

Trabajo Fin de Grado

Plan de mejora para disminuir el uso de contenciones mecánicas en los centros hospitalarios y sociosanitarios de Zaragoza.

Improvement plan to reduce the use of mechanical restraints in hospital and social health centres in Zaragoza.

Autor

María d'Ízarbe Bailo Aysa

Director

José Manuel Granada López

Facultad de Ciencias de la Salud

2021-2022

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mi tutor, José Manuel Granada López, por su dedicación y compromiso con el Proyecto.

También me gustaría agradecer al equipo de EVO Training Institute, por la cesión de su material, así como a la Fundación Cuidados Dignos, por su disposición a colaborar.

Por último, y con especial cariño, me gustaría dar las gracias a los profesionales del Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar, por todo lo que con ellos aprendí y por mostrarme unos cuidados tan humanos.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
ÍNDICE	3
GLOSARIO	4
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
JUSTIFICACIÓN.....	12
OBJETIVOS	13
METODOLOGÍA	14
1. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO	14
2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	15
3. DISEÑO.....	18
ÁMBITO DE ESTUDIO	18
SUJETOS DE ESTUDIO	19
ANÁLISIS ECONÓMICO.....	19
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
DESARROLLO	21
1. PLAN→ PLANIFICAR	21
A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	21
B. ANÁLISIS CAUSAL.....	22
C. DESARROLLO DEL PROBLEMA.....	22
2. DO→ HACER.....	24
3. CHECK→ EVALUAR	29
A. INDICADORES DE ESTRUCTURA.....	29
B. INDICADORES DE PROCESO.....	32
C. INDICADORES DE RESULTADO	34
D. ACT→ ACTUAR.....	37
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	44
ANEXO 1: ENCUESTA CREADA AD-HOC	44
ANEXO 2: VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	45
ANEXO 3: PÓSTER DE DESESCALADA VERBAL.....	47

GLOSARIO

- CM: Contención Mecánica/ Contenciones Mecánicas
- AEESME: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental
- TFG: Trabajo Fin de Grado
- HUMS: Hospital Universitario Miguel Servet

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Las contenciones mecánicas son una herramienta que tiene como objetivo garantizar la seguridad de un paciente u otras personas mediante la restricción total o parcial de su movilidad, a través de dispositivos físicos. Su utilización es muy dispar a nivel internacional, como también lo es su regulación, en algunos casos difusa. La técnica, conlleva riesgos físicos y un importante sufrimiento para el paciente, además de deteriorar la relación terapéutica. Es por esto que, distintos organismos y asociaciones están trabajando para limitar su uso. Sumándose a estos proyectos y aportando un punto de vista enfermero, este trabajo pretende contribuir a crear una atención sanitaria basada en la evidencia, que garantice la seguridad para profesionales y pacientes, mientras cuida su bienestar, derechos y libertades.

OBJETIVO PRINCIPAL

Diseñar un plan de mejora de la calidad destinado a reducir el uso de las contenciones mecánicas en los hospitales y centros sociosanitarios de Zaragoza.

METODOLOGÍA

Para la planificación temporal, se ha empleado un diagrama de Gantt, que ha guiado los tiempos del trabajo. Para la búsqueda de información, se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, páginas web y otros documentos como guías y protocolos oficiales. En cuanto al diseño del estudio, se ha optado por utilizar el ciclo de Deming.

CONCLUSIÓN

El adecuado manejo de las situaciones en las que habitualmente se utilizan contenciones no solo es posible sino necesario, mediante cambios profundos en la mentalidad y modo de trabajo y una adecuada formación profesional, en la que enfermería juega un papel fundamental.

PALABRAS CLAVE

“Contención mecánica”, “restricción física”, “salud mental”, “enfermería” y “humanización”.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Mechanical restraints are tools that aim to guarantee the safety of a patient or other people by totally or partially restricting their mobility through physical devices. Its use is very uneven at an international level, as is its regulation, in some cases vague. The technique carries physical risks and significant suffering for the patient. Besides, it deteriorates the therapeutic relationship. This is why different organizations and associations are working to limit its use. Adding to these projects and providing a nursing point of view, this work aims to contribute to the creation of evidence-based health care, which guarantees safety for professionals and patients, while taking care of their well-being, rights and freedoms.

OBJECTIVES

Designing a quality improvement plan aimed at reducing the use of mechanical restraints in hospitals and social health centers in Zaragoza.

METHODOLOGY

For temporary planning, a Gantt chart has been used, which has guided the work schedules. In order to look for information, a bibliographic review has been carried out in different databases, web pages and other documents such as guides and official protocols. In regards to the design of the study, it has been decided to use the Deming cycle.

CONCLUSION

Proper management of situations in which restraints are commonly used is not only possible but necessary, through profound changes in mentality and way of working and adequate professional training, in which nursing plays a fundamental role.

KEYWORDS

"Mechanical restraint", "physical restraint", "mental health", "nursing" and "humanization".

INTRODUCCIÓN

" If County Jails must be resorted to for security against the dangerous propensities of madmen, let such use of prison-rooms and dungeons be but temporary".¹

Más de un siglo ha transcurrido desde esta cita de Dorothea Dix, enfermera pionera y referente de salud mental. La frase clama justicia y libertad en oposición al uso coercitivo de las herramientas de poder. Sin embargo, en el actual panorama asistencial, siguen presentes las prácticas que utilizan la fuerza como mecanismo de acción. Se asume que quien la ejerce, lo hace de forma adecuada y que ésta es necesaria para el beneficio particular o general. Este trabajo, mediante el estudio particular de las contenciones mecánicas, pretende aplicar una visión crítica y humilde en cuanto a la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer un uso de la coerción reducido a lo imprescindible.

DEFINICIÓN

La RAE define "contener" como "Reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo". En cuanto a contención mecánica, la Organización Mundial de la Salud dice que es aquella que se realiza gracias a un "método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo, conectado o adyacente al cuerpo del paciente, que él o ella no puede sacar fácilmente".^{2,3}

El objetivo de éstas es inmovilizar total o parcialmente el cuerpo del paciente en una situación de peligro, para garantizar seguridad, evitando la auto o heteroagresión. Esta medida es de carácter excepcional y se debe aplicar siempre de la manera menos restrictiva y durante el menor tiempo posible, como recurso de última opción. Algunos de los ejemplos de dispositivos más típicamente utilizados pueden ser el cinturón abdominal, las muñequeras o tobilleras y las manoplas.⁴⁻⁶

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Cuando se quiere especificar las indicaciones de las contenciones mecánicas se observa que éstas están ligadas a los protocolos particulares y que no existe una unanimidad de criterios, por lo que, en ocasiones, existen discordancias entre protocolos que afectan a una misma área. Diferentes contextos han dado lugar a una visión diferente de la necesidad de las contenciones. Este trabajo, contempla que no existen indicaciones reales sin una prevención real, ya que la mayoría de las contenciones se podrían eliminar con las alternativas adecuadas. En cualquier caso, el protocolo que las regula en Aragón contempla su uso en los siguientes tres supuestos.

El primero, cuando existe una situación o conducta que supone un riesgo o amenaza a la integridad física del paciente: fugas, autolesiones, suicidio... El segundo, cuando éstas lo son para otra persona o el entorno. En tercer lugar, se contempla su uso cuando éstas sean sumamente imprescindibles para la aplicación y mantenimiento de programas terapéuticos: sondas, catéteres, tubos endotraqueales... En este caso, se suele justificar la intervención alegando riesgo de desinserción o arrancamiento de éstos. ⁶⁻⁸

En algunas guías y protocolos (no en el de Aragón), también se contemplan otros supuestos, como el de la prevención de caídas o vagabundeo errático (representa el 75% de las sujeciones en España) y el del control postural. ⁶

El uso de CM en ningún caso está justificado bajo los siguientes criterios: como mecanismo punitivo, demostración de fuerza, por desconocimiento del estado general del paciente, para descanso del cuidador, para suplir falta de personal o cuando se presenten encefalopatías / cuadros confusionales que puedan empeorar con la disminución de la estimulación sensorial, entre otros. ^{4,9}

Si bien no supone una contraindicación absoluta, en el caso del paciente con trastornos orgánicos graves se deberá prestar especial atención a la monitorización de éste. ⁵

EL PROBLEMA

La problemática del uso de CM está determinada por su frecuencia de uso y por la importancia de algunas cuestiones que rodean a la medida.

En cuanto a prevalencia, España forma parte de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que más utiliza las contenciones mecánicas en todos los ámbitos. Esta utilización, es más recurrente en determinados servicios, como unidades de críticos o en residencias de ancianos. Sin embargo, debido a errores de registro, diferencias conceptuales... resulta complicado estudiar la prevalencia de uso de la CM.¹⁰

La importancia del problema viene asociada tanto al plano biológico como al psicosocial de la persona. Varios estudios observacionales muestran diversos efectos adversos derivados del uso de la contención, que, si bien pueden ser muy graves y deben ser considerados, no son muy prevalentes en relación con su uso. El problema principal de la contención viene dado por la vulneración de algunos valores y derechos fundamentales de la persona, afectando a esferas como la autoestima, la dignidad... que se ven alteradas desde el momento de la indicación en gran parte de los casos.¹¹

ACTUALIZACIÓN

Si bien no existe una normativa estatal universal concreta y rigurosa sobre la CM, se observan multitud de documentos legislativos en los que su uso se ve involucrado. En el contexto actual, serían destacables algunos como la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón y la Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón.^{12,13} La primera, hace alusión al derecho a no ser sometido a contención, salvo peligro inminente. La segunda, hace referencia, entre otros, a la necesidad de comunicación al juzgado de las contenciones involuntarias. También se puede encontrar contenido relacionado con la contención, en la Constitución Española, con el "Derecho a la libertad física" y el "Derecho a la integridad física y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes".¹⁴ Por último,

se podría hacer referencia a la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y a la Ley General de Sanidad (Art. 10: Consentimiento informado), entre otros.¹⁵⁻¹⁷

Además de a nivel legislativo, a nivel social existen movimientos que han luchado por limitar o eliminar el uso de las CM, tanto para el paciente psiquiátrico como para el general. Encontramos ejemplos como la asociación "Mejorana", el "Grupo Contención Cero" de la "Generalitat" catalana, la asociación "En Primera Persona" Andalucía o incluso la asociación AEESME de enfermería de salud mental, que también se ha posicionado. Especialmente destaca la campaña "0 contenciones", que cuenta con el apoyo de la "Asociación Española de Neuropsiquiatría" y "confederación SALUD MENTAL España".¹⁸⁻²⁵

ALTERNATIVAS

Para limitar la CM, la medida principal a aplicar es la prevención. Se puede hablar de la de tipo primario (medidas proactivas) y la de secundario (medidas reactivas).

Las proactivas, tienen por objetivo impedir las situaciones o conductas que generarían la contención. Estas estrategias se agrupan en las de prevención de conductas desadaptativas y trastornos de la conducta, las de prevención de fugas y las de prevención de caídas. En cuanto a prevención de conductas desadaptativas, se puede intervenir mediante una programación de una rutina estructurada, entrenamiento en habilidades sociales... En cuanto al riesgo de fugas se puede actuar mediante la posibilidad de paseos, acompañamiento en el exterior o aumentando la vigilancia. Frente al riesgo de caídas, se puede adecuar el entorno para hacerlo más seguro, adecuar las ayudas técnicas (por ejemplo, la altura del bastón), realizar estimulación psicomotora, etc. Por otro lado, las estrategias reactivas o de prevención secundaria, que se aplican cuando las primeras no resultan eficaces, están encaminadas a frenar la conducta problemática cuando ésta ya ha aparecido.

Éstas se pueden clasificar en las que no implican contención y en las que sí.

3,26

Dentro de las estrategias reactivas que no implican contención se encuentran algunas como la escucha activa, la redirección de la conducta problemática hacia otra actividad, la retroalimentación positiva, la interposición... También se encuentra la estrategia "time out" o de aislamiento, que supone la permanencia del usuario en un lugar concreto por un tiempo previamente pautado con éste. La medida tiene como propósito disminuir el nivel de activación de la persona. El paciente puede decidir abandonar ese lugar y el tiempo de aislamiento no excederá los 10-15 minutos. ^{3,27}

Si estas no resultan eficaces y es preciso recurrir a estrategias que sí implican contención, se debe emplear en primer lugar la de tipo verbal. Ésta, se basa en el afrontamiento de una situación de agitación, huida o caída mediante un uso consciente y preciso del lenguaje. En el caso de agitación psicomotriz, resulta esencial el manejo de esta técnica para realizar una desescalada verbal que provoque una vuelta a un estado estable. La práctica de la desescalada siempre va a ir condicionada tanto a la situación del paciente particular como al punto de la escalera de agitación en el que éste se encuentre. Algunos aspectos básicos consisten en respetar el espacio personal del paciente, hablar suave, en un tono calmado pero seguro, ser conciso y utilizar un lenguaje sencillo...Con este recurso, se puede "enfriar" la situación. Además, el paciente desarrolla su propia capacidad de control conductual, ya que es quien se autogestiona para reorientar su estado de agitación y sus conductas disruptivas. ^{4,28}

Como estrategias típicas de contención alternativas a la física y mecánica, se encuentran la contención espacial (creando un confinamiento forzoso) y la farmacológica (mediante benzodiazepinas y antipsicóticos principalmente). ⁴

Una interesante herramienta para complementar estas medidas anteriores, más típicamente conocidas en su teoría (que no siempre en su práctica) en España, es el modelo Safeward. La propuesta de mejora de este Trabajo fin de Grado tiene sus bases en este modelo. Safeward tiene por objetivo promover una mayor seguridad y bienestar en las unidades de psiquiatría. A

pesar de esto, muchas de sus medidas son aplicables también a situaciones de hospitalización general y centros sociosanitarios, lo que hace pertinente su inclusión en éste TFG. Algunos ejemplos de intervenciones propuestas para reducir la CM son las siguientes: clarificar expectativas mutuas (consensuando con el paciente los límites de comportamiento), proporcionar apoyo ante las malas noticias (evitando que éstas supongan un desestabilizador que desencadene situaciones conflictivas), crear una relación usuario-profesional de confianza, enseñar técnicas de relajación (utensilios como chicles o bolas de masaje para ofrecer al paciente antes de considerar el tratamiento farmacológico)... Éstas, entre otras, son herramientas validadas que disminuirían el uso de medidas coercitivas y mejorarían el bienestar del paciente durante su estancia. ²⁹

JUSTIFICACIÓN

El panorama actual, hace que la excepcionalidad teórica de la contención mecánica diste bastante de la realidad clínica. En algunos estudios se observa que los conocimientos que presenta el personal de enfermería en cuanto a contenciones y a las situaciones en las que comúnmente se aplican, son deficientes. La falta de consciencia sobre los riesgos sumada a unas estrategias de afrontamiento limitadas, hacen que la contención pase a ser una primera opción. Así pues, varios autores señalan una relación inversamente proporcional entre el grado de conocimiento sobre contenciones del personal de enfermería y la frecuencia con la que se aplican.

30-32

Si se establece la asociación entre los riesgos de esta medida (ligados al principio de no maleficencia) junto con la escasa evidencia sobre su efectividad (ligada al principio de beneficencia), se puede razonar que la aplicación de la medida debe ser cuanto menos meditada, desde un adecuado conocimiento y consciencia de la situación. Es por esta necesidad de consciencia y conocimientos de los profesionales, que este proyecto de mejora tiene cabida, pretendiendo mostrar una realidad posible en la que el uso de las contenciones se encuentre cuidadosamente limitado, mejorando así la calidad asistencial.

OBJETIVOS

GENERAL

- Diseñar un plan de mejora de la calidad destinado a reducir el uso de las contenciones mecánicas en los hospitales y centros sociosanitarios de Zaragoza.

SECUNDARIOS

- Concienciar a los profesionales sobre los riesgos de la CM para el paciente.
- Capacitar a los profesionales en medidas alternativas a la CM para prevenir su uso.
- Asegurar que los profesionales registren en sistemas de información toda práctica de CM.

METODOLOGÍA

1. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO

Para reflejar la duración de los tiempos de redacción de este trabajo, utilizamos el siguiente diagrama de Gantt:

	FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO
	7-15	15-28	1-15	15-31	1-15	15-30	1-15
Elección del tema	■						
Búsqueda bibliográfica		■					
Revisión de literatura e introducción		■					
Justificación			■				
Objetivos		■					
Metodología		■					
Bibliografía		■					
Desarrollo			■				
Conclusiones					■		
Resumen					■		
Anexos		■					
Índice						■	
Correcciones		■					
Preparación de la defensa							■

Fuente: elaboración propia

2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

BASES DE DATOS

	PALABRAS CLAVE	FILTROS	ENCONTRADOS	REVISADOS	SELECCIONADOS
SCIELO	"mechanical restraint"	5 años	17	7	3
SCIENCE-DIRECT	"contención mecánica" AND "enfermería"	5 años	52	8	3
	"contención mecánica" AND "legislación"	10 años	33	5	1
DIALNET	"physical restraint"	5 años Ciencias de la salud → enfermería Texto completo	13	3	1
PUBMED	"physical restraints"	5 años	110	20	2
TOTAL					10

Fuente: elaboración propia

PÁGINAS WEB

PÁGINA WEB	ENLACE
Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental. FAISEM	https://www.faisem.es
Asociación Española de Enfermería de Salud Mental. AEESME	https://www.aeesme.org
Asociación Mejorana	https://mejorana.org
Seguridad de los Pacientes, Generalidad de Cataluña	https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es
Federación En Primera Persona	http://federacionenprimerapersona.blogspot.com
Confederación SALUD MENTAL España	https://consaludmental.org
#0CONTENCIONES	https://www.0contenciones.org
Asociación Española de Neuropsiquiatría.	https://aen.es
Safewards	https://www.safewards.net/es
Asociación Española para la Calidad	https://www.aec.es
1decada4: Estrategia andaluza contra el estigma en salud mental	https://www.1decada4.es
Fundación cuidados dignos	https://cuidadosdignos.org
EVO Training Institute	https://evotraining.eu/
TOTAL	13

Fuente: elaboración propia

DOCUMENTOS OFICIALES

DOCUMENTO EMITIDO	ORGANISMO
Documento de reflexión sobre contenciones.	Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña.
Protocolo de buenas prácticas en el uso de medidas de sujeción en el ámbito domiciliario y centros asistenciales: sociales y sanitarios.	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Consenso español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación.	Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.
Documento de consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas.	Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura.	Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.	Comité de Bioética de España.
Boletín Oficial del Estado.	Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental.	Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de salud.
TOTAL	8

Fuente: elaboración propia

LIBROS

LIBROS	
Memorial Soliciting a State Hospital for the Protection and Cure of the Insane.	
Principios de Ética Biomédica.	
Diccionario de la lengua Española. Vigésimotercera edición.	
TOTAL	3

Fuente: elaboración propia

3. DISEÑO

Para desarrollar el plan de mejora de la calidad, se ha optado por aplicar la "Rueda de Deming" o "ciclo PDCA", que es una metodología avalada por la Asociación Española para la Calidad, que busca la optimización de un proceso mediante la resolución de problemas. Ésta, consiste en una sucesión cíclica de los siguientes 4 pasos:

- PLAN/PLANIFICAR: se analiza el problema detectado y se pone el foco en resultado esperado, que será conseguido mediante la aplicación de los diferentes procesos de la intervención.
- DO/HACER: Implementación de las actividades planificadas.
- CHECK/VERIFICAR: se evalúa si se ha conseguido la mejora esperada, mediante el análisis de datos obtenidos.
- ACT/ACTUAR: modificación de procesos en base al resultado de las acciones previas, para conducir a una continua mejora. ³³

ÁMBITO DE ESTUDIO

Ámbito de estudio

El ámbito de estudio se reduce a tres escenarios que funcionan como proyecto piloto, con vistas a que el programa sea aplicable en un futuro a centros sociosanitarios y de hospitalización de Zaragoza.

Los escenarios piloto son:

- Unidad de Cuidados Intensivos de Coronarias del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Hospitalización, Unidad de Unidad de Corta Estancia de Salud Mental del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Residencia de Mayores Romareda.

La selección de ámbitos de estudio responde a tratar de abarcar el tipo de pacientes o de situaciones en las que se suelen aplicar contenciones: en situaciones de riesgo de auto-extubación, en pacientes con agitación psicomotriz, en ancianos...

SUJETOS DE ESTUDIO

Personal de enfermería de los mencionados servicios. Serán incluidos a participar en el proyecto las enfermeras tanto generalistas como especialistas (también aquellas que son internas residentes) que consientan la colaboración. También se incluirá a la enfermera encargado de la supervisión del servicio.

Serán excluidas las enfermeras que no se encuentren activas laboralmente en el momento de la implementación: personal que disfrute de permisos reglamentarios, vacaciones, que se encuentre de baja, etc.

ANÁLISIS ECONÓMICO

Los medios de financiación de los recursos necesarios para desarrollar el plan de mejora serán internos, vía presupuestos de formación del sector 2 del Servicio Aragonés de salud. El cálculo del coste de las horas de trabajo de cada enfermera colaboradora se realizará en base a las tablas retributivas para formación del Servicio Aragonés de Salud.

La difusión del plan de mejora será a través de la dirección de enfermería y las enfermeras encargadas de la supervisión de las unidades mencionadas. La idea es que estos directivos fomenten la asistencia de los trabajadores al proyecto. Para impulsar la participación en el programa, las horas invertidas

en la asistencia, contarán como horas de trabajo y la participación se premiará en el sistema de puntuación del Servicio Aragonés de Salud.

EQUIPOS		0€*
Proyector	0€	
Ordenador	0€	
Altavoces	0€	
RECURSOS HUMANOS		1440€
Enfermera especialista en salud mental	45€/hora x 16 horas=720€	Cada enfermera empleará aproximadamente 5 horas en los talleres presenciales y 11horas en buscar y enviar información para difusión WhatsApp.
Enfermera especialista en geriatría		
RECURSOS MATERIALES		26€
Bolígrafos→ 50 unidades	0,50€ x 50 unidades=25€	
Fotocopias→ 50 unidades	0.02€ x 50 unidades =1€	
Plataforma de teleformación del Servicio Aragonés de Salud	0€	
Cambios en sistemas informáticos	0€	
ESPACIO		0€
Aula 1 del Edificio de Docencia del Hospital Universitario Miguel Servet	0€	
TOTAL		1466€

*Aquellos materiales con coste de 0€ serán financiados con medios propios del centro.

Fuente: elaboración propia

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La autora declara no tener ningún conflicto de interés en la elaboración de este TFG.

DESARROLLO

1. PLAN → PLANIFICAR

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA PROPUESTO

El problema planteado es el uso abusivo de las contenciones mecánicas, siendo excesivo en su frecuencia, duración y grado de restricción.

