



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/269.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 "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Aplicación del Modelo REDER de Excelencia en la implantación hospitalaria del protocolo de contención mecánica
<i>Autores</i>	Noelia Martín González, M ^a Angustias Navarro Guzmán, Mónica Lara Montero, Jessica Ansaldi Ansaldi, Beatriz Pajares Pérez, Encarna Rubio Sousa
<i>Centro/institución</i>	Hospital Universitario Virgen de las Nieves
<i>Ciudad/país</i>	Granada, España
<i>Dirección e-mail</i>	nomagon@hotmail.com

RESUMEN

Resultados esperados. Aumentar el grado de implantación del protocolo conjunto de contención mecánica en una Unidad del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Enfoques. En nuestro estudio de serie de casos, intentamos aplicar el esquema lógico REDER de Excelencia, fundamento del Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad. La población sobre la que hemos intervenido directamente es todo el personal que presta sus servicios en la Unidad, a los que ofrecimos una actividad formativa de 35 horas, sobre el protocolo en formato semipresencial.

Evaluación. Tras la formación, se realizaron observaciones, revisando cada paciente contenido según el método tracer de la Joint Comisión, haciendo una auditoria de la historia clínica. Tras 8 observaciones en el mes de Abril del 2014 obtuvimos una incidencia de pacientes sometidos a contención del 1.5%. Se detectaron 3 pacientes y pasamos a revisar sus historias respecto a la contención. Nuestra impresión es que es muy posible que una vez que "dejemos de mirar" se volverá a caer en la rutina de no seguimiento de protocolo, ya que como expresaba una líder, es más trabajo para los profesionales, sin tener un reconocimiento del mismo y ninguna presión para el cambio, ni por parte de la institución ni por parte de los familiares, que aceptan de buen grado que a su paciente se le sujete.

Revisión de los enfoques. Quizás sea un error intentar implantar este protocolo sin un apoyo de los líderes de la institución mucho más enérgico, porque se trata de la difícil tarea de cambiar nuestra forma de trabajar.

Palabras clave: Contención mecánica/ Trazado del aprendizaje/ Comunicación interdisciplinaria.

ABSTRACT

Expected results: to increase the stage of mechanical set implementation protocol in the Neurosurgery Unit of Virgen de las Nieves University Hospital of Granada. FOCUSING. In our study we will try to apply REDER logical schema of Excellence, Model of European Foundation for Quality Management basis. The population we directly intervene in, is all the staff that provides their services in the Unit, to whom we offer a 35-hour training activity about the protocol, in semipresential format. Previously, we have studied the reasons why the protocol and the working group were not kept on, identifying the leaders and their attitude to the implantation.

Evaluation. After training, observations were made, by reviewing each patient content in accordance with Joint Commission tracer method, performing a clinical history audit. After 8 observations in the month of April 2014, we obtained an incidence of patients submitted to containment of 1.5%. Three patients were detected so we reviewed their medical histories concerning with containment. Our impression is that it is quite possible that once we "stop looking" it will fall back in non-follow protocol routine, as a leader expressed: it is more work for professionals, without having any recognition of it and any pressure for change, by the institution or family who willingly accept that his patient was fastened.

Focusing reviews. Maybe it is a mistake to try to implant this protocol without a much more energetic support from leaders of institution, because changing our way of working is a difficult task.

Key-words: Mechanical containment/ Learning path/ Interdisciplinary communication.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

De los pacientes que acuden al Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada al menos al 2.5%¹ se le somete en algún momento a contención mecánica, aumentando la incidencia hasta el 6% si ingresan en la Unidad de Neurocirugía, en la que hemos centrado nuestro trabajo. Quiere decir que se le aplican dispositivos de sujeción mecánica para limitar su movilidad física mientras permanece en la cama o el sillón². Esto plantea dilemas éticos³, al menos en relación con el principio de no maleficencia, beneficencia y autonomía. La preocupación por respetar estos principios lleva a regular esta práctica asistencial mediante protocolos, siendo en Salud Mental donde empiezan a aparecer, pero encontramos pacientes susceptibles de contención, en todas las Unidades, aunque la causa principal es la necesidad de aplicarle medidas terapéuticas (sueros, drenajes, sondas...) que por el estado confusional del paciente, se quita continuamente. Nuestro hospital decidió adoptar el protocolo de Contención Mecánica de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, revisado en el año 2010², elaborando un documento de mano, en un solo folio que ayudara a la toma de decisiones. (Anexo 1).

En el 2011, se realizó un estudio de pacientes sometidos a contención mecánica, obteniendo una incidencia global del 2.5%¹ variando desde el 0.08% de Cirugía Plástica⁴ al 26% de Cuidados Intensivos, reflejando que no ordenaba el tratamiento un facultativo, no se empleaban medidas alternativas, no se registraba en la historia la intervención, no siempre se usaba material homologado, y no se realizaba un plan de cuidados enfocado a emplear la contención el menor tiempo posible. Creamos un grupo de trabajo para descubrir las posibles causas de nuestro problema: el no seguimiento por parte de los profesionales del protocolo de contención mecánica, (Figura 1), proponiéndonos la implantación intensiva del protocolo conjunto de

contención mecánica de los Hospitales Universitarios de Granada en la Unidad de Neurocirugía.

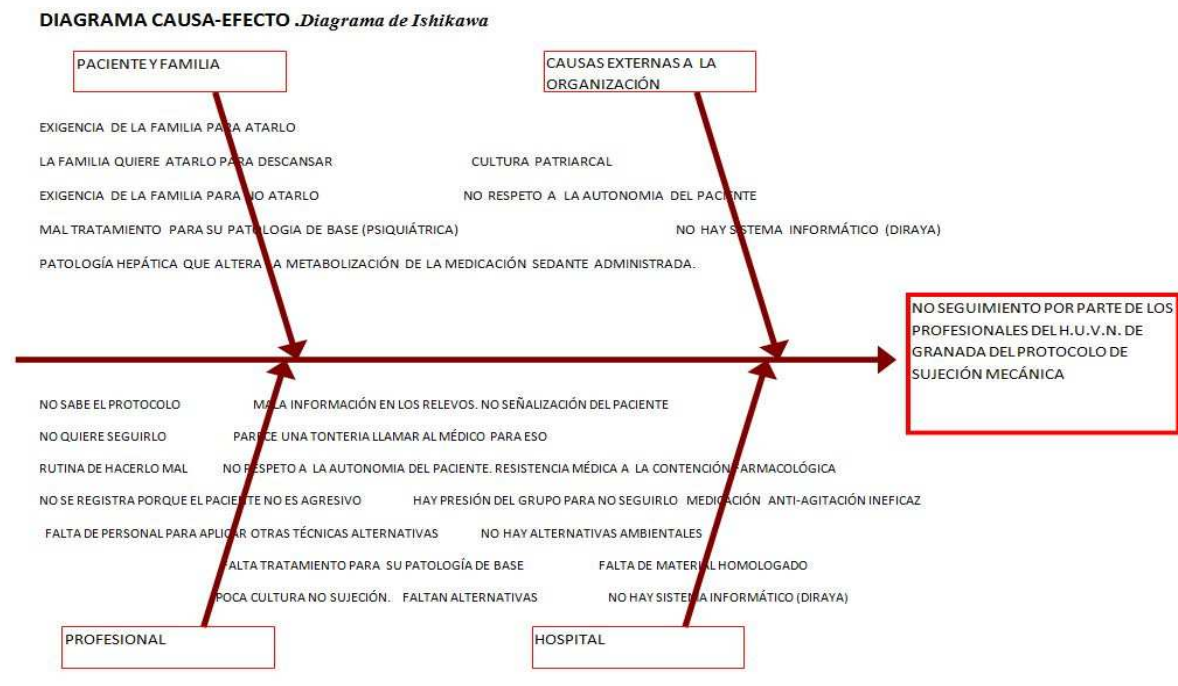


Figura 1. Posibles causas del problema: no seguimiento por los profesionales del protocolo de contención mecánica. Elaboración propia.

Material y métodos. Enfoques y desplegar los enfoques.

Intentamos en un estudio de serie de casos, aplicar el esquema lógico **REDER**⁵ de Excelencia, fundamento del Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad que responde a las iniciales de: **r**esultados que queremos lograr, **e**nfoques de lo que queremos hacer, **d**esplegar los enfoques, - la acción-, **e**valuar y **r**evaluar.

Empezamos estudiando al equipo⁶ visto como el conjunto de personas que tiene definidas sus propias funciones y tiene asumidos los intereses comunes del colectivo, para implementar el protocolo. Lo formaban todos los profesionales de la Unidad de Neurocirugía, un total de 53 profesionales especializados, 22 de ellos formados (41.22%). Su predisposición al cambio fue valorada positivamente, aunque algunos no se conocen y hay pocos lazos personales establecidos.

Entendíamos como líderes las personas que debían hacer que el equipo consiguiera el objetivo propuesto. Queríamos conseguir que hicieran suyo este proyecto para lo que intentamos crear alianzas, reuniéndonos durante el mes de Enero del 2014 con ellos, solicitando su colaboración.

Desplegar los enfoques.

Acordamos explicar nuestro proyecto a todo el personal de la Unidad, ofreciéndoles la formación, enriquecida por la interdisciplinariedad, siendo la impresión general de los alumnos que el nivel formativo fue alto. En los criterios de evaluación figuraba como actividad obligatoria la divulgación del protocolo mediante la impartición de una sesión clínica.

Resultados- evaluación

Tras la formación se realizaron observaciones, acudiendo al control de enfermería y preguntando si había pacientes contenidos. Si los había, se revisaba cada caso según el “método tracer de la Joint Comission”⁷, que pretende tener una visión general del proceso de asistencia a un paciente, realizando una auditoria de la historia clínica, en nuestro caso enfocado a la contención mecánica.

Tras 8 observaciones en el mes de Abril, la incidencia fue del 1.5% (4 veces menos que en la anterior medición), con 3 casos de pacientes contenidos.

Caso 1. Se le recordó el protocolo a la enfermera informante, -ya que todavía Subdirección de cuidados no lo había distribuido por la Unidades-, quien visualizó en la cartelera con un punto naranja al paciente, y anotó en DIRAYA -en requerimientos terapéuticos- la sujeción física proponiendo actividades para su cuidado. Se le recordó igualmente el protocolo al médico de guardia, quien puso la orden por escrito en el plan terapéutico. Tenía anotaciones en observaciones de enfermería de que se le había aplicado sujeción desde 6 días antes por arrancarse la vía y tirarse de la sonda vesical, ocasionándole sangrado por la uretra de varios días de evolución. El paciente estaba acompañado en todo momento, siendo el familiar quien avisó en la madrugada de lo ocurrido. Hubo consentimiento verbal por parte de la familia para realizar la técnica, pero no de alternativas previas a la contención.

Caso 2. Permaneció ocasionalmente con contención mecánica unas horas la noche del día 11 de Abril. El familiar informó que había intentado levantarse en varias ocasiones, debiendo estar en reposo y consiente la sujeción. No hubo orden médica ni se visibilizó con punto naranja. No hubo registro de alternativas a la sujeción.

Caso 3. Se le recordó el protocolo al médico de guardia, quien puso la orden por escrito. Tenía anotaciones en observaciones de enfermería de que se le había aplicado sujeción de manera intermitente a petición del cuidador cuando éste tuvo que ausentarse (por haberse quitado la sonda nasogástrica previamente), a pesar de la contención se la vuelve a quitar dos días después.

Discusión-revisión

En el primer caso escribió el enfermero responsable en observaciones que “la familia consiente verbalmente la contención”, pero el protocolo determina con absoluta claridad que es función del médico pedir el consentimiento tras informar a la familia, en este mismo caso se arrastra durante 3 días “pendiente de que el neurocirujano escriba la orden”. Creemos que esto puede estar relacionado con el diagrama de Ishikawa, en el que aparecía como una de las causas de no seguimiento del protocolo alegado por una enfermera “me da vergüenza llamar al médico para esto”. Creemos que esto es a lo que Ana Urrutia⁸ llama cambio cultural necesario para el control de las sujeciones.

Dos auxiliares formadas anotan en las observaciones, que el paciente está contenido, pero no hablan del material utilizado ni de su estado de conservación, tampoco del estado de la piel de la zona sujeta, ni de si se le ha ofrecido al paciente comida, bebida, se le ha preguntado si quiere eliminar o necesita alguna cosa, todo competencias suyas. Creemos que puede estar relacionado con lo que Paul Glasziou⁹ dice respecto a llevar la mejor evidencia a la práctica. Establece estas fases: conocimiento de la evidencia, (la única conseguida en nuestro caso), aprobación, aplicación, disponibilidad y posibilidad, acción, acuerdo y cumplimiento.

Nuestra impresión es que es muy posible que una vez que “dejemos de mirar” se volverá a caer en la rutina del no seguimiento de protocolo, ya que como alegaba una

líder de la Unidad “es más trabajo para los profesionales” sin tener un reconocimiento del mismo y ninguna presión para el cambio, ni por parte del hospital, ni por parte de los familiares, que aceptan de buen grado que a su paciente se le sujete.

Conclusiones

Quizás sea un error este proyecto sin un apoyo de los líderes del hospital mucho más enérgico, porque la implantación intensiva del protocolo de contención no requiere trabajar más sino cambiar nuestra forma de trabajar, creemos que mejora la seguridad del paciente y la calidad de la atención que le prestamos. Nos queda un largo camino que recorrer.

Bibliografía

1. Romerosa Arias, Purificación; Navarro Guzmán, M^a Angustias; Romero Calle, Luisa M^a; Reyes Pérez, Francisco; Rodríguez Gálvez, Rafael; González Urcelay, Carmen. Recuento de pacientes sometidos a sujeción mecánica en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Rev. Paraninfo Digital, 2012; 16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/026p.php> Consultado en Junio 2014.
2. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de Contención Mecánica. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2010 Servicio Andaluz de Salud, 2010.
3. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Bioética del Sistema sanitario público de Andalucía 2011-2014. Consejería de salud 2011. Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_1_9_bioetica_sspa/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf Consultado en marzo del 2014.
4. Muñoz Peregrina, Sonia, Domínguez Morales, M^aÁngeles. Incidencia de pacientes con sujeción mecánica en una Unidad de Cirugía Plástica de Granada. Libro de Actas II Congreso ASENHOA.2013.Pág. 113. Disponible en: <http://www.slideshare.net/sujecionmecanicacurso/asenhoa-sujecin-mecanica-2013> Consultado en Enero 2014.
5. Introducción al modelo EFQM de Excelencia. Documento Técnico. SINERGY 2010. Ingeniería de Gestión. Facilitado por Jaime del Palacio en la XI Edición Experto en Calidad y Seguridad del paciente en Instituciones Sanitarias.2014.
6. Davins Miralles, Joseph; Calvet Junoy, Silvia; Pareja Rosell, Clara; Experiencia del plan de mejora de la calidad del Centro de Salud La Mina. (1989-2004) Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria, ISSN 0212-6567, Vol. 38, N^o. 9, 2006, Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/experiencia-plan-mejora-calidad-centro-salud-la-13095054-originales-2006>
7. Documentación entregada por D. José Antonio García Ruiz en la XI edición del Experto en calidad asistencial y seguridad del paciente realizado en la Escuela Andaluza de Salud pública.
8. Ana Urrutia Baeskoa. Norma Libera–ger. Fundación cuidados dignos. Consultado en Mayo del 2014 en http://www.cuidadosdignos.org/norma_libera_ger.html

Anexo

1.-Protocolo de contención mecánica conjunto de los hospitales de Granada. Disponible en http://issuu.com/tutasnavarro/docs/conjunta_11.docx .

