

GRADO EN ENFERMERÍA

**USO DE SUJECIONES
FÍSICAS EN SALUD
MENTAL**

TRABAJO FIN DE GRADO

Ángela García Andrés

Directora: María Esther Ezquerro Rodríguez

Curso 2015-2016

RESUMEN

El uso de sujeciones físicas en pacientes, especialmente con enfermedades mentales, es una práctica muy extendida desde la antigüedad, pero en los últimos años la preocupación creciente por los derechos de los pacientes psiquiátricos ha llevado a una disminución en el uso de sujeciones, ya que se considera que esta práctica vulnera principios éticos del paciente y pone en riesgo su seguridad.

En este trabajo se realiza un estudio del uso de las sujeciones físicas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-A del Complejo Hospitalario de Navarra, y tras compararlo con otros estudios similares, podemos considerar que se realiza un adecuado uso de las sujeciones en dicha unidad. Sin embargo, tras una revisión bibliográfica del tema de estudio se concluye que se debe seguir trabajando para un mínimo uso de las sujeciones físicas y es por ello que se elabora una guía con recomendaciones dirigidas a esta disminución.

PALABRAS CLAVE

“contención mecánica”, “sujeciones físicas”, “salud mental”, “hospitalización psiquiátrica”, “seguridad”.

ABSTRACT

The use of physical restraints in patients, especially in those with mental illnesses, is a practice which has been used since antiquity, but in the last few years due to the growing concern on mental patients' rights, there has been a decrease in the use of restraints, as this practice is considered to violate the patient's ethical principle and poses a risk to their security.

The present study deals with the use of physical restraints in the Psychiatric Unit-A in the Hospital Centre in Navarra, and after comparing it to similar studies, we consider that such restraints are used correctly in that unit. However, after a bibliographical revision on the subject of study, it is concluded that it is essential to go on working for a minimum use of physical restraints and therefore, a guide is prepared with recommendations aimed to that decrease.

KEY WORDS

“mechanical containment”, “physical restraints”, “mental health”, “psychiatric hospitalization”, “safety”.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	Pág. 1-7
OBJETIVOS	Pág. 8
METODOLOGÍA	Pág. 9-12
RESULTADOS	Pág. 13-16
DISCUSIÓN	Pág. 17-25
CONCLUSIÓN	Pág. 26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 27-28
ANEXOS	Pág. 29-36

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Recorrido histórico

El uso de sujeciones físicas en pacientes, especialmente con enfermedades mentales, es una práctica muy extendida desde la antigüedad, pero en los últimos años la preocupación creciente por los derechos de los pacientes psiquiátricos ha llevado a una disminución en el uso de sujeciones, ya que se considera que esta práctica vulnera los principios de libertad y dignidad de la persona.

Las primeras referencias al uso de la restricción física nos llevan hasta la Grecia clásica, cuando era entendida la restricción como terapia para aquellos que suponían un peligro para ellos mismos o los demás. Pero no solo incluían la contención sino que ésta iba acompañada de palizas y castigos. No obstante, desde los años antes de cristo había quienes demandaban unos cuidados más humanitarios¹.

En la Edad Media tuvo una fuerte influencia la cultura islámica, quienes insistían en un cuidado de los pacientes mentales con más benevolencia, aunque las ataduras seguían presentes, utilizando jaulas, cadenas, grilletes, candados... En cualquier caso, el tratamiento para estos pacientes, entendiendo la locura como una forma de pecado, era el encerramiento, con el objetivo de mantenerlos apartados de la sociedad. Con ayuda de la iglesia católica, a lo largo de estos siglos se construyeron numerosos asilos donde se ocupaban del cuidado de los enfermos mentales¹.

En el siglo XVIII, con influencia de la ilustración, se difunden los principios de racionalidad y humanidad, mejorando la atención a estos pacientes. Esto se pudo observar en la disminución de los castigos y en la sustitución de las cadenas de hierro por las ataduras con algodón o cuero².

Durante el siglo XIX, en Gran Bretaña tuvo lugar un movimiento interesado en reducir la contención física de los pacientes, que tardaría unos años en introducirse en el resto de Europa, pues hasta mediados del siglo XX no comienzan a reducirse las medidas coercitivas. Este acontecimiento tuvo lugar al mismo tiempo que se introdujeron medidas de restricción farmacológica, las cuales permiten un mejor control del comportamiento de los pacientes psiquiátricos^{2,3}.

En el mismo sentido, surgieron avances ético-legales incentivados por el interés sobre la libertad, seguridad y solidaridad en estos pacientes. Unos de los más significativos fueron la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 y el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser humano en 1997^{2,3}.

Podemos observar que desde un pasado muy lejano ha existido controversia en el tema de sujeciones y cuidados de los enfermos mentales pero hasta las últimas décadas no se han promulgado textos éticos y jurídicos que regulen esta práctica. El actual debate que se ha generado recientemente, ya que hay quienes justifican y defienden su uso y quienes están en contra y consideran que estas medidas deberían reducirse, ha hecho que se elabore numerosa literatura y recomendaciones orientadas a la formación de profesionales y al aumento de la seguridad del paciente.

1.2. Definición

En términos sanitarios la sujeción física se define como “cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo”⁴.

