

Métodos específicos en la inmovilización de pacientes psiquiátricos en urgencias.

Complejo Hospitalario de Navarra.



Máster Universitario en Gestión de Cuidado
Curso Académico 2013-2014

Alumno: D. Bergoi Calvar Tolaretxipi
Directora: D^a. Rosa García Orellán

“El cambio en la única cosa es el universo que no cambia”.

Wilhem, Helmuth

Dña. Rosa García-Orellán, Profesora del Área de Enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACEN CONSTAR que el trabajo que presenta **Don Bergoi Calvar Tolaretxipi** con el título *“Métodos específicos en la inmovilización de pacientes psiquiátricos en urgencias”* ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 9 de junio de 2014

Dra. Rosa García-Orellán

Índice

I. Resumen.....	5
II. Palabras clave.....	5
III. Introducción. Salud mental.....	6-7
IV. Marco teórico.....	8-14
V. Objetivos	15
VI. Análisis estratégico.....	15-18
VII. Matriz DAFO	19-20
VIII. Propuesta de intervención.....	23-39
IX. Conclusión.....	40
X. Bibliografía y fuentes consultadas.....	41-42
XI. Anexos	
i. Anexo I. Motores de búsqueda	43-45
ii. Anexo II. Texto con formato de artículo.....	46-48
iii. Anexo. III.....	49
iv. Anexo. IV.....	50
v. Anexo. V.....	51
vi. Pregunta de estudio/ Pregunta Clínica.....	52
XII. Cronograma.....	53-54

I. Resumen

La creciente demanda de la población que solicita asesoramiento por los profesionales de la salud mental, ha producido un aumento de asistencia en los servicios psiquiátricos de urgencias, así como de los recursos movilizados desde estas unidades. La patología de la agresividad se convierte así en el principal motivo de consulta psiquiátrica en urgencias.

El paciente agitado en la urgencia hospitalaria es una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible, con lo que, este tipo de paciente tiende a provocar un impacto desproporcionado en el rendimiento del servicio y desafortunadamente, hay poca investigación en materia de gestión de los usuarios psiquiátricos.

Este proyecto, consiste en realizar una guía práctica centrada en la actuación de la contención mecánica (CM). En él, junto a la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) se analizarán nuevas pautas, cuya finalidad será disminuir riesgos, tanto para el paciente, como para todo el personal sanitario involucrado que lo atiende, respetando en todo momento aspectos éticos y legales.

II. Palabras clave.

- Emergencia psiquiátrica.
- Contención mecánica.
- Guía práctica.

III. Introducción. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo de las Naciones Unidas responsable de las medidas y actividades encaminadas a lograr el nivel de salud más alto posible para todas las personas, define la salud mental como no sólo ausencia de trastornos mentales. La salud mental, se define como un estado de bienestar en el cual, el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Se estima que, en una de cada cuatro familias, hay al menos una persona con trastorno mental. El **impacto** de los **trastornos mentales en la calidad de vida, es superior** al de las **enfermedades crónicas** como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y/o respiratorias. A su vez constituyen la carga más importante de enfermedad y discapacidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En términos de mortalidad, suponen la segunda causa de muerte de personas entre 15 y 34 años, después de los accidentes de tráfico. Todo ello tiene como resultado que, las personas con trastorno mental grave tengan una esperanza de vida entre 15 y 20 años menos que la población general [10].

Gonzalez-Juarez, Carlos et al, nos señala que la creciente demanda de la población que solicita asesoramiento por los profesionales en la salud mental, ha producido un aumento de la asistencia en los servicios psiquiátricos en urgencias, así como de los recursos movilizados desde estas unidades, que en algunos países es una de las principales puertas de entrada de los usuarios a los Servicios de Salud Mental, y en España puede usarse como una manera de eludir el filtro de la Atención Primaria [9].

Datos expuestos en el Plan Estratégico de Salud Mental que se está llevando a cabo en la Comunidad de Navarra, afirma que en España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos, el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Cruz M C, Leiva L J, añaden que en mayor medida las mujeres son las más afectadas en comparación con los hombres (casi la mitad de los casos registrado en mujeres menores de 35 años) [1].

La importancia de las enfermedades mentales excava sus consecuencias de manera más profunda a nivel social ya que, muchos estudios junto a la OMS, muestran altos datos de discriminación social desde los ámbitos relacionados con la educación, el empleo o la vivienda. Con lo que, dichas personas ven doblemente dificultadas su vida a la hora de realizar actividades, tanto a nivel de desarrollo laboral, como personal y/o social, produciéndose un marcado deterioro, en ellas mismas y en la vida de las personas que lo rodean. Sin embargo, los grupos socioeconómicos con circunstancias adversas y con menos recursos muestran mayor carga de vulnerabilidad. El principal fin ha de ser promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar en los niños un comienzo saludable en su vida y evitar trastornos mentales en la edad adulta y/o la vejez.

En Navarra, tal y como se refleja en el plan estratégico de salud mental 2012-2016, dicha atención a la enfermedad, está prestada por la Red de Salud Mental (RSMNa), constituida por un conjunto de servicios dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) e integrados en otros servicios sanitarios. Por el contrario, fuera de este servicio son las urgencias hospitalarias quienes prestan el servicio al trastorno mental.

Douglass AM, Luo J, Baraff LJ., definen el paciente agitado en la urgencia hospitalaria como una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible, con lo que este tipo de paciente tienden a provocar un impacto desproporcionado en el rendimiento del servicio, ya que a menudo requieren recursos adicionales como vigilancia (frecuencia de observación) y tienen mayor espera en la estancia de los servicios de urgencias. Concretamente, esperan dos veces más que otros pacientes, mientras se hacen arreglos oportunos o se espera la atención en dichos servicios [4]. Tal y como afirman Nerea CR, Carlos GB, Concepción GJ, desafortunadamente, hay poca investigación en materia de gestión de los pacientes psiquiátricos [4,5]. La mayoría de la literatura se centra en la frecuencia de las diversas emergencias del comportamiento en pacientes y en encontrar las maneras de diferenciar la enfermedad [4].

Presento un plan de actuación enfermero, para coordinar las acciones tanto del personal sanitario como no sanitario que se pone en contacto con el usuario a su llegada al servicio de urgencias, donde existen una exposición sobre los puntos de contención mecánica que se aplicarán a los pacientes, pero debido que no existe Cómo ha de realizarse, es en este aspecto donde desarrollo este trabajo.

IV Marco teórico

La **agitación** psicomotriz está considerada como una urgencia psiquiátrica que requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario que lo atiende, evitándose un incremento de la ansiedad y un probable comportamiento violento por parte del paciente.

el inicio de la **inmovilización o contención mecánica (CM)**, supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales como la verbalización (con éxito en el control de ciertos enfermos agitados, generalmente leves, agitaciones moderadas y sobre todo, de origen psíquico). Esta actividad ha sido y sigue siendo una práctica común en este servicio, considerado como medida terapéutica dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo de una persona para tratar de garantizarse su seguridad:

- Propia:
 - Previene autolesiones.
 - Evita interferencias en el plan terapéutico propio.
 - Evita fugas.
 - Por solicitud voluntaria del paciente.

- Y hacía los demás:
 - Previene lesiones a terceros.
 - Evitar interferencias en el plan terapéutico de otros pacientes
 - Evitar daños materiales en el servicio

La agitación, causante principal de la contención mecánica (CM), es un cuadro en el cual el paciente presenta hiperactividad motora y psíquica, con un aumento incontenible de la movilidad física y una sensación de tensión interna difícil de controlar. Sus causas pueden ser muy distintas [6]. Muralidharan S, Fenton M, nos señalan que aunque parece existir una combinación de aspectos relacionados con el paciente, el personal y la sala (Nijman 1999). Una de las teorías propuestas es que, factores de tensión relativos al ambiente y la comunicación en las salas, pueden agravar la psicopatología y el pensamiento alterado de los pacientes. El

comportamiento violento de los pacientes tiene implicaciones económicas, además de consecuencias físicas y psicológicas, (Hunter 1992) ya que, implica la necesidad de mayor cantidad de personal. [12].

Históricamente, Lemoniduo C. et al., define la contención como el aislamiento, descrita por Gunderson en 1978 como un componente necesario en el entorno terapéutico de pacientes ingresados a pesar de su naturaleza controvertida. Respecto a las fijaciones, refiere que estas deberían ser retiradas cuando ya no sea probable una amenaza real de daño para el propio paciente, para las personas de su entorno o para la propiedad (Rawls 1972). De hecho, siempre y cuando la contención de una persona con graves trastornos no conlleve un tratamiento degradante o inhumano, según establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas), se considera legítima. Los trabajos publicados anteriormente, han apoyado el empleo apropiado de la contención física en lo que respecta al control de personas con trastornos graves. Rosen y Di Giacomo (1978), señalaron a los comportamientos violentos por parte de los pacientes como la indicación principal para la utilización de la contención, no obstante, la bibliografía actual sobre su empleo en enfermería psiquiátrica es escasa (Ackner 1964, Burr y Budge 1976, Darcy 1984). Las técnicas aceptadas sobre la contención física y en qué circunstancias podría ser justificable su empleo, son el punto principal de varias de las publicaciones más recientes (Stilling 1992, Tarbuck 1992, Colegio Real de Enfermería 1992). Aunque la utilización de la contención puede llegar a crear conflicto para algunos profesionales que trabajan en unidades psiquiátricas (Di Fabio 1981). El personal de enfermería del estudio de Hopkins y Lowery (1994) unánimemente (98,8%) declaró que la restricción era la intervención más apropiada en determinados comportamientos. Y resulta llamativo que sólo el 34,5% de los pacientes creían que su comportamiento les llevaría a la restricción [7].

