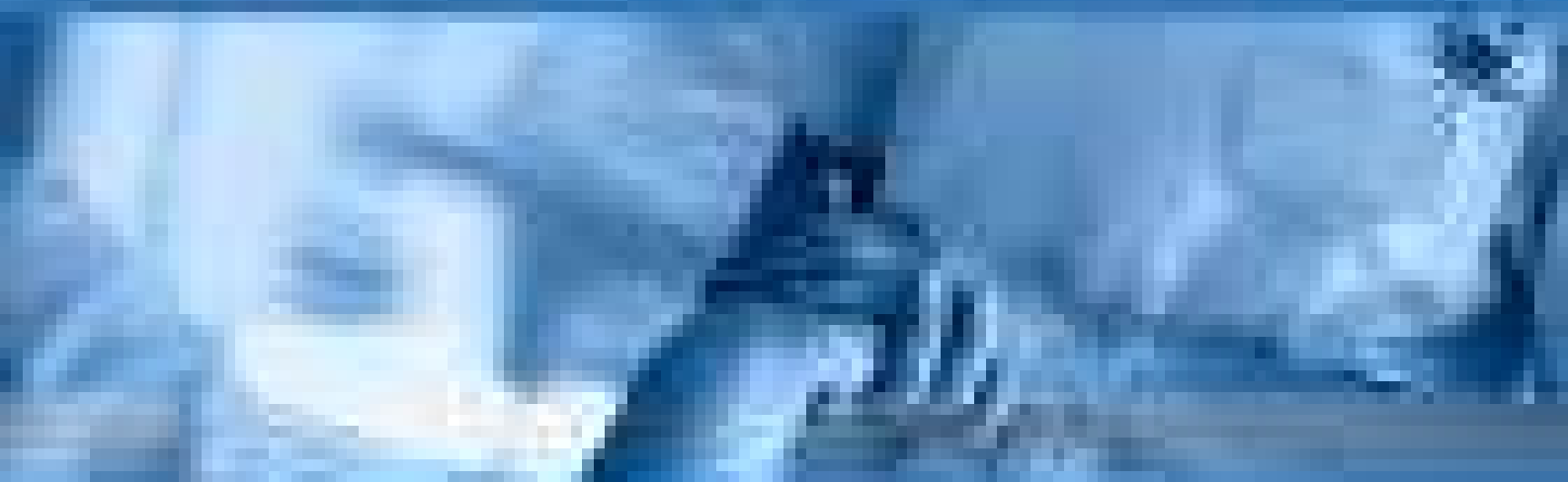




Revista Cubana de Enfermería





Revista Cubana de Enfermería

[Acerca de](#)[Archivos](#)[Noticias](#)[en SciELO](#)[Inicio](#) > [Acerca de la revista](#) > **Envíos**A⁻

A

A⁺[» Envíos en línea](#)[» Directrices para autores/as](#)[» Aviso de derechos de autor/a](#)[» Declaración de privacidad](#)

Envíos en línea

¿Ya tiene nombre de usuario/a y contraseña para Revista Cubana de Enfermería?

[IR A INICIAR SESIÓN](#)

Necesita un nombre de usuario/a y/o contraseña?

[IR A REGISTRO](#)

El registro y el inicio de sesión son necesarios para enviar elementos en línea y para comprobar el estado de los envíos recientes.

Directrices para autores/as

PROPÓSITO Y ALCANCE DE LA REVISTA

La Revista Cubana de Enfermería es el órgano oficial y científico de la Sociedad Cubana de Enfermería; y su misión es la de contribuir al desarrollo de la ciencia en Enfermería mediante la selección, evaluación y publicación de artículos científicos de probada calidad, novedad y relevancia.

INDEXACIÓN

La revista se encuentra indexada en:

SCOPUS, SciELO (Scientific Electronic Library on Line), LILACS, LATINDEX, Imbiomed, DOAJ, Free Medical Journals, SCIRUS, CUMED

TIPO DE ARTÍCULOS Y SECCIONES

La revista publica solamente 7 tipos de artículos distribuidos en la misma cantidad de secciones:

[Enviar artículo](#)

CREA TU IDENTIFICADOR

ORCID

Conectando a los
investigadores con la
investigación

ENLACES DE INTERÉS

RED Edit

RED IBEROAMERICANA DE EDICIÓN CIENTÍFICA EN ESPAÑOL

Artículos Originales
 Artículos de Revisión
 Redes de Enfermería
 Editorial
 Carta al editor
 Reflexión y Debate
 Presentación de caso clínico
 Artículo especial

REQUERIMIENTOS METODOLÓGICOS COMUNES PARA TODOS LOS TIPOS DE ARTÍCULOS

Los trabajos deben ser inéditos. En caso de haberse hecho público, el autor tiene el deber de comunicarlo.

Título: No debe incluir siglas ni abreviaturas; si se utilizan nombres de instituciones, deben ser los oficiales y estar actualizados. En español e inglés.

Autores: Deben aparecer los nombres completos y los apellidos de todos los autores. Evitar las iniciales. Poner título profesional, grados científicos, grados académicos, categorías docentes y/o investigativas, según corresponda.

Nombre completo de su afiliación institucional.

Los autores han de facilitar los registros primarios empleados de los datos si son solicitados por los editores.

Declaración de que cada una de las personas mencionadas en el acápite de **AGRADECIMIENTO**, autoriza ser mencionada.

Referencias bibliográficas: *Deben colocarse en superíndice, entre paréntesis y después del signo de puntuación.* Esta revista se acoge a las normativas descritas en las Recomendaciones para manuscritos enviados a revistas biomédicas (Estilo de Vancouver).

http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/vancouver_2012.pdf

Figuras y Tablas: Deberán presentarse en formato jpg, para el caso de las fotografías (300 dpi). Los gráficos y esquemas deberán presentarse en un formato editable.

Todos deberán tener la calidad adecuada y no deberán superar los 800 píxeles de ancho.

Consideraciones éticas: Las investigaciones presentadas deberán cumplir con todas las declaraciones éticas para los tipos de estudios, ya sea en humanos o en animales. (Declaración de Helsinki)

<http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>

El artículo no debe contener fragmentos de textos procedentes de trabajos previamente publicados o en proceso de publicación en revistas u otro soporte sin la debida citación.

Cualquier violación de tipo ética relacionada con el documento, será resuelta utilizando los protocolos establecidos por el Comité Internacional de Ética en la

Revista Cubana de Enfermería

Q4

Nursing
(miscellaneous)

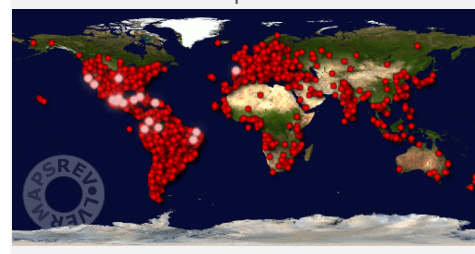
best quartile

SJR 2018

0.11

powered by scimagojr.com

Estadísticas en Tiempo Real



INFORMACIÓN

Para lectores

Para autores

Para bibliotecarios

SÍGUENOS EN:



Buscar



Categorías



Búsqueda avanzada



Actualizado en
Diciembre 12, 2019

[português](#)
[english](#)

[sitio de la revista](#)
[sobre nosotros](#)
[cuerpo editorial](#)
[instrucciones a los autores](#)
[suscripción](#)
métricas

[SciELO](#)
[Scimago](#)



[Google Scholar](#)

2018
índice h5: 9
mediana m5: 10
[más detalles](#)

REVISTA CUBANA
DE

Enfermería

Búsqueda

Publicación de Editorial Ciencias Médicas

versión impresa ISSN 0864-0319 versión On-line ISSN 1561-2961

Misión

Publicar artículos que tratan la labor de enfermería. Tiene como objetivo abordar temas acerca de los cuidados de enfermería en relación con las curas de enfermedades muy específicas.



Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Calle 23 # 654 entre D y E, Vedado
Ciudad de La Habana, CP 10400
Cuba



revistaenf@infomed.sld.cu

Revista Cubana de Enfermería, Vol. 33, No. 2 (2017)

ARTÍCULO ORIGINAL

Estandarización del procedimiento de sujeción con potencial aplicación en la agitación psicomotriz

Standardization of the procedure of subject with potential application in psychomotor agitation

Rafael Antonio Estévez Ramos; Ihosvany Basset Machado

Universidad Autónoma del Estado de México. Secretaría de Salud.
México.

RESUMEN

Fundamento: la sujeción del paciente psiquiátrico es causa de dilemas éticos y legales, el diseño y estandarización de éste procedimiento, es imprescindible para garantizar la seguridad y eficiencia en su ejecución.

Objetivo : diseñar y estandarizar un procedimiento de sujeción con potencial aplicación en la agitación psicomotriz.

Método: se realizó un estudio de diseño, estandarización, utilizando para ello la validación empírica y teórica, a partir de revisión documental, confrontación clínica y la técnica Delphi con la participación de un grupos de expertos, conformado por un equipo multidisciplinario, donde se analizaron los aspectos clínicos, éticos y legales del procedimiento en cuestión, realizándose análisis de varianza, en los que el ítem se consideró como factor dentro de dimensión, además de la desviación estándar

Resultados: el procedimiento quedó conformado por 35 ítems, todas las calificaciones y los promedios de ítems y de dimensiones resultaron con valores altos (entre 5 y 6), no se encontraron diferencias significativas en tres dimensiones del procedimiento,

mientras que en dos dimensiones no hubo variación entre ítems y en la dimensión seis hubo una diferencia significativa ($p = 0,04$), ya que un ítem tuvo un promedio menor (5,7 vs. 5,9 y 6) que los demás, sin embargo con una respuesta entre muy necesario y totalmente necesario.

Conclusiones: este procedimiento tiene una alta aprobación por los expertos, por lo que este estudio pudiera ser de utilidad en otras unidades de salud.

Palabras clave: estándares; indicadores; sujeción; contención.

ABSTRACT

Background: The subjection of the psychiatric patient is cause of ethical and legal dilemmas, the design and standardization of the procedure, it is essential to ensure the safety and efficiency in their implementation. Goal: design and standardize a procedure of subject with potential application in psychomotor agitation.

Methods : a study of design, standardization, using the validation empirical and theoretical, based on documentary review, clinical confrontation and the Delphi technique with the participation of an expert group, consisting of a multidisciplinary team, where they analyzed the clinical, ethical and legal aspects of the procedure in question, making analysis of variance, was conducted in which the item was considered as a factor in dimension, in addition to the standard deviation

Results: the procedure was made up of 35 items, all ratings and items and size averages were with high values (between 5 and 6), we found no significant differences in three dimensions of the procedure, while there was no variation between items and the six dimension in two dimensions there was a significant difference ($p = 0.04$), an item had one lower average (5.7 vs. 5.9-6) that the others, yet with a response between very necessary and absolutely necessary.

Conclusions: this procedure has a high approval by experts, so this study might be useful in other units of health

Keywords: Standards; indicators; holding; containment.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como estandarización al proceso mediante el cual se realiza una actividad de manera estándar o previamente establecida, lo que supone cumplir con reglas que, si bien en ciertos casos pueden estar implícitas, en la mayoría de las oportunidades son reglas explícitas y de importante cumplimiento a fin de que se obtengan los resultados esperados y aprobados

para la actividad en cuestión ¹. Sin embargo, estandarización también puede hacer referencia a la idea de que un elemento, producto, conocimiento o forma de pensar se iguala a los demás. ²

A través de la de estandarización se fortalece la habilidad de la organización para agregar valor al servicio que se brinda, para lo cual es necesario trabajar el proceso tal y como se realiza en el presente, analizarlo y crear una nueva manera de llevarlo a cabo, compartirlo, documentarlo y utilizar lo aprendido, una vez que se haya corregido con la intervención primeramente de una persona que lo describió o con la intervención de varios y tomando en cuenta la opinión de quienes lo realizan, se deberá expresar a través de diagramas de flujo, fotografías o dibujos que describan el proceso. ³

La sujeción es una técnica ampliamente utilizada por el personal de enfermería en los hospitales bajo prescripción médica, su uso provoca situaciones de conflicto emocional e inconvenientes en el propio personal de enfermería, lo cual está dado por el miedo que experimenta el personal de ser agredido o lesionar al paciente. ⁴

Para algunos, la sujeción terapéutica se puede relacionar con la inmovilización, entendida como el uso de procedimientos físicos mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de lesiones que sobre sí mismo o a otras personas pudiera ocasionar. ⁵

En esta investigación únicamente se hará referencia a la sujeción mecánica, la cual consiste en el empleo de sistemas de inmovilización en tórax, muñecas y tobillos, así como métodos para contener la agresión, teniendo presente que las sujeciones mecánicas o el aislamiento deben aplicarse con suma discreción y las máximas garantías de seguridad. ⁶

En 1991 la Organización de las Naciones Unidas aprobó los criterios fundamentales de regulación internacional que delimitan los principios y normas mínimas para la protección de las personas con enfermedad mental, dentro de los que se encuentran los derechos en caso de incapacidad comprobada según normas médicas, refiriendo que el paciente portador de enfermedad mental discapacitante tiene el derecho a: no ser sometido a restricciones físicas o reclusión involuntaria, salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados por la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir daño al paciente o a terceros y que en caso de reclusión o restricción se le mantenga en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata. ⁷

La sujeción es considerada por algunos como necesaria en el manejo de pacientes altamente agresivos; lo que puede verse como una limitación a la libertad del enfermo, no es más que un procedimiento terapéutico consistente en la restricción de movimientos, para preservar su integridad y/o la de terceros, o asegurar la correcta aplicación de medidas diagnósticas o terapéuticas, ⁸ por ello la estandarización del procedimiento en cuestión, forma parte de las garantías individuales del paciente con agitación, obteniendo una práctica segura y eficiente.

La conducta agresiva se considera una urgencia, definida como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que se requiere atención inmediata. ⁹

El síndrome de agitación psicomotriz no constituye en sí mismo una enfermedad, sino una conducta que puede manifestarse con trastornos psiquiátricos y/o somáticos. Varios estudios muestran que aproximadamente el 10 % de los individuos que llegan a los hospitales psiquiátricos presentan conductas violentas antes de su ingreso. ¹⁰

Es difícil identificar si el origen del cuadro de agitación es de tipo psíquico o físico, dada la dificultad en la valoración del paciente, por su falta de colaboración, y la relación que esta conducta puede tener con problemas somáticos graves; por tanto, y en cuanto sea posible, se deberá realizar una historia clínica completa y la exploración somática del paciente. ¹¹

Existen cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas: ¹²

- a) Verbal.
- b) Farmacológica.
- c) Física.
- d) Solicitud de ayuda.

Al ser el personal de enfermería el responsable ético y legal del cuidado del paciente con trastornos mentales, durante la sujeción, la enfermera puede experimentar diversas emociones. Estudios anteriores muestran las afectaciones psicológicas que puede experimentar éste personal, al considerar al procedimiento como una crueldad, pero al mismo tiempo como una herramienta en la terapéutica, esto pone de manifiesto su realidad emocional y cognitiva ante la necesidad de aplicar la sujeción; el miedo y la angustia son emociones que el personal de enfermería siente, sobre todo cuando no se cuenta con un procedimiento

estandarizado que sirva de referencia para que el personal que la ejecuta se sienta seguro de lo que realiza y disminuyan en ellos afectaciones psicológicas, que pueden ir desde el sentimiento de culpa hasta la negación a la terapéutica prescrita.⁴

Por lo que dentro del sistema de salud es importante la estandarización de procesos como parte de la mejora continua.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de diseño y estandarización de un procedimiento de sujeción con potencial aplicación en la agitación psicomotriz, a través de validación empírica y teórica.^{13,14}

El diseño del procedimiento, se realizó a través de la revisión de manuales de procedimientos de tres hospitales de Psiquiatría de México, la confrontación clínica para determinar el comúnmente utilizado (validación empírica), se contó con la participación de dos expertos en artes marciales (Jiu-jitsu y Kung-Ku), los cuales expusieron tres maniobras de contención de la agresión.

La validación científica como parte de la validación teórica se realizó por medio de investigación documental, para lo cual se revisó libros y bases de datos, para finalmente tener la descripción del procedimiento de sujeción en 35 pasos.¹³⁻¹⁵

Posteriormente, se estandarizó el procedimiento, a través del Método Delphi con la participación de un grupo multidisciplinario de 10 expertos; los criterios de selección fueron con base en la definición utilizada en el artículo "Del principiante al experto: excelencia y poder de la enfermería clínica",¹⁶ así como la *European Journal of Operational Research*, en su artículo "Performance-based assessment of expertise: How to decide if someone is an expert or not",¹⁷ siendo los requisitos más importantes: que contaran con título de especialistas en algunas de las siguientes áreas: Bioética, Derechos humanos y Asuntos Jurídicos, Traumatología y Ortopedia, Medicina Psiquiátrica y Enfermería Psiquiátrica y su actividad laboral acorde con su especialidad, se les aplicó el instrumento a los expertos (un médico traumatólogo con experiencia clínica y de investigación, un médico con maestría en bioética y medicina forense, con especialidad en medicina legal, perteneciente a la Dirección de Periciales de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, un licenciado en derecho con maestría en derecho, ciencias jurídicas y penales, especialidad en derechos humanos, doctorado en bioética y biojurídica, perteneciente a la Coordinación General Adjunta de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud de México, un médico especialista en psiquiatría con experiencia clínica y de investigación y seis enfermeras especialistas en

psiquiatría, con más de 10 años en atención directa a pacientes psiquiátricos). ^{16,17}

El cuestionario aplicado a este grupo de expertos describía el procedimiento de sujeción, ya diseñado y conformado por 35 ítems, clasificados en seis dimensiones: la primera es la Identificación de signos de agitación psicomotriz y toma de decisión para solicitud de ayuda y contención verbal, tres dimensiones que contenían tres maniobras de contención cada una, una de sujeción y la última de vigilancia y control de la seguridad del paciente. Se utilizó una escala de medición tipo Likert del 1 al 6, donde 1 significó totalmente en desacuerdo, 2 medianamente en desacuerdo, 3 escasamente en desacuerdo, 4 escasamente en acuerdo, 5 medianamente en acuerdo y 6 totalmente en acuerdo. ¹⁸ Se consideró como puntuación aceptable las respuestas con promedio mayor de 5.

Con el fin de caracterizar la consistencia de ítems dentro de dimensiones se realizó análisis de varianza en los que el ítem se consideró como factor dentro de dimensión. De esta manera si el promedio de ítem resultara diferente significativamente a otros de la misma dimensión no habría total consistencia en la opinión de los expertos para la dimensión correspondiente; se analizó además la desviación estándar para determinar la consistencia de los ítems planteados.

RESULTADOS

En la revisión bibliográfica y documental, se constató que no existían maniobras de contención de la agresión en el procedimiento de sujeción para la agitación psicomotriz y que en la realidad clínica éste se realizaba sin un protocolo establecido, que garantizara la seguridad del paciente y la del propio personal de enfermería, por lo que se contó con la participación de dos expertos en artes marciales, mismos que mostraron técnicas de cómo contener los movimientos de agresión de un individuo (maniobras de contención), el experto en Jiu-jitsu demostró dos maniobras de contención, la primera con la participación de 4 personal de enfermería y la segunda con la intervención de un enfermero, (Fig. 1, ilustraciones de la A a la I y Fig. 2, ilustraciones de la A a la D), por otro lado el experto en Kung-Ku, presentó otra maniobra que puede realizarse para conseguir el objetivo de inmovilizar al agresor, a través de una técnica de inmovilización (Fig. 3. ilustraciones de la A a la C), dichas técnicas fueron incluidas al instrumento para su evaluación, conjuntamente con otros pasos específicos para complementar el procedimiento de sujeción. De acuerdo a la opinión de los expertos sobre el procedimiento conformado por 35 ítems y agrupado en las seis dimensiones (tabla), se observó que la dimensión de sujeción

obtuvo el mayor grado de aprobación (seis) 6, seguidos de la de decisión con 5,95 de promedio, 5,94 los correspondiente a vigilancia y control y en éste orden descendente se ubican los de la maniobra 1 de contención, los de maniobra 2 de contención con 5,73 y 5,70 respectivamente, siendo el de menor promedio obtenido los de la maniobra 3 de contención propuesta por el experto de Kung Ku, para un promedio general de 5,80, así mismo se muestra la desviación estándar por cada una de las dimensiones, no encontrando variación significativa entre cada uno de los promedios de opinión de los expertos, mostrando consistencias entre ellos; en relación al análisis de varianza, no se encontraron diferencias significativas en la primera dimensión ($p = 0,57$), en la segunda ($p = 0,35$) y cuarta ($p = 0,76$), mientras que en la tercera y quinta dimensión no hubo variación entre ítems. En la dimensión 6 hubo una diferencia significativa ($p = 0,04$), ya que un ítem tuvo un promedio menor (5,7 vs. 5,9 y 6) que los demás pero sin embargo todavía como una respuesta entre muy necesario y totalmente necesario.



Fig. 2. Maniobra de contención 2 con la participación de un recurso de enfermería, demostrada por el experto en jiu-jitsu. (A, B y C) El enfermero abraza al paciente a nivel de la cintura realizando un círculo y deteniendo las extremidades superiores, ya sea por delante (A) o por detrás de éste. (B) y en un movimiento donde el enfermero flexiona las rodillas para luego con el paciente sujeto incorporarse y llevarlo para el lugar donde se realizará la sujeción (C).



Fig. 3. Ilustraciones de la maniobra de contención 3 con la participación de un recurso de enfermería, demostrada por el experto en Kung - Ku.

(A) Mano derecha del enfermero en muñeca derecha del paciente y mano izquierda del enfermero en flexura del codo derecho del paciente, inmovilizando ambas zonas. (B) El enfermero flexiona la muñeca del paciente con apoyo del codo de éste en la mano izquierda del enfermero. (C) Coloca sobre su brazo izquierdo el brazo derecho del paciente con flexión del codo y coloca su mano derecha sobre la mano inmovilizada del paciente, flexionando la muñeca del paciente.

En relación a la escala de aprobación por expertos (Fig.), todos se ubicaron en los niveles de acuerdo (del 5 al 6), la mínima aprobación que se obtuvo fue la del experto No.7, con 5,4, de manera ascendente los expertos 10 y 1 su nivel de acuerdo en la escala de Likert fue de 5,6 y 5,7 respectivamente, seguido de los expertos 3 y 8 quienes consideraron un promedio en la escala de 5,8, así mismo los expertos 2,6 y 9 calificaron el procedimiento con un valor de 5,9, el resto (expertos 4 y 5) aprobaron con la máxima calificación (seis) todo el procedimiento. Atendiendo a lo anterior el procedimiento de sujeción con potencial aplicación en la agitación psicomotriz, queda descrito de la siguiente manera:

Dimensión 1

1. El enfermero (a), deberá de identificar en el usuario los signos de agitación psicomotriz (Inquietud, aumento de la actividad motora, gestos violentos, disforia, etc.).
2. De ser posible avisará al resto del equipo la situación.
3. Intentar la contención verbal.
4. Ante el fracaso de la contención verbal y con el apoyo de otros tres enfermeros (a), procederá a la contención física, para lo cual deberá de contar con un plan específico de intervención.

Dimensión 2

5. En lo adelante se nombrará enfermero (a) 1 a la persona que dirige la acción, enfermero (a) 2 a quien distrae al usuario y enfermero (a) 3 y 4 a quienes se encargan de auxiliar en la sujeción.
6. El enfermero(a) 2 le habla al paciente con el objetivo de distraerlo.
7. Si la maniobra se realiza por el lado derecho del paciente, el enfermero (a) 1, con su mano izquierda toma al paciente por encima de la muñeca (antebrazo), debiendo mantener el enfermero (a) misma mano, mismo pie adelante.
8. El enfermero (a) 1 con un solo movimiento rápido y sin tirar o jalar, trae hacia él al paciente y coloca su mano derecha en el codo del paciente de la misma mano de donde lo tiene sujeto.
9. En otro movimiento y seguido del anterior el enfermero (a) 1, desplaza su mano derecha hacia la parte inferior del antebrazo derecho del paciente.
10. El enfermero (a) 1 coloca entonces su mano izquierda a nivel de la cintura del paciente, colocándose por unos instantes detrás de éste.
11. El enfermero (a) 1 sujetando fuertemente el antebrazo del paciente, levanta la extremidad del paciente por encima de su cabeza y se la coloca detrás de la nuca.
12. El enfermero (a) 1 con su mano izquierda que abraza la espalda del paciente a nivel de la cintura, busca el antebrazo del lado contrario a la extremidad ya sujeta del paciente deteniendo cualquier tipo de movimiento con ese miembro.
13. De inmediato el enfermero (a) 2 se acerca al paciente por el lado contrario de donde se encuentra situado el enfermero (a) 1 y toma la extremidad superior del paciente y se la coloca al igual que el 1 por detrás de su nuca y abrazando al paciente a nivel de la cintura.
14. El enfermero (a) 3 tendrá preparada la cama o la camilla donde se sujetará al paciente, sostendrá con ayuda del enfermero (a) 4 las extremidades del paciente para ser trasladado a la cama o la camilla.
15. Si la maniobra se inicia por el lado izquierdo del paciente, entonces se invertirán las posiciones de los actuantes.
16. Este procedimiento lo podrán realizar personas de ambos sexos, sin importar la estatura y peso tanto de los enfermeros (as) y pacientes.

Dimensión 3

17. Si el enfermero (a) es de complexión robusta y se encuentra solo podrá abrazar al usuario a nivel de la cintura realizando un círculo y deteniendo las extremidades superiores, ya sea por delante o por detrás de éste.

18. En un movimiento donde el enfermero (a) flexiona las rodillas para luego con el paciente sujeto incorporarse y llevarlo para el lugar donde se realizará la sujeción, para esto deberá el enfermero de usar faja.

Dimensión 4

19. En el caso de que el enfermero (a) sea de complexión delgada y baja estatura podrá contener al paciente sujetándolo del codo y muñeca.

20. Mano derecha del enfermero (a) en muñeca derecha del paciente y mano izquierda del enfermero (a) en flexura del codo derecho del paciente, inmovilizando ambas zonas.

21. El enfermero (a) flexiona la muñeca del paciente con apoyo del codo de éste en la mano izquierda del enfermero.

22. El enfermero (a) coloca sobre su brazo izquierdo el brazo derecho del paciente con flexión del codo y coloca su mano derecha sobre la mano inmovilizada del paciente, flexionando la muñeca del paciente y no permitiéndole algún movimiento de defensa, sin ejercer demasiada fuerza, pudiendo utilizar ambas manos para un mejor control.

Dimensión 5

23. Para sujetar al paciente se deberá de disponer de una camilla o una cama que cuente con mecanismos para posiciones (bajar y subir), evitar que esto se realice en el suelo.

24. La camilla o la cama se deberán de colocar a una altura que propicie el procedimiento.

25. El usuario deberá ser girado de espaldas sobre la superficie de la camilla o la cama.

26. En la cama o camilla, se procederá a colocar las fijaciones sujetadores de cuero o tela, iniciando en las muñecas y posteriormente los tobillos, además de la cincha de seguridad a nivel del tórax, asegurando la inmovilidad de las grandes articulaciones (hombros, codos y rodillas), lo que limita considerablemente la movilidad además de disminuir el riesgo de fracturas.

Dimensión 6

27. El médico valora y prescribe medicamento si lo considera necesario.
28. La sujeción podrá ser prescrita por el médico o enfermero (a) con especialidad de nivel posgrado.
29. En la prescripción de la sujeción se deberá de hacer referencia al tiempo que debe de permanecer
30. La sujeción se debe revisar periódicamente para comprobar su comodidad y seguridad, y en caso de que se prolongue la inmovilización física se liberará una extremidad de forma alternada, aproximadamente cada 30 minutos para prevenir el tromboembolismo pulmonar.
31. Vigilar la vía aérea.
32. Control de signos vitales.
33. Asegurar la correcta hidratación sobre todo ante necesidad de sedación prolongada
34. Retirar la sujeción cuando el paciente se haya calmado, evitando tiempos prolongados, de ser así deberá ser valorado por el médico la ministración de anticoagulantes.
35. Registro del procedimiento en hoja de Enfermería.

DISCUSIÓN

Unificar criterios es una necesidad para trabajar de manera cohesiva, ⁴ esto además permite obtener la sensación de seguridad en el actuar del personal de enfermería, lo que facilita el manejo de emociones que pudieran afectar la ejecución del procedimiento; a través de la estandarización se puede lograr esta unificación de criterios con el uso de expertos que analicen la realidad y coincidan en un nuevo replanteamiento del procedimiento.

La estandarización pudiera decirse que es el proceso mediante el cual se realiza una actividad de manera preestablecida, con reglas que en ciertos casos pueden estar implícitas y de importante cumplimiento, con el propósito de obtener los resultados esperados y similares en cada uno de los escenarios donde se aplique. ^{1,2}

Los datos obtenidos en el diseño y la estandarización del procedimiento, muestran la validez de contenido del mismo, una vez que se revisó cómo se realizaba, o sea la realidad clínica y como parte de la validación empírica de las intervenciones de enfermería, ¹³ mismas que fueron minuciosamente revisadas por personal con suficiente expertés en enfermería psiquiátrica, además de que se elaboró un universo amplio de ítems, se verificó

lo exhaustivo del contenido, a través de la validación por expertos, 19-21 y se obtuvo un promedio de aprobación del procedimiento de 5,80 por parte del grupo de jueces participantes.

Este estudio pudiera ser de utilidad en otras unidades de salud, pudiendo realizarse ésta técnica como último recurso, misma que es necesaria en el manejo de pacientes altamente agitados; siendo que lo que pudiera verse como una limitación a la libertad del enfermo, no es más que un procedimiento terapéutico consistente en la restricción de movimientos, con el objeto de preservar su integridad y/o la de terceros, o asegurar la correcta aplicación de otras medidas diagnósticas o terapéuticas, así como posibilitar en el personal de enfermería el manejo de emociones, de manera que no afecten la ejecución del procedimiento, ni el bienestar psicológico del enfermero.

CONCLUSIONES

El procedimiento se diseñó y estandarizó a través de la validación empírica y teórica, mostrando gran consistencia en los ítems que lo conforman.

La estandarización del procedimiento de Sujeción tiene una alta aprobación por los expertos, por lo que ésta pudiera ser de utilidad en otras unidades de salud.

Se abarcaron los aspectos éticos, legales y clínicos implícitos en el procedimiento de sujeción del paciente psiquiátrico con agitación psicomotriz.

El procedimiento que se plantea va encaminado a garantizar la seguridad del paciente, personal de enfermería y de otras personas involucradas en la atención que se proporciona al paciente agitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuchs E, Marín I, Ponsich F, Martinez P, Escolano M. Escolano M. Estandarización de Cuidados en una Planta de Rehabilitación. Rev. Enfermería Global [internet] 2004 [citado: 20 de diciembre del 2010]; 3(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/593/-615>
2. Andreu Atik P, Pinillos Bartolomé M. Estandarización de los cuidados de enfermería en Preanestesia. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Rev. Gestión de Cuidados [internet] 2002 [Citado: 20 de diciembre del 2010]; 3(4). Disponible en: <http://www.hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/enfermeria/Estandarizaci>
3. Pelaez Caceres I. Estandarización de Procesos como Herramienta de Gestión en la Industria Avícola. Avicultura

[internet] 2010 [Citado: 20 de diciembre del 2010]. Disponible en:
http://www.engormix.com/estandarizacion_procesos_como_herramienta_s_articulos_2

4. Marqués S. La Vivencia de la Sujeción Mecánica Experimentada por el Personal de Enfermería de una Unidad Psiquiátrica. Rev. Scielo [internet] 2007 [25 de Septiembre del 2010]; volumen 16 (58) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000300004&script=sci_arttext .

5. Víctor Fernández Gallego, Eduardo Murcia Pérez, Juan Sinisterra Aquilino, Carmen Casal Angulo, María Carmen Gómez Estarlic. Manejo Inicial del Paciente Agitado. Rev. Emergencias SEMEN [internet] 2009 [12 de diciembre del 2009]; [pág 124-126] Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf.

6. Secretaría de Salud. NOM 025. 1995 SSA. Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades psiquiátricas. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html> recuperado 30 de Junio del 2009.

7. Gutiérrez, A., M. Meza. Derechos Humanos de una Población Olvidada: Personas con Discapacidad Mental. Rev. Latinoam. Der. Med. Medic. Leg. 1998. 2:65-69.

8. Hernández Figaredo Pablo. Psiquiatría y Ética Médica. Rev. Hum. Med. [internet] 2007 [20 de octubre de 2010]; Volumen.7 (2): [pág 11] Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2007/n20/body/hmc010207.htm> Consultado el 20 de octubre de 2010.

9. Oca, L. Urgencias Psiquiátricas. Disponible en: http://www.normon.es/media/manual_8/capitulo_51.pdf . Consultado el 4 de mayo del 2010.

10. Secker, J., A. Benson., E. Balfe., M. Lipsedge., S. Robinson., J. Walker. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. J. Psychiatr Mental Health Nur. 11. 2004: 172-178.

11. Gavilán, C., J. A., González., S., Porras. Actitud ante el paciente agitado en urgencias hospitalarias. 2009. <http://knol.google.com/k/actitud-ante-el-paciente-agitado-en-urgencias-hospitalarias#>. Consultado el 23 de febrero del 2010.

12. Madoz C., M, Martínez., M, Otaño. El paciente agitado, disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas> . Consultado el 2 de noviembre del 2009.

13. Proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica Enfermera (NIPE). Validación de intervenciones. Consejo General de Enfermería. Instituto Superior de investigación para la

Calidad Sanitaria (ISICS).

http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/QueEsElProyectoNIPE.

Consultado el 17 de noviembre del 2009.

14. Lozano, Y., González, R., Igea, M., Asensio, A., Cruz, M.V., Fresneda, B. Enseñanza: Nutrición infantil. Validación teórica de la Intervención enfermera 5626. Nure Investigación, nº 24, Septiembre-Octubre. 2006.

http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PONENCIA/Comunic_24.

. Consultado el 20 de Mayo del 2011.

15. López-Vázquez, J.T. Investigación Documental. En: Gutiérrez-Samperiio, C. Filosofía, Investigación y Docencia en Medicina.. Edit. Costa-Amic, S.A de C.V. México. 2009. Pp. 47-55.

16. Ann. Modelos y teorías en enfermería. Edit. Harcourt Brace. Madrid, España. 1997.

17. Shanteau, J., D. J. Weiss, R. P. Thomas, y J. C. Pounds. Performance-based assessment of expertise: How to decide if someone is an expert or not. Eur. J. Oper. Res. 136. 2002. 253-263.

18. Padua, J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. Fondo de Cultura Económica. 2002:125-139. México.

19. Arrivas, M. Diseño y Validación de Cuestionarios. Matronas Profesión. 2004. 5:23-29. Disponible en:

http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf

. Consultado el 12 de Septiembre del 2010.

20. Cid, G. Proceso de Validación de Intervenciones del Proyecto NIPE. Excelencia Enfermera. Revista Científica y de Divulgación. 2005. [http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?](http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=10&idA)

[pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=10&idA](http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=10&idA)

. Consultado el 20 de Julio del 2010.

21. Blasco, J., A. López., S. Mengual. Validación Mediante Método Delphi de un Cuestionario para Conocer las experiencias e Interés hacia las Actividades Acuáticas con especial atención al Windsure.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3217522>

Consultado el 10 de Agosto del 2010.

Recibido: 12 de noviembre de 2016.

Aprobado: 2 de febrero de 2017.

Dr.en C.S. Rafael Antonio Estévez Ramos. Doctor en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Estado de México. Secretaría de Salud.

Correo electrónico: restevezr@hotmail.com