A continuación se presenta las definiciones de los diferentes términos por La Real Academia Española (RAE):

- **Sujetar:**
 1. Someter al dominio, señorío o disposición de alguien.
 2. Afirmar o contener algo con la fuerza.
 3. Poner en una cosa algún objeto para que no se caiga, mueva, desordene, etc.
- **Contener:** Reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo
- **Restringir:** Ceñir, circunscribir, reducir a menores límites.

Aunque la lengua española defina estos términos de forma diferente, no hay consenso en cuanto a la denominación de esta práctica y los autores los utilizan indistintamente^{3, 5- 6} por lo que podemos considerar que contención/sujeción/restricción física o mecánica aluden a lo mismo.

La contención mecánica se indica en aquellas situaciones en las que hay amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, cuando no se pueden utilizar otras medidas terapéuticas, por lo que se puede considerar y recalcar la sujeción como una medida que ofrece seguridad para el paciente, y que por lo tanto le aporta beneficio.

Sin embargo, por otro lado, la sujeción física es un procedimiento no exento de riesgos; entre los efectos adversos físicos descritos de la sujeción física se encuentran^{4, 5}: caídas y golpes, compresión de plexos nerviosos, lesiones por quemaduras, aspiración, asfixia e incluso la muerte. Así mismo pueden aparecer trastornos psicológicos y emocionales, depresión, agresividad o trastornos cognitivos. En las sujeciones prolongadas pueden tener lugar problemas relacionados con la inmovilización como úlceras por presión, pérdida de masa ósea, descenso del tono muscular, reducción del apetito, deshidratación...

Por ello las sujeciones físicas se consideran como técnicas de última opción, tal y como dice la OMS son “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos.”

Por esta razón trataremos de utilizar medidas de contención verbal o farmacológica con anterioridad a la contención mecánica.

Contención verbal

La contención verbal debe ser el primer paso para controlar al paciente. Podrá ser utilizada cuando la pérdida del control del paciente no sea total, para ello hay que estar

atentos y observar signos que nos alerten de que es necesaria una contención (hiperactividad, ansiedad, hostilidad...). Cuando intervengamos tenemos que transmitir apoyo y seguridad para que el paciente no nos perciba como una amenaza. A continuación se recoge una serie de recomendaciones para lograr la relajación del paciente a través de la contención verbal⁵⁻⁸:

- Conocer la historia de enfermedad del paciente.
- Mantener distancia de seguridad y tener una vía de salida.
- Evitar el contacto visual fijo.
- Escuchar al paciente y dejar que exprese sus preocupaciones.
- Mantener un tono calmado y suave, mostrando siempre respeto.
- Evitar discutir, no crear confrontación y no responder a sus amenazas o provocaciones.
- Reducir estímulos ambientales como la luz o los ruidos.
- Intentar distraerle, invitarle a hacer actividades que le ayuden a disminuir la agitación (dar un paseo, realizar una llamada...).

Si vemos que no controlamos la situación pediremos ayuda y utilizaremos otro tipo de medidas.

Contención farmacológica

Cuando no sea posible manejar al paciente a través del lenguaje pasaremos a la utilización de fármacos de manera coadyuvante, y nunca como sustitución a la contención verbal. La diferencia con la contención verbal es que para la administración de medicamentos es necesaria la previa prescripción facultativa.

Cuando la situación lo permita se le ofrecerá al paciente tomar medicación oral, si no es así, la segunda vía de elección es la intramuscular. La vía intravenosa se considerará como la vía de última opción por presentar más riesgos cardiorrespiratorios^{5, 8-9}.

La dosis administrada será la mínima eficaz para relajar al paciente pero sin disminuir su nivel de conciencia, de manera que disminuyamos los riesgos relacionados con los fármacos^{5, 8-9}.

Entre las características de los fármacos utilizados en estas situaciones se incluyen la rapidez en el inicio de acción, la disponibilidad en las vías de administración de elección, una corta duración, que requiera el menor número de dosis administradas, con bajo riesgo de efectos adversos, con pocas contraindicaciones, con escasas interacciones y con ausencia de metabolitos activos y acumulación del fármaco^{5, 8-9}.

Los fármacos más utilizados para controlar la agitación son las benzodiazepinas y antipsicóticos, administrados con frecuencia conjuntamente, y en ocasiones se usan neurolepticos.

Si aun así no se logra controlar la situación y continúa el riesgo de lesión del propio paciente u otras personas utilizaremos la contención mecánica como medida de última opción.

Contención mecánica

Para llevar a cabo la contención mecánica es necesaria la previa orden por escrito de un facultativo. Así mismo, para finalizar la contención mecánica también se necesita la indicación de suspensión del médico.

Las causas más frecuentes para la indicación de contención mecánica son los estados de agitación-psicomotriz, confusionales y de auto-heteroagresividad.

La agitación psicomotriz, que se define como síndrome englobado en los trastornos de conducta, de etiología muy variada, puede aparecer en cuadros psiquiátricos así como en patologías orgánicas. Consiste en la exacerbación inadecuada de la actividad motora, acompañada de alteraciones emocionales^{8,10}.

Las patologías que se asocian más frecuentemente con estas causas de contención mecánica pueden ser tanto de origen orgánico como psiquiátrico. El delirium sería la patología orgánica más frecuente en la que se utiliza las sujeciones físicas por sus signos de confusión, desorientación, inquietud, ansiedad... Entre las patologías psiquiátricas más comunes encontramos la esquizofrenia y el trastorno bipolar en sus estados de agitación por descompensación, y el trastorno límite de la personalidad por desorganización conductual grave¹¹.

Existen diferentes dispositivos de sujeción física como muñequeras, tobilleras, cinturones, bandas cruzadas sobre el tórax, chalecos de sujeción al tronco, sábanas fantasmas... el uso de los distintos dispositivos se considera contención mecánica. En la Tabla 1 se presentan las principales indicaciones y contraindicaciones de la contención mecánica^{6-9,11}.

Tabla 1: indicaciones y contraindicaciones de la contención mecánica (elaboración propia)

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesiones al propio paciente (autolesiones, caídas, accidentes, riesgo de suicidio, etc.). • Riesgo de lesiones a otras personas (enfermos o personal sanitario). • Evitar interrupciones graves del programa terapéutico del propio paciente u otros enfermos (arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital). • Evitar daños físicos significativos en el servicio (destrucción de mobiliario, equipo de diagnóstico y/o terapéuticos). • Si lo solicita el propio paciente y existe justificación clínica o terapéutica. • Como refuerzo negativo en programa de modificación de conducta, bajo previo acuerdo con el paciente. • Evitar fugas. • Reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis. • Prevenir daños en la administración de medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de intervenciones alternativas. • Como castigo o antipatía con el paciente. • Por comodidad del personal u otros pacientes. • Cuando no exista indicación clínica que lo justifique. • Si no existe personal suficiente o la situación es peligrosa. • Existencia de orden facultativa de no contención. • En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.

Una vez realizada la sujeción del paciente intentaremos que la contención no se prolongue más de lo estrictamente necesario y se quitará la sujeción al paciente con la mayor brevedad posible siempre que las circunstancias lo permitan.

1.3. Regulación ética y legal

No existe una ley o norma específica para regular el uso de la contención mecánica. Actualmente nos atenemos a diferentes leyes que la regulan partiendo de la Constitución Española de 1978¹², la cual hace referencia a términos éticos tales como la libertad, la dignidad, la integridad física y la intimidad corporal, que se recogen en los siguientes artículos. A partir de estos valores se rige la normativa que regula el uso de sujeciones físicas.

- *Artículo 1.1:* “Se propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.”
- *Artículo 10.1:* “La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad...”
- *Artículo 15:* “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes...”
- *Artículo 17.1:* “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad”
- *Artículo 18.1:* “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.”

Estos valores, con frecuencia, se ven mermados al aplicarse la contención mecánica. Por esta razón ha tenido lugar la promulgación de distintas leyes que regulan esta práctica.

La Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986¹³ defiende el respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad, tal y como queda reflejado en el artículo 10.1.

La Ley de Enjuiciamiento civil del 7 de Enero del 2000¹⁴ regula en su artículo 763 el internamiento no voluntario del paciente por razón de trastorno psíquico en una persona que no es capaz de decidir por sí misma, aunque tenga tutela, indicando la necesidad de autorización judicial. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que por razones de urgencia sea necesaria la adopción inmediata de la medida.

Esta ley no se refiere explícitamente a la contención mecánica, pero es de gran utilidad ya que con frecuencia el internamiento no voluntario y la contención mecánica se dan conjuntamente y en ambos casos se necesita autorización judicial al verse alterado el principio de autonomía.

Más adelante se incorporaron leyes que regulan este principio de autonomía del paciente.

La Ley 41/2002 de noviembre de la Autonomía del Paciente¹⁵ incorpora el documento de Consentimiento Informado, que permite al paciente la elección entre las distintas opciones terapéuticas o la elección del no tratamiento, no obstante legitima al facultativo a intervenir, aún sin consentimiento del paciente, cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo o terceros y no es posible conseguir su autorización. Así mismo, reconoce el consentimiento por representación en aquellos

casos en los que el paciente no sea de tomar decisiones, su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación o bien esté incapacitado legalmente.

De forma paralela a la Ley de Autonomía, se promulga en nuestra comunidad la Ley Foral 11/2002 de 6 de mayo sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica¹⁶, con el objeto de regular los derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios sanitarios públicos y privados en materia de información y documentación clínica, así como garantizar la autonomía de decisión del paciente y su confidencialidad.

También en el ámbito de nuestra profesión tenemos la obligación de velar por un adecuado uso en el ejercicio de las sujeciones tal y como dice el Código deontológico de la Enfermería española¹⁷ en su artículo 5 que “las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

1.4. Calidad de cuidados y seguridad

La atención sanitaria a veces tiene como consecuencia la aparición de eventos o efectos adversos, que se definen como acontecimientos relacionados con la asistencia sanitaria que puede tener consecuencias negativas para el paciente. Muchos de los eventos adversos son inevitables pero existe un elevado número de eventos adversos evitables.

En España, según el Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS), el 9,3% de los pacientes ingresados sufre algún efecto adverso relacionado con la asistencia sanitaria. Además, el 42,8% de los efectos adversos de este estudio se consideró evitable.

Debido a esta alta incidencia de eventos adversos y a la gran magnitud de eventos adversos evitables, en los últimos años se está impulsando acciones dirigidas a aumentar la seguridad del paciente.

La OMS define como seguridad del paciente “la evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria”.

Es por ello que la seguridad del paciente se convierte en un factor imprescindible para lograr una calidad asistencial.

La cultura de calidad y seguridad del paciente que se está creando en los últimos años, hace que para algunos autores la ausencia de sujeciones físicas sea un indicador de calidad y seguridad debido a los efectos adversos relacionados con esta técnica¹⁸.

El término alerta se refiere a una situación de vigilancia o atención. Este término de alerta se utiliza en el ámbito de la seguridad del paciente para captar la atención sobre algunos efectos adversos a los que debemos tener en cuenta por su alta frecuencia o impacto y posibilidad de prevención¹⁹.

Diversos organismos nacionales e internacionales están trabajando en la difusión de las alertas sobre las que debemos tener especial atención. La Fundación Avedis Donabedian²⁰ ha publicado distintas alertas de seguridad en la atención sanitaria entre las que se encuentra la contención física o inmovilización de los pacientes debido a sus numerosas consecuencias perjudiciales. Esta práctica conlleva dilemas éticos, clínicos y

sociales y por eso se deberían usar tan infrecuentemente como sea posible y con las técnicas menos restrictivas posibles.

Por todo ello en los últimos años han aumentado los argumentos que inducen a disminuir el uso de las sujeciones y se han publicado artículos con recomendaciones para su adecuado uso^{5, 7, 11}.

1.5. Justificación del trabajo

La realización de este trabajo se debe al interés en el tema de la contención mecánica que surgió en mí tras la realización de prácticas asistenciales en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra. Mi estancia en la unidad me llevó a plantearme si el uso de la contención mecánica se realizaba de la manera adecuada y si debía o no reducirse. Es por ello que recogí datos de los pacientes sometidos a contención mecánica para compararlos con otros estudios realizados en unidades de hospitalización psiquiátrica y concluir si se hace un adecuado uso de las sujeciones o esta práctica debe disminuir. Del mismo modo, he realizado una búsqueda bibliográfica de artículos que tratan de la contención mecánica relacionada con la seguridad del paciente, para determinar si se debe y puede eliminar esta medida.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Estudiar los dispositivos de sujeción física como medida de seguridad del paciente psiquiátrico desde el punto de vista riesgo/beneficio.

2.2. Objetivos específicos

- Analizar el uso actual de las sujeciones físicas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-A- del Complejo Hospitalario de Navarra, lugar donde realicé las prácticas asistenciales.
- Revisión bibliográfica en las principales bases de datos para conocer la última evidencia en aspectos de la sujeción física relacionada con la seguridad del paciente.
- Comparar el uso de las sujeciones físicas en hospitalización psiquiátrica de los artículos de la revisión bibliográfica con el análisis de los datos recogidos.
- Elaborar una guía de recomendaciones para la disminución del uso de las sujeciones físicas.

3. METODOLOGÍA

La metodología del trabajo tiene dos partes fundamentales diferenciadas. Por un lado el estudio descriptivo del uso de sujeciones en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-A- del Complejo Hospitalario de Navarra, y por otro, la revisión bibliográfica del uso de sujeciones físicas relacionadas con la seguridad del paciente.

3.1. Metodología del estudio

El estudio se realizó en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica-A- del Complejo Hospitalario de Navarra para su posterior estudio y comparación con la revisión de la literatura.

El tipo de diseño es descriptivo de corte transversal mediante la revisión retrospectiva en la base de datos de historias clínicas electrónicas. Los datos fueron recogidos entre el 25 de enero y 8 de febrero de 2016, durante el período de realización de prácticas en dicha unidad.

La muestra son los pacientes ingresados en la unidad entre el 25 de Enero y 8 de Febrero de 2016 que fueron sometidos a algún tipo de sujeción física durante su ingreso. Un total de 22 pacientes.

Las variables de estudio fueron la edad, sexo, tipo de sujeción, diagnóstico médico, indicación de la sujeción, urgencias o planta como lugar de inicio de la contención, voluntariedad, duración y efectos adversos. (ANEXO 1. Tabla de recogida de datos)

Los datos recogidos se analizaron estadísticamente con el programa IBM SPSS Statistics versión 23. La descripción de las variables se realizó mediante el cálculo de porcentajes, medias aritméticas, desviaciones típicas, y en algunas de ellas el mínimo, el máximo y los percentiles. Los cálculos se han representado mediante tablas, y en algunos casos con gráficos de sectores.

3.2. Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los documentos relacionados con el tema de estudio en las bases de datos Pubmed, CINAHL, Scopus, Dialnet, Scientdirect, CUIDEN, Cochrane y Scielo. Así mismo se consultaron varias páginas web, manuales académicos y aplicados. No se ha establecido límite temporal para la selección de los artículos, así mismo, la búsqueda se ha realizado en inglés y español.

3.2.1. Estrategia de búsqueda

Se utilizó la herramienta PICO para la elaboración de la pregunta de investigación y la selección de las palabras claves adecuadas al objeto de búsqueda:

PACIENTE:

- Castellano: psiquiatría, salud mental, hospitalización psiquiátrica
- Inglés: psychiatry , mental health, psychiatric hospitalization

INTERVENCIÓN:

- Castellano: sujeciones físicas, contención mecánica
- Inglés: physical restraints, mechanical containment

COMPARACIÓN: no contención

RESULTADO:

- Castellano: seguridad, efectos adversos
- Inglés: safety, adverse effects

Una vez elegidas las palabras claves, la búsqueda se realiza en inglés y español utilizando los operadores booleanos AND y OR tal y como se muestra en la figura:

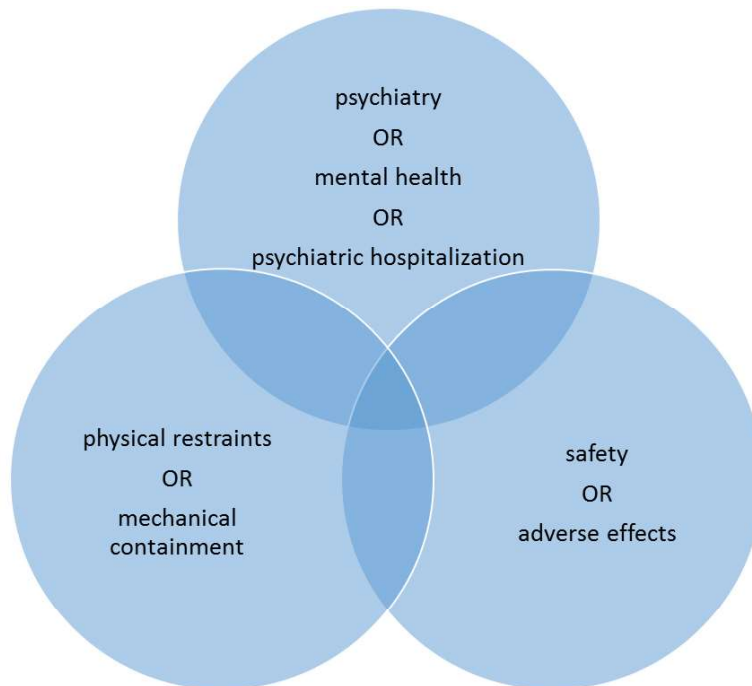


Figura 1: estrategia de búsqueda (elaboración propia)

3.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Se seleccionan los artículos científicos:

- Que traten de contención física.
- En el ámbito de la salud mental.
- Orientados a unidades de hospitalización psiquiátrica aguda.
- Que estén relacionados con la seguridad del paciente.
- Disponibles en texto completo.

Criterios de exclusión:

No se incluirán aquellos artículos:

- Que no estén relacionados con dispositivos de sujeción física.
- Que estén orientados a un ámbito distinto de la psiquiatría.
- Que traten exclusivamente de instituciones geriátricas o infanto-juveniles.

- Que solo trate la experiencia cualitativa del paciente sujeto a contención física o de sus cuidadores.
- Autobiográficos.

3.2.3. Resultados en bases de datos:

Las bases de datos consultadas han sido PubMed, Scopus, ScintDirect, CINAHL, CUIDEN, Dialnet, Scielo y Cochrane plus.

- En Pubmed la búsqueda en *all fields* y con límites en *humanos* y *disponibles en texto completo* encontramos 160 artículos. Tras leer el título y resumen y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionan 12, que se reducen a 8 tras su lectura completa. Finalmente, se utilizan 6 artículos para el desarrollo del trabajo.
- En CINAHL la búsqueda con límites y disponibles en texto completo ofrece 55 artículos de los cuales, tras leer título y resumen se seleccionan 20. Finalmente se reducen a 9 tras su lectura y se utilizan para el estudio 3 artículos.
- En Scopus la búsqueda en *all fields* tiene 45 resultados, de los cuales tras leer el título y resumen y aplicar los criterios de inclusión y exclusión se seleccionan 12. Tras su lectura completa se escogen 5 artículos y se utilizan para el desarrollo del trabajo 3.
- La búsqueda en Cochrane Plus da 13 resultados. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión en título y resumen se escogen 4, de los cuales 3 se seleccionan como válidos, pero tras su lectura crítica, finalmente no se utilizan para el desarrollo del trabajo. Al igual que en Scintdirect, la búsqueda en enfermería y profesiones sanitarias ofrece 55 resultados, de los cuales solo 1 se selecciona pero finalmente tampoco se utiliza.
- En la base de datos Dialnet, en la búsqueda se obtienen 10 resultados de los cuales ninguno cumple los criterios de inclusión. En Scielo y CUIDEN no se obtiene ningún resultado.

3.2.4. Resultados en páginas web:

- En la página web Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) se encontró la guía de práctica clínica para el uso de restricciones físicas "Promoting safety: alternative approaches to the use of restraints".
- De la página evidencia en cuidados, página web del Centro Colaborador Español con el Instituto Joanna Briggs (CCEIJB) se obtuvo un artículo, "sujeciones mecánicas- 2ª parte: "disminución del uso en unidades de agudos y residencias".

A continuación se explica a través de un esquema la búsqueda y selección de artículos de manera detallada y en el ANEXO 2 se presentan los resultados de los artículos seleccionados.

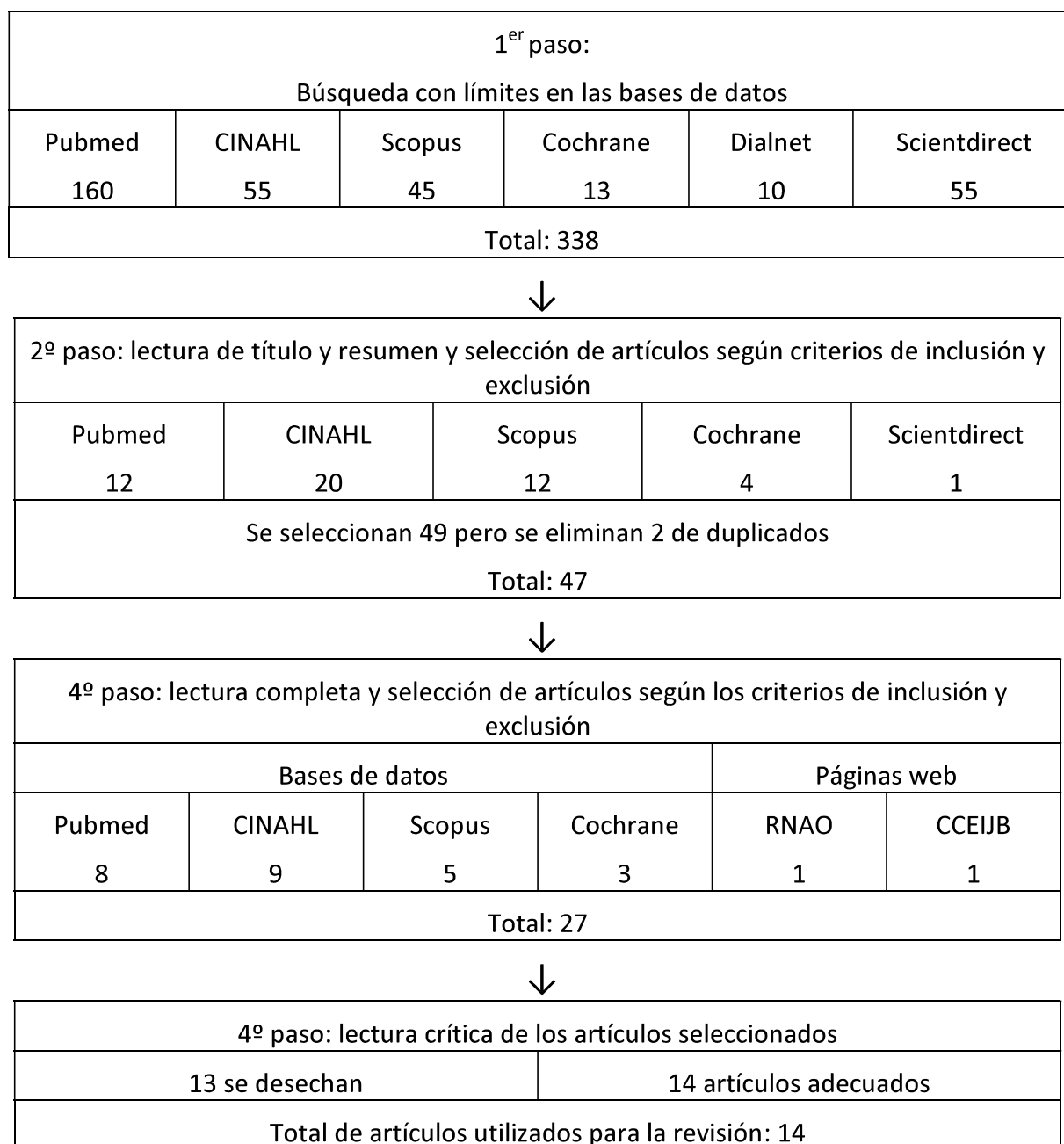


Figura 2: Búsqueda bibliográfica

4. RESULTADOS

4.1. Resultados del estudio

Para la realización del estudio se recogieron datos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica -A- del Complejo Hospitalario de Navarra durante el período de 25 de enero a 9 de febrero de 2016. La población a estudio fueron los pacientes que estuvieron ingresados en dicha unidad durante ese período de tiempo y que necesitaron sujeción física, un total de 22 pacientes. Se recogieron y analizaron las variables edad, sexo, tipo de sujeción, diagnóstico médico, indicación de la sujeción, lugar de inicio de la contención, voluntariedad, duración y efectos adversos. Los resultados se presentan en tablas y se describen a continuación.

Tabla 2: Resultados del estudio (frecuencias y porcentajes)

	VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO CONTENCIÓN	CM3	8	36'4
	CM3 Y CM5	2	9'1
	CM5	12	54'5
PATOLOGÍA	Consumo tóxicos	2	9'1
	Episodio psicótico	5	22'7
	Esquizofrenia	3	13'6
	Patología dual	4	18'2
	Trastorno bipolar	4	18'2
	Trastorno de la conducta	1	4'5
	Trastorno de personalidad	1	4'5
	Trastorno psicótico	2	9'1
INDICACIÓN	Agitación	15	68'2
	Agitación y agresividad	3	13'6
	Riesgo de caídas	3	13'6
	Riesgo de suicidio	1	4'5
INICIO	Planta	11	50
	Urgencias	11	50
EPISODIOS	1	18	81'8
	4	1	4'5
	12	1	4'5
	27	1	4'5
	29	1	4'5
VOLUNTARIEDAD	SI	3	13'63
	NO	19	86'36

Entre los datos analizados se encuentra el tipo de sujeción. Solo se recogieron dos tipos de sujeción, contención mecánica de tres puntos y de cinco puntos. En la de tres puntos se utiliza el cinturón abdominal, una muñequera y una tobillera, que se colocan en las extremidades contrapuestas, es decir, en la mano derecha y en el pie izquierdo, o en la mano izquierda y pie derecho. Mientras que en la contención mecánica de cinco puntos

se utiliza el cinturón abdominal, dos muñequeras y dos tobilleras, de manera que no quedan extremidades libres. Durante el estudio se observó que el 54'5% de los pacientes recibieron contención mecánica de cinco puntos frente a un 36'4% con contención de 3 puntos y solo un 9'1% experimentó los dos tipos de contención. (*Tabla 2*).

Entre los pacientes que necesitaron de contención mecánica encontramos varias patologías diferentes. La mayoría de ellos no tenían una patología previa diagnosticada y se les consideró como episodio psicótico, representando el 22'7% de los pacientes. Posteriormente observamos que las patologías más frecuentes fueron el trastorno bipolar y la patología dual, esta última combina una enfermedad psiquiátrica con el consumo de tóxicos, ambas con el mismo porcentaje de 18'2%. En cuarto lugar con un 13'6% se encuentra la esquizofrenia, y con porcentajes menores se hallaron los trastornos de conducta, de personalidad, el trastorno psicótico y el consumo de tóxicos. (*Tabla 2*).

En cuanto a la indicación que causó la contención mecánica, la más frecuente con un 68'2%, fue la agitación. En otros tres casos fue la agitación junto a la agresividad la causa de la contención, que si lo sumamos al porcentaje de la agitación obtenemos un 81'82%. Otros 3 casos (13'64%) tenían como indicación el riesgo de caídas y solo un caso por riesgo de suicidio (4'55%). Por lo que destaca muy claramente la agitación como principal causa de la contención mecánica. (*Tabla 2*).

La media de número de contenciones por pacientes fue de 4'09 pero a la mayoría de los pacientes, el 81'1%, se les aplicó la contención mecánica una sola vez. En cuatro pacientes esta medida se repitió, en uno de ellos 4 veces, en un segundo paciente 12 veces y en los otros dos pacientes, con mayor número de contenciones, 27 y 29 veces (*Tabla 2*). También se observó que existe una relación entre el número de episodios de contención y la indicación de ésta, así pues, en los pacientes con mayor número de contenciones las causas fueron riesgo de caídas y riesgo de suicidio, siendo la agitación la causa de los episodios aislados de contención mecánica.

Cabe señalar que en la mayoría de los casos, un 86'4%, la contención fue involuntaria, y solo tres pacientes aceptaron esta medida de manera voluntaria. (*Tabla 2*). También se pudo observar, que las contenciones que fueron voluntarias correspondían a los pacientes cuya indicación fue riesgo de caídas y riesgo de suicidio, y en ningún caso en aquellos pacientes con agitación y/o agresividad.

Se estudiaron los pacientes que permanecieron con contención mecánica durante su ingreso en la unidad, incluyendo aquellos pacientes que ingresaron con dispositivos de contención desde urgencias, así como a los que la contención se les inició en la unidad de hospitalización. El 50% de los pacientes sujetos a contención procedían de urgencias con esta medida y el otro 50% se les aplicó en la unidad. (*Tabla 2*).

Se observó que los tres pacientes en los que la contención fue voluntaria, ésta tuvo lugar en la unidad, por lo tanto, en el 100% de los pacientes sujetos en urgencias la contención fue involuntaria.

Si estudiamos la relación que hay entre la edad de los pacientes con la indicación de la contención mecánica nos encontramos con que el riesgo de caídas y de suicidio se dan con más frecuencia en pacientes de mayor edad, siendo la media de edad en ambas indicaciones de 69 años. Sin embargo, la causa de contención mecánica en pacientes más jóvenes es la agitación, con una media 37'2 años de edad si la consideramos la única

causa, y con una media de 27 años de edad la agitación junto a la agresividad, tal y como queda reflejado en la *Tabla 3*.

Tabla 3: Resultados del estudio (relación indicación y edad)

INDICACIÓN	EDAD			
	N	MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO
AGITACIÓN	15	37'20	20	59
AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD	3	27'00	22	32
RIESGO DE CAÍDAS	3	69'33	62	80
RIESGO DE SUICIDIO	1	69'00	69	69

También se observó una gran diferencia en el uso de la contención mecánica dependiendo del sexo, ya que la mayoría de los pacientes que han necesitado esta medida fueron hombres, tal y como se muestra en la siguiente figura:

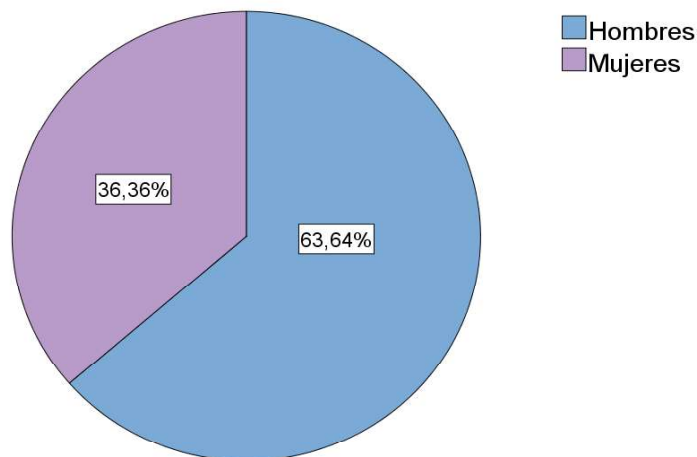


Figura 3: pacientes sometidos a contención mecánica según el sexo

Respecto a la edad, cabe señalar que la unidad admite a pacientes por encima de 16 años, pero fue 20 años la edad mínima y 80 la edad máxima, siendo la media de casi 42 años. También se observó que un 25% de los pacientes tenía 27 años o menos, y otro 25% tenía entre 52 y 80, es decir, existía una concentración muy alta de pacientes jóvenes, pero la media fue de 41'64 debido a una edad atípica muy alta que fue de 80 años. (*Tabla 4*).

Si calculamos las horas de contención mecánica que recibe cada paciente obtenemos una media muy alta de 58'45 horas, pero existe una desviación típica de 82. Por ello, conviene calcular la duración de la contención teniendo en cuenta el número de episodios de contención en lugar del número de pacientes, así obtenemos una media de duración de la contención física de 23'91 horas con una desviación típica de 29'7, siendo 6 horas la duración mínima y 144 horas la duración máxima. Este último episodio de 144 horas de duración lo experimentó un paciente que tuvo sujeción física 6 días consecutivos. Se trató

de un paciente joven, de 28 años de edad, con contención mecánica de 5 puntos, al que no se consiguió finalizar antes con esta medida debido a su estado de agitación psicomotriz y heteroagresividad (Tabla 4).

Tabla 4: Resultados del estudio (media, mínimo, máximo, desviación y percentiles)

VARIABLE		MEDIA	MÍNIMO	MÁXIMO	DESVIACIÓN	P25	P 75
EDAD		41'64	20	80	16'843	27	52'25
DURACIÓN	TOTAL	58'45	6	290	82'052	-	-
	EPISODIOS	23'91	6	144	29'745	-	-

Durante el período de la recogida de datos se observó si los pacientes sometidos a contención mecánica tuvieron algún efecto adverso, y solo en dos de los veintidós casos estudiados se encontraron lesiones, en uno edemas en las manos y en otro enrojecimiento en las muñecas, ambos producidos por una fuerte compresión de las muñequeras. Ambas lesiones fueron muy leves y no tuvieron ninguna repercusión. Cabe tener en cuenta que solo se pudieron recoger datos de lesiones físicas, y en ningún paciente se tuvo en cuenta las repercusiones psicológicas, por su dificultad en la recogida de datos.

Tras analizar los datos recogidos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra se puede concluir que hay dos perfiles claros de pacientes.

Uno de ellos corresponde a los pacientes de mayor edad, en los que la indicación de la contención mecánica fue riesgo de caídas y riesgo de suicidio. En ellos, la contención fue voluntaria y siempre se inició en la unidad. Estos pacientes representan a la contención mecánica de repetición, es decir, experimentaron varios episodios de contención.

El segundo perfil, que fue más frecuente, lo componen los pacientes de joven y mediana edad, en los que la contención mecánica se produjo a causa de la agitación y agresividad, siempre fue involuntaria, bien en urgencias o bien en la unidad y en la mayoría de los casos, excepto uno, solo tuvo lugar una vez.

4.1.1. Limitaciones del estudio

La primera limitación con la que nos encontramos en este estudio es con la prevalencia de las sujeciones físicas, que no ha sido posible calcularla porque solo se recogieron como muestra los pacientes que usaron sujeciones físicas y no se tuvo en cuenta el número total de pacientes ingresados en ese mismo período de tiempo. La prevalencia es un dato muy informativo del uso de las sujeciones físicas en una unidad.

También podemos considerar una limitación la pequeña muestra sobre la que se basa el estudio, debido al corto período de tiempo de recogida de datos.

Otra limitación del estudio es el análisis de los efectos adversos, ya que como se ha mencionado anteriormente, solo se recogieron los efectos adversos físicos, sin tener en cuenta los psicológicos.

5. DISCUSIÓN

5.1. Estadística del uso de sujeciones físicas en hospitalización psiquiátrica

En la revisión bibliográfica se escogieron 14 artículos como válidos, de los cuales 4 son estudios estadísticos con los que podemos comparar nuestro estudio. Cabe señalar que todas las variables de nuestro estudio no ha sido posible comparar ya que no se han analizado por estos artículos, como la duración de la contención mecánica, si ésta es iniciada en urgencias o en planta y los efectos adversos. De manera contraria, en los artículos de la revisión encontramos varios factores de la contención mecánica que no han sido incluidos como variables en nuestro estudio.

Los artículos²¹⁻²⁴ de la revisión bibliográfica que ofrecen datos estadísticos analizan el uso de contenciones físicas en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, tres de ellos son estudios descriptivos y uno es una revisión sistemática.

En el artículo de *Georgieva I, et al*²¹, se realiza un estudio para analizar los factores que influyen en la decisión de contención mecánica, con el objetivo de conocer estos factores y así prevenirlos, disminuyendo el uso de esta intervención. La muestra del estudio son pacientes que ingresan por primera vez en la unidad de agudos de la clínica de salud mental West North Brabant, en los países bajos, un total de 520 pacientes, de los cuales reciben contención mecánica 74, un 14'23% del total. Se analizaron variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, si viven solos o acompañados, empleo, educación o etnia, variables relacionadas con medidas coercitivas como ingreso voluntario y medidas coercitivas previas, variables relacionadