

ANEXO I

1. MARCO NORMATIVO:

1. *Constitución Española, Art. 17.1 sobre el derecho a la libertad y seguridad:* toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad.
2. *Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico:* El internamiento requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal donde resida el paciente. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo urgencia necesaria que requiera la medida de forma inmediata. El responsable del centro debe dar cuenta al tribunal competente lo antes posible, en un plazo de 24 horas, a los efectos de que se proceda a su ratificación en menos de 72 horas desde que llegue a conocimiento por parte del tribunal. En caso de que el internamiento sea urgente la ratificación de la medida será realizada por el tribunal. En menores se requiere un previo informe de los servicios de asistencia al menor. Antes de conceder la autorización el tribunal debe escuchar a la persona afectada por la decisión, la Ministerio Fiscal y oír al facultativo. En todo caso, la decisión es susceptible de apelación. El facultativo tendrá la obligación de informar de manera periódica al tribunal cada seis meses, a no ser que el tribunal estime un periodo inferior, así como en caso de alta médica.
3. *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: Artículos 4* (el paciente debe conocer su situación clínica y respetar su derecho de no ser informada. Es el médico el encargado de informarle al paciente de forma comprensible); **5** (el titular de la información es el paciente; en caso de incapacidad su representante legal; si hay necesidad terapéutica se puede omitir la información al paciente dejando constancia en la historia clínica); **7** (derecho a la intimidad); **8** (consentimiento informado: será verbal por regla general, excepto: intervención quirúrgica, proceso diagnóstico y terapéuticos invasores); **9** (los casos que no necesitan consentimiento del paciente son: riesgo para la salud

pública 3/1986 comunicando a la autoridad judicial 24 horas antes y riesgo grave para integridad física del enfermo consultando si es posible a familiares. Se otorgará el consentimiento por representación en caso de: no ser capaz de tomar decisiones, paciente incapacitado legalmente, si tiene entre 12 -18 años y es incapaz se informará al representante legal escuchando previamente la opinión del paciente, si es menor sin incapacidad ya emancipado o mayor de 16 años no se necesita representante legal. en situaciones de extrema gravedad se informará a los padres).

4. ***Ley 14/1986, 25 abril, General de Sanidad(B.O.E del 29 de abril de 1986)***
5. ***Normas CPT (Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes.***

ANEXO II**1. ESTUDIOS**

1. 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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 3572 ptes. Lugar: Hospital Psiquiátrico Agudo Noruega Año: 2005-2006	Perfil pacientes CM: - Edad - Sexo - Etnia - Barrio - Situación económica - Ciudad/Zona rural - Motivo CM Actitud hacia la CM personal sanitario (ofensivo, crítica, pragmática, como tratamiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo → pacientes agresivos/hiperactivos; autolesión/suicidio, grandes ciudades. • No asociación: sexo, barrio, situación económica, actitud del personal hacia CM • Menor riesgo → pacientes diferentes etnias

2. GOLDBLOOM D, SERBY M, MOJTABA R. Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric Service.* 2010; 61(2): 193-195.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 39 ptes. Lugar: Hospital Beth Israel – Nueva York Año: 2001-2006	Perfil pacientes CM: - Edad - Sexo - Motivo CM - Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo → jóvenes, varones, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, pacientes con misma pauta farmacológica durante 48 horas. • El uso de pautas farmacológicas no conservadoras disminuye el riesgo de CM.

3. 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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 3389 ptes. Lugar: Hospital Psiquiátrico de Suedwuerberg Año: 2002 - 2007	Perfil pacientes CM: - Edad - Sexo - Duración estancia hospitalaria - Gravedad de la clínica al ingreso - Motivo CM - Motivo de ingreso - Medicación	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo → agresividad 24 horas antes del ingreso, ingreso involuntario, gravedad clínica, edad. • Menor riesgo → intento de suicidio previo.

4. 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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 114 ptes. Lugar: Montreal (Canadá) Año: 2010 – 2011.	Perfil pacientes CM: - Edad - Sexo - Problemática social - Duración estancia hospitalaria - Gravedad de la clínica al ingreso - Motivo CM - Motivo de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo → con respecto a: Varones → jóvenes (18-35), psicosis, más de 1 mes de hospitalización, media de 7,5 horas de CM. • Mujeres → mayores de 36 años, trastorno bipolar, de 1 a 7 horas de CM. • Ambos sexos: antecedentes penales y adicciones.

5. SIMPSON S, JOESCH J, WEST I, PASIC J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). General Hospital Psychiatry. 2014; 36(1):113-118.

6. 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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
-------------------	----------------------	------------

Muestra: 5335 ptes. Lugar: Hospital General de Psiquiatría (Estados Unidos) Año: 2011 – 2012.	Perfil pacientes CM: - Edad - Sexo - Consumo de sustancias - Duración estancia hospitalaria - Motivo CM - Motivo de ingreso - Turno CM	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor riesgo → ingreso voluntario, turno de 7 a 13:00 horas, psicosis/trastorno bipolar con sintomatología severa. Según estudios anteriores analizados: jóvenes, agitación extrema, psicosis, consumo de sustancias, turno mañana⁽⁶⁾. • No asociación → consumo de sustancias. • Menor riesgo → suicidio
---	---	--

7. 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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 81 ptes. Lugar: 183 hospitales de Dublin (Irlanda) Año: 2007-2008	- Perfil CM - Perspectiva del paciente para posterior adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Factor de riesgo → abuso de sustancias/enfermedad orgánica, justicia percibida por el paciente al realizar la CM. • No diferencias significativas respecto al tipo de CM.

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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Lugar: Barcelona (IMPU – Hospital Psiquiátrico y Hospital del Mar – Hospital General) Año: 15 días ola de calor 2003 .	- Comparar los dos hospitales las CM en dicha época del año.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del número de CM y de la violencia y abuso del alcohol.

Artículos	Resultados
ANDERSON CA. Temperature and aggression:	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de asociación positiva entre clima y agresividad.

effects on quarterly, yearly, and city rates of violent and nonviolent crime. <i>J Pers Soc Psychol.</i> 1987; 52:1161-73.	
SCHORY TJ, PIECZNSKI N, NAIR S, ELMALLAKH RS. Barometric pressure, emergency psychiatric visits, and violent acts. <i>Can J Psychiatry.</i> 2003; 48:624-7.	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de asociación positiva entre bajas presiones barométricas y agresividad.

9. LEMONIDOU C., PRIAMI M, MERKOURIS A, KALAFATI M., TAFAS C, PLATI C. Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. *Eur. J. Psychiat.* 2002; 16 (2): 87-98.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 190 enfermeros. Lugar: 5 Hospitales Griegos.	- Perspectiva del personal de enfermería frente a las CM.	<ul style="list-style-type: none"> • Motivo CM → 70% Seguridad, 23% control comportamiento. • A favor/ contra → 80% a favor de CM. • 55% pacientes no repiten comportamiento agresivo. • Sentimiento de simpatía por el paciente (41 %) y desacuerdo 20%. • Factores protectores → evaluación de paciente y comunicación. Formación de enfermería y dotación profesional.

10. BOHORQUEZ A., CARRASCAL S., ACOSTA S., SUÁREZ J., MELO A., PÉREZ J. , LÓPEZ A. Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. *Revista Ciencia y Cuidado.* 2010; 7 (1):29-34.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 30 pacientes Lugar: Servicio de Observación Hospital Mental Rudesindo Soto (Colombia) Año: 2009	- Perfil paciente CM Edad, Sexo Sociodemográfico Conciencia de enfermedad Lenguaje Signos vitales Tiempo de reversión	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación positiva → de 35 a 44 años de edad, lenguaje logorreico, temperatura de 36,9º a 35º C, taquipnea. • Tiempo de CM → menos de 2 horas.

11. NISSEN T, RORVIK P, HAUGSLETT L, WYNN R. Physical Restraint and Near Death of a Psychiatric Patient. *Journal Of Forensic Sciences*. 2013; 58 (1): 259-262.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 1 paciente Lugar: Hospital Universitario de Noruega.	- Paciente de 30 años diagnosticado de esquizofrenia con un IMC de 42.	<ul style="list-style-type: none"> Tras CM en decúbito prono cianosis, bajo nivel de conciencia e incontinencia urinaria. Saturación de oxígeno 94%. Causas: aumento presión intraabdominal o restricción torácica.

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.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 301 ptes. Lugar: Sala de Emergencias Hospital Río de Janeiro	Perfil pacientes CM: <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Consumo de sustancias - Motivo CM - Motivo de ingreso - Turno CM 	<ul style="list-style-type: none"> Mayor riesgo → jóvenes, agitación extrema, psicosis, consumo de sustancias, turno de mañana, las 2 primeras horas de ingreso.

