado de Magíster en Gestión de Enfermería, mención Gestión del cuidado, la que esperamos se constituya en un aporte a la disciplina de Enfermería, en el nuevo escenario que enfrenta en la actual Reforma de Salud.

Para este cometido, agradeceremos responder las siguientes preguntas relacionadas con el tema de la Tesis garantizándole que la información obtenida será utilizada con exclusivo fin de investigación, resguardando así su identidad.

Cargo.....

ITEM I (T): CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS TEORICOS Y ADMINISTRATIVOS

1.- ¿Conoce UD. alguna contraindicación para realizar CF?

a) No

b) Si ¿Cuál o Cuáles?

.....

2.- La prevención farmacológica de trombo embolismos en pacientes con CF, se recomienda realizarla:

a) C

cuando existe riesgo por edad o patología de base

b) E

en personas sin riesgo, cuando la sujeción se mantenga más de 24 horas.

c) E

en todos los pacientes contenidos físicamente independiente de otros factores

- d) a
- y b
- e) a,
- b y c

3.- Previa a la profilaxis farmacológica de trombo embolismo, es aconsejable la valoración de los siguientes exámenes:

- a) R
- ecuento de plaquetas y tiempo de coagulación
- hhh) H
- emograma
- dddddddddddd) E
- lectrolitos plasmáticos
- pppppppppppppp) O
- tros exámenes

4.- En la contención abdominal, la o las complicaciones más frecuentes son:

- a) Dificultad respiratoria. A
- jjjjjjjjjjjjjjjjjjjj) sfixia
- pppppppppppppppp) C
- ompresión nerviosa
- nnnnnnnnnnnnnnnnnn) O
- bstaculización circulación sanguínea
- bbbbbbbbbbbbbbbb) Ú
- lceras por presión
- zzzzzzzzzzzzzzzzzzzz) a
- b y c
- llllllllllllllllllll) a
- c y d

5.- ¿Conoce usted alguna **Normativa administrativa específica**, que regule la indicación y uso de CF en pacientes críticos en su Unidad?

a) No

b) Si , Cuál.....

6.- ¿Qué daños o efectos adversos pueden producirse en el paciente con CF?

Mencione las tres más frecuentes.

.....

7.- ¿Cómo define UD, “Contención Física”?

.....

ITEM II (L): CONOCIMIENTOS SOBRE ASPECTOS LEGALES.

1.- Del Proyecto de ley que actualmente se tramita en el Congreso sobre **Derechos y Deberes de los pacientes**, es correcto que:

a) Los pacientes poseerán derecho a informarse respecto de la atención recibida.

b) Los pacientes tienen derecho a conocer las acciones de salud que se le efectuarán.

c) Los prestadores de servicios médicos deberán colocar y mantener en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas.

d) sólo b y c son correctas.

e) Todas las anteriores son correctas.

2.- La definición que se ajusta al concepto de “**Consentimiento informado del paciente**”, en Chile es:

- a) Derecho que tiene toda persona a otorgar o denegar su autorización para someterse a cualquier procedimiento invasivo, de cirugía mayor o compleja, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo.
- b) Obligación del equipo de salud de firmar un acuerdo con el paciente respecto a decisiones que se tomen respecto a su salud o sobre procedimientos y/o tratamientos que se requieran frente a una situación de enfermedad grave y/o riesgo vital.
- c) Derecho de la familia de un paciente, en etapa Terminal o estado crítico a negarse a tratamientos invasivos o donación de órganos.
- d) Deber del paciente de autorizar o denegar una indicación médica que afecte su salud tal como someterse a procedimientos invasivos, salvo que la negativa pueda implicar su muerte y siempre que no exista otro procedimiento alternativo.
- e) Ninguna es correcta

3.- ¿Está implementado el **Consentimiento Informado** para el uso de las prácticas de CF en su Unidad?

- a) Si
- b) No

4.- Si existe el **Consentimiento informado** para el uso de prácticas de CF en su Unidad ¿Quién explica y formaliza este procedimiento al paciente o a familiares?

- a) Enfermera supervisora
vvvvv) Enfermera de turno
ffffff) Médico tratante
pppppppppppppppppppppppp) Médico de turno M
- lllllll) Técnicos o auxiliares de Enfermería
xxxxxxxxx) N
o está definido en forma explícita
- jjjjjjjjjj) Otros

5.- Si existe el **consentimiento informado** en su Unidad, el documento se firma:

- a) Al ingreso del paciente en la Unidad
- b) Antes de realizar la CF
- c) Después de realizar la CF
- d) No está definido el momento
- e) Otro, especifique.....

6.- ¿Conoce usted alguna **Normativa legal** que regule la indicación y uso de CF en pacientes críticos?

- a) No
- b) Si, Cuál ?.....

7.- ¿Sabe Ud. Quién es el **Responsable legal** de indicar una CF en las UPC?

- a) No
- b) Si ¿Quién? (Profesión y/o cargo).....

8.- ¿Conoce las **implicancias legales** derivadas de los daños ocasionados por el uso inadecuado de una CF?

- a) No
- b) Si Mencione cuáles conoce

ITEM III (E): ASPECTOS DE ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA

(PREGUNTAS PARA SUPERVISORAS DE UPC)

1- ¿Existe estructura de Enfermería con un organigrama definido en esta UPC?

- a) Si
- b) Informalmente
- c) No

2.- ¿Existe el **cargo de supervisora** en esta UPC?

- a) S
- i
- b) N
- o

3.- Número de enfermeras con cargo fijo en su UPC:

- a) 4 ó más 3
- vvvvvvvvvvvvvvv)

xxxxxxxxxxxxx) C

ada 6-8 horas

jjjjjjjjjjjj) C

ada 8-10 horas

3.- De los siguientes factores, ¿Cuál o cuáles contribuyen a aumentar el riesgo de muerte, en un paciente con CF?:

Cuáles.....

4.- Contestar V (Verdadero) o F (Falso) según corresponda:

a) _____

____ La contención de extremidades no implica ningún riesgo para el paciente.

vvvvvvvvvvvvvvv) _____

____ La contención torácica es la más efectiva para todo paciente crítico.

hhhhhhhhhhhhhhhhhh) _____ Las

técnicas de CF deben ser lo menos restrictivas posibles respecto de la movilidad del paciente.

tttttttttttttttt) _____

____ La CF en posición supina, predispone al riesgo de bronco aspiración.

ffffffffff) _____

____ La CF en decúbito prono, predispone al riesgo de asfixia.

rrrrrrrrrrrrrrrrrrrr) _____

____ La CF debe considerarse como sustitución de una contención química.

d) _____

____ La técnica de CF debería estar protocolizada en cada servicio clínico.

5.- ¿Cuál es el criterio que prima en su Unidad, al tomar la decisión de contener físicamente a un paciente? (Escoja una)

a) Seguridad del paciente

ppp) Seguridad del personal

bbbbbb) Seguridad de otros pacientes

nnnnnnnnnn)

Técnicos o auxiliares de Enfermería

zzzzzzzzzzzz)

No está definido en forma explícita

xxxxxxxxxxxxxxxxxxx)

Otros

8.- ¿Se usan **otras alternativas** a la contención física en su Unidad?

a) No

b) Si ¿Cuál?

ITEM V.- ANTIGÜEDAD Y POLITICAS DE SALUD DE LA UPC (PARA ENFERMERA SUPERVISORA)

1. ¿ Cuántos años de existencia tiene esta UPC?.....

2. ¿ Existe Protocolo de CF en esta Unidad ?.....

3. ¿ Existe el Consentimiento Informado sobre CF en su Unidad?.....

ITEM VI.- AÑOS DE EXPERIENCIA DE ENFERMERAS EN UPC (PARA ENFERMERAS CLÍNICAS)

1. ¿ Cuántos años de experiencia tiene usted en UPC?.....

6.2.2 CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN

Estimado/a participante:

Informamos a Usted, que las Enfermeras Sra. Pilar Fuster R y Sra. María Graciela Flores, ambas docentes de la Universidad Santo Tomás y estudiantes de Postgrado de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de Valparaíso, tienen a bien solicitar su colaboración en la investigación que es parte de los requisitos del Programa para obtener el grado de Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado, cuyo título es “Contenciones

Físicas en pacientes hospitalizados en Unidades de Paciente Crítico de la ciudad de Viña del Mar”.

El diseño de dicha investigación ha sido revisado y aprobado por una comisión del Departamento de Postgrado de la Universidad de Valparaíso.

El objetivo de este estudio es investigar respecto a los criterios que se utilizan para la indicación de Contenciones Físicas, en las unidades antes mencionadas.

Usted, por ser parte del equipo de profesionales que se desempeña en estas unidades, ha sido seleccionada/o para participar en esta investigación

El estudio consiste en contestar un cuestionario anónimo de 30 preguntas en forma personal que le tomará aproximadamente 20-30 minutos aproximadamente.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los mencionados anteriormente. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas, usando un número de identificación lo que no permitirá individualizarlas.

El participar en el estudio no conlleva ninguna obligación contractual, puede ser interrumpido si así lo desea, y no podrá ser usado para una evaluación del participante en el plano laboral.

Los beneficios derivados de esta investigación pueden significar un potencial aporte a la disciplina de Enfermería específicamente a la Gestión del Cuidado y por ende a los pacientes y/o familias que se encuentren en esta situación.

Si Ud. tiene alguna pregunta o duda sobre el estudio, puede comunicarse con las investigadoras; María Graciela Flores y/o Pilar Fuster.

Desde ya agradecemos su valiosa participación.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN

He leído y entendido el procedimiento descrito arriba.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de:

“Contenciones Físicas en UPC” a cargo de las investigadoras Sra. Pilar Fuster Roa y Sra. María Graciela Flores Agüero.

Nombre del Participante

Fecha