



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Perfil clínico asistencial de contenciones mecánicas
en una Unidad de Psiquiatría del Hospital General.

Clinical care profile of: Physical restraints in a
General Hospital Psychiatric Unit.

Autor/es:

Manoela Oliveira Brito

Director/es:

Dr. Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina de Zaragoza

2016

Autor/es:
Manoela Oliveira Brito

Director/es:
Dr. Ricardo Campos Ródenas

Título del trabajo:
Perfil clínico asistencial de contenciones mecánicas en una Unidad de Psiquiatría del Hospital General.

Departamento:
Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

RESUMEN

Objetivo: a) Investigar acerca del perfil epidemiológico de los pacientes que tengan indicación de ser contenidos, b) Investigar acerca de las características de las contenciones mecánicas (CM), c) Analizar los datos obtenidos y determinar las diferencias con meta-análisis y estudios anteriores.

Método: La muestra estaba formada por 203 pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario - Lozano Blesa (HCU -LB). A partir de dichos datos, procedimos a revisar los informes de alta médica y de enfermería con los que se analizaron una serie de variables mediante un análisis descriptivo.

Resultados: El porcentaje de contenciones mecánicas en el HCU-LB es de 29,06%, por consiguiente, 1 de cada 3 pacientes han sido contenidos. La mayoría son varones (59,3%), españoles (76,3 %) con una media de edad de 42,73 años. Con respecto al ingreso, la mayoría fueron involuntarios (69,5 %), motivados por un episodio psicótico y con ingresos anteriores (en HCU-LB y otros centros). Centrándonos en la problemática social y de consumo, la mayoría eran desempleados (79,7%) y en el valor psicopatológico 72,9% tenía un juicio mermado de la realidad. En lo referente a las contenciones mecánicas, la mayoría se realizaron en el ingreso (59%) y en el turno de tarde (28,2 %), siendo completas o en 5 puntos (38,3%). El motivo principal fue la agitación (67,7%). Los pacientes estuvieron ingresados una media de 15,30 días antes de ser contenidos, con 30,92 horas de CM y 2,74 contenciones por paciente. Las CM registradas en todos los informes fueron 50,8%.

Palabras clave: contención mecánica en psiquiatría, medidas de restricción.

ABSTRACT

The aim of this project is to carry out an in-depth study on: a) The epidemiological profile of patients admitted to a Psychiatric Unit as they relate to physical restraint, b) The profile of physical restraint and c) a detailed comparative analysis of the data and define the differences with meta-analyses and review articles.

Method: The sample consisted of 203 patients admitted to the Psychiatric Unit of the “Hospital Clínico Universitario - Lozano Blesa (HCU -LB)”. Through these data, we proceeded to review the medical and nursing discharge reports with a range of variables which were analyzed using descriptive analysis .

Results: The percentage of physical restraints in the HCU - LB is 29.06 % , therefore, 1 out of 3 patients have been contained. The profile of the patients had been restrained were spanish (76.3%) men (59.3%) with an average age of 42.73 years. With involuntary admission (69.5%), driven by a psychotic episode and previous admissions in our hospital and others of 25.4%. Based on biopsychosocial factors most of them were unemployed (79.7%) and 72.9% had an altered sense of reality. The monitoring was performed by medical treatment and consultation in hospital (83.1%). Regarding to the profile of the physical restraint, they were made in the moment of the admission (59%) in the afternoon shift (28.2%) and with the technique of five point (38.3%). The main reason was agitation (67.7%). Patients had an average of 15.30 days before the restraint, with 30.92 hours and 2.74 restraint per patient. The restraint registered in all reports were only 50.8%.

Keywords: mechanical restraint, physical restraint, psychiatric coercive measure

ÍNDICE:

| | |
|--|--------------------------------------|
| CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1. JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| 2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS | 3 |
| 3. CONTEXTO ACTUAL | 3 |
| 1. CONTENIDO..... | 4 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO: | 5 |
| 1. CONTEXTUALIZACIÓN. | 6 |
| 2. LAS CONTENCIONES | 7 |
| CAPÍTULO III: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 13 |
| 2. RESULTADOS | 14 |
| 2.1. Búsqueda bibliográfica | 14 |
| 2.2. Estudio descriptivo UHA Psiquiatría HCU-LB..... | 15 |
| 3. DISCUSIÓN..... | 21 |
| 3.1. Puntos fuertes del estudio | 23 |
| 3.2. Limitaciones del estudio..... | 24 |
| 3.3. Propuesta de mejora para el estudio | 24 |
| 3.4. Estudios futuros | 24 |
| 3.5. Planteamiento de Programa de mejora | 24 |
| CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES..... | 26 |
| BIBLIOGRAFÍA | 27 |
| ANEXO I..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. MARCO NORMATIVO | ¡Error! Marcador no definido. |
| ANEXO II | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. ESTUDIOS..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2. REVISIONES..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3. PROTOCOLOS | ¡Error! Marcador no definido. |
| Anexo III | ¡Error! Marcador no definido. |
| 1. Consentimiento informado | ¡Error! Marcador no definido. |
| 2. Registro de la CM | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3. Registro de seguimiento de pacientes con CM..... | ¡Error! Marcador no definido. |

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN:

1. JUSTIFICACIÓN:

Este Trabajo de Fin de Grado trata de realizar un enfoque de las técnicas de intervención intrahospitalaria, centrándose en las contenciones mecánicas en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCU-LB). En psiquiatría se define como el método de inmovilización física mediante el uso de equipamiento autorizado, para el control conductual del paciente psiquiátrico llevado a cabo por personal sanitario entrenado, con el fin de limitar de forma segura los movimientos de una parte o de todo el cuerpo para prevenir el daño a sí mismo, a otro o a que se comprometa el medio terapéutico. ⁽¹⁾

En España existe poca investigación empírica sobre el uso de la contención mecánica, el por qué y cómo se utiliza ⁽²⁾. Si realizamos una búsqueda del perfil epidemiológico y de las características de las contenciones en nuestro ámbito hospitalario encontramos escasa información al respecto.

Por ello, hemos decidido realizar un estudio retrospectivo en el cual intentamos definir el perfil epidemiológico del paciente y de las características de las contenciones en nuestro ámbito hospitalario, dado a que es una práctica con distintas implicaciones éticas y legales, planteando principalmente un enfrentamiento entre el principio de autonomía y el de la beneficencia.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS:

Nuestro objetivo general es llevar a cabo un análisis de la bibliografía publicada en los últimos 10 años acerca de las CM, analizando tanto el perfil de las mismas como el epidemiológico de los pacientes a los que se les indica dicha técnica. El objetivo específico consiste en comparar dichos perfiles con los obtenidos en la Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría del HCU-LB.

3. CONTEXTO ACTUAL:

Como hemos explicado se trata de un procedimiento aplicado en contra de la voluntad del paciente, y eso genera miedo y rechazo tanto a nivel individual como en su contexto social. Fuera del ámbito asistencial, muy a menudo se percibe como un procedimiento de castigo o sanción a alguna conducta. Relacionar la contención

mecánica con el hecho de atar a la persona en contra de su deseo es común en conversaciones ajenas al mundo sanitario. ⁽³⁾

Asimismo, muchas veces los pacientes se sienten privados de su autonomía y de la percepción de su control, destruyendo la relación de confianza entre el paciente y el personal sanitario. Esto conlleva a que muchos profesionales de este campo establezcan la duda sobre si las restricciones pueden ser terapéuticas ⁽⁴⁾ o si alguna vez hay una razón legítima para su uso ⁽⁵⁾.

1. CONTENIDO:

El trabajo se encuentra estructurado en 6 partes: Capítulo I: Introducción a las técnicas de intervención intrahospitalaria (Justificación del trabajo, Objetivos generales y específicos, contexto actual y contenido). Capítulo II: marco normativo: revisión de la bibliografía y las contenciones mecánicas (objetivos, indicaciones, contraindicaciones, facultativos y procedimiento de la técnica y tipos de CM). Capítulo III. Material y métodos donde se incluye descripción de la búsqueda bibliográfica y de las características del estudio; resultados de dicha búsqueda, del perfil epidemiológico y de las CM; Discusión variables analizadas, puntos fuertes y limitaciones del estudio y propuesta de mejora para el estudio, investigaciones futuras y planteamiento de programa de mejora. Capítulo IV. Conclusiones. Bibliografía. Anexos I (Legislación), II (estudios, revisiones y protocolos) y III (programa de mejora).

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:

La práctica clínica psiquiátrica incluye técnicas de intervención en continuo desarrollo. Se denominan técnicas de intervención hospitalaria (TIH) a aquellas que se administran a pacientes ingresados en el régimen total o parcial de la Unidad de Psiquiatría.

Las técnicas de intervención intrahospitalaria se clasifican en: 1/ TIH de garantía de prevención o intervención de riesgos graves, 2/ TIH con finalidad diagnóstica y 3/ TIH con finalidad terapéutica.

La TIH de garantía de prevención o intervención de riesgos graves puede llegar a suponer una merma de la libertad del paciente, por lo que se debe respetar el marco ético y legal. Son indicadas en caso de observación continuada, procedimientos restrictivos, nutrición, administración de la medicación, en incendios, recaídas tempranas al alta y durante traslados de pacientes.

En nuestro trabajo, nos centramos en el apartado de procedimientos restrictivos, que se divide en técnicas de contención (psicológica, física y química), técnicas de aislamiento, restricción de salidas al exterior y otras medidas restrictivas. La técnica de contención suele ser un único procedimiento aplicado de forma escalonada que se indica ante una conducta disruptiva de un paciente. Se suele comenzar con contención psicológica y después química o física según el caso. El aislamiento consistiría en una reclusión del paciente en una “habitación de aislamiento” estando en vigilancia continua. Otras medidas son: limitar contacto con el exterior, visitas de familiares y allegados, de llamadas o correo, de zonas del dispositivo, prohibir fumar u objetos que puedan causar lesión. ⁽⁶⁾

De las anteriores medidas descritas, la única que no pertenece al marco legal en España es la técnica de aislamiento, coincidiendo con países como Noruega. Por el contrario, dicha técnica se utiliza en Europa, Australia, África y Asia, aunque sigue siendo más prevalente la CM. Esto contrasta con estudios previos realizados en Inglaterra y Holanda donde las CM se consideran una práctica poco ética que debe ser evitada ⁽⁵⁾, utilizando el aislamiento, la restricción física y la contención farmacológica. Con esto, podemos interpretar que hay escaso conocimiento empírico sobre las razones para las diferencias entre los países en el uso de dichas medidas ⁽⁷⁾.

Según los artículos analizados en España ^(8,9), los únicos datos disponibles acerca de las CM son el motivo, la época del año y los costes. La falta de datos suficientes indica la necesidad de que se realicen investigaciones más exhaustivas.

La finalidad de este estudio es: a) Investigar acerca del perfil epidemiológico de los pacientes con indicación de CM, b) Investigar acerca del perfil de las contenciones mecánicas, c) Analizar los datos obtenidos y determinar las diferencias con estudios anteriores.

1. CONTEXTUALIZACIÓN.

Según se indica desde la OMS ⁽¹⁰⁾, la contención mecánica se entiende como “método extraordinario 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 pacientes o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.

En psiquiatría, se define como el método de inmovilización física mediante el uso de equipamiento autorizado, para el control conductual del paciente psiquiátrico llevado a cabo por personal sanitario entrenado, con el fin de limitar de forma segura los movimientos de una parte o de todo el cuerpo para prevenir el daño a sí mismo, a otro o a que se comprometa el medio terapéutico ⁽¹⁾. Esta medida debe de cumplir los siguientes criterios: 1/ Garantizar la salud y la seguridad. 2/ Indicación individualizada y limitada en el tiempo. 3/ Ser utilizada en última instancia. 4/ Ser responsabilidad del médico. 5/ No ser utilizada sin una clara justificación.

En los protocolos analizados se realiza un análisis de los preceptos legales y de la garantía jurídica.

Con respecto a los preceptos legales ⁽¹¹⁾ no existe precepto legal alguno que regule los procedimientos de contención mecánica de pacientes, por lo que para analizar jurídicamente esta materia hay que remitirse a lo preceptuado en: A/ *Constitución Española, Art. 17.1 sobre el derecho a la libertad y seguridad*. B/ *Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico*. C/ *Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. D/ *Ley 14/1986, 25 abril, General de Sanidad (B.O.E del 29*

de abril de 1986) E/ **Normas CPT** (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. (ANEXO I)

Mientras en lo referente a garantía judicial el paciente que ingresa voluntariamente y presenta una agitación que precisa CM depende de la duración de dicha técnica: A/ Breve ($\leq 2h$), en el plazo de 24 horas se valorará la pertinencia de modificar o no el estatus legal del carácter del ingreso. B/ $> 2h$: precisa cambio de estatus legal a ingreso involuntario. C/ En caso de que el paciente lo solicite, no precisa cambio de estatus legal, pero la persona atendida debe firmar un documento de CM voluntaria; estableciéndose en caso de cambio de estatus legal una notificación al juzgado correspondiente, en un plazo de 24 horas.

Según estudios publicados recientemente, el coste total por episodio es de 513 a 1.160 euros con una duración de 4 a 12 horas respectivamente. El coste anual supone 27 millones de euros por un episodio de 4 horas de duración. ⁽¹²⁾

2. LAS CONTENCIONES ^(1, 11, 13, 14, 15)

Las contenciones son una de las intervenciones más antiguas que todavía son llevadas a cabo en nuestro entorno, ya descritas por Soranus, filósofo griego del siglo II d. C. ⁽¹⁵⁾. La responsabilidad de mantener un entorno seguro para los pacientes depende de todo el personal sanitario, de ahí que durante el año 2007 la Joint Commssion estableciera las funciones de cada profesional sanitario en dicha intervención ⁽¹⁶⁾. Dichas medidas además de otras como la prevención primaria (identificar el perfil del paciente agresivo y crear un entorno adecuado para el paciente), secundaria (incrementar personal sanitario y mejora en la comunicación con el enfermo psiquiátrico) y terciaria (acompañar la evolución del paciente tras la CM) ⁽¹⁷⁾ se han utilizado para lograr ciertos objetivos y se perciben por algunos como una estrategia terapéutica eficaz para controlar las situaciones violentas. Su eficacia, no obstante, es discutible.

El objetivo principal de esta medida es: prevenir lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas accidentales), a otras personas (otros enfermos o personal sanitario), evitar disrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u de otros enfermos (arranque de vías, sondas, sistemas de soporte vital) y evitar daños físicos significativos al entorno.

Los profesionales que intervienen son: **A/ Facultativo** siendo la máxima responsabilidad en CM. Indica la medida o la autoriza si ha sido instaurada por el

enfermero/a en caso de urgencia y en su ausencia, firma la retirada y la instauración de la misma. **B/ Enfermero/a**, dirige, comprueba instrumental y cuidados y controles posteriores en la contención. En ausencia del facultativo y de extrema urgencia indica el procedimiento. **C/ Auxiliar de enfermería**, coopera en la ejecución, supresión, cuidados, control, observación, custodia y mantenimiento del instrumental. **C/ Celador**, colabora en la instauración de la CM y en el transporte del paciente. **D/ Personal de seguridad**, apoyo excepcional en caso de necesidad en la intervención.

Las indicaciones y contraindicaciones se recogen en la tabla I y II, las primeras son principalmente episodios de agitación psicomotriz, prevención de daños, riesgo de autolesiones y suicidio y administración de medidas terapéuticas.

Tabla I. Indicaciones CM

| Episodios de agitación psicomotriz: |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Estados confusionales con importante riesgo vital, para sí mismo o para el entorno. - Manifestaciones psicóticas que comprometen seriamente el juicio de realidad o inducen conductas desorganizadas. - Episodios de desinhibición en el control de impulsos, graves trastornos de personalidad y cuadros maníacos. - Déficit intelectual y profundos deterioros. - Desbordamiento de los mecanismos adaptativos del/la paciente ante las situaciones de estrés. |
| Indicaciones concretas: |
| <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de conductas, intencionadas o impulsivas que puedan causar daño al paciente, terceras personas y al entorno. - Riesgo de autolesiones y suicidio. - Administración de medidas terapéuticas necesarias, por la aparición de conductas disruptivas o inadecuadas, a causa de un estado mental alterado que implique un riesgo para el o terceras personas. - De forma excepcional, cuando el propio paciente lo solicita. - Como castigo negativo (condicionamiento operante) en una terapia de conducta, siempre y cuando se haya pactado con el paciente. |

Tabla II. Contraindicaciones CM

| Contraindicaciones: |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de abordajes alternativos. - Orden expresa del personal facultativo de no contención. - Descanso del personal sanitario. - Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible. - Conducta violenta voluntaria, no justificable por una enfermedad, sino con carácter delictivo (competencia de Fuerzas de Seguridad). |

En lo relativo a recursos y materiales se debe comprobar que se encuentren en condiciones adecuadas, y estar homologado y aprobado por la Institución. Debe existir al menos un juego completo del equipo de sujeción SEGUFIX® (Tabla III) en cada Unidad, y se encontrará bajo la responsabilidad de la supervisión de enfermería. Ésta se encargará de su revisión periódica y mantenimiento de las sujeciones, así como su ubicación en un sitio determinado, conocido por todo el personal asistencial.

Tabla III. SEGUFIX

| Equipo de sujeción SEGUFIX® |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - 1 cinturón abdominal, con 3 botones magnéticos. - 2 tiras rotadoras para facilitar los cambios posturales. - 2 muñequeras de sujeción, con 2 botones magnéticos. - 2 tobilleras de sujeción, cinta especial para sujetar tobilleras y 4 botones magnéticos. - 2 llaves magnéticas |

Al contener al paciente hay que tener en cuenta una serie de premisas y el tipo de CM que se quiera utilizar. (Tabla IV). La contención del enfermo psiquiátrico se realiza en 5 pasos: cintura, extremidades inferiores, extremidades superiores, tórax y por último dispositivos accesorios. Se clasifican en CM de 1 punto, 3 puntos, 4 puntos y 5 puntos o totales (Tabla V).

Tabla IV. Premisas antes de la CM.

| Antes de realizar CM |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Información al paciente/ acompañantes del motivo de la CM. - Evitar la expectación, alejando al resto de pacientes y del personal que no intervenga en la contención. - La auxiliar de enfermería debe comprobar cuál es el estado de la cama y la disponibilidad del material necesario. - Transmitir calma, autocontrol y confianza. - No mostrarse agresivo hacia el paciente ni física ni verbalmente. - Retirar cualquier elemento del entorno que pueda dañar al paciente. |
| Traslado a la habitación: |
| <p>El paciente debe trasladarse a una habitación cerca del control de enfermería, solo, evitando la entrada del resto de pacientes. Si el paciente desea ir por su propio pie y su estado lo permite, debe ser acompañado por el personal sanitario que lo sujetará por las axilas con la mano, empujando hacia arriba, y por las muñecas con la otra, tirando hacia abajo, con firmeza pero sin lesionar al enfermo.</p> |
| Inmovilización: |
| <p>En el suelo: El paciente deberá ser colocado de espaldas sobre el suelo (si tiene disminuido el nivel de conciencia o está intoxicado, puede sustituirse el decúbito supino por el decúbito lateral), controlando su cabeza para evitar que se la golpee. Una persona sujetará cada miembro. Para miembros superiores se sujetarán los hombros y antebrazos. Para los inferiores presionando inmediatamente por encima de las rodillas y los tobillos.</p> |
| Traslado a la cama: |
| <p>El personal le sujetará por las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Un quinto miembro del grupo debe estar preparado para sostener la cabeza, frente-mentón, vigilando la correcta oxigenación del paciente y evitando compresión del cuello.</p> <p>Una vez reducido el paciente de extremidades superiores e inferiores, se le echará en la cama con las contenciones previamente preparadas y se instaurarán las sujeciones. Si la sujeción se sobrepasa de 24 horas se utilizará fraxiheparina subcutánea.</p> |

Tabla V. Tipos de CM

| Contención mecánica en 1 punto – cama |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Consta de dos cinturones unidos, uno va a la cama y otro al cuerpo del paciente. - Mantiene a la persona en la cama permitiéndole los movimientos de rotación derecha e izquierda del tronco, piernas y tórax libres. - Se coloca el cinturón que va a la cama, bien tensado ajustándose al somier, y se rodea el cuerpo de la persona agitada a la altura del abdomen con el cinturón, ajustarlo de forma que permita respiración. |
| Contención mecánica en 1 punto – silla |
| <ul style="list-style-type: none"> - Se coloca el cinturón bien tensado ajustándose al respaldo del sillón, y se rodea el cuerpo de la persona a inmovilizar a la altura del abdomen con el otro cinturón, permitiendo la respiración al ajustar. - Indicado para pacientes que deban permanecer sentados largos periodos de tiempo. Deben proporcionar estabilidad y confort al paciente. Debe permitir pequeños cambios de posición. - También para pacientes con riesgo de caídas. |
| Contención mecánica en 3 puntos |
| <ul style="list-style-type: none"> - Primero se colocará el cinturón abdominal y después las dos extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo). - Permite rotar los brazos, pero no levantarlos. No debe unirse la sujeción mecánica de las manos al somier. Al terminar de instaurar la contención, se elevará el cabecero de la cama para facilitar la respiración y evitar aspiración. - Esta sujeción presenta riesgo de colgamientos y caídas en caso de agitación y suelen aplicarse como medidas excepcionales, en caso de discapacidad psíquica grave con conductas impulsivas autolesivas. |
| Contención mecánica en 4 puntos |
| <p>También llamada contención de tres puntos en cruz, consiste en realizar la contención de un miembro superior, del abdomen y del miembro inferior contrario a la extremidad superior contenida.</p> |
| Contención mecánica en 5 puntos |
| <p>Inmovilización del tronco y de las cuatro extremidades. Primero se colocará el cinturón abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal MSD (miembro superior derecho) y MII (miembro inferior izquierdo) y MSI (miembro superior</p> |

izquierdo) y MID (miembro inferior derecho). Al terminar se elevará el cabecero de la cama.

Por último los principales riesgos de las CM encontrados en la bibliografía son: en contención abdominal (ahorcamiento, dificultad respiratoria: asfixia, broncoaspiración y compresión nerviosa); en contención de extremidades (cianosis, compresión, riesgo de traumatismos (lesión física y daño en la integridad tisular) y edemas); generales (úlceras por presión, isquemia periférica, tromboembolismo y muerte.

CAPÍTULO III: TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. MATERIALES Y MÉTODOS:

Primera fase:

Búsqueda bibliográfica sistematizada de artículos hallados en bases de datos científicas acerca del tema tratado “Técnicas de intervención intrahospitalaria: Contenciones mecánicas en una Unidad de Psiquiatría”.

Después de considerar las distintas bases de datos como MEDLINE, EMBASE, PsychInfo y Google académico, se escogió PUBMED- buscador que utiliza la base de datos MEDLINE-, para llevar a cabo nuestra búsqueda bibliográfica.

La revisión realizada para llevar a cabo este Trabajo de fin de Grado se ha planteado desde el entorno de Internet y la hemeroteca de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

La estrategia de búsqueda inicial para conocer la situación bibliográfica actual sobre este tema se hizo mediante la base de datos PubMed mediante las palabras clave: “physical”, restraint psychiatry” con permutación de las palabras “Coercive measures psychiatry”. Entre otras estrategias utilizadas se encuentra la búsqueda en el buscador Google académico, mediante las palabras clave: “Protocolo de Contención mecánica en psiquiatría”

Segunda fase:

Muestra: La muestra estaba formada por 203 pacientes, que estuvieron ingresados en el periodo de tiempo desde el día 1 de octubre de 2015 a 31 de marzo de 2016, en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Lozano Blesa, donde se atiende a pacientes con esquizofrenia, trastornos del humor, ansiedad, trastornos de personalidad, anorexia nerviosa y otros trastornos.

Los criterios de inclusión consistían en: tener al menos 18 años y haber sido contenido al menos una vez durante el periodo de ingreso hospitalario en la Unidad de psiquiatría o en el ingreso de urgencias, en el periodo de tiempo anteriormente descrito.

Instrumento: Para la recogida de los datos procedemos a examinar los informes de alta de cada paciente, los informes de alta de enfermería y la información registrada en el programa GACELA (programa informático dedicado al personal de enfermería en el cuál se registra una relación detallada de los datos de identificación de cada paciente ingresado, así como la situación de la unidad). Las dos primeras han sido utilizadas para

el análisis del perfil epidemiológico del paciente contenido; mientras que la última ha sido utilizada para el perfil de las CM.

Las variables recogidas estaban enfocadas al perfil del paciente con CM (edad, sexo, nacionalidad, tipo de ingreso, motivo de ingreso, ingresos anteriores, problemática social, media de ingresos Unidades de Psiquiatría, antecedente psiquiátrico, juicio mermado de la realidad y registro de la CM)

Con respecto a las características de la CM, se registró el tipo de técnica llevada a cabo, el turno en el que se realizaba (mañana (8:00 a 14:00), tarde (14:000 a 21:00), noche (21:00 a 8:00)), su indicación con respecto al ingreso, el número, la duración, los días de ingreso y el motivo de la contención.

Análisis: se realizó un análisis estadístico utilizando la estadística descriptiva, mediante el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), que es un amplio y flexible sistema de análisis de estadístico. Su aplicación está orientada al análisis de datos como la frecuencia, el porcentaje de las variables descriptivas cualitativas y la media, desviación estándar, mínimo, máximo, varianza, rango y suma de las variables cuantitativas.

2. RESULTADOS:

2.1.Búsqueda bibliográfica:

En una primera búsqueda que nos permitiese una aproximación al volumen de información publicado sobre esta materia, introduciendo las palabras clave: “((physical restraint) AND (psychiatry), se obtuvieron un total de 1036 artículos, de los cuales mediante el filtro de límite temporal de 10 años e idioma inglés y castellano se redujeron a 450. En una segunda búsqueda que nos permitiese encontrar el mayor número de artículos publicados en este tema, se hizo la alteración de las palabras clave en la misma bases de datos “Coercive measures psychiatry”, consiguiendo 159 artículos, de los cuales con el mismo filtro citado anteriormente se restringieron a 109.

Para la revisión de los actuales protocolos existentes en los diferentes hospitales de España, se empleó la palabra clave “Protocolo de Contención mecánica en psiquiatría”, logrando 1870 entradas, de los cuales seleccionamos los principales Hospitales en función de las Comunidades Autónomas, quedándonos al final 5 protocolos realizados en la Comunidad de Madrid (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, con fecha de entrada en vigor por designar; y Hospital Clínico San

Carlos -2010), Andalucía (Junta de Andalucía- Servicio Andaluz de Salud – 2010), Castilla La Mancha (Hospital General Universitario de Ciudad Real - 2010) y Asturias (Hospital Universitario Príncipe de Asturias –abril 2005).

Tras un análisis de dicha información, revisamos 564 artículos, junto con estudios y metaanálisis de la base de datos de PubMed y del buscador Google académico, centrándonos en los que nos proporcionaban mayor aclaración de la definición, epidemiología, etiología y factores protectores, posibles complicaciones, aspectos económicos, percepción del pacientes y los programas de mejora existentes en este campo de trabajo, obteniendo un total de 18 artículos (ANEXO II).

2.2.Estudio descriptivo UHA Psiquiatría HCU-LB:

De los 203 enfermos, 59 de ellos fueron sometidos al menos una vez a CM, lo que supone 29,06 % de contenciones en HCU-LB en la Unidad de Psiquiatría.

2.2.1. Perfil epidemiológico de las CM:

Las tablas VI, VII, VIII, IX y X describen el perfil epidemiológico de los pacientes sometidos a la CM.

La tabla VI y VII describe que la mayoría de los pacientes a los que se les había indicado contención, 59,7% eran varones y 40,7% mujeres. Con un rango de edad desde los 18 hasta los 79 años, con una media de 49,73 años. Siendo un 79,3% españoles.

Tabla VI. Perfil sociodemográfico

| | | Frecuencia | Porcentaje válido |
|---------------------|-------|-------------------|--------------------------|
| SEXO | Varón | 35 | 59,3 |
| | Mujer | 24 | 40,7 |
| NACIONALIDAD | Varón | 45 | 76,3 |
| | Mujer | 15 | 23,7 |

Tabla VII. Edades

| | |
|----------------------------|--------|
| Media | 42,73 |
| Desviación estándar | 15,398 |
| Mínimo | 18 |
| Máximo | 79 |

Características del ingreso (Tabla VIII): Con respecto a las características del ingreso 30,5% fueron de carácter voluntario y 69,5% involuntario. El principal motivo de ingreso fue el Episodio psicótico breve o debido a alucinaciones o delirios 25,4%, seguido de la esquizofrenia 20,3%, Trastorno bipolar no especificado 15,3%, Consumo de tóxicos entre los que se incluía alcohol y drogas (THC) 10,2%, , Trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar 8,5% , Historia personal de autolesión 8,5%, Depresión mayor episodio recurrente leve, moderado, grave 8,5%, Trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado 1,7%, y Trastorno alimentario - Anorexia nerviosa de tipo restrictivo 1,7%. Presentando dichas enfermedades psiquiátricas citadas un 91,5% como antecedente psiquiátrico, de los cuales 27, 1% no presentaban ingresos anteriores y 25,4% ingresos previos en nuestra Unidad.

Tabla VIII. Características del ingreso.

| | | Frecuencia | Porcentaje válido |
|----------------------------|--|-------------------|--------------------------|
| Ingreso | Voluntario | 18 | 30,5 |
| | Involuntario | 41 | 69,5 |
| Motivo de ingreso | Episodio psicótico | 15 | 25,4 |
| | Esquizofrenia | 12 | 20,3 |
| | Consumo de tóxicos | 6 | 10,2 |
| | Trastorno esquizoafectivo (bipolar) | 5 | 8,5 |
| | Intento autolítico | 5 | 20,03 |
| | Depresión | 5 | 8,5 |
| | Trastorno control de impulsos | 1 | 1,7 |
| | Trastorno alimentario | 1 | 1,7 |
| | Antecedentes psiquiátricos | Sí | 54 |
| Ingresos anteriores | No ingresos previos | 16 | 27,1 |
| | Ingresos en otros centros y HCU-LB | 15 | 25,4 |
| | Ingresos en HCU-LB | 14 | 23,7 |

Problemática social y de consumo: (tabla IX): las variables con respecto a dicha que más destacaron fueron el consumo alcohol u otros tóxicos (THC sobre todo) (33,9%), situación de desempleo (79,7%), valoración emocional (28,8% con tendencia al trastorno antisocial), altercados con la Fuerzas de Orden Policial (18,6%), estado civil (13,6% divorciados), conflictos en la convivencia diaria (20,3%) y algún tipo de minusvalía o funcionamiento intelectual límite (15,3%).

Tabla IX. Problemática social y de consumo

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|---|-------------------|--------------------------|
| Consumo tóxicos | 20 | 33,9 |
| Desempleo | 12 | 20,3 |
| Tendencia a Tr. Antisocial | 17 | 28,8 |
| Altercados con FOP | 11 | 18,6 |
| Estado civil (divorciado) | 8 | 13,6 |
| Conflictos en la convivencia | 12 | 20,3 |
| Minusvalía o funcionamiento intelectual límite | 9 | 15,3 |

Tentativa de suicidio y juicio de la realidad: (tabla X): La mayoría no había realizado un intento autolítico o tenían ideas autolesivas (54,2%), teniendo el 72,9% el juicio de la realidad alterado.

Tabla X. Tentativa de suicidio y juicio de la realidad

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|---------------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Intento autolítico | 27 | 45,8 |
| Juicio de la realidad alterado | 16 | 27,1 |

2.2.2. Perfil de la CM:

La tabla XI describe las características de las CM, obteniéndose como forma de CM más utilizada la CM de 5 puntos (38,5%) y en menor proporción la CM en 4 puntos (4,5%). La mayoría de las contenciones se realizaron en el turno de tarde (18,6%) en el caso de las CM realizadas durante el ingreso (59%) y por la noche (13,6%) en las realizadas de manera posterior al ingreso (41%). El motivo principal fue la agitación 67,7%, consecutivo al 14,3% en el que no se figuraba el motivo, 12% por el riesgo de caídas, 3,8% a causa de la realización del TEC a la mañana siguiente y sólo un 0.8% a causa de la agresividad hacia el personal de enfermería.

Tabla XI. Características CM

| | | Frecuencia | Porcentaje válido |
|------------------------|--|-------------------|--------------------------|
| Técnica | No registrada | 30 | 22,6 |
| | CM de 1 punto | 16 | 12 |
| | CM de 3 puntos | 30 | 22,6 |
| | CM de 4 puntos | 16 | 4,5 |
| | CM completa | 51 | 38,3 |
| Ingreso | En el ingreso | 23 | 59 |
| | Después del ingreso | 16 | 41 |
| | Perdidos | 20 | |
| Turno | Mañana del ingreso | 1 | 2,6 |
| | Tarde del ingreso | 11 | 28,6 |
| | Noche del ingreso | 10 | 25,6 |
| | Mañana tras el ingreso | 2 | 5,1 |
| | Tarde tras el ingreso | 6 | 15,4 |
| | Noche tras el ingreso | 8 | 20,5 |
| | No registrada | 1 | 2,6 |
| | Perdidos | 20 | |
| Motivo de la CM | Agitación | 90 | 67,7 |
| | Agresividad hacia otros pacientes | 1 | 0,8 |
| | Agresividad hacia el personal | 2 | 1,5 |
| | Riesgo de caídas | 16 | 12 |
| | Antes del TEC | 5 | 3,8 |
| | No registrada | 19 | 14,3 |

La muestra para los días de ingreso fueron de 113 contenciones y 20 de ellas se consideraron como valores perdidos, dado a que, en algunas no se había registrado el momento de la retirada de las contenciones; con estos valores podemos establecer una media de 15,30 días de ingreso antes de realizar la contención con un máximo de 75 días y una suma de 1729 días. Por el contrario, el número de horas estaba registrado en 91 de las CM, perdiendo el dato de 42 de ellas, con esto establecemos que la media de horas de contención de los pacientes en nuestra unidad ha sido de 30,92 horas. Los pacientes fueron contenidos una media de 2,74 veces y tras una primera contención fueron contenidos 1,74 veces. (Tabla XII).

Tabla XII. Características CM

| | | Días de ingreso tras CM | Número de horas de CM | Número de veces de CM | Número de veces de CM tras la primera CM |
|--------------------------------|-----------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| N | Válido | 113 | 91 | 46 | 46 |
| | Perdidos | 20 | 42 | | |
| Media | | 15,30 | 30,92 | 2,74 | 1,74 |
| Desviación estándar | | 16,648 | 50,656 | 3,941 | 3,941 |
| Rango | | 75 | 262 | | |
| Mínimo | | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Máximo | | 75 | 264 | 19 | 18 |
| Suma | | 1729 | 2814 | | |

Para finalizar, analizamos la forma de registro de las CM en el ámbito del HCU-LB, donde encontramos que la mitad de las CM (50,8%) estaban registradas en todos los informes tanto de alta médica, de alta de enfermería y en el programa GACELA, 20,3% en el informe médico y 6,8% estaba registrado en toda la actividad de enfermería (informe de enfermería y GACELA) y sólo 1,7% se ajustaba al informe médico y al de enfermería de GACELA. (Tabla XIII)

Tabla XII. Informes de CM del HCU-LB

| | Frecuencia | Porcentaje válido |
|--|-------------------|--------------------------|
| Registrado en Informe de alta Médica | 12 | 20,3 |
| Registrado en Informe de alta de Enfermería | 12 | 20,3 |
| Registrado en todos los informes | 30 | 50,8 |
| Registrado en Informe de alta de enfermería y en GACELA | 4 | 6,8 |
| Registrado en Informe de alta médica y GACELA | 1 | 1,7 |

3. DISCUSIÓN:

El objetivo de este trabajo es establecer el perfil epidemiológico del paciente que va a ser contenido, las características de las CM en el ámbito del HCU-LB y establecer un programa de mejora para que queden registradas de la mejor manera posible, con la finalidad de mejorar dicha técnica intrahospitalaria. El tipo de restricción más utilizado en las Unidades Psiquiátricas de nuestro hospital es la contención mecánica. Según el análisis de la bibliografía, las CM son muy diversas en cada país, pudiendo verse influenciada por varios factores entre los que se incluyen estructurales de la habitación, el personal sanitario (edad, sexo, nivel cultural, percepción de dichas medidas) que realiza la CM, perfil del paciente sometido a la CM y las características y marco normativo de dichas medidas.

El hallazgo más concluyente del estudio es que nuestra Unidad de Hospitalización de Adultos de Psiquiatría cuenta con un 29,06 % de CM. En las bases de datos bibliográficas encontramos que este porcentaje es muy variable entre 3,8% a 20% ⁽¹⁸⁾, ejemplo de estos dos extremos son estudios como los del Hospital psiquiátrico Agudo de Noruega con un 10 % de CM ⁽¹⁹⁾, mientras que en hospitales de Río de Janeiro en las salas de emergencias de psiquiatría se indicaron en un 24% de los enfermos. ⁽¹²⁾

Se constató en más estudios realizados en países occidentales que el perfil del paciente con CM era principalmente de varones, natural del país del estudio y con dos picos de edad de 36-40 años y de 56- 60 años; con respecto al sexo contrasta con países Orientales como China donde las mujeres (63%) presentaban mayor número de CM que los hombres ⁽²⁰⁾, es decir en países occidentales hay un predominio de contenciones en varones y en orientales más en mujeres. En estudios de Bohorquez et al (2010) ⁽²¹⁾, Migon et al (2008) ⁽¹²⁾ y Husum et al (2010) ⁽¹⁹⁾ coinciden con el primer pico edad. Mientras, en lo referente a la etnia de los pacientes, Beghi et al (2013) ⁽¹⁸⁾ encuentran diferencias significativas entre la población inmigrante refugiada, pese a que en estudios previos como Husum et al (2010) ⁽¹⁹⁾ y O'Donoghue (2011) ⁽²²⁾ lo asociaban a un menor riesgo.

Analizando las características del ingreso y el motivo más frecuente del mismo, encontramos que eran mayoritariamente involuntarios y a causa de un episodio psicótico (25,4%), seguido de la esquizofrenia (20,3%) y del trastorno bipolar (15,3%) y de los de consumo de tóxicos (10,2%), encontrándose hallazgos similares en el

mataanálisis de Beghi et al (2013) ⁽¹⁸⁾, O'Donoghue (2011) ⁽²²⁾ que establece la esquizofrenia, trastornos mentales secundarios o abuso de sustancias y Migon et al (2008)⁽¹²⁾ psicosis, abuso de sustancias, esquizofrenia y trastorno bipolar. Los dos últimos estudios fueron llevados a cabo en Noruega y América Latina, por lo que podemos comprobar que las patologías psiquiátricas que motivaron el ingreso tuvieron un porcentaje similar tanto en el continente europeo como americano.

Los pacientes con ingresos anteriores tanto en otros hospitales como en el HCU-LB contabilizan un total de 73%, por lo que en los reingresados era más frecuente el uso de CM frente a otros pacientes que nunca habían llegado a ser ingresados en una UHA de psiquiatría.

Mientras Bek et al (2015) ⁽²³⁾ concuerda con nuestro estudio en que la patología social y de consumo más prevalente es el desempleo, otros como Goulet et al (2013) ⁽²³⁾, hallaron más asociaciones en pacientes con antecedentes criminales y adicciones, lo que puede verse influenciado por la incidencia de 17,5% de CM en Québec (similar a países como India y Estados Unidos ⁽²⁴⁾, un porcentaje alto si nos fijamos en las prevalencias en los diferentes países de las contenciones. (3,8 % a 24%)).

Con respecto a la tentativa de suicidio y el juicio de la realidad, las ideas autolesivas en nuestro estudio estaban presentes en 45 % de los pacientes contenidos equiparándose a estudios anteriores donde se ha asociado el intento de autolítico con un menor número de CM, hecho que puede ser explicado dado a que en estos pacientes dichas medidas se consideraban inapropiadas ⁽²⁵⁾.

Una serie de trabajos de investigación han mostrado cómo el número de personal en unidad y la hora del día podían influir también en la decisión de aislar y restringir a un paciente ⁽²⁶⁾. De Congas (1993) se señalan diferencias entre los turnos en el empleo de aislamiento, mientras que en otros como Mattson y Sacks 1978 o Plutchik et al 1978 ⁽²⁷⁾, no se obtuvieron diferencias significativas. De acuerdo con los informes de enfermería, en nuestro estudio, las contenciones durante el ingreso se realizan más en el turno de tarde mientras que las posteriores al ingreso se llevan a cabo durante la noche, lo que concuerda con estudios realizados en Grecia (Moggia 1999), mientras Roper et al (1985) y Migon (2008) ⁽¹²⁾ las establecen en el turno de mañana. Esta diferencia sobre todo con el último estudio, se puede explicar ya que el periodo de la mañana coincide con el cambio de turno, pese a que acudan más pacientes por la noche. ⁽¹²⁾, en cambio en los Hospitales griegos hay mayor dotación de personal por paciente en el turno de

mañana, además de ser pacientes totalmente dependientes de enfermería dado a que la mayoría han sido abandonados por su familia.

Mientras O'Donoghue (2011)⁽²²⁾ no encuentra diferencias significativas con respecto al tipo de contención, en nuestro estudio la mayoría de las contenciones fueron completas o en 5 puntos (38%).

Las CM fueron realizadas sobre todo en el momento del ingreso (59%), coincidiendo con estudios de Flammer et al (2013)⁽²⁵⁾ y Migon (2008)⁽¹²⁾. Con respecto al motivo 67,7% fue motivado por la agitación, ejemplo de ellos son estudios de Husum et al.⁽¹⁹⁾.

Los días de ingreso antes de ser contenido han sido de media 15,35 días⁽²⁸⁾, considerándose un factor de riesgo para ser contenido el hecho de llevar más días ingresados. La duración media de la contención fue de 30,92 horas con un total de 2814 horas, estos valores se pueden analizar mediante diferentes estudios a lo largo de la historia y se puede observar como se ha reducido su duración, ejemplo de ellos son estudios de Hoyer y Drange⁽²⁹⁾, reduciéndose de 10.767 horas en 1988 a 9402 horas en 1994⁽¹⁹⁾. En nuestro estudio, se halló una media de 2,74 CM por paciente incluido en el estudio y 1,74 CM tras la primera contención realizada.

Para finalizar, hemos registrado que el 50,8% de las CM habían sido registradas tanto por el personal de enfermería como por el psiquiatra, el resto de las contenciones se encontraban registradas sólo por los médicos o sólo por enfermería esto conlleva a que se omitan casi la mitad de las contenciones principalmente en los informes médicos de alta, lo que desemboca a que no se registren adecuadamente y haciendo más difícil el control de dichas medidas.

3.1.Puntos fuertes del estudio

El análisis de las contenciones teniendo en cuenta informes de alta médica y de enfermería es un punto fuerte del estudio, puesto que de esta forma se logra registrar de forma más precisa el número exacto de las mismas. Además, la información del paciente fue establecida antes de que se fijaran las variables del estudio, minimizando los efectos interevaluador.

Otro de los puntos fuertes son las variables analizadas con respecto a las CM: ingreso, duración, número de CM por paciente, turno en el que se realiza y tipo de contención.

3.2. Limitaciones del estudio

Desafortunadamente, la información detallada sobre el tipo de agresión (conducta desafiante, daños al material,...) no estaba registrada en los informes, no pudiendo cuantificar el tipo y el alcance de la agresión, lo que habría sido útil.

Una limitación del estudio es que en varias ocasiones no se registró de forma adecuada el inicio o la finalización de la CM en los informes de Enfermería. Tampoco se analizó la realización de otra técnica intrahospitalaria antes de indicar la CM, hecho importante para indagar en su utilización como último abordaje terapéutico.

3.3 Propuesta de mejora para el estudio

Con el fin de mejorar el estudio estaría indicado: 1/ Estadística: nivel de significación, medidas de intensidad de asociación (Riesgo Relativo, Odds ratio), análisis bivariado y multivariado (variables continuas, ordinales y nominales). 2/ Paciente: registro de los sentimientos frente a la contención y comportamientos agresivos anteriores. 3/ Personal: registro de las opiniones y actitudes con respecto a la CM. 5/ Estructural: características de la habitación donde es ingresado el paciente. 4/ Económico: coste medio de una CM.

3.4. Estudios futuros

Según estudios previos, las formas de CM son muy diversas en cada país y pueden estar influenciadas por varios factores, de ahí que para las investigaciones futuras sería útil hacer un enfoque principal en: 1/ Importancia del asesoramiento e identificación de las características de un paciente agresivo. 2/ Estrategias para reducir el uso de CM teniendo en cuenta: a) Factores estructurales de la habitación (características físicas, tamaño, compañeros de habitación); b) Personal (edad, sexo, experiencia, cualificación, formación, opinión y actitud frente a la CM)⁽³⁰⁾; c) Paciente (perspectiva del paciente antes y después de la CM, nivel de confianza posterior con el personal y sentimientos tras la CM) y d) Marco ético de la técnica.⁽³¹⁾

3.5. Planteamiento de Programa de mejora

Planteamiento centrado en: 1/ Factores de mejora del proceso asistencial (ANEXO III) como hoja de consentimiento informado, de registro de CM, seguimiento y cuidados de paciente contenido (constantes, revisión, higiene, tipo de CM y alimentación). 2/ Realización de cursos de aprendizaje electrónico⁽³²⁾, compuesto de

módulos con aspectos legales y éticos, comportamiento del paciente, relación terapéutica y trabajo en equipo con integración de conocimientos con la práctica. 3/ Aprender a desarrollar la técnica de manera escalonada a) contención verbal, b) contención verbal y ambiental, c) contención verbal, ambiental y farmacológica d) hasta llegar a contención mecánica.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1/ Las CM se realizan en uno cada 3 pacientes ingresados en UHA de Psiquiatría del HCU-LB.

2/ Las características de los pacientes contenidos son: varones, españoles de mediana edad con ingreso involuntario a causa de un episodio psicótico.

3/ La técnica más utilizada de CM es la completa o en 5 puntos, en el turno de tarde en el ingreso, motivada por la agitación.

4/ De las contenciones registradas en nuestra base de datos un 50,8% constaba tanto en los informes de alta de enfermería como en el médico.

5/ La formación del personal en la comunicación y habilidades para el diálogo también pueden ser eficaz en la reducción de dichas medidas centrandó las investigaciones futuras en la interacción personal - paciente, las razones para la agresividad del paciente, la forma de satisfacer las necesidades de los pacientes para evitar reacciones agresivas e intervenciones para reducir el uso de la coacción en el cuidado de la salud mental.

6/ A partir de todo lo expuesto, se concluye que se precisa de un Programa de Mejora de Calidad que incluya aspectos de las CM así como en formación de habilidades de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. GARCÍA I, GARCÍA F, MORENO C., SÁNCHEZ E. ISAC M.D, DOMÍNGUEZ M., MALAGÓN B. Contención mecánica para pacientes ingresados en las unidades de hospitalización breve (uhbs) de psiquiatría. [Internet]. 2007. [citado 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPROTOCOLO16032010+contenci%C3%B3n+mec%C3%A1nica.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352889777299&ssbinary=trueM>.
2. KNUTZEN, L. SANDVIK, E. HAUFF, S. OPJORDSMOEN, AND S. FRIIS. Association between patients gender, age and immigrant background and use of restraint—a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2007; 61(3): 201–206.
3. CARR P. The use of mechanical restraint in mental health: a catalyst for change?. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012; 19(7): 657-64.
4. HUCKSHORN KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J. psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004; 42(9): 22-23.
5. GORDON H, HINDLEY N, MARSDEN A, SHIVAYOGI M. the use of mechanical restraint in the management of psychiatric patients: It is ever appropriate?. *The Journal of Forensic Psychiatry*. 1999; 10 (1): 173-186.
6. BRAVO M.F., SAIZ J., BOBES J. *Manual del Residente en psiquiatría*. 2ª ed. Madrid: ENE Life; 2009.
7. BOWERS L, STEWART D., PAPADOPOULOS C., DACK C., ROSS J., KHANOM H. Inpatient violence and aggression: a literature review. [Internet]. 2011. [citado 2 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAgg.pdf>.

8. BULBENA, A. Impacto de la ola de calor del verano 2003 en la actividad de dos servicios de urgencias psiquiátricas. *Actas españolas de psiquiatría*. 2009; 3: 158.
9. GARRIDO E., LIZANO-DÍEZ I., ROSET P., VILLAGRÁN JM., MUR C. El coste económico de los procedimientos de contención mecánica de origen psiquiátrico en España. *Psiquiatría Biológica*. 2015; 22(1):12–16.
10. FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas [Internet]. 1989. [citado 02 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
11. EL- KHABIT M., NAVARRO F., GARCÍA A.J., NAVARRO G., HUIZING E., ROBLES C., IGLESIAS C. Protocolo de contención mecánica. [Internet]. 2010. [citado 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=410>.
12. MIGON MN, COUTINHO ES, HUF G, ADAMS CE, CUNHA GM, ALLEN MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *General Hospital Psychiatry*. 2008 30:263–8,
13. COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL. Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización. *Informaciones Psiquiátricas*. [Internet]. 2004. [citado 19 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_04.htm
14. AMBROS A., FIGUERAS A, GÓMEZ A., MADRID C., RODRIGUEZ R., LAGOS E. et al. Protocolo Asistencial. Hospital General de Ciudad Real. [Internet]. 2010. [citado 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/protocolo-contencion-mecanica.pdf>
15. MCCOY SM., GARRITSON S. Seclusion. The process of intervening. *Journal Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1983; 21 (8): 8-15.
16. CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS), Department of Health and Human Services. Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation: patient’s rights. Final rule. *Fed Regist*. 2006; 71 (236): 71377-71428.

17. TAYLOR K., MAMMEN K., BARNETT S. ET AL. characteristics of patients with histories of multiple seclusion and restraint events during a single psychiatric hospitalization. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2012; 18 (3): 159-165.
18. BEGHI M, PERONI F, GABOLA P, ROSSETTI A, CORNAGGIA C. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista Di Psichiatria.* 2013; 48 (1): 10-22.
19. HUSUM T, BJØRNGAARD J, FINSET A, RUUD T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research.* 2010; 10:89.
20. ZHU X, XIANG Y, ZHOU J, GOU L, HIMELHOCH S, WANG X, ET AL. Frequency of physical restraint and its associations with demographic and clinical characteristics in a Chinese psychiatric institution. *Perspectives In Psychiatric Care.* 2014; 50(4):251-6.
21. ALIX BOHORQUEZ DE FIGUEROA, SANDRA CARRASCAL, SANDRA ACOSTA, JOSEFINA SUÁREZ, ALEJANDRA MELO, JENNY PÉREZ, ANDREA LÓPEZ. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica: Evolution of the mental state of the patient submitted to the mechanical containment. *Revista Ciencia y Cuidado.* 2010; 7 (1): 29-34.
22. O'DONOGHUE B, LYNE J, HILL M, LARKIN C, FEENEY L, O'CALLAGHAN E. Physical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admission and future engagement with mental health services. *European Psychiatry.* 2011. 26: 208–214.
23. GOULET, M; LARUE, C; STAFFORD, M; DUMAIS, A. Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: Secluded with or without restraint, *Canadian Journal of Psychiatry.* 2013; 58 (9): 546-550.
24. BELL C., PALMER JM. Security procedures in a psychiatric emergency service. *J Natl Med Assoc.* 1981; 73 (9): 835-42.
25. FLAMMER E, STEINERT T, EISELE F, BERGK J, UHLMANN C. Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health.* 2013; 9: 110-119.
26. GERLOCK A., SOLOMONS HC. Factors associated with the seclusion of psychiatric patients. *Perspect Psychiatr Care.* 1983; 21 (2); 46-53.

27. MATTSON MR., SACKS MH. Seclusion: uses and complications. *Am J Psychiatry*. 1978; 135 (10): 1210-3.
28. HØYER G, DRANGE H. Use of coercive measures in Norwegian psychiatric institutions. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening: Tidsskrift For Praktisk Medicin, Ny Række*. 1991; 111 (14): 1709-1713.
29. KNUTZEN M., MJOSUND N. H, EIDHAMMER G ET AL. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*. 2011; 62 (5): 492-497.
30. JAYARAM G., SAMUELS J., KONRAD SS. Prediction and Prevention of aggression and Seclusion and restraint in a psychiatric emergency service. *Psychiatry Serv*. 2004; 55 (5): 581-583.
31. JAYARAM G. *Practicing patient safety in Psychiatry*. 1º Ed. Nueva York: Oxford. 2015
32. KONTIO R; PITKÄNEN A; JOFFE G; KATAJISTO J; VÄLIMÄKI M. ELearning course may shorten the duration of mechanical restraint among psychiatric inpatients: a cluster-randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2014; 68 (7): 443-9.