13. ZHU XM, XIANG YT, ZHOU JS, GOU L, HIMELHOCH S, UNGVARI GS, CHIU HF, LAI KY, WANG XP, Frequency of physical restraint and its associations with demographic and clinical characteristics in a Chinese psychiatric institution. 2014; 50 (4) :251-6.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 160 ptes. Lugar: China	- Perfil paciente CM	<ul style="list-style-type: none"> • Mayoría mujeres (63%). • Factor protector → tratamiento ambulatorio antes de la admisión, uso de estabilizadores del ánimo. • Factor de riesgo → comportamiento agresivo.

14. GIVARCH J, CANO N. Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives. *Encephale*. 2013; 39(4):237-43.

Material y método	Variables analizadas	Resultados
Muestra: 20 enfermeras y 9 psiquiatras. Año: 2011-2012	- Perspectiva del personal de enfermería con respecto a CM.	<ul style="list-style-type: none"> • 75% considera una mejora de la relación médico paciente tras la CM. • Sentimientos: predominio de frustración en 66% de los médicos y 33% de las enfermeras.

2. REVISIONES:

1. WYNN R. The Use of Physical Restraint in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals. Psychiatry Journal. 2015; 2015: 1-10.

Artículos Se revisan un total de 28 artículos	Resultados
S.O.OSE AND I. PETTERSEN, Inpatients in Adult Psychiatric Services. SINTEF. 2014.	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de CM → 10 -14%.
M. 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil CM Factor de riesgo: inmigrantes, jóvenes, trastorno bipolar/psicosis/esquizofrenia/abuso de sustancias.
T. L. HUSUM, J. H. BJØRNGAARD, A. FINSET, AND T. RUUD. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and Involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMCHealth Services Research. 2010; 10: 89.	<ul style="list-style-type: none"> • Perfil CM Factor de riesgo → Agresividad/autolesión, zonas urbanas Factor protector → pacientes de otras etnias
R. WYNN. Polar day and polar night: month of year and time of day and the use of physical and pharmacological restraint in a north Norwegian university psychiatric hospital. Arctic Medical Research. 1996; 55 (4): 174–181.	<ul style="list-style-type: none"> • Época del año → más en otoño y en el turno de tarde.
E. HEM, S. OPJORDSMOEN, AND P. M. SANDSET. Venous thromboembolism in connection with physical restraint. Tidsskrift for den Norske Laegeforening. 1998; 118 (14); 2156–2157.	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos → la inmovilización durante un largo periodo de tiempo puede dar lugar a trombosis y asfixia.
T. NISSEN, P. RØRVIK, L. HAUGSLETT, AND R. WYNN. Physical restraint and near death of a psychiatric patient. Journal of Forensic Sciences. 2013; 58 (1): 259–262.	
K. I. IVERSEN, G. HØYER, ANDH. C. SEXTON. Coercion and patient	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción paciente: CM tiene un efecto negativo sobre el enfermo.

satisfaction on psychiatric acute wards. International Journal of Law and Psychiatry. 2007; 30 (6): 504–511.	
R. WYNN AND T. BRATLID. Staff's experiences with patients' assaults in a norwegian psychiatric university hospital. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1998; 12 (2): 89–93.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción enfermería → 80 % opina que la CM se realiza de manera adecuada.

2. 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.

Artículos	Resultados
Se revisan un total de 49 artículos	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo → masculino • Edad → adultos jóvenes • Etnia → extranjera • Motivo → esquizofrenia • Tipo de ingreso → involuntario • Causa → agresión o intento de fuga. • Presencia de personal → masculino

3. 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

Artículos	Resultados
A partir de datos epidemiológicos publicados en España.	<ul style="list-style-type: none"> • Coste por episodio → 513 a 1.160 euros. • Coste anual → 27 millones de euros.

4. LOIS BIGGIN MOYLA N, PHD, RN. Physical Restraint in Acute Care Psychiatry. A humanist and realistic Nursing Approach. Journal of Psychosocial Nursing. 2009; 47 (3).

Artículos	Resultados
<p>HUCKSHORN, K.A.. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i>. 2014; 42(9): 22-33.</p> <p>GORDON, H., HINDLEY, N., MARSDEN, A., SHIVAYOGI, M. The use of mechanical restraint in the management of psychiatric patients: Is it ever appropriate. <i>The Journal of Forensic Psychiatry</i>. 1999; 10: 173-186.</p>	<ul style="list-style-type: none">Debate acerca de si las CM son terapéuticas o si existen razones legítimas para su uso.
<p>MOYLAN, L.B. The relationship between the nurse's level of fear, anger and the need for control, and the nurse's decision to physically restrain the aggressive patient. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University, Garden City, New York. 1996.</p>	<ul style="list-style-type: none">68 % de los pacientes en contacto con pacientes agresivos necesitaron CM.

3. PROTOCOLOS:

1. 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
2. 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>
3. SANTIAGO A., COMITÉ DE ÉTICA PARA LA ASISTENCIA SANITARIA Y GRUPO DE TRABAJO EN CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES. Protocolo de contención de movimientos de pacientes. [Internet]. 2010. [acceso 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/2014/11/Protocolo-Contenci%C3%B3n-de-movimientos-de-pacientes-Hospital-cl%C3%ADnico-San-Carlos.Madrid.pdf>
4. 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&blobable=MungoBlobs&blobwhere=1352889777299&ssbinary=true>
5. 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>.

Anexo III

1. Consentimiento informado

Consentimiento informado	NHC: Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido Fecha de nacimiento: Domicilio: Fecha	Sexo:
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTENCIÓN MECÁNICA		
D./Dña mayor de edad, con DNI Ingresado en el Servicio de del Hospital General de Ciudad Real.		
DECLARA: Que acepta ser contenido mecánicamente, como aparte de medida terapéutica previamente acordadas con los médicos que le atienden. Se le explica detalladamente las indicaciones, fundamento y objetivos del procedimiento aplicado, así como terapias deferentes al mismo. Acepta voluntariamente dicho inmovilización finalizando cuando médicaamente se considere o se solicite voluntariamente.		
Zaragoza a de de		
Fdo: (paciente)		
Fdo: (médico)		
Fdo: (enfermera)		

1. Registro de la CM

Indicación de la contención mecánica	NHC: Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido Fecha de nacimiento: Domicilio: Fecha
Unidad de ubicación del paciente: Turno: Fecha de indicación: Hora de indicación: Nombre y firma del personal responsable de la indicación: Médico (Fdo.) Enfermera/o (Fdo.) Se necesitó ayuda del personal de seguridad: SÍ/NO	
Indicaciones de la contención: <ul style="list-style-type: none"> ■ Agresividad con lesiones para el propio paciente. ■ Riesgo de lesiones hacia otros pacientes. ■ Riesgo de lesiones hacia el personal sanitario. ■ Riesgo de interrupción del proceso terapéutico. ■ Riesgo de daños físicos hacia el mobiliario del hospital. ■ Antes de TEC ■ Solicitud del médico. ■ Solicitado por el propio paciente. 	
Tipo de sujeción: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 punto ■ 3 puntos ■ 4 puntos ■ 5 puntos/ completa 	
Situación clínica del paciente: Diagnóstico: COLABORACIÓN DEL PACIENTE: SÍ/NO Estado: <ul style="list-style-type: none"> ■ Agitado ■ Violento /agresivo ■ Confuso/ desorientado ■ Impulsividad suicida 	Observaciones:

2. Registro de seguimiento de pacientes con CM

NHC: Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido Fecha de nacimiento: Domicilio: Fecha	Sexo: Seguimiento de la CM		
Medios fracasados antes de la contención mecánica: <ul style="list-style-type: none"> - Contención verbal - Contención farmacológica Indicar si ORAL / PARENTERAL - Conversación con un familiar - No había otra opción y no se intentó nada de lo anterior. 			
Tratamiento farmacológico relacionado con la contención Indicar medicación, vía, hora, firma.			
Confirmación de la indicación de contención (ante la ausencia de dos firmas consecutivas, indica el levantamiento en la fecha y turno correspondiente)			
Fecha	Turno	Firma médico	Firma enfermera
	Mañana		
	Tarde		
	Noche		
	Mañana		
	Tarde		
	Noche		
	Mañana		
	Tarde		
Lesiones durante la CM: SÍ/NO Indicar tipo de lesiones			

NHC: Nombre: 1º Apellido: 2º Apellido Fecha de nacimiento: Domicilio: Fecha	Sexo:	Seguimiento de la CM por enfermería
---	-------	--

Fecha:

Turnos	Mañana	Firma	Tarde	Firma	Noche	Firma
CONSTANTES VITALES						
T.A.						
PULSO						
TEMPERATURA						
ALIMENTACIÓN						
ELIMINACIÓN						
En baño						
En cama						
HIGIENE						
BAÑO						
CAMA						
ESTADO PIEL						
TIPO DE SUJECIÓN						
1 PUNTO						
3 PUNTOS						
4 PUNTOS						
5 PUNTOS						
REVISIÓN						
MANO						
PIE						
CINTURA						
AMBIENTE						
VENTILACIÓN						