Según, Douglass AM, Luo J, Baraff LJ, la patología de la agresividad se convierte así en el principal motivo de consulta psiquiátrica en urgencia. Otras evaluaciones psiquiátricas comunes que se encuentran son: trastorno del estado de ánimo, intentos autolíticos (relacionados con abuso de drogas / alcohol), estados de ansiedad y psicosis (alucinaciones) [4].

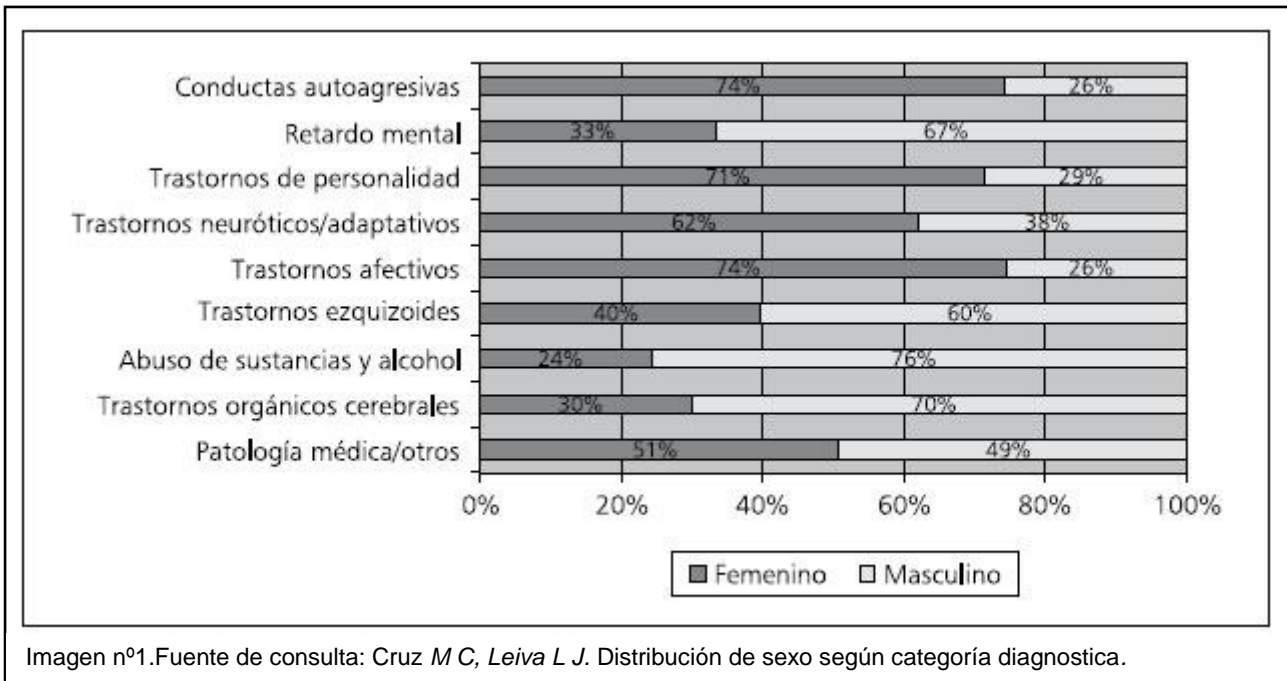


Imagen nº1. Fuente de consulta: Cruz M C, Leiva L J. Distribución de sexo según categoría diagnóstica.

Los trastornos mentales afectan en mayor medida a mujeres que a varones. La asociación más significativa para el sexo masculino está relacionada con el abuso de sustancias y alcohol (76%). En pacientes de sexo femenino, por el contrario, las conductas auto-agresivas (74%), trastornos de personalidad (71%) y trastornos afectivos (74%) [1,10].

Cruz M C, Leiva L J, Borgoño V R, Larach K T, Errázuriz B L, Chianale C I, et al., distinguen dos tipos de atenciones según momento del día, dándose mayor atención a problemas relacionados con trastornos neuróticos/ adaptativos en consultas nocturnas (29%), y la categoría con mayor prevalencia de consultas diurnas relacionada con el abuso de sustancias y/o alcohol, con un 82% de los casos [1].

Tabla 9
Motivo de consulta/sexo

Motivo de consulta	% casos mujer	% casos varones
Trast. Conducta (agresividad)	6,2	13,8
Intentos autolisis...	24,4	12,2
Abuso drogas	2,5	6,6

Imagen nº 2. Fuente de consulta: Conde Díaz, Manuel et al. Motivo consulta según sexo.

Lemoniduo, C. et al., hace referencia a un estudio canadiense, el cual investigó las actitudes violentas en la consulta y su resultado mostró una distribución similar en hombres y mujeres, aunque la variante resultó ser la forma de expresión de dicha violencia, **verbal en las mujeres** y **física en los hombres** [8]. La CM se utiliza, en la mayoría de los casos, para la seguridad del paciente (70,5%) para el control de su comportamiento (23,2%), y para comodidad del personal (0,5%) [7].

En la mayoría de los casos, contener obliga a actuar en contra de la voluntad del paciente, frente a un contexto de urgencia y agitación e iniciándose con la autorización inicial exclusiva de un médico. De tal forma que en su utilización se aplica un plan terapéutico sin consentimiento del paciente y se le priva de libertad de movimientos de forma temporal [2,5]. Hay que destacar que un paciente agitado no tiene por que ser un paciente agresivo. Tal limitación ayuda a la protección del paciente y de igual modo, debe mantener en funcionamiento de manera eficaz todos los dispositivos implementados como catéteres, sondas, mascarillas...

ii) Tipos de CM

En el ámbito de la CM se distinguen diferentes pautas de contención según las características del paciente. Cabe destacar que, en instituciones para personas de la tercera edad, la contención adopta otro significado. Por seguridad de los ancianos y para evitar que se levanten por la noche se utiliza la sujeción abdominal o se les dispone una sabana que recubre todo el cuerpo, imposibilitando el movimiento durante la noche. Estas medidas no servirían ante un paciente agitado en el servicio de urgencias debido al marcado riesgo que existe de estrangulación con el uso exclusivo de la sujeción abdominal. Por lo que, debido a las características del lugar y de los pacientes psiquiátricos los tipos de inmovilizaciones recomendados y que es la guía de actuación existente en el Complejo Hospitalario de Navarra (B) son:

- **Contención parcial (*contención de 3 puntos*):** consiste en inmovilizar el tronco y dos extremidades opuestas. Se procede a colocar el cinturón abdominal y, a continuación, las contenciones de las dos extremidades creando una diagonal. Su uso está recomendado en pacientes con cuadros mas leves ya que, con esta contención el paciente dispone de movimiento con la extremidad no contenida.

- **Contención completa (contención de 5 puntos):** consiste en la inmovilización de las 4 extremidades. Se inicia con la colocación del cinturón abdominal y posteriormente las cuatro extremidades en diagonal. El uso de dicha contención está recomendado en cuadros más severos. De esta manera se evita el acceso y manipulación de vías periféricas, sondas o cualquier dispositivo.

Si bien existen estos tipos de contención registrados, no existe el COMO realizarlos, es en este cómo donde voy a incidir en este trabajo.

iii) Aspecto ético y legal.

Proceder a un internamiento forzoso supone el haber agotado todas las medidas terapéuticas habituales y, en definitiva, haber fracasado en el plan establecido para el paciente. Así, en esta acción da lugar a dos circunstancias. Por un lado, se aplica un plan terapéutico pero, por otro lado, no existe consentimiento por parte del paciente. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del código civil y en el art. 763 de la ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado). El personal por su parte debe saber que el paciente tiene derecho a la confidencialidad de todo su proceso y a que se garantice su intimidad ofreciendo asistencia plena y de calidad a lo largo del proceso de internamiento [6].

La contención física del paciente vulnera de forma significativa el pilar de los derechos humanos, como es el derecho a la libertad. La restricción de esta, se verá justificada únicamente cuando el beneficio que aporte la contención sea mayor al perjuicio que pudiese causarle. En este caso, hablaríamos de términos como el principio de autonomía, el de beneficencia y no maleficencia, publicados en Informe Belmont de 1978:

- El **principio de autonomía:** consiste en el respeto hacia toda persona, asegurándole autonomía para que tome decisiones por sí mismo, pudiendo decidir sin ser influido de forma externa. El paciente tiene derecho a decidir sobre su propio tratamiento, pero sería una cuestión discutible en el caso de un paciente que no es consciente de sus actos.

- **Principios de beneficencia:** este principio ético menciona la obligación del médico o sanitario de actuar, en todo momento, en provecho de otros promoviendo sus legítimos intereses y eliminando cualquier tipo de perjuicios. La restricción de la libertad, por tanto, estará basada en la necesidad del personal sanitario en mantener al paciente sin daño alguno.
- **Principio de no maleficencia:** fortalece la idea del no perjuicio del paciente a través de la limitación de sus movimientos.

En el marco legal español, podemos encontrar que el derecho al respeto de la dignidad del individuo se ve respaldada por nuestra constitución española, concretamente, en el **convenio de Oviedo** para la protección de los derechos y la dignidad del ser humano. Así mismo, los principios anteriormente mencionados se ven reflejados en el artículo 17.1 y artículo 15 de la constitución española y en el código civil que hace referencia al internamiento involuntario de los pacientes que podemos trasladar a la situación en el servicio de urgencias, ya que, muchos pacientes quedan ingresados en el área de observación en contra de su voluntad.

- **Constitución Española: Art. 17.1:** *“toda persona tiene derecho a la libertad y la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad si no con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la ley”.*
- **Constitución Española: Art.15** *“todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso puedan ser sometidos a tortura o a penas o tratos inhumanos o degradantes”*
- **Código civil (Art.211) y ley de Enjuiciamiento civil (Art.763)** sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. *Los prospectos del internamiento involuntario, establecen la necesidad de autorización judicial previa o a posteriori cuando se trate de personas que no estén en condiciones de decirlo por sí. En efecto, la ley del artículo 763 expresa: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decirlo por sí, que esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial”.* Esto se aplicará cuando la contención del paciente supere las 24 horas.