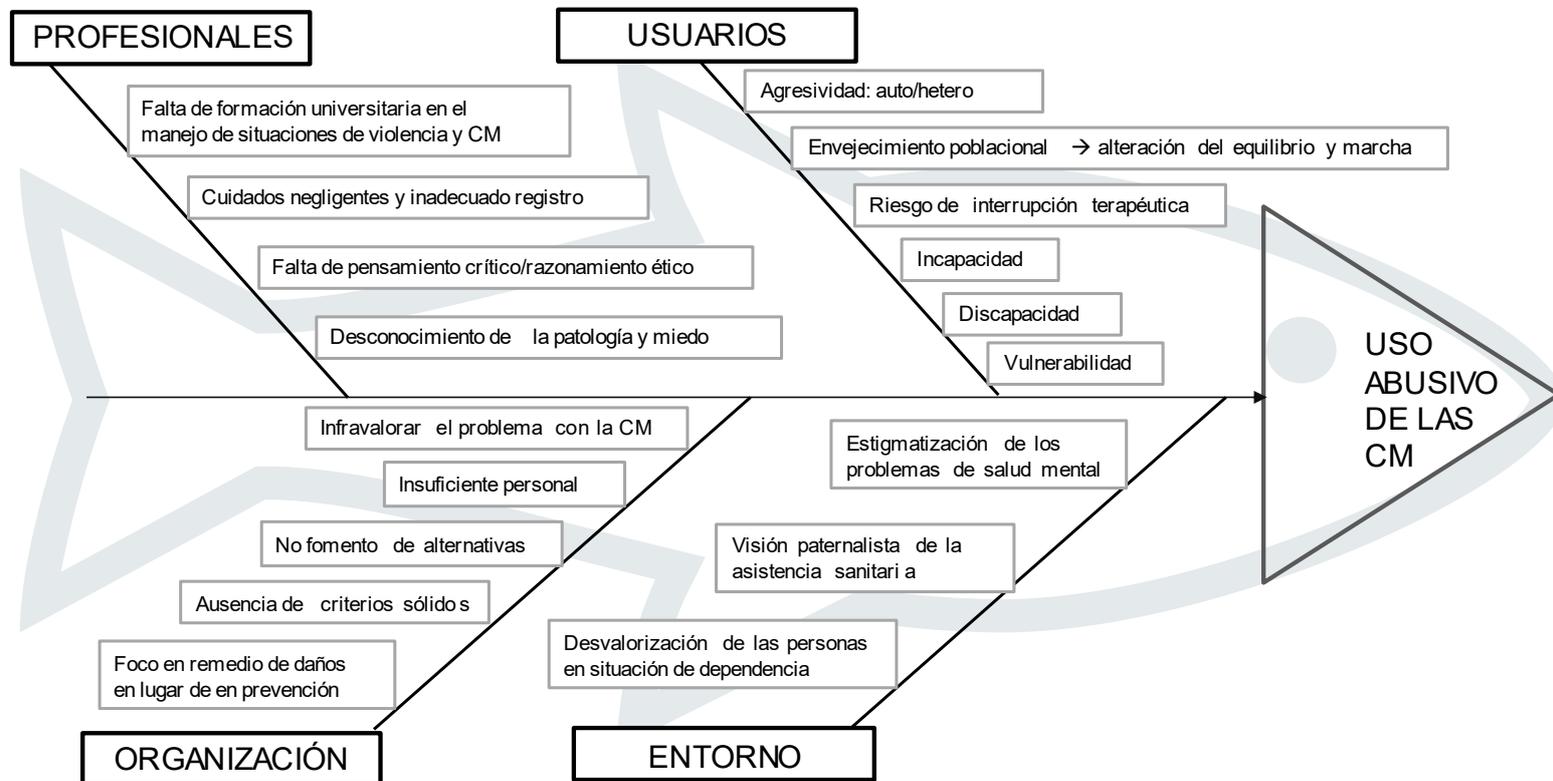
BENEFICIOS ESPERADOS

- Para el paciente y cuidador:
 - Paciente:
 - Aumento del bienestar.
 - Respeto por su dignidad y sus derechos.
 - Disminución de las complicaciones asociadas a la contención.
 - Disminución del número/gravedad de las caídas.
 - Disminución de los episodios de agitación psicomotriz.
 - Cuidador:
 - Aumento de la satisfacción con los cuidados.

- Para los profesionales, el sistema de salud y el desarrollo de la enfermería:
 - Cambio de paradigma entorno a la coerción.
 - Desarrollo de la humanización de los cuidados.
 - Desarrollo de la profesión enfermera como profesionales cuyo eje central es el cuidado de la calidad de vida del paciente.
 - Mejora de la relación terapéutica con el paciente y familiar.
 - Disminución de la sensación de culpabilidad.
 - Motivación de la implicación con los cuidados.
 - Aumento de la seguridad, mediante la prevención de situaciones de agresión.

B. ANÁLISIS CAUSAL

Para realizar el análisis causal del problema se ha optado por utilizar el diagrama de causa-efecto o de Ishikawa, de gran utilidad para clasificar las hipótesis sobre los posibles factores de un problema.³⁴



Fuente: elaboración propia

C. DESARROLLO DEL PROBLEMA

El problema de las contenciones mecánicas tiene varias aristas. Una de ellas es el propio conflicto ético inherente a la contención, otra se define por los riesgos para el paciente que los dispositivos o el hecho de la contención suponen (tanto físicos como psíquicos) y, por último, un problema generado por el uso, excesivo e inapropiado, que los profesionales hacen de la medida. Esta geometría relega al enfermo a un lugar impotente tanto ante su propia terapéutica como ante al mal uso que se hace de ella.

CONFLICTO ÉTICO

A la hora de valorar el conflicto ético, se puede acudir al libro *principios de Ética Biomédica* para apelar a sus principios de praxis sanitaria. Además, se deben tener en cuenta también otros valores implicados como el de seguridad y algunos derechos fundamentales como el de la libertad individual y el respeto a la dignidad.³⁵

La relación del principio de autonomía con la CM viene dada cuando se aplica en una persona (no incapacitada) en contra de su voluntad, o siempre que se contiene a alguien, cuando esta medida no sea imprescindible. Además, la autonomía se ve mermada desde el mismo momento en el que se restringe la libertad de movimiento.

El principio de beneficencia conduce a aplicarlas sólo en los casos imprescindibles y bajo los cuidados requeridos. Además, este principio se aplica sustituyendo al de autonomía (en pacientes no capacitados), haciendo que se tomen las decisiones según el usuario hubiera elegido.

El principio de no maleficencia viene de la mano con el valor de la seguridad, que lleva a considerar el uso presuntamente terapéutico de la contención con relación a sus riesgos.

Por último, el principio de justicia obliga, tanto a no discriminar según sesgos personales a la hora de la aplicación de la medida, como a realizar una discriminación positiva hacia el paciente contenido en cuanto a sus cuidados, dada su situación de vulnerabilidad.

RIESGOS

Entre las complicaciones físicas, se encuentran desde formas más leves: como rozaduras, contracturas musculares, etc., hasta aprisionamiento de miembros, caídas más graves que sin su uso, incluso hasta la muerte del paciente. ⁹

Ésta última consecuencia, puede ocurrir por asfixias mecánicas, broncoaspiración, muerte súbita o por traumatismos (durante el proceso de reducción física, para su instalación). Además, la CM aumenta la morbimortalidad del paciente, pues su uso se relaciona con estancias hospitalarias más largas. ¹¹

Las complicaciones psíquicas incluyen algunas como aislamiento, pérdida de autoestima y trastornos ansiosos o depresivos. También, paradójicamente, estudios han observado que su uso supone un factor de riesgo para la propia agitación, agresividad, inquietud y estrés. ⁴

USO INADECUADO Y PREVALENTE

El uso inapropiado de la CM puede venir dado por causas como el mal manejo de los dispositivos, falta de cuidados posteriores, tiempo prolongado o una indicación no pertinente.

El uso abusivo, sale a la luz cuando se analiza la prevalencia de esta medida. La investigación sobre cifras no es sencilla, dado que existen irregularidades en su registro y porque diversos estudios incluyen/excluyen diferentes dispositivos como herramienta de contención, de modo que los resultados son dispares. Sin embargo, sí que se puede apreciar que en España la prevalencia es mayor que otros países europeos. Esta prevalencia es elevada sobre todo en el caso de los ancianos. En Aragón, la frecuencia de uso de sujeciones en las residencias públicas, acorde a la memoria del instituto aragonés de servicios sociales de 2017 supera el 45% (incluyendo barandillas). ^{4,5,7}

2. DO→ HACER

El plan de mejora tiene su aplicación mediante dos vías. Por un lado, se trabajará directamente con el personal adherido a éste. Por otro, se implementarán algunos cambios a nivel estructural/ambiental.

SESIONES FORMATIVAS

Se realizarán 5 sesiones formativas para los enfermeros inscritos en el proyecto. Éstas, combinarán el formato presencial (3 sesiones) y online (2 sesiones). Las sesiones online serán en diferido, de modo que cada usuario pueda realizarla según su disponibilidad, para así cuidar la conciliación laboral. Las sesiones presenciales tendrán una duración aproximada de una hora y media. Ambas serán los Lunes; las presenciales comenzarán a las 17h y las telemáticas permanecerán abiertas desde las 8h durante 3 días.

Serán impartidas por 2 enfermeras: una de ellas especialista en salud mental y otra en geriatría. El lugar de reunión será el aula 1 del Edificio de Docencia del Hospital Universitario Miguel Servet.

SEMANA 1	"INTRODUCCIÓN A LAS CONTENCIONES"	1º sesión presencial
	<ul style="list-style-type: none">- Presentación del plan: Se presentarán las enfermeras docentes y realizarán una breve introducción al plan, explicando la dinámica de las diferentes actividades y la temporalidad de éstas. - Valoración inicial: los asistentes rellenarán un cuestionario de elaboración propia (Anexo 1) para evaluar los conocimientos iniciales. - Formación: se explicarán los siguientes aspectos:<ul style="list-style-type: none">- Concepto de contención mecánica + contexto mundial + cifras.- Aspectos legales + recomendaciones de organismos sobre su uso.- Riesgos de la contención: repercusión biopsicosocial en el paciente + repercusión en los profesionales + repercusión en la relación terapéutica.	

SEMANA 2	"EXPERIENCIAS"	1º sesión telemática
	Varios clips de vídeo de máximo 15 minutos: <ul style="list-style-type: none"> - 5 vídeos de pacientes relatando su experiencia habiendo sido contenidos. - 2 vídeos de profesionales explicando sus percepciones y sensaciones tras haber realizado CM. 	
SEMANA 3	"CÓMO DISMINUIR SU USO"	2º sesión presencial
	<ul style="list-style-type: none"> - Debriefing: explicación teórica + ejemplo práctico. - Explicación de los siguientes modelos/programas para disminuir el uso de la CM: <ul style="list-style-type: none"> - "Seis Estrategias Clave para Reducir el uso de las Contenciones Físicas y el Aislamiento": guía de verificación para el diseño de planes. ³⁶ - Modelo Safewards: enfoque y modo de trabajo diseñado para entornos de salud mental. ²⁹ - Proyecto Libera-Care: modelo de cuidados centrado en la calidad de vida y una norma que permite certificación del cumplimiento del modelo. ³⁷ 	
SEMANA 4	"LA DESESCALADA VERBAL"	2º sesión telemática
	<ul style="list-style-type: none"> - Agitación psicomotriz: explicación teórica de concepto + prevalencia + en qué casos suele ocurrir. - Explicación de escala de agitación y de desescalada verbal. - Vídeo de ejemplo de escalada + desescalada. 	
SEMANA 5	"PUESTA EN PRÁCTICA, SESIÓN FINAL"	3º sesión presencial
	Primera parte: práctica <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de casos clínicos: se presentarán tres situaciones en las que se suele aplicar la CM. Por grupos de máximo 5 personas pensarán cómo abordar estas situaciones y qué medidas utilizar. Posteriormente se pondrán en común y se debatirán con las profesionales y el grupo entero. 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica de la desescalada: con los mismos grupos se practicarán las técnicas de desescalada mediante role-playing. <p>Segunda parte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los participantes rellenarán de nuevo la encuesta de elaboración propia. <p>Tercera parte: actuar en nuestro campo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se concienciará sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> - correcto registro de la CM. - Adecuado debriefing posterior a la CM. - Consciencia y reflexión crítica sobre el entorno para valorar las distintas situaciones y actuar individualizadamente. - Se insistirá en la necesidad de formación y de un cambio en el paradigma actual, con una "tendencia cero" frente a la contención.
--	---

Fuente: elaboración propia

ACTIVIDAD DE CONTINUACIÓN

ACTIVIDAD 1	"PASOS HACIA ADELANTE"	6º lunes comienzo
<p>Mediante libre participación se crearán:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un grupo de Whatsapp con los asistentes donde éstos puedan compartir situaciones relacionadas con la CM con las que se enfrentan en sus días laborales. Pueden relatarlas o expresar cómo han vivido la situación, de modo que exista una vía donde reflexionar críticamente en equipo y debatir. - Una lista de difusión de Whatsapp en la que una de las enfermeras envíe contenido relacionado una vez al mes e informe de eventos. 		

Fuente: elaboración propia

CAMBIOS EN EL CENTRO

CAMBIO 1	INFORME ANUAL
<p>En base a la hoja de registro de CM se recogerán datos de los principales indicadores numéricos sobre el uso de CM para poder desarrollar estudios sobre ello.</p>	
CAMBIO 2	COMODIDAD DE REGISTRO
<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que el acceso al formulario de CM sea más sencillo con la instauración de un icono gráfico en los programas de utilización de las unidades. De este modo que habrá un acceso visible y directo, para evitar la ausencia de registro del procedimiento. - Conseguir que, una vez registrado el inicio de una contención, el programa pauté el registro de seguimiento cada dos horas por defecto, con posibilidad de modificarlo a un plan personalizado, para así asegurar el mantenimiento de los cuidados durante la contención. - Que, en el formulario de registro, en la parte de "debriefing" exista la obligatoriedad de adjuntar un documento de esta técnica. De ser posible, deberán participar el paciente y los profesionales. Si no se ha realizado debriefing, se deberá adjuntar un documento que explícita y justificadamente lo informe. Estos datos se podrían utilizar para futuros estudios cualitativos y cuantitativos. 	
CAMBIO 3	VOLUNTADES ANTICIPADAS
<p>Implementación de un documento de planes de crisis/seguridad y de voluntades anticipadas en salud mental (Anexo 2).³⁸</p>	
CAMBIO 4	PÓSTERES EN EL CONTROL
<p>En los controles de enfermería de las unidades adheridas al programa, se pegarán dos infografías: una sobre aspectos básicos de desescalada verbal (Anexo 3) y otra sobre las medidas a utilizar en los diversos puntos de la escalera de agitación .³⁹</p>	

Fuente: elaboración propia.

3. CHECK → EVALUAR

Para evaluar el plan de mejora, se hará uso de indicadores de estructura, proceso y de resultado.

A. INDICADORES DE ESTRUCTURA

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA I
INDICADOR	Disponibilidad del aula del HUMS y su equipamiento con ordenador y proyector para desarrollar las sesiones presenciales.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none">- Numerador: número de salas equipadas y disponibles en el HUMS.- Denominador: número de salas totales.- Periodo de tiempo: días de actividad presencial del plan.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se consultará con la Dirección General del HUMS el número de salas con proyector y ordenador.
JUSTIFICACIÓN	Es necesaria una infraestructura que permita el desarrollo de las sesiones para la ejecución del plan.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	Profesionales responsables del plan.
ESTÁNDAR	Al menos un aula estará disponible.

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA II
INDICADOR	Disponibilidad del personal enfermero docente para ejecutar el plan de mejora.
DIMENSIÓN	Disponibilidad.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de enfermeras especialistas que acceden a participar en el desarrollo del plan. - Denominador: número de enfermeras especialistas consultadas para participar en el desarrollo del plan. - Periodo de tiempo: duración del desarrollo del plan.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se buscará la participación de una enfermera especialista en geriatría y otra especialista en salud mental.
JUSTIFICACIÓN	Son necesarias profesionales de los principales campos en los que se aplican las medidas de concepción ampliamente formadas, que posean un profundo grado de conocimientos, para impartir una formación de calidad.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	Profesionales responsables del plan.
ESTÁNDAR	Al menos una enfermera especialista de geriatría y otra de salud mental estarán disponibles.

PARÁMETROS	INDICADOR DE ESTRUCTURA III
INDICADOR	Accesibilidad de las enfermeras de unidades/centros seleccionados a la inscripción al plan.
DIMENSIÓN	Difusión.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de enfermeras de los ámbitos seleccionados que conocen la existencia del plan. - Denominador: número de enfermeras total de los ámbitos seleccionados. - Periodo de tiempo: desde inicio de la difusión hasta el comienzo del desarrollo del plan.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Las enfermeras supervisoras o responsables serán las encargadas de trasladar la información a los trabajadores de las unidades y centros.
JUSTIFICACIÓN	Para conocer el alcance de la difusión del plan, se necesita conocer la proporción de enfermeras que conocen su existencia. Así, se evalúa el canal de mensaje (enfermera supervisora).
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al inicio del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de estructura.
FUENTE	Profesionales responsables del plan.
ESTÁNDAR	90%

Fuente: elaboración propia

B. INDICADORES DE PROCESO

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO I
INDICADOR	Número de participantes que han continuado con su asistencia durante todo el desarrollo del plan.
DIMENSIÓN	Adherencia.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de participantes que han continuado con su asistencia durante todo el desarrollo del plan. - Denominador: número de participantes total. - Periodo de tiempo: duración del desarrollo del plan
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Se pasará lista al inicio de las sesiones presenciales y se comprobará la realización de las actividades telemáticas por parte de todos los usuarios que participen.
JUSTIFICACIÓN	Para una adecuada formación es necesario adquirir todos los conocimientos que se imparten y participar en todas las actividades. De este modo es posible garantizar una correcta ejecución del plan.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al final del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	Profesionales responsables del plan.
ESTÁNDAR	90%

PARÁMETROS	INDICADOR DE PROCESO II
INDICADOR	Número de unidades/centros en los que se han aplicado las medidas de cambio estructurales/ambientales.
DIMENSIÓN	Aplicación.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de unidades/centros en los que se aplican las medidas de cambio estructurales/ambientales - Denominador: número de unidades/centros seleccionados para el desarrollo del plan. - Periodo de tiempo: duración del desarrollo del plan.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<ul style="list-style-type: none"> - Se comprobará la aplicación de las 4 medidas planificadas, acudiendo a las unidades o centros correspondientes. - Se tendrán en cuenta la aplicación de la totalidad de las medidas.
JUSTIFICACIÓN	Para dar lugar a los cambios que pretenden conseguir las actividades planteadas es necesario que estas sean llevadas a cabo, de modo que es indispensable comprobar su aplicación.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Al final del plan de mejora.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de proceso.
FUENTE	Profesionales responsables del plan.
ESTÁNDAR	90%

Fuente: elaboración propia

C. INDICADORES DE RESULTADO

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO I
INDICADOR	Pacientes de los servicios seleccionados que son sometidos a CM.
DIMENSIÓN	Eficacia.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: pacientes de los servicios seleccionados que son sometidos a CM. - Denominador: pacientes totales de los servicios seleccionados. - Periodo de tiempo: un año desde el final de la formación.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<ul style="list-style-type: none"> - Un registro parcial de las CM puede dar lugar a resultados engañosos, que distorsionen la valoración de la efectividad del plan. Este indicador podría tener poca fortaleza por esta razón. Se propone pues, realizar auditorías aleatorias para comprobar si se está registrando adecuadamente. De no ser así, se comunicará a los responsables de la unidad. - Las barandillas de la cama no computarán como CM en el estudio, pero sí los dispositivos de mantenimiento de la sedestación.
JUSTIFICACIÓN	El principal objetivo del programa consiste en reducir la aplicación de contenciones mecánicas.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Anual, comenzando un año después de terminar la formación.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	Registro electrónico del Servicio Aragonés de Salud.
ESTÁNDAR	Reducción de un 30%.

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO II
INDICADOR	Pacientes en los que se han aplicado medidas alternativas o previas a la CM.
DIMENSIÓN	Eficacia.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: Pacientes de los servicios seleccionados en los que se han aplicado medidas alternativas o previas a la CM. - Denominador: Pacientes totales de los servicios seleccionados. - Periodo de tiempo: un año desde el final de la formación.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	Las medidas alternativas y previas a la CM evitan la aplicación de estas. Algunas, aparecen descritas en este trabajo. Con un adecuado registro electrónico de las CM será posible observar las medidas previas aplicadas.
JUSTIFICACIÓN	El plan de mejora fomentará la capacidad de utilizar medidas preventivas y alternativas a la contención, por lo que para evaluar la eficacia del plan es indispensable la monitorización de estas medidas.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Anual, comenzando un año después de terminar la formación.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	Registro electrónico del Servicio Aragonés de Salud.
ESTÁNDAR	Dependerá de cada servicio particular en el que se aplique el plan.

PARÁMETROS	INDICADOR DE RESULTADO III
INDICADOR	Resultado de la encuesta creada ad-hoc.
DIMENSIÓN	Eficacia.
FÓRMULA	<ul style="list-style-type: none"> - Numerador: número de aciertos totales. - Denominador: número de preguntas totales. - Periodo de tiempo: al principio del primer taller y al final del último
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS	<ul style="list-style-type: none"> - Para la evaluación de los conocimientos de los participantes se ha creado una encuesta de elaboración propia. - Los aciertos totales contarán como 1 pregunta acertada y los parciales como 0,5 preguntas acertadas.
JUSTIFICACIÓN	Para comprobar la eficacia del programa es necesario conocer si los participantes han incorporado nuevos conocimientos, lo que se mide fácilmente mediante una encuesta de valoración.
RESPONSABLE DE RECOGIDA	Profesional responsable del plan.
FRECUENCIA DE RECOGIDA	Recogida de datos en la primera encuesta y en la segunda.
TIPO DE INDICADOR	Indicador de resultado.
FUENTE	Encuesta de elaboración propia.
ESTÁNDAR	Entre la primera y la segunda encuesta debe haber una diferencia de 30% más de las respuestas acertadas o haber alcanzado un 80% de aciertos totales.

Fuente: elaboración propia

D. ACT→ ACTUAR

Tras llevar a cabo el proyecto, se analizarán los resultados obtenidos, en base a los objetivos planteados.

Si el plan ha resultado eficaz, se podrá ampliar su alcance a otras unidades y centros de características similares de Zaragoza.

Si, por el contrario, no lo ha sido, se deberá revisar el plan. Se revalorará si las actividades y el tipo de intervención son útiles, pero no estaban bien desarrolladas, o si no son útiles y es necesario explorar otro tipo de actividades para acercarse a los objetivos descritos.

CONCLUSIONES

1. Este plan de mejora aumenta el conocimiento del personal de enfermería sobre las medidas alternativas y del uso de contenciones y contribuye a que los organismos de gestión y administración hospitalarios tomen consciencia de la importancia del problema de salud relacionado con la CM.
2. Existen herramientas que posibilitan un camino hacia el respeto a la autonomía y a las libertades individuales del paciente, disminuyendo la coerción y centrando el objetivo en la calidad de vida del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dix D. Memorial soliciting a state hospital for the protection and cure of the insane. Gloucester, United Kingdom: Dodo Press; 2009.
2. Diccionario de la lengua española. [Madrid, España]: Real Academia Española; 2014.
3. Bové J, Cardona X, Rodríguez J, Vergés L, Vidal M. Documento de reflexión sobre contenciones. Barcelona: Comité de Ética de los Servicios Sociales de Cataluña; 2022.
4. Marco J, Vicente M, Planas M, Mesa C, Aliaga M, Sanjuán R et al. Protocolo de buenas prácticas en el uso de medidas de sujeción en el ámbito domiciliario y centros asistenciales: sociales y sanitarios. [Internet]. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Disponible en:
<https://www.aragon.es/documents/20127/6347030/Protocolo+BBPP+Uso+Sujeciones+2019.pdf/dbe35d2c-921b-c903-970f-02babbb16c8e?t=1570527195079>
5. Artal J, Díaz M, Elizagárate E, Franco D, Franco M, Gallego S et al. Consenso español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación. [Internet]. 1st ed. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2020. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/2020-Contencion%20personas%20estado%20de%20agitacion.pdf>
6. Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J et al. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. International Journal of Nursing Sciences [Internet]. 2019. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235201321830663X?via%3Dihub>
7. López J, Ramos P, Gutiérrez J, Rexach L, Artaza I, Moreno N et al. Documento de Consenso sobre Sujeciones Mecánicas y Farmacológicas [Internet]. Madrid: Comité Interdisciplinar de

- Sujeciones. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2014 .
Disponible en:
https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
8. Gómez-Durán E, Guija J, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. Medicina Clínica. 2014;142:24-29.
 9. Protocolo de contención mecánica de las unidades de hospitalización de psiquiatría de la red de salud mental de Extremadura [Internet]. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Extremeño de Salud.; 2017. Disponible en:
https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/Protocolo_Contencion_Mec%C3%A1nica._Aprobado_19-06-17.pdf
 10. Acevedo nuevo M. Minimización de las contenciones mecánicas en unidades de cuidados críticos: ¿una oportunidad de mejora para los pacientes, las enfermeras y las instituciones en la era post COVID?. Metas de Enfermería [Internet]. 2021. Disponible en:
<https://www.enfermeria21.com/revistas/metastas/articulo/81745/minimizacion-de-las-contenciones-mecanicas-en-unidades-de-cuidados-criticos-una-oportunidad-de-mejora-para-los-pacientes-las-enfermeras-y-las-instituciones-en-la-era-post-covid/>
 11. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2017;32(3):172-177. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-contencion-mecanica-pacientes-situacion-actual-S1134282X16301488>
 12. Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial de Aragón, número 132 (10 de julio de 2009).

13. Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón. Boletín Oficial de Aragón, número 125 (25 de mayo de 2019).
14. Constitución española (BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).
15. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, número 274 (15 de noviembre de 2002).
16. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. .Boletín Oficial del Estado, número 102 (29 de abril de 1986).
17. López M, de Montalvo F, Alonso C, Bellver V, Cadena F, de los Reyes M et al. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. [Internet]. Madrid: Comité de Bioética de España.; 2022. Disponible en:
<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
18. Asociación Mejorana [Internet]. Disponible en: <https://mejorana.org>
19. Recomendaciones en el uso de medidas de restricción: avanzando hacia la contención mecánica cero [Internet]. 2019. Disponible en:
<https://seguretatdelspacients.gencat.cat/es/detalls/noticia/Recomanacions-en-lus-de-mesures-de-restriccio-avancant-cap-a-la-contencio-mecanica-zero>
20. Federación En Primera Persona [Internet].
Federacionenprimerapersona.blogspot.com. 2019. Disponible en:
<http://federacionenprimerapersona.blogspot.com/>
21. Las asociaciones de la Federación En Primera Persona celebran, en Sevilla, el "Día del Orgullo Loco". – Faisem [Internet]. Faisem.es. 2019. Disponible en: <https://www.faisem.es/las-asociaciones-de-la->

[federacion-en-primera-persona-celebran-en-sevilla-el-dia-del-orgullo-loco/](#)

22. Posicionamiento AEESME: Tolerancia cero en contenciones mecánicas | AEESME [Internet]. Aeesme.org. 2019. Disponible en: <https://www.aeesme.org/observatorio-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/salud-mental-y-sociedad-observatorio-nacional-de-enfermeria-de-salud-mental/posicionamiento-aeesme-tolerancia-cero-en-contenciones-mecanicas/>
23. [Internet]. #0contenciones. 2022. Disponible en: <https://www.0contenciones.org/>
24. Apoyo campaña «0 contenciones» – AEN [Internet]. Aen.es. 2018. Disponible en: <https://aen.es/apoyo-campana-0-contenciones-2/>
25. Un objetivo: cero contenciones en salud mental - Confederación Salud Mental España [Internet]. <https://consaludmental.org/>. 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/cero-contenciones-salud-mental/>
26. Dahm KT, Steiro AK, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Dalsbø TK, et al. Interventions for reducing seclusion and restraint in mental health care for adults: A systematic review [internet]. 2017 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29553686/>
27. Hirsch S, Steinert T. Measures to avoid coercion in psychiatry and their efficacy. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2019 ;116(19):336–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
28. Manzano Bor Y, Mir Abellán R, Falcó-Pegueroles A. La contención mecánica en los cuidados del paciente con trastorno mental: Una aproximación conceptual y crítica. Rev port enferm saúde ment [Internet]. 2019 ;(22):41–8. Disponible en: http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602019000200006&lang=es

- 29.Safewards [Internet]. Safewards. Disponible en:
<https://www.safewards.net/>.
- 30.Cocho Santalla C, Nocete Navarro L, López Álvarez I, Carballeira Carrera L, Fernández Liria A. Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr [Internet]. 2018 ;38(134):419–49. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352018000200005
- 31.1. Via-Clavero G, Claramunt-Domènech L, García-Lamigueiro A, Sánchez-Sánchez M, Secanella-Martínez M, Aguirre-Recio E et al. Analysis of a nurses' knowledge survey on the use of physical restraint in intensive care units. Enfermería Intensiva (English ed). 2019;30(2):47-58.
- 32.da Silva L, Ferreira R, da Silva C, Kassiadou A, Delvalle R. Factors associated with mechanical restraint in the hospital environment: a cross-sectional study [Internet]. 2019. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/reusp/a/hzG8b6BkpwzXWYBLTfLxHVb/?lang=en#>
- 33.AEC - PDCA [Internet]. Aec.es. 2022. Disponible en:
<https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/pdca>
- 34.AEC - Diagrama de Causa-Efecto [Internet]. Aec.es. 2022. Disponible en: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/diagrama-de-causaefecto#:~:text=El%20diagrama%20de%20causa%2Defecto,un%20problema%20de%20manera%20gr%C3%A1fica>
- 35.Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 2002.
- 36.Seis Estrategias Clave para Reducir el uso de las Contenciones Físicas y el Aislamiento [Internet]. 1decada4.es. 2008. Disponible en:
https://www.1decada4.es/pluginfile.php/736/mod_label/intro/sic%20core%20espa%C3%B1ol.pdf

37. Urrutia Beaskoa A. Proyecto Libera-Care [Internet]. Fundación Cuidados Dignos; 2016. Disponible en:
https://www.fundacionpilares.org/modeloyambiente/docs/catalogoBBPP/FichaTecnicaBBPP/BP37_CUIDADOSDIGNOS_Libera-Care.pdf
38. Suesch Schwend A, Tamayo Velázquez M, Bono del Trigo Á. Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. [Internet]. 2nd ed. Consejería de salud y familias. Junta de Andalucía.; 2020. Disponible en:
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
39. Inicio [Internet]. EVO Training Institute. 2022. Disponible en:
<https://evotraining.eu/>

ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta creada ad-hoc

ENCUESTA DE ELABORACIÓN PROPIA SOBRE CM

Nombre		Años trabajados	
Servicio		Fecha	

"Contención mecánica" aparecerá escrito como "CM".

1. ____ Defina brevemente la CM.
2. ____ Enumere las principales indicaciones de la CM.
3. ____ Enumere los principales riesgos de la CM.
4. ____ ¿Quién tiene poder para pautar una contención?
5. ____ ¿Es necesario el consentimiento de alguien para realizar CM? ¿En qué situaciones? ¿De quién?
6. ____ ¿Es necesario informar cuando se realiza una CM? ¿A quién?
7. ____ ¿Qué cuidados son necesarios tras realizar una CM? ¿Cada cuánto tiempo?
8. ____ ¿Cada cuánto tiempo debe evaluarse la retirada de CM?

Señale cómo de necesario considera, en general, el uso de CM en los siguientes supuestos: (0: nada necesario → 3: totalmente necesario)

Paciente general y psiquiátrico:

9. ____ Sustituir la vigilancia del personal.
10. ____ Proteger al personal de agresiones.
11. ____ Proteger al usuario de autoagresiones.
12. ____ Controlar el estado de agitación del usuario.

Paciente anciano:

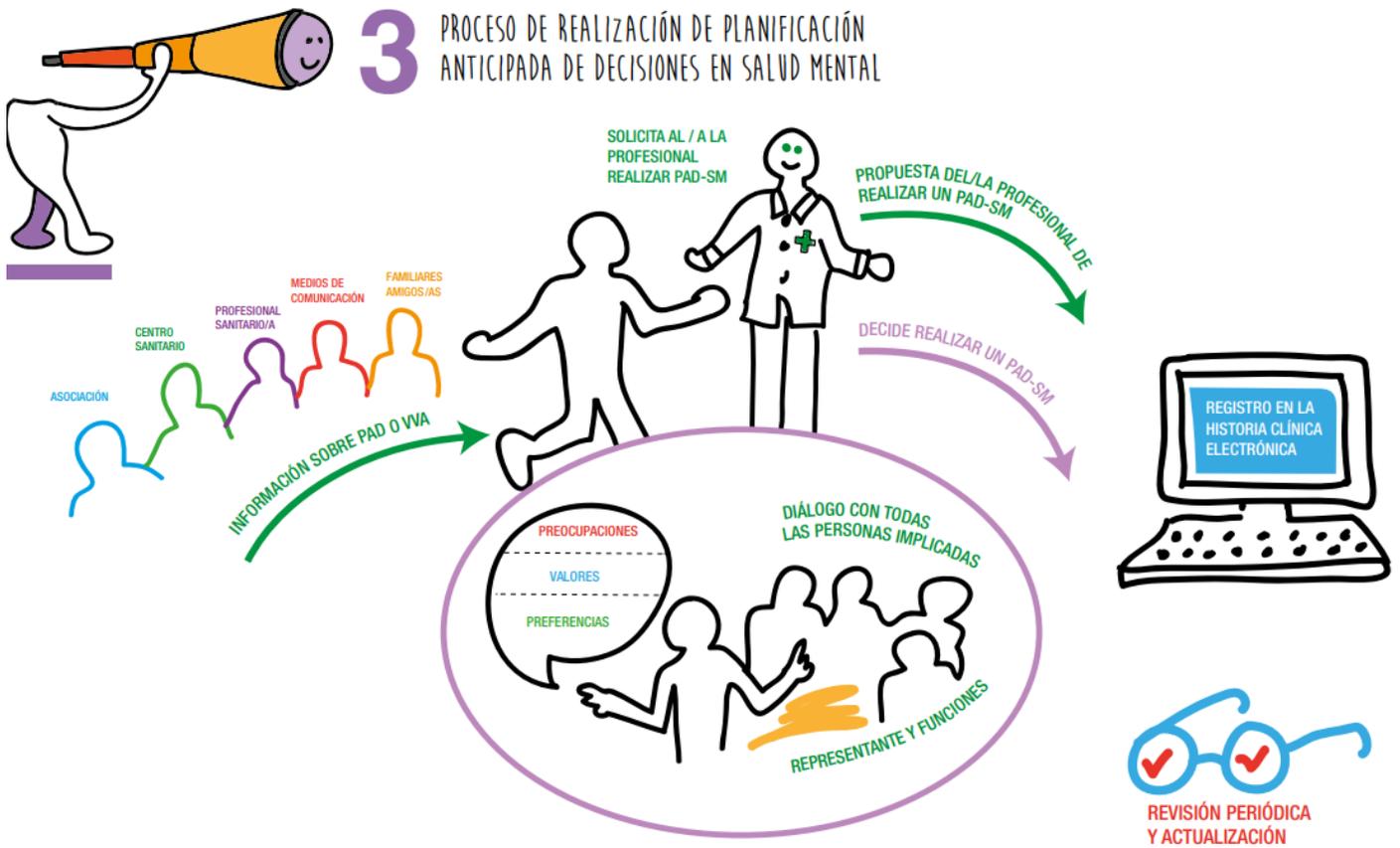
13. ____ Proteger a un anciano de caerse de la cama/silla.
14. ____ Evitar el vagabundeo de un anciano.
15. ____ Evitar que un anciano desorientado moleste a otros.
16. ____ Evitar que el anciano sobrecargue al cuidador.
17. ____ Evitar que un anciano manipule su herida o pañal.

