



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/010d.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Eficacia de la zona ventroglútea para administración de medicación intramuscular en el paciente durante contención mecánica
<i>Autores</i>	Teófilo <i>Gutiérrez Higuera</i> s, María del Carmen <i>Fuentes Callejón</i>
<i>Centro/institución</i>	Centro de Psicodeficientes "Entrepinares del Mercadillo". Complejo Hospitalario de Jaén
<i>Ciudad/país</i>	Cambil (Jaén), España
<i>Dirección e-mail</i>	teovillat@msn.com

RESUMEN

Según se indica desde la OMS, la contención mecánica debe entenderse como "métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos". Según la Joint Commission la restricción se define como "el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo, con la finalidad de controlar las actividades físicas y proteger a la persona de las lesiones que pueda infringir a sí mismo o a otros". No se incluye en esta definición aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los que se realiza la contención física del paciente, tales como procedimientos quirúrgicos o diagnósticos en los que se necesita la inmovilización de alguna extremidad [...]

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

Según se indica desde la OMS, la contención mecánica debe entenderse como “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.¹

Según la Joint Commission la restricción se define como “el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo, con la finalidad de controlar las actividades físicas y proteger a la persona de las lesiones que pueda infringir a sí mismo o a otros”. No se incluye en esta definición aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos en los que se realiza la contención física del paciente, tales como procedimientos quirúrgicos o diagnósticos en los que se necesita la inmovilización de alguna extremidad.²

Limitar la libertad de movimientos en el paciente debe realizarse como último recurso siempre y cuando el paciente no responda medidas preventivas como el abordaje verbal, medidas ambientales/conductuales y medidas farmacológicas.³

Abordaje verbal

Se divide en medidas de verbales utilizando técnicas de comunicación y acompañamiento del paciente, tratando que el paciente exprese verbalmente su irritación. La contención verbal se caracteriza fundamentalmente por el uso de escucha activa mostrando una actitud de respeto incondicional respecto al paciente, y mostrando una actitud empática en todo momento.

Medidas ambientales y/o conductuales

Procurar un ambiente tranquilo para el paciente, alejándole de las fuentes estimulantes. Invitar a participar y facilitar tareas que disminuyan la agitación.

Medidas farmacológicas

Como medida preventiva se intentará administrar psicofármacos u otro tipo de drogas prescritas por el facultativo médico con el objetivo de tranquilizar al paciente lo antes posible para evitar que se autolesione o cause daño a los demás.

Si las anteriores medidas preventivas fracasan en un paciente con agitación, se procedería irremediablemente a la contención mecánica, la cual debe estar prescrita por el facultativo médico y siempre debe quedar registrada en hojas evaluativas protocolarias que finalmente quedarán archivadas en la historia clínica del paciente. En caso de ausencia del facultativo en el enfermero/a podrá indicarla.

La contención mecánica se realiza principalmente en camas con dispositivos de sujeción y en sillas o sillones con sus respectivos sistemas de sujeción.

El proceso debe realizarse con la máxima precaución, como mínimo participando cinco personas, una por cada extremidad y el enfermero generalmente situado en la zona de la cabeza del paciente.

Tras la contención mecánica, al paciente en la mayoría de los casos le debe ser administrada medicación para disminuir su nivel de agitación y lograr un estado de sedación. Los principales fármacos usados son antipsicóticos (clásicos y/o atípicos) y benzodiacepinas. Antes y después de la administración se deberá tomar la tensión arterial del paciente, puesto que muchos fármacos antipsicóticos como el Haloperidol disminuyen la tensión arterial, pudiendo producir una grave hipotensión en el paciente. Si fuese posible y el paciente dispusiese de catéter intravenoso, la medicación será administrada de forma intravenosa debido a su rápida acción, pero en la mayoría de los casos la medicación es administrada de forma intramuscular puesto que el paciente no suele disponer de catéter intravenoso.⁴

El tema central del estudio versa sobre la seguridad de la zona ventroglútea en comparación con la zona dorsoglútea. Cada una de estas zonas han sido examinadas tras el registro de contenciones, incidencias y zonas de administración intramuscular [Tabla I], las cuales han sido comparadas en un periodo de 4 meses en cada una de ellas para determinar la zona ventroglútea como la más segura.