- **La Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales de Navarra**, lo mismo que la catalana, incluyó mención expresa a los requisitos de uso de contenciones. **El artículo 8.k** reconoce *el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros.*

iv) Justificación

En base a mi experiencia en el servicio de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (B) y habiendo consultado sobre la existencia de estas guías de contención, **observo y consulto al equipo**, confirmando que si bien sí existen los tipos de contención definidos, no existe una guía de actuación, y por ello, veo la necesidad de iniciar esta propuesta que permita coordinar los diferentes tipos de contención así como las actividades de todo el equipo sanitario.

Contemplo la evaluación tanto de la estructura como del proceso de implantación de estas medidas. Es necesario este trabajo puesto que la puesta en marcha y posterior registro del mismo, nos permitirá evolucionar en este campo.

V. Objetivos

Objetivos generales:

Diseñar una guía práctica empleando la taxonomía de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para el personal socio-sanitario en el servicio encaminada a la inmovilización de pacientes psiquiátricos a su llegada a urgencias.

Objetivos específicos:

1. Mostrar la importancia al equipo socio-sanitario de utilizar esta guía.
2. Pedir registros de su puesta en marcha.
3. Evaluar resultados.

VI. Análisis estratégico.

EL servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario (B), lugar donde se localiza el proyecto, está ubicado en la planta baja del edificio general, abarcando una superficie de 945m² perfectamente comunicado con una rampa de acceso exterior. Este servicio está integrado por un grupo multidisciplinar formado por:

- 23 médicos.
- 15 enfermeras que trabajan a tiempo completo y 38 a tiempo parcial.
- 16 auxiliares de enfermería y 4 a tiempo parcial.
- 30 celadores que trabajan a tiempo completo y 8 a tiempo parcial.
- 7 auxiliares administrativos.

Además cuenta con el apoyo de los Servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Maxilofacial y Plástica, Traumatología, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Neonatología, así como con el Servicio de Radiología y laboratorio, que dan servicio las 24 horas del día.

Los pacientes que requieren una continuidad de cuidados por especialidades no disponibles en este Hospital, tras la valoración y la asistencia inicial prestada, son derivados a otros centros de referencia, por ejemplo especialidades como: Neurología, **Psiquiatría** o materno-infantil.

Además, como características importantes del Servicio de Urgencias, en cuanto a la demanda de asistencial, cabría destacar:

- Ubicación céntrica y accesible para toda la población.
- Gran implicación en la vida de la zona.
- Población cada vez más demandante y que consume cada vez más recursos sanitarios, aumentando la solicitud en este servicio y la carga de trabajo.
- Población envejecida.

Denominamos estructura física a lugar donde vamos a prestar la asistencia, la cual estará integrada por todo aquello necesario para una demanda asistencial urgente, en este caso esta dotado de:

1. Área de Admisión.
2. Sala de Espera.
3. Área de triaje.
4. Área de Críticos (cuarto o sala de reanimación).
5. Consultas (puertas).
6. Área de Observación.
7. Área de pruebas complementarias: englobaría tanto a laboratorio de urgencias como sala de radiodiagnóstico.
8. Quirófanos de Urgencias.
9. Áreas no asistenciales: aseos de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, almacén de medicación y fungibles, Office, etc.

Todas estas áreas deben de tener un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y, cada caso, en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión habrá que incluir pues, circuitos o flujogramas que especifiquen qué actividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban, y con qué otras actividades se relacionan.

i) Identificación de problemas:

Aplicaremos la técnica llamada “brainstorming” o lluvia de ideas para dar a conocer el listado de disconformidad o fallos en el servicio:

⇒ Falta de unidad en criterios.	⇒ Resistencias al cambio.
⇒ Personal eventual.	⇒ Inseguridad en el personal.
⇒ Personal no entrenado.	⇒ Falta figura de autoridad (seguridad)
⇒ Mala organización.	⇒ Reclamaciones
⇒ Poca participación en sesiones de docencia.	⇒ Demora entre la llamada telefónica al especialista y su llegada.
⇒ Descoordinación entre personal enfermera y auxiliar	⇒ Fallos en coordinación y comunicación entre medico especialista y enfermera
⇒ Fallos en la colocación contenciones.	⇒ Falta de decisión en el personal

Imagen nº3 “Brainstorming del servicio”. Fuente: Elaboración propia

Posteriormente englobamos las anteriores ideas formando tres pilares a tratar, cuyo eje principal se centra el incorrecto uso de la contención mecánica

1. Fallos en la coordinación y comunicación multidisciplinar.
2. Falta de formación para manipulación medidas de contención físicas.
3. Falta de criterios uniformes multidisciplinar.

VII. Matriz DAFO.

El análisis DAFO es el método más sencillo y eficaz para decidir sobre el futuro. Esta matriz plantea las acciones que se deben emplear para aprovechar las oportunidades detectadas y preparar nuestra organización contra las amenazas teniendo conciencia de las debilidades y fortalezas.

i) **Objetivos del análisis DAFO.**

El principal objetivo de un análisis DAFO es ayudar a una organización a encontrar sus factores estratégicos críticos, para una vez identificados, usarlos y apoyar en ellos los cambios organizacionales: consolidando las fortalezas, minimizando las debilidades, aprovechando las ventajas de las oportunidades, y eliminando o reduciendo las amenazas.

El análisis DAFO se basa en **dos pilares** básicos:

1. **Visión externa:**

- **Amenazas** son aquellos acontecimientos, variables y características del entorno que influyen en el sistema reduciendo o limitando el volumen actual de la actividad, productividad y competitividad de la investigación sanitaria.
- **Oportunidades** son aquellos acontecimientos, variables y características del entorno que pueden influir en el funcionamiento del sistema, facilitando o incrementando el volumen actual de la actividad, productividad y competitividad de la investigación biomédica.

2. **Visión interna:**

- **Debilidades** son aquellas variables, rasgos, características y/o situaciones del sistema que dificultan el crecimiento, proyección, calidad y desarrollo de la investigación sanitaria, ya que reducen su capacidad de respuesta y competitividad.

- **Fortalezas** son aquellas variables, rasgos, características y/o situaciones del sistema sobre las que basar el crecimiento, proyección, calidad y desarrollo de la investigación sanitaria, ya que facilitan su capacidad de respuesta y competitividad.

VISIÓN INTERNA

Debilidades	Fortalezas
- Falta formación continuada.	✓ Nueva estructura organizativa.
- Desconocimiento medidas de actuación.	✓ Gran potencial en equipo.
- Necesidad de mejoras de comunicación.	✓ Buen funcionamiento en otras áreas.
- Desconocimiento de material.	Equipo directivo profesional motivado al diseño.

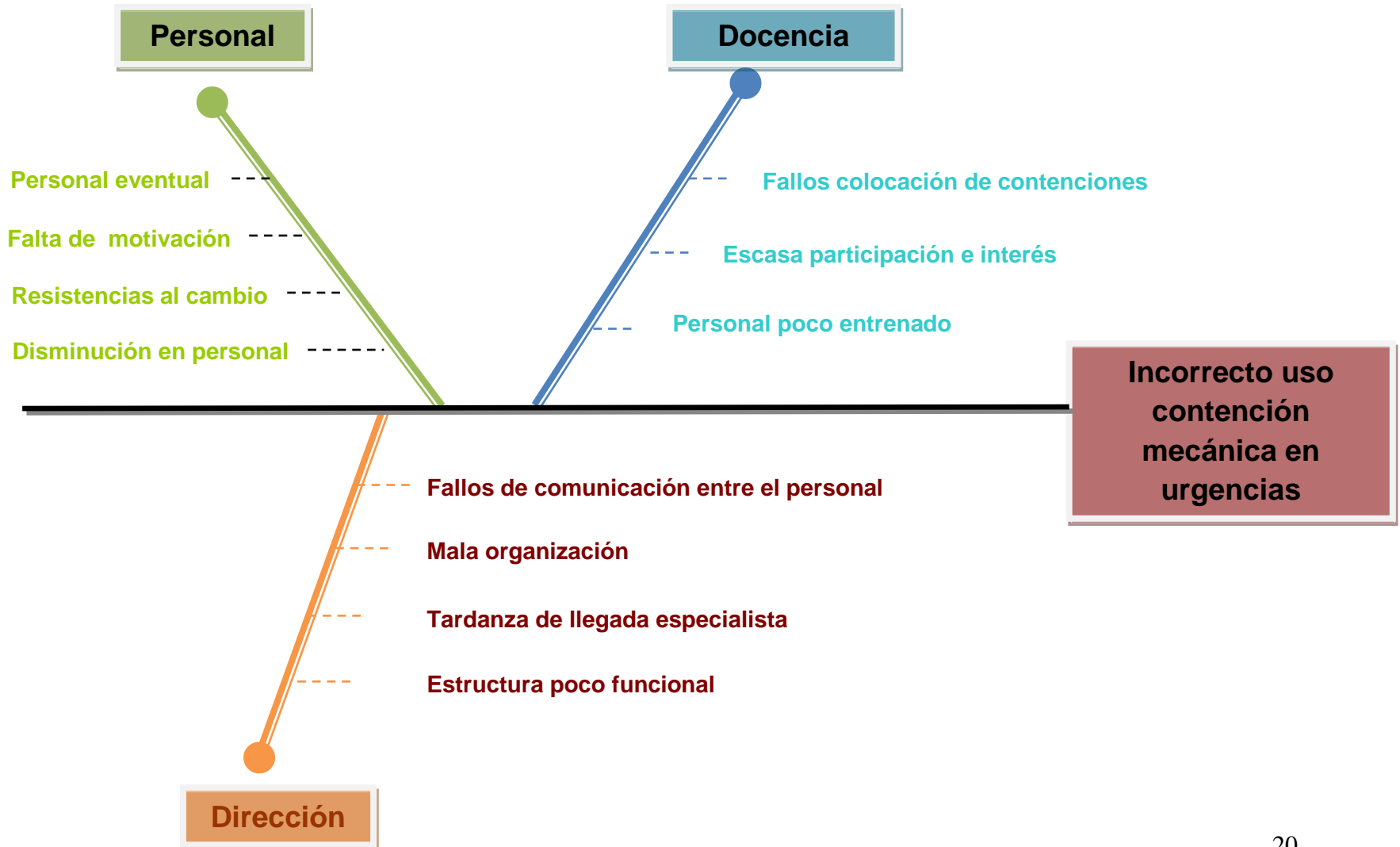
VISIÓN EXTERNA

Amenazas	Oportunidades
- Falta de definición de criterios.	✓ Capacidad de protocolizarse.
- Servicios saturados y retraso en accesibilidad.	✓ Asumible y válido para todos.
- Falta de coordinación entre las áreas interdisciplinarias.	✓ Estructura geográfica abordable.
- Estigma del paciente con trastorno mental.	✓ Sensibilidad social.
- Escasez de profesionales especializados	✓ Dar calidad asistencial el servicio.
- Dificultades presupuestarias.	

Encontrar estrategias que estimulen la reflexión en común, la participación multidisciplinar de los diferentes profesionales que entran en contacto con los pacientes psiquiátricos, la redefinición de cada rol profesional, competencias y funciones, el respeto por el trabajo del otro y la tolerancia de opiniones resulta de utilidad para contrarrestar esta situación actual.

ii) Diagrama causa - efecto:

Los resultados expresados en forma de diagrama de causa efecto, también llamado pescado de *Hishikawa* o de espina de pescado:



Estos resultados expresados en forma de diagrama de causa efecto muestran un problema principal. En este caso, el incorrecto uso de la contención mecánica en el servicio de Urgencias. Sin embargo, el problema viene de tres fuentes detectadas como son:

- i. Desde la dirección.
- ii. Por parte del personal, donde en su gran mayoría se encuentra de manera eventual y con otros tipos de demanda.
- iii. Y la falta de docencia y formación para poder actuar de manera organizada y con destreza.

VIII. Propuesta de intervención: Guía Práctica para la CM.

La planificación estratégica es uno de los métodos más importante para obtener resultados que permitan dinamizar la organización, adecuándose en el contexto idóneo. Es indiscutible que ciertas peculiaridades del trabajo en urgencias influyen en la sensibilidad y el entusiasmo del equipo. Predisponen a esta situación: la presión asistencial, un trabajo sin estímulo académico, falta de conexión con otros centros de derivación, la aparición de pacientes que acuden **reiteradamente** al servicio con los que se aprecia que no hay mucho que ofrecer, la falta de sueño, las incomprensiones, los malos entendidos, la incapacidad para satisfacer las demandas o expectativas de los usuarios.

Encontrar estrategias que estimulen la reflexión en común, la participación multidisciplinar de los diferentes profesionales que entran en contacto con los pacientes psiquiátricos, la redefinición de cada rol profesional, competencias y funciones, el respeto por el trabajo del otro y la tolerancia de opiniones puede resultar de utilidad para contrarrestar esta situación de agotamiento físico, mental y emocional.

i) Metodología de elaboración del Plan

Características básicas del lugar de trabajo: presión asistencial media de 2 pacientes /día, registrado en urgencias como “*alteración del comportamiento*” por enfermera del triaje, quien es quien prioriza la asistencia. Respecto a la situación y características del centro donde se actúa, cabe destacar que, dicha unidad funciona con servicios mínimos durante todo el año, ello equivale a número de personal de cada área:

Numero de persona en su turno correspondiente					
Turnos	Enfermería	Auxiliar	Celador	Administrativa	Medicina
Mañana	6	2	4	2	2
Tarde	6	2	4	1	2
Noches	5	2	4	1	1 localizado. 2 adjuntos.

ii) Cronograma de actuación por fases y sus periodos:

Instauración del programa en el tiempo

	1-2 meses	3-4 meses	5-6 meses	7-8 meses	9-10 meses	11-12 meses	Evaluación anual
Fase I	Completada						
Fase II	XX	Completada					
Fase III	XX	Completada		Revisión			
Fase IV			XX	Completada			
Fase V			XX	XX	XX	Completada	
Fase VI				XX	XX	Completada	

*XX: Comienzo desarrollo de fase.

iii) Beneficios del proyecto de mejora.

El principal beneficiario de este proyecto es el paciente psiquiátrico, pero resulta importante citar que los profesionales verán incrementados sus conocimientos en estos cuidados. Por lo que, se consolidará una guía provocando confianza y ambiente profesional, capaz de solucionar problemas que puedan derivarse de esta práctica.

Como resultados positivos son destacables:

- Un equipo centrado en un objetivo en común
- Estimulación de la motivación personal y profesional.
- Producir satisfacción personal en el profesional sanitario.
- Capacidad de solucionar situaciones de enfrentamiento.
- Mejorar la calidad del SNS-O.
- Formar parte de la Estrategia de Salud Mental de Navarra 2012-2016.

Este proyecto permitirá:

- Asimilar de modo crítico la información.
- Reducir la incertidumbre y los riesgos.
- Disminuir variabilidad de prácticas innecesarias.
- Planificar cuidados.
- Dar unidad en criterios de actuaciones y estándares comunes basados en evidencia.

iv) Fases del proyecto de mejora.

■ Fase I. Sistema organizativo.

El sistema organizativo actual, es criticado por las enfermeras que piensan que tienen demasiadas obligaciones y preocupaciones en su ya sobrecargada jornada laboral. Como todos los profesionales, piensan que tienen muchas cargas añadidas, todos tienen abandonadas las actividades de docencia e investigación así como de contención, sobretodo las enfermeras y auxiliares que tiene un contacto directo con el dicho paciente de manera más asidua. Reenfoco del plan, dirigido a:

Área PROFESIONAL multidisciplinar:	Área POBLACIONAL Población diana / excepciones
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermería ✓ Auxiliares ✓ Celadores ✓ Administrativos ✓ Médico especialista ✓ Médico adjunto 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombre o mujer mayor de 15 años. ✓ Con alteraciones de sus facultades psíquicas. ✓ Presencia de agitación psicomotriz. ✓ Con auto y/o heteroagresividad. <p>Excepción: cancelar cuando otros medios de control han sido eficaces como la contención verbal. [6]</p>

Para no complicar la situación y comenzar a mejorar el servicio, comenzaremos por centrar y reunir al personal implicado en este tipo de pacientes: administrativas, enfermeras, auxiliares, celadores, médicos adjuntos y especialistas para identificar problemas o fallos de funcionamiento del servicio, para que todos participen y expresen su opinión.

Crearemos **comisión de calidad** cuyos participantes serán:

- Médicos: 2. Uno de urgencia y otro especialista.
- Enfermera: 2. Preferiblemente con especialidad de psiquiatría y en su defecto no eventual.*
- Auxiliar de enfermería: 1. Preferiblemente no eventual. *
- Administrativa: 1.
- Dinamizador de equipos.

* Se garantizarán los cuidados prolongados en el tiempo/unidad.

Continuar con la definición de cada rol, competencias y funciones de cada miembro del equipo. Una vez aclarados, una fijar una nueva redefinición estructural y clínico en este caso, **dar decisión en área de enfermería** y **capacitarla** ante situaciones de urgencia, ofreciéndole **autoridad**. Ya una vez realizado, de carácter obligatorio, es necesario comunicarlo con la área médica y registrar esta operación con la ayuda del anexo III.

El fomento de **autoridad** en el área de enfermería se potenciará en caso de:

- Registro homogéneo y continuo de datos clínicos del paciente, gracias al anexo III, de gran utilidad para el posterior análisis de datos e investigación de los procesos diagnósticos y terapéuticos.
- Implementar o habilitar en la historia clínica en los datos de antecedentes clínicos del paciente el desarrollo de actuaciones anteriores realizados en la unidad. Ello ayudaría a conocer de antemano motivos de la CM, cuando fue realizada, que tipo de contención fue usada (verbal/ mecánica) y el momento de realización (anexo IV).

■ **Fase II. Medidas educativas para el personal.**

Preparación de curso sobre manejo de pacientes psiquiátricos y contención mecánica. Recomendaríamos este curso de contención mecánica. Comenzar con cursos en la propia unidad, no más allá de 45 minutos de duración en día extra laboral.

Objetivo principal: instruir al personal sanitario que trabaja en el ámbito de la urgencia una correcta actuación ante las inmovilizaciones físicas, su base teórica y cómo disminuir posibles riesgos y negligencias por parte del personal sanitario.

Este taller no solo se centrará en el bienestar del paciente, si no que el fundamento del taller, a parte de proporcionar el mejor trato al paciente agitado, consistirá en la **protección y seguridad del propio profesional**. De igual modo, dar capacidad para identificar las características prácticas de las formas de expresión de violencia a las que pueden ser sometidas (verbal en las mujeres y física en los hombres [8]) y dar a conocer las características de síntomas/signos que se deberán conocer. Es decir, todo aquello que sea útil en la identificación del malestar del paciente para así evitar desencadenar episodios de agitación. Visualizar las diferentes alternativas claras como la contención verbal. Por lo que, en modo de resumen el proyecto se centrará en:

- Saber reducir la ansiedad del paciente
- Detectar signos y síntomas característicos que acontecen a agresiones de cualquier tipo.
- Evaluar cualquier tipo de riesgo.
- Proporcionar ambiente terapéutico seguro.
- Disminuir los estímulos.

Participación Multidisciplinar: personal de enfermería y auxiliar con especial importancia. Resto profesionales de carácter opcional.

Carácter recomendado:	Carácter opcional:
✓ Enfermería	✓ Celadores
✓ Auxiliares de enfermería	✓ Administrativas/os
✓ Médico especialista	
✓ Médico adjunto	

Contenido	
Área teórica:	Área práctica:
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción. • Objetivos del programa. • Marco legal. • Indicaciones. • Contraindicaciones. • Abordajes alternativos. • Tipos de sujeción. • Experiencias previas. • Respuesta a dudas. 	<ul style="list-style-type: none"> • La interactividad ayudará al personal a aprender a realizar una contención pasando por distintos roles existentes y así familiarizarse con el material. • Se realizaran contenciones unas a otras de los dos tipos en los que nos centraremos y perfeccionaremos.
<i>Duración estimada: 25 minutos</i>	<i>Duración estimada: 20 minutos</i>

La realización del curso: realizado por la comisión de calidad fija.

Anualmente cursos de breve recordatorio y puesta en común de registros.

Tras un cálculo aproximado de cantidad de personal que podría interesarle el curso (en este caso 64 personas), se realizará en un plazo de dos meses, curso los lunes para que grupo máximo de 8 personas. Es decir, 8 días de curso en dos meses y empezará a trasmitirse entre el personal con un mes de antelación entre el personal, además de la colocación de una nota informativa con un campo de 8 fechas señaladas y 8 espacios para rellenarse con nombre y apellidos de los interesados. Será la comisión quien recoja los registros del personal los viernes previos a la clase y así ver el grupo formado y poder personalizarlo.

■ Fase III. Medidas de actuación

Estableceremos pautas a seguir a las actividades o procedimiento de la contención mecánica mediante dos variantes:

1.- Basada en niveles de evidencias desarrollados por el instituto Joanna Briggs (Rev. 2002):

Nivel I	<i>Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos relevantes con asignación aleatoria.</i>
Nivel II	<i>Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.</i>
Nivel III.1	<i>Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.</i>
Nivel III.2	<i>Evidencia obtenida de estudios cohorte, de casos y controles o de series temporales interrumpidas con grupo de control.</i>
Nivel III.3	<i>Evidencia obtenida de estudios comparativos con control histórico, dos o más estudios con grupo único, o de series temporales interrumpidas sin grupo control paralelo.</i>
Nivel IV	<i>Evidencia obtenida de estudios de series de casos, pre y post-test, o sólo post-test. Consenso del grupo.</i>

Imagen nº 4: elaboración propia. Fuente de información [11].

2.- Enmarcadas por los criterios que marca la **taxonomía NANDA** y seis de sus diagnósticos más frecuentes en el proceso:

- Riesgo de violencia dirigida a otros (138).
- Riesgo de violencia autodirigida (140).
- Riesgo de lesión (35).
- Confusión aguda (128).
- Trastorno de los procesos del pensamiento (130).
- Ansiedad (146).

Actividad	Nivel Evidencia	Excepción
La formación sobre sujeción mecánica con consulta clínica experta (puede) reduce el uso de sujeciones mecánicas.	<i>Nivel II</i>	
Las organizaciones y los profesionales de la salud deben adoptar un protocolo estandarizado sobre el uso de mecanismos de sujeción mecánica.	Nivel III	
La valoración de la situación será el personal de enfermería, dado el contacto más estrecho con el paciente. El personal de enfermería avisará al médico.	Nivel IV	<i>*Excepcionalmente por su urgencia y siempre que cumpla los criterios de sujeción, el personal de enfermería procederá a sujetar al paciente avisando inmediatamente al psiquiatra para que confirme o no la medida.</i>

Nivel IV

Sujeción

Personal necesarios:

- Mínimo 4 personal: 1 enfermera, 3 auxiliares.
- Número óptimo: 5 personas.
 - o Uno para cada miembro.
 - o Restante para la cabeza.

** Si excepcionalmente no es suficiente con el personal de la unidad se avisará a personal de seguridad o cargo autoritario (agentes externos de seguridad).*

. Material necesario. Material de sujeción homologado:

- | | |
|----------------------------------|------------------|
| • Cinturón ancho abdominal: 1 | • Alargaderas: 2 |
| • Muñequeras miembro superior: 2 | • Botones. |
| • Tobilleras miembro inferior: 2 | • Imanes. |

3. Precauciones.

- Preparar la cama. ***Supervisión de correas y montajes previos. Comprobarse en cada turno.***
- Colocar la sujeción de cintura previamente en la misma, asegurándose de que la cama está frenada.
- Retirar de las prendas de vestir cualquier objeto: punzante, cortante, incendiario. Alejar del alcance cualquier objeto peligroso.
- El personal que vaya a entrar en contacto físico con el paciente llevará guantes.

4. Ejecución.

- ✓ Una vez tomada la decisión, explicar al paciente y esperar su colaboración; si no, se procederá a reducirle y tumbarle en la camilla.
- ✓ Evitar en lo posible hablar con el paciente en momento de sujeción.
- ✓ Será un miembro del equipo quien dirija el procedimiento y tranquilice al paciente.
- ✓ Se tumbará el paciente en decúbito supino.
- ✓ La sujeción permitirá administrar perfusión endovenosa, así como recibir líquidos y alimentos.
- ✓ Mantener cabecera ligeramente levantada (30- 40°) para disminuir sensación de indefensión y posibilidad de aspiración.

**Pacientes con intoxicación se posicionará en decúbito lateral izquierdo*

**Durante sujeción una persona se encargará de la cabeza evitando autolesiones del paciente o agresiones a los profesionales.*

Tipos de sujeción:

- **Completa:** tronco y cuatro extremidades.
 - Se coloca primero el cinturón ancho abdominal y después las cuatro extremidades en diagonal, asegurándose de que los botones funcionan correctamente.
- **Parcial:** tronco y dos extremidades.
 - Se coloca cinturón ancho abdominal más dos extremidades en diagonal. Brazo izquierdo, pierna derecha o brazo derecho, pierna izquierda.

Se empleará el nivel mínimo de sujeción que garantice la seguridad. Explicar al paciente, al final, que mientras esté sujeto todas sus necesidades serán atendidas y se realizarán visitas periódicas por parte del personal.

5. Rellenar formularios correspondientes:

- Hoja de seguimiento de cuidados de enfermería *(si existe en unidad)*

Seguimiento

El control del paciente será como mínimo cada hora para comprobar su estado. Se observará:

- Estado de la piel y posibles lesiones.
- Sujeciones.

Imagen nº5: elaboración propia. Fuente de información: *Instituto Joanna Briggs* [11].

Valoración primaria tras contención, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson:

1	Respiración y circulación.	Comprobar ajustes de correas que permitan correcta respiración. Valorar la compresión vascular.
2	Nutrición e hidratación.	Ofrecerle comodidad y colocarlo en la postura cabecera ligeramente levantada (30 - 40°).
3	Eliminación de los productos de desecho.	En función del estado, se recurrirá al pañal, a la cuña o se le acompañará al baño, avisándole de que será nuevamente contenido. [6].
4	Moverse y mantener una postura adecuada.	Colocar, mientras espera, en sitio estratégico para su tranquilidad.
5	Sueño y descanso.	Proporcionar, según características del ambiente, tranquilidad.
6	Vestirse y desvestirse.	Mantener en sus objetos personales y debidamente vestido.
7	Termorregulación.	Dependerá de las características del ambiente. Ofrecer mantas o lugares frescos.
8	Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.	Evitar lesiones por CM y observar durante el proceso incidentes de carácter físico.
9	Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).	Colocarlo en lugar seguro (a la espera).
10	Necesidad de comunicación.	No negar comunicación.
11	Creencias y valores personales.	Respetarlas.
12	Trabajar y sentirse realizado.	-----
13	Participar en actividades recreativas.	-----
14	Necesidad de aprender.	-----

■ **Fase IV. Diseño de la evaluación.** Formulación de criterios y fijación de estándares.

Los criterios serán:

- | | |
|---------------------------|------------|
| ✓ Relevantes | ✓ Válidos |
| ✓ Explícitos y normativos | ✓ Medibles |
| ✓ Realistas | ✓ Fiables |

Indicador de resultado de calidad:

Nº de actuación de sujeción mecánica sin incidencias
_____ x 100
Nº total actuaciones

Indicador de aplicación de medidas y registros.

Nº de registros realizados
_____ x 100
Nº total de contenciones

Fijaremos un estándar de manera anual para ambos indicadores:

Primer año:	✓ 90% de resultado esperado.
Segundo año	✓ 95% de resultado esperado.
Tercer año:	✓ 100% de resultado esperado.

El registro para la realización de los estándares se realizará cada vez que se lleve acabo cualquier intervención de CM en urgencias con el posterior relleno del anexo V, por parte de la enfermera responsable en dicho momento de actuación. Además, habrá una reunión de la comisión de calidad, ya programada que evaluará anualmente las intervenciones para poder garantizar el estándar anual fijado.

■ Fase V. Presentación al equipo.

Las medidas ideadas pueden ser de gran utilidad para mejorar el trabajo en el centro. Presentaremos al equipo todo el conjunto final, constatando que su aplicación es en beneficio de todos y procurando que todos, en mayor o menor medida hayan aportado ideas o se hayan tenido en consideración sus ideas. Es una **manera efectiva** para hacer **sentir el proyecto como propio** y personal.

Una reunión, finalmente, es la última estrategia para fijar la decisión y conocer aceptación de todos los profesionales. El representante de cada área de la comisión, será el encargado de trasmitirlo en su área profesional. Esta reunión contendría una estructura fija (fecha, reunión, duración de cada tema, con objetivos marcados y lugar preparado) ayudará a:

- Acabar de compartirlo con el resto.
- Responder a sus preguntas.
- Explicar punto por punto el tema
- Eliminar puntos conflictivos.
- Admitir nuevas sugerencias.
- Corregir modificaciones y llegar a un consenso motivador para todos.

En la **área de enfermería**, se resaltarán **la importancia del correcto registro**, ya que, además de tener un gran valor estadístico, tiene la garantía poder ofrecer mejoras de actuaciones y dar lugar a ser una unidad referente a nivel nacional.

Finalmente, para potenciar una atmósfera de motivación en el equipo de urgencias, procederemos a la creación de un póster informativo. La comisión de calidad sería encargada en un primer momento de dicha creación. No obstante, para que la motivación y el proyecto siga en un fluyendo entre el personal sanitario quedará abierta la opción de modificar la comisión incorporando nuevos sujetos voluntarios.

En él se explicará brevemente los pasos a seguir durante la contención mecánica mediante **dibujos y un breve texto de explicación** para que sirvan de guía en el momento de la CM. De este modo se garantizará, en caso de dudas, poder consultar la guía de manera rápida y eficaz.

Dicho póster tendrá las siguientes características:

- Las medidas: 142cm. x 80cm.
- Tamaño de texto que se vea con facilidad a un metro de distancia con un tipo de fuentes (tipografía) Arial, Verdana o Tahoma, que permita una adecuada lectura a distancia.
- En un fondo liso sin ornamentos.
- Un color del fondo que contraste con las letras del texto (por ejemplo fondo claro y letras oscuras o viceversa).

Respecto al lugar de colocación, estará visible en el lugar donde se realizará la contención. El plazo para la creación de dicho póster comenzará a plantearse en las presentaciones de las medidas de mejora en el equipo, preguntando por posibles voluntarios. En un **plazo máximo de 3 meses** desde acabar el último taller estará el póster creado y colocado en el sitio estratégico.

■ **Fase VI. Medidas motivacionales.**

Ante el problema de actitud de los profesionales tomaremos las siguientes medidas:

1. Utilizar el dinamizador de equipos que nos permita la cohesión entre el personal fijo, el eventual y de manera multidisciplinar.
2. Dar la oportunidad que sea un miembro del equipo de urgencias, que tras una preparación, sea quien instruya en el proceso de contención.
3. Realizar reuniones de equipo organizativo donde se planteen y discutan diferentes modelos organizativos y los sistemas de derivación entre médico-enfermera. Comenzando por reuniones trimestrales para tratar y consensuar el nuevo cambio, aspectos positivos y aspectos negativos.
4. Realizaremos registro de actuaciones para crear estadísticas y observar complicaciones de actuaciones (anexo III). Además exponerlo el año siguiente en el curso ya programada para el siguiente año de recuerdo anual. Aportando un resumen global priorizando los aspectos positivos.
5. Pediremos el compromiso de llegada rápida o urgente del médico especialista.
6. Dar acreditación del curso con 0.28 créditos de la comisión de formación continuada por realización.

■ Fase VII. Encuesta satisfacción

Al aplicar por primera vez una encuesta de satisfacción usuaria en el servicio puede dar a descubrir mejoras en la infraestructura (anexo III). Todo ello, porque no sólo se quiere negociar un tratamiento efectivo, también tener en cuenta errores y preferencias del paciente. Por lo que, se podría perfeccionar el nivel de rendimiento, desarrollar de nuevas mejoras y de ser carácter de investigación. **Aumentar el impacto en la calidad de actuación resulta verdaderamente significativo** en este plan estratégico.

Esta encuesta se realizaría una vez finalizada el periodo de ingreso y/o con el alta voluntaria. Respecto al lugar de entrega se realizaría en el área de urgencias.

Es necesario ofrecer dicho cuestionario a su alta hospitalaria. En caso de negarse o discapacidad, se dará la opción de rellenarlo con ayuda de su acompañante o enfermera de referencia.

IX. Conclusión

La creciente demanda de la población que solicita asesoramiento por los profesionales de la salud mental, ha producido un aumento de la asistencia a los servicios psiquiátricos de urgencias.

En las crisis psiquiátricas que se atiende en urgencias, tiende a provocar un impacto desproporcionado en el rendimiento del servicio.

Este proyecto, se centrará en dar respuesta a las situaciones producidas por los pacientes psiquiátricos, que acuden al servicio de urgencias, mediante la realización de pautas cuya finalidad será la de disminuir riesgos tanto del paciente como para todo el personal sanitario involucrado que lo atiende.

A través de las distintas actividades, enseñaremos a los profesionales a participar de manera activa, resolutiva y en equipo, ofreciendo confianza en la gestión de las situaciones que puedan darse. De esta manera, se garantiza mejor calidad asistencial en los momentos de urgencia de dichos pacientes, además de abrir el camino a la evolución de estas prácticas en los servicios de urgencias.

X. Bibliografía y fuentes consultadas

1. Cruz M C, Leiva L J, Borgoño V R, Larach K T, Errázuriz B L, Chianale C I, et al. *Epidemiología de la Urgencia Psiquiátrica en el Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz": Un nuevo estudio comparativo Institute "Dr. José Horwitz": A new comparative study. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010;48(3):175-83.*
2. Reeves RR, Torres RA. *Informing ED patients of the initiation of a psychiatric 72-hour hold. American Journal of Emergency Medicine. 2004;22(6):495-6..*
3. Little-Upah P, Carson C, Williamson R, Williams T, Cimino M, Mehta N, et al. *The Banner psychiatric center: a model for providing psychiatric crisis care to the community while easing behavioral health holds in emergency departments.*
4. Douglass AM, Luo J, Baraff LJ. *Emergency Medicine and Psychiatry Agreement on Diagnosis and Disposition of Emergency Department Patients With Behavioral Emergencies. Academic Emergency Medicine. 2011;18(4):368-73.*
5. Carcoba Rubio Nerea, García Barriuso Carlos, Guevara Jiménez Concepción. *Contención mecánica en urgencias. NURE Inv. [Internet]. 2012 sept-oct [citado día mes año];9(60):[aprox. 9 p.].*
6. González Negro Emilio, Manso García Manuel, Complejo Hospitalario San Luis Hermanas Hospitalarias del S.C.J. Palencia. *El paciente agitado: Planificación de cuidados. NURE Inv. [Internet]. nº6, Junio 2004*
7. Lemoniduo, C. et al. *Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería en los hospitales psiquiátricos griegos. Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.) [online]. 2002, vol.16, n.2, pp. 87-98. ISSN 1579-699X.*
8. Conde Diaz, Manuel et al. *La urgencia psiquiátrica en un hospital general: La patología de la agresividad principal motivo de consulta. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2009, vol.29, n.2, pp. 303-317. ISSN 0211-5735.*
9. Gonzalez-Juarez, Carlos et al. *Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2008, vol.28, n.1, pp. 27-41. ISSN 0211-5735.*

10. *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.*
http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Planes+y+programas/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm

11. *Best practise <<sujecciones mecánicas-2ª parte: disminución del uso en unidades de agudos y residencias>>2002;6(4):1-6. Programa de ayuda para la valoración crítica de la evidencia (RAPid) Instituto Joanna Briggs.*

12. *Muralidharan S, Fenton M Estrategias de contención para personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).*

Imagen de portada extraída: <http://www.clinicas10.com/clinicas-psiQuiatricas.html>

Anexo I. Revisión bibliográfica del tema. Motores de búsqueda.

El estudio de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una estrategia de búsqueda en distintas bases de datos, habiendo utilizado los siguientes recopilatorios:

1. Pubmed: Base de datos de la National Library of Medicine que indexa las referencias bibliográficas provenientes de 4800 revistas internacionales en el campo de la medicina, enfermería, odontología, veterinaria y salud pública, entre otras.
2. WoS (Web of Science): plataforma basada en tecnología Web que recoge las referencias de las principales publicaciones científicas de cualquier disciplina del conocimiento.
3. Scielo: biblioteca Electrónica en Línea que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos donde participan los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España y Venezuela.
4. Cochrane: revisiones sistemáticas de la investigación primaria en el cuidado de la salud humana y la política sanitaria reconocidas internacionalmente como el más alto nivel en la atención sanitaria basada en la evidencia.
5. CUIDEN: es la base de datos de la Fundación Index. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana, tanto de contenido clínico asistencial en todas sus especialidades, como son enfoques metodológicos, sociales o culturales.
6. GuíaSalud: organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan 17 comunidades autónomas, como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS.
7. Base de datos Instituto Joanna Briggs y reproducido en el Best Practice. Idioma: castellano. Incluye cuidados de enfermería basados en evidencia, revisiones sistemáticas y best practice. Acceso gratuito, libre y universal

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron:

- Emergencia psiquiátrica
- Contención
- Hospital

La selección de los artículos se realizó en primer lugar tras la previa lectura del resumen del artículo, descartando aquellos artículos que dejaban de cumplir los criterios de selección. Los criterios de selección establecidos fueron:

- Artículos publicados en revistas sanitarias y trabajos referente a la contención mecánica de pacientes en urgencias
 - Artículos publicados pacientes emergencias psiquiátricas.
 - Artículos que hacen referencia a la calidad y seguridad del paciente.
 - Idioma: español e inglés.
- En la base de datos **Web of Science (WoS)**, se realizó la siguiente estrategia de búsqueda:

- Las palabras clave utilizadas:

- Psychiatric emergencie
- Hold
- Hospital



- Búsqueda realizada en **Scielo**:

- Contención OR psychiatric emergency **[Materia]** OR urgencia psiquiátrica **[Materia]** OR Psychiatric emergencies servicios **[Materia]** OR psychiatric emergencies.



- En **revistas científicas** en enfermería como NURE INVESTIGACIÓN (www.nureinvestigacion.es), cuya búsqueda de artículos se formuló de la siguiente manera:
 - Manejo + paciente + psiquiátrico + urgencias

- En la base de datos colaboración Cochrane:
 - Contención + psiquiátrica

Anexo II. Formato artículo.

HEMEROTECA CANTARIDA

Plantilla para la composición de artículos científicos

Ref.:	Envíe el documento debidamente cumplimentado a Secretaria Editorial de Hemeroteca Cantárida secretaria@ciberindex.com indicando la revista donde desea publicar su artículo con preferencia
--------------	--

Título del Artículo	Métodos específicos de inmovilización de pacientes psiquiátricos en urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra.
Revista elegida con preferencia	
Sección de la revista	
Motivos de su elección	
Otras revistas de la Hemeroteca Cantárida donde podría publicarlo	
Observaciones que desee realizar a los editores	

Datos del autor o autora responsable del artículo	
Nombre	Bergoi
Apellidos	Calvar Tolaretxipi
Centro de trabajo	Universidad Pública de Navarra
Dirección postal	
Ciudad/País	España- San sebastian
Teléfono	662464805
Correo electrónico	bergoi@live.com

Declaro <small>(hacer doble clic sobre la casilla y señalar "activada", la no activación de algún punto dará lugar al rechazo del artículo sin ser evaluado)</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> Que es un trabajo original. <input checked="" type="checkbox"/> Que no ha sido previamente publicado en otro medio. <input type="checkbox"/> Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación. <input type="checkbox"/> Que todos los autores han contribuido intelectualmente en su elaboración y por tanto son autores materiales del mismo.	<input type="checkbox"/> Que todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito remitido, y por tanto no hay ninguna razón para introducir cambios en los mismos una vez iniciado el proceso de evaluación. <input type="checkbox"/> Que, en caso de ser publicado el artículo, transfieren todos los derechos de autor al editor, sin cuyo permiso expreso no podrá reproducirse ninguno de los materiales publicados en la misma.

Datos preliminares	
Título	Métodos específicos de inmovilización de pacientes psiquiátricos en urgencias. Complejo Hospitalario de Navarra.
Autores por orden de aparición	AM Douglass P. Little-Upah , C. Carson ,R. Williamson , T. Williams, M. Cimino .N Mehta RA, Torres, RR Reeves Manuel Conde Diaz Manuel García Manso, Emilio González Negro Nerea Rubio Carcoba
Centro/institución	Osasunbidea. Complejo Hospitalario de Navarra
Dirección para correspondencia	Bergoi@live.com

Resumen

Objetivo principal: Diseñar una guía prácticas utilizando la taxonomía de Nada para el personal de enfermería y otros, en el servicio encaminada a la inmovilización de pacientes psiquiátricos a su llegada a urgencias.

Metodología: Una vez realizado una exhaustiva revisión en diferentes fuentes de datos, y visto el análisis estratégico del problema, se utiliza la taxonomía de la NANDA, para la elaboración de una guía práctica para aplicar en la contención mecánica a los pacientes psiquiátricos que llegan a urgencias

Resultados principales: Dicha guía nos permitirá medir la práctica profesional, coordinar el equipo de urgencias, beneficiar al usuario y abrir el campo a la investigación en esta área.

Conclusión principal: La creciente demanda de la población que solicita asesoramiento por los profesionales de la salud mental, ha producido un aumento de la asistencia a los servicios psiquiátricos de urgencias. El paciente agitado en la urgencia hospitalaria es una situación estresante, complicada y muchas veces impredecible. Este tipo de paciente tiende a provocar un impacto desproporcionado en el rendimiento del servicio. Es importante la elaboración de una guía de mejora dirigida a personal socio-sanitario en el servicio dirigido a la inmovilización de pacientes psiquiátricos a su llegada a urgencias.

Palabras clave: emergencia psiquiátrica, contención, guía práctica

Abstract	
Traducción del título	Specific methods of immobilization of psychiatric patients in the emergency department. Hospital of Navarra.
<p>Objective: Designing a practical guide using the NANDA taxonomy for nurses and other staff in the immobilization of psychiatric patient, in the arrival to the emergency service.</p> <p>Methods: Once done an exhaustive review of different data sources, and given the strategic analysis of the problem, the NANDA taxonomy is used for the development of a practical guide to applying physical restraint in psychiatric patients arriving at emergency</p> <p>Results: This guide will allow us to measure professional practice, coordinate emergency equipment, benefit the user and open the field for research in this area..</p> <p>Conclusions: The growing demand of the population seeking counseling for mental health professionals, has been an increased attendance in the psychiatric emergency services. The agitated patient in the emergency hospital is a stressful, become difficult situation and unpredictable. This type of patient tends to cause a disproportionate impact on service performance. It is important to the development of a guide aimed at improving social and health service staff led to immobilization of psychiatric patients on arrival to the emergency hospital.</p> <p>Keywords: psyquiatic emergencie, hold , hospital</p>	

Anexo III. Hojas general: contención, sujeción e incidencias

· Fecha:

· Enfermera responsable:

· Nº de Historia:

· Tipo de contención

Verbal	<input type="checkbox"/>	Mecánica	<input type="checkbox"/>
NO cumplimentar siguiente		SÍ cumplimentar siguiente	
Voluntario	<input type="checkbox"/>	Involuntario	<input type="checkbox"/>
Inicio:		Inicio:	
Finalización:		Finalización:	
Fecha:		Fecha:	
Hora:		Hora:	

Motivo

Agitación	<input type="checkbox"/>
Confusión	<input type="checkbox"/>
Autoagresividad	<input type="checkbox"/>
Heteroagresividad	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)		<input type="checkbox"/>

Aviso a fuerzas de seguridad:

Sí No

Tipo de sujeción

Completa	<input type="checkbox"/>
Parcial	<input type="checkbox"/>
Continua	<input type="checkbox"/>
Intermitente	<input type="checkbox"/>

Hora aviso a especialista:

Incidencias

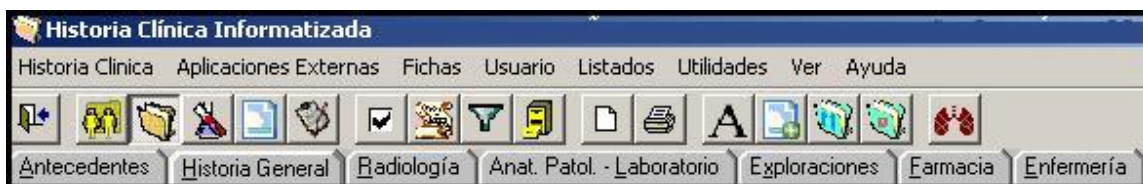
Lesiones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de lesiones
Complicaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de complicaciones

Anexo IV. Modelo en Historia Clínica

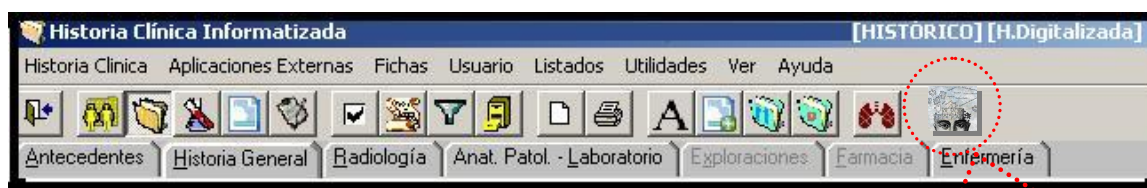


La Historia Clínica Informatizada (HCI) es la herramienta que se usa con más frecuencia en este centro. El hecho de que la historia esté informatizada, ha supuesto una mejora en los procesos administrativos, gestión clínica o la toma de decisiones clínicas. En el servicio de urgencias se dispone de esta herramienta para consultar, de carácter inmediata, antecedentes o datos de interés para un correcto y completo triaje. Este mismo programa ha demostrado que, además de tener la capacidad de ser accesible a la misma desde otros niveles no hospitalarios, da lugar a una mejora terapéutica y mejora el diagnóstico del paciente.

El esquema general de la HCI, corresponde a una serie de grupos que contienen fichas, en las que se pueden introducir datos. Para facilitar la cumplimentación de las fichas, éstas tienen campos y éstos a su vez pueden contener códigos y grupos (pestañas o carpetas):



Cuando las pestañas están en gris claro, no contienen fichas y cuando se ponen en negra, sí contienen fichas:



Implementar o habilitar en la historia clínica una nueva pestaña relacionadas con datos de interés en actuaciones de CM anteriores realizados. De esta manera se conocerá de antemano motivos de la CM con los datos registrados en el Anexo I.



Anexo V. Encuesta de satisfacción personal (y familiares)

Rellorando esta encuesta ayuda a mejorar el servicio de Osasunbidea. Se recomienda que se conteste de manera sincera para garantizar la calidad en próximas visitas. Esta encuesta será anónima. Señale las siguientes opciones con una "X":

· Fecha:

· Nº días ingresado:

· ¿Cómo se encuentra ahora?

Muy bien

Regular

Mal

10 - 9 - 8 - 7 - 6 - 5 - 4 - 3 - 2 - 1

(señale el nº con una cruz)

Atenciones recibidas

- | | | | |
|--|--|--------------------------------------|------------------------------------|
| - Personal administrativo: | Muy Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Mejorable <input type="checkbox"/> |
| - Personal celadores | Muy Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Mejorable <input type="checkbox"/> |
| - Personal enfermería | Muy Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Mejorable <input type="checkbox"/> |
| • Me ha mantenido informado. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| • Ha sido atenta conmigo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| - Especialista: psiquiatra | Muy Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Satisfecho: <input type="checkbox"/> | Mejorable <input type="checkbox"/> |
| • Me ha mantenido informado. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| • Eficaz en resolver mi problema de salud. | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |

Anexo VI. Pregunta de estudio /pregunta clínica

Se ha realizado una revisión de búsqueda diferente para cada base de datos pero todas ellas mantienen ejes principales. El estudio de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una estrategia de búsqueda en distintas bases de datos, habiendo utilizado los siguientes recopilatorios: Pubmed, WoS (Web of Science), Scielo, Cochrane, CUIDEN, GuíaSalud y la Base de datos Instituto Joanna Briggs y reproducido en el Best Practice.

Antes de comenzar con la búsqueda, se requiere iniciar con una pregunta e intentar dar respuestas: ¿qué nivel de mayor evidencia existe en los métodos específicos para la inmovilización involuntaria de pacientes psiquiátricos? Para esto transformo mi pregunta en pregunta PICO.

P (Población): paciente psiquiátrico (adultos).

I (Intervención / indicador): Consejo Clínico

C (Comparación / control): --

O (Resultado / Outcome): mejor evidencia existe para la inmovilización.

Anexo VII. Organigrama hospital

La estructura organizativa del Hospital Virgen del Camino (actual Complejo Hospitalario de Navarra) es un centro hospitalario de la ciudad de Pamplona. Esta fue inaugurada en 1964 y actualmente continúa ubicado en la confluencia entre la calle Irunlarrea y la avenida de Barañain. En el 2012 fue fusionado con el vecino hospital de Navarra para formar el Complejo Hospitalario de Navarra pasando desde entonces a convertirse en el Hospital B de dicho complejo.

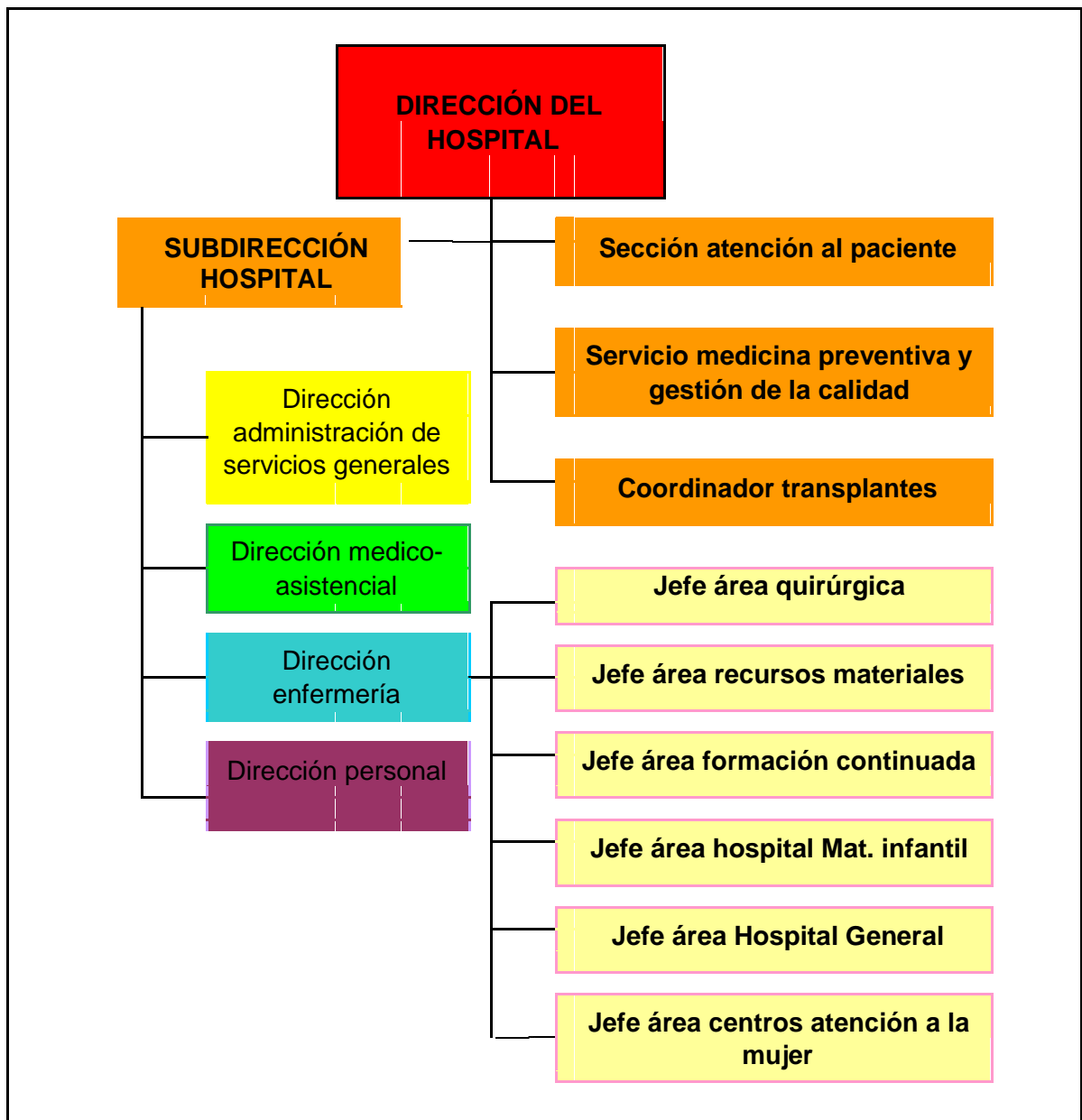


Imagen nº7 “Organigrama de la dirección del hospital y sus servicios”. Fuente: Elaboración Propia

IX. Cronograma

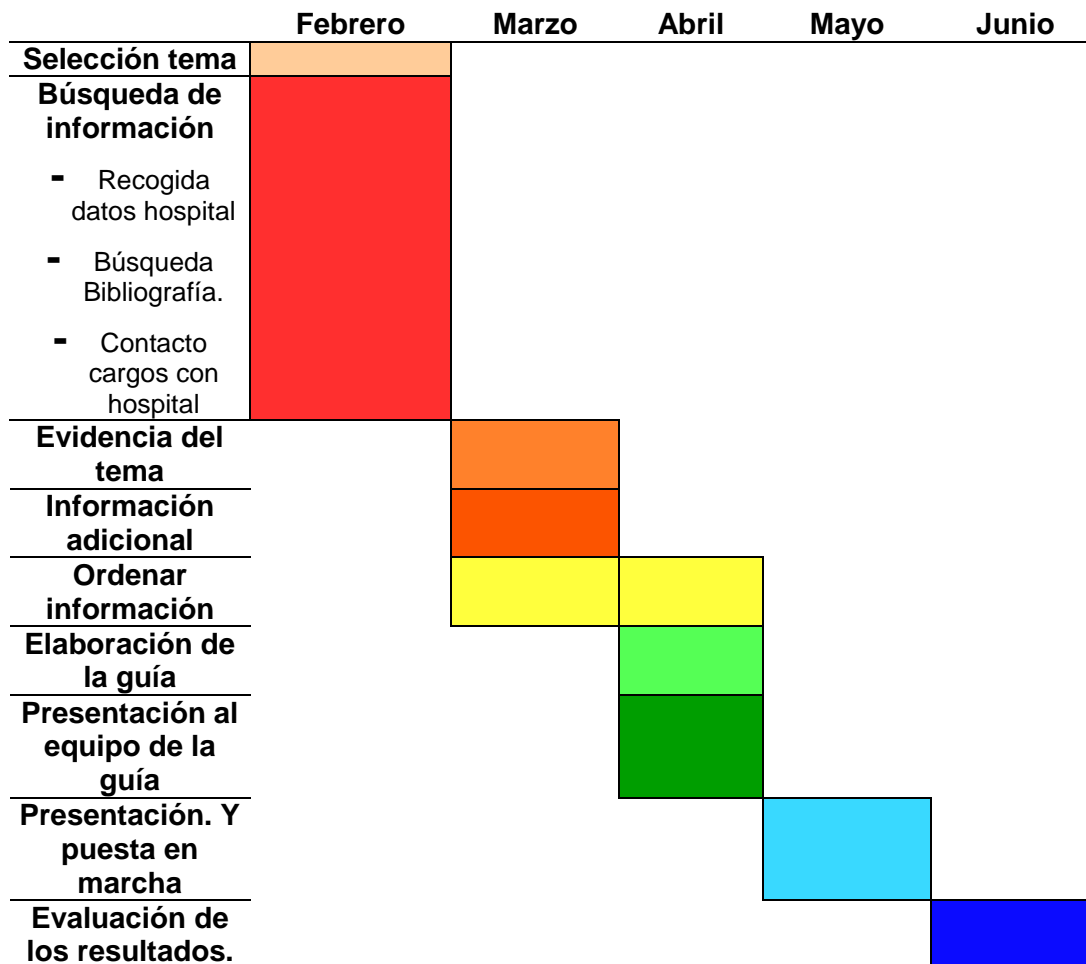


Imagen Nº 7. Fuente: elaboración propia.

El cronograma general para el desarrollo de este trabajo fue el siguiente:

1. En primer lugar se realizó la elección del tema:
 - a. El tema seleccionado la contención mecánica de los pacientes psiquiátricos en urgencias.
2. Tras seleccionar el tema del trabajo, se centró en la búsqueda bibliográfica sobre el tema:

- a. La búsqueda se realizó en las bases de datos Pubmed, WoS y Scielo.
 - b. Otras nuevas búsquedas de información en otros productos basados en evidencia: Cochrane, revistas científicas (Nure Investigación) y otros base de datos de interés.
 - c. Otros: página web del ministerio de sanidad y política social, página web de la Organización Mundial de la Salud, Base de datos Instituto Joanna Briggs y reproducido en el Best Practice.
3. Se realizó un primer análisis de datos:
- a. Simultáneamente a la búsqueda de datos, se realizó el análisis de la estructura organizativa del Hospital al que se aplica el proyecto.
4. Creación de la primera propuesta y diseño del proyecto:
- a. Tras analizarse todos los datos, se inicia el desarrollo del programa. Dentro del programa de información, se establece fechas y plazos que serán necesarios para su puesta en marcha.
5. Elaboración de la guía y todos sus aportados.
- a. Diseño del material de apoyo, herramientas de actuación... que se llevarán en el desarrollo de las actividades, diseñado a través de la información encontrada en la búsqueda.
6. Por último, presentarlo al equipo y efectuar cambios en la redacción del trabajo:
- a. Una vez elaboradas las búsquedas, analizados los datos y diseñado el programa de información, se efectuará de la redacción del trabajo final.