Paciente crítico/sedado

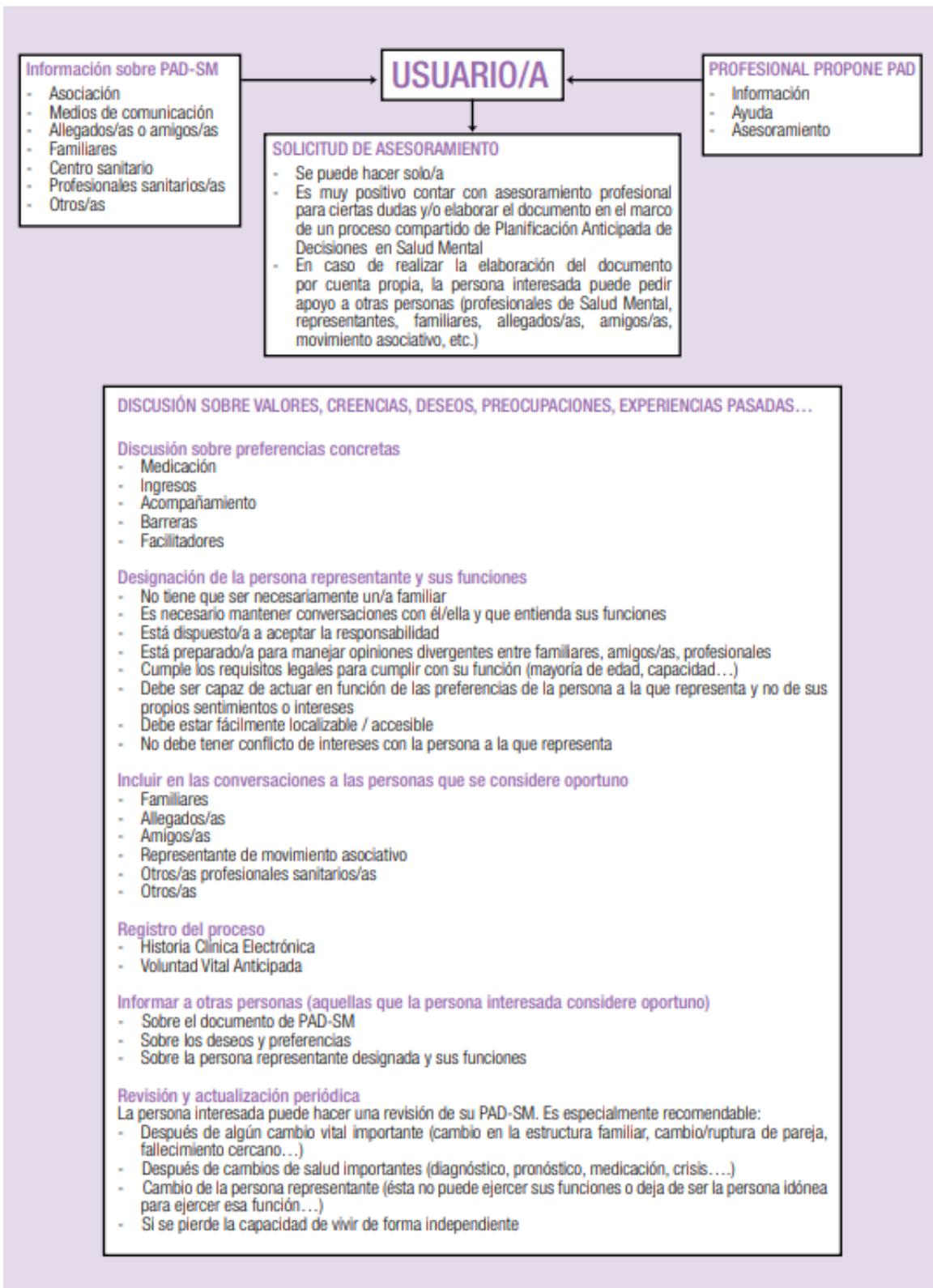
18. ____ Prevenir la auto-extubación.
19. ____ Prevenir el delirio.

Fuente: elaboración propia

ANEXO 2: Voluntades anticipadas



Fuente: Planificación anticipada en decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Escuela andaluza de salud pública.



Fuente: Planificación anticipada en decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental. Escuela andaluza de salud pública.

ANEXO 3: Póster de desescalada verbal

Son Espases
hospital universitari

PREVENIR
es tenir cura

CONTENCIÓN VERBAL

RESPECTE EL ESPACIO PERSONAL

- Mantenga como mínimo dos longitudes de brazo de distancia.
- No se acerque demasiado al paciente ni bloquee la salida.

EVITE UNA ACTITUD PROVOCATIVA

- Mantenga las manos visibles y los brazos relajados.
- Mantenga las rodillas ligeramente flexionadas.
- Evite mirar directamente al paciente.
- Mantenga la calma.
- Evite los gestos bruscos.

ESTABLEZCA CONTACTO VERBAL

- Preséntese al paciente y comuníquele su profesión.
- Explíquele que usted está allí para velar por su seguridad.

"Estoy aquí para ayudarle."
"Nadie le hará daño."
"Este es un sitio seguro."
"Le ayudaremos a recuperar el control."

SEA DIRECTO Y CONCISO EN LOS MENSAJES

"Sofía, por favor, ¡resúmheme!"

- Utilice frases cortas y un vocabulario sencillo.
- Déle tiempo para que procese la información.
- Repita el mensaje hasta que el paciente le escuche.

IDENTIFIQUE DESEOS Y SENTIMIENTOS

- Pregúntele qué necesita (aunque no sea posible satisfacer lo que pide).
- Responda de manera empática.
- Expresé el deseo de ayudarle.
- Esté atento a su lenguaje corporal.

MUESTRE QUE ESTÁ DE ACUERDO CON ÉL

- Busque un acuerdo tanto como sea posible.
- Establezca alianzas sencillas.
- No busque confrontaciones.
- Si no encuentra nada con lo que usted esté de acuerdo, exprese con honestidad.

EXPRESÉ ACUERDO:

- Entiendo que se sienta frustrado. CON LA VERDAD
- Entiendo que tenga rabia. CON UNA PARTE
- Esto no hace sufrir mucho. CON UNA IDEA

ESTABLEZCA LÍMITES CLAROS

"Disculpe, pero no se permite fumar en la unidad."

- De manera respetuosa.
- Comunique, de manera NO AMENAZADORA, que no se tolera provocar daño a otros pacientes y que, en caso de ser necesario, se pueden tomar medidas de contención.

MANTENGHA UNA ESCUCHA ACTIVA

"Hace días que no me encuentro bien..."

- Preste atención a su discurso.
- Reconozca sus sentimientos y emociones.
- Repita su mensaje para transmitirle que lo ha entendido.

OFREZCA OPCIONES

- Ofrézcale opciones realistas.
- Sea asertivo y proponga alternativas a la violencia.
- Ofrézcale medicación para que:
 - no lo pase tan mal.
 - vea las cosas de otra manera.
 - no sufra tanto.
- Déle la opción de tomar la medicación por vía oral.

INFORME Y HÁGALE PREGUNTAS

"¿Cómo se siente ahora?"

- Explíquele por qué era necesaria la intervención.
- Deje que el paciente explique cómo lo ha vivido.
- Enseñe al paciente cómo puede controlar su ira de manera no violenta.

ALD SL 750

Fuente: Póster prestado por EVO Training Institute.