Cabe destacar que en las técnicas utilizadas se le debe dar importancia a la localización anatómica de estructuras vasculares o nerviosas que conlleven un cierto riesgo para el paciente. Para ello debemos detallar la descripción de las técnicas de administración intramuscular en las distintas zonas:

Zona ventroglútea o de Von Hochstetter

Es el lugar de recomendación para administración de medicación intramuscular en niños y cada vez más en adultos. Se localiza en el área del músculo glúteo medio, situado justo encima del glúteo menor. Para la accesibilidad a la zona, el paciente deberá estar en decúbito supino o posición de bipedestación.

El punto de punción se determina poniendo la palma de la mano sobre el trocánter mayor del fémur (mano derecha sobre trocánter izquierdo, y mano izquierda sobre trocánter derecho). Posteriormente situaremos el dedo índice sobre la espina ilíaca anterosuperior del paciente, desplazando el dedo medio hacia atrás siguiendo la cresta ilíaca. El triángulo formado por el dedo índice, medio y cresta ilíaca será el área de inyección. El ángulo de inyección de la aguja será de 90° con respecto a la piel.⁵

Zona dorsoglútea o zona de Barthelemy

Para la correcta administración y mejor accesibilidad, el paciente deberá estar en decúbito prono, decúbito lateral o posición de bipedestación.

Se localiza dividiendo el glúteo en 4 cuadrantes. El sitio de inyección será el cuadrante superior externo, el cual puede localizarse trazando una línea desde la espina ilíaca postero-superior hasta el trocánter mayor del fémur. Cualquier inyección aplicada por fuera y por encima de esta línea será segura. El ángulo de la aguja será de 90° y se debe

presar atención a la correcta zona de inyección debido al riesgo de puncionar el nervio ciático, arteria glútea superior o hueso.⁶

En ambas técnicas debemos usar guantes desechables, antiséptico tópico y se debe producir el proceso de aspiración previo a la inyección del fármaco para descartar la punción de algún vaso sanguíneo o la introducción del fármaco en vía sistémica.⁷

Objetivo

El objetivo de este trabajo llevado a cabo en el centro de psicodeficientes “Entrepinares del mercadillo” es demostrar la eficiencia de la administración de medicación intramuscular en la zona ventroglútea o también llamada zona de Von Hochstetter en el paciente durante contención mecánica.

Metodología

El estudio se realiza en el centro de psicodeficientes “Entrepinares del Mercadillo” y se basa en el estudio de casos como metodología de investigación en la determinación de la eficiencia de la zona ventroglútea para la administración de medicación intramuscular en el paciente durante contención mecánica. El estudio es llevado a cabo de forma observacional durante 8 meses, donde se encuentran internados 46 pacientes con edades comprendidas entre 16 y 39 años, donde predominan los trastornos psiquiátricos tipo esquizofrénicos.

El estudio parte de la valoración de las hojas de protocolo de contención mecánica [Tabla 1] en las que se utiliza medicación intramuscular, con sus respectivas incidencias, durante los meses de Febrero a Mayo de 2011, en los cuales la zona usada para la administración de medicación intramuscular era la intramuscular dorsoglútea.⁸ También está basado en el estudio de la evidencia que el personal puede evaluar tras cada proceso de contención mecánica en cama.

Posteriormente se comparan los resultados con el periodo comprendido desde Junio a Septiembre de 2011, en el cual, la zona usada para la administración de medicación intramuscular es la zona ventroglútea.

Resultados

En total se contabilizan 44 procesos de contención mecánica (cama) en el centro. Entre los meses de Febrero a Septiembre de 2011 (ambos incluidos), en los cuales 25 se corresponden al periodo de Febrero a Mayo y 19 procesos de contención mecánica comprendidos entre el periodo de Junio a Septiembre.

Según refleja la tabla durante el periodo en el que se usa la zona dorsoglútea (desde Febrero a Mayo de 2011) aparecen 10 incidencias relacionadas con la seguridad del paciente antes y después de la administración de medicación intramuscular en la zona dorsoglútea:

Pequeños rasguños en el paciente tras la administración de medicación intramuscular en la zona de punción (se da en 5 casos), aumento de la agitación del paciente (se da en 3 casos), eficacia parcial de la medicación administrada (2 casos), en el periodo

comprendido desde Junio a Septiembre de 2011 se dan 2 incidencias relacionadas con el aumento de la agitación del paciente a la hora de la administración de la medicación intramuscular ventroglútea.

Tabla 1. *Registro de contenciones, incidencias y zonas de administración intramuscular*

	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Nº Contenciones	8	6	6	5	5	4	4	6
Tipo de IM	DG	DG	DG	DG	VG	VG	VG	VG
Nº Incidencias	3	2	3	2	1	0	0	1

IM: Intramuscular; DG: Dorsoglútea; VG: Ventroglútea

Discusión

En el estudio se puede observar que durante los meses en los que se implanta la medicación intramuscular en el área dorsoglútea la seguridad del paciente se puede ver afectada, puesto que es necesario quitar parcialmente las contenciones al paciente, para posicionarlo en posición de decúbito lateral para la administración de la medicación en el glúteo. Esto da lugar a los siguientes inconvenientes:

Pequeña lesión o hematoma a la hora de la administración de medicación vía intramuscular dorsoglútea por movimientos bruscos del paciente, impidiendo parcialmente una correcta administración de la medicación, lo que daría lugar también a una eficacia parcial del fármaco.

Incremento del estado de agitación del paciente a la hora del posicionamiento del mismo en decúbito lateral y pudiendo producirse daños a sí mismo o al personal encargado de la sujeción manual durante el momento de la administración del fármaco.

Así mismo también tras consultar la bibliografía se podrían dar otras complicaciones más graves en la administración de medicación intramuscular dorsoglútea: Daño en nervio ciático y arteria glútea superior. Zona asociada con procesos de fibrosis, abscesos e infección, que predominan tras el uso continuo de medicación intramuscular.

Atendiendo a las estadísticas tras la implantación del uso de medicación intramuscular en el área ventroglútea comprendida entre los meses Junio a Septiembre, se puede observar que las incidencias registradas son sólo 2, las cuales se caracterizan por un incremento de la agitación del paciente durante el proceso de contención mecánica.

Cabe destacar que la administración intramuscular ventroglútea no precisa quitar parcialmente las sujeciones físicas del paciente, puesto que en decúbito supino, con la ayuda del personal involucrado en la contención, la administración de la medicación sería óptima y no ocasiona los daños asociados por movimientos bruscos del paciente

como se pueden observar en la administración dorsoglútea tras quitar parcialmente la sujeción para lateralizar al paciente.⁹

Además cabe destacar que en la zona del vasto externo no hay ningún nervio o arteria significativos, lo que hacen de la zona ventroglútea una de las más seguras durante contención mecánica.

Conclusión

Basándose en los datos obtenidos tras la evaluación de las hojas de protocolo de contención mecánica, tras la evidencia observacional, y consultar la bibliografía mencionada en este estudio se puede concluir diciendo que a pesar de que la zona de administración de medicación intramuscular ventroglútea pueda parecer rara en la práctica diaria, es más segura que la zona dorsoglútea en procesos de contención mecánica. Esto, es debido, a que para la administración de medicación en la zona ventroglútea no es necesario quitar parcialmente sujeciones físicas al paciente para su lateralización y posterior administración, puesto que la zona ventroglútea es accesible cuando el paciente se encuentra en decúbito supino.

Además cabe destacar, que el peligro que conlleva la cercanía del nervio ciático y la arteria glútea superior en la zona dorsoglútea, que puede dar lugar a consecuencias peores ya sea por equivocación o movimientos bruscos del paciente en agitación. Todo lo contrario ocurre en la zona ventroglútea, que la hacen más segura puesto que no tiene alrededor nervios o arterias significativas que podamos dañar.

Bibliografía

1. Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Auckland: Organización de Naciones Unidas; 1989.
2. The Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations: Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals. Illinois: Oakbrook Terrace; 1996.
3. Grupo de trabajo sobre mejora del ambiente terapéutico. Protocolo de Contención mecánica. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2010.
4. Wilson MP, MacDonald K, Vilke GM, Feifel D. A comparison of the safety of olanzapine and haloperidol in combination with benzodiazepines in emergency department patients with acute agitation. *J Emerg Med.* 2012; 43(5):790-797.
5. Chemes de Fuentes C, Espeche M. Inyectable intramuscular (IM). Zona de ventroglútea. Nuevos reparos anatómicos para la determinación de la zona de Hochstetter. En: XIII Reunión de Investigación en Ciencias de la Salud; 2011.
6. Hospital Gregorio Marañón. Administración de medicamentos por vía intramuscular. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad; 2012.
7. Caple C, Walsh K, Pravikoff D. Administración de medicamentos en adultos: intramuscular. *CINAHL Nursing Guide*; 2012.
8. March PD, Caple C, Pravikoff D. Contención y aislamiento: cómo reducir al mínimo el uso en los centros psiquiátricos. *CINAHL Nursing Guide*; 2012.
9. Flores Almonacid CI, Romero Bravo A. Administración de medicación por vía intramuscular. En: Manual de protocolos de procedimientos generales de enfermería. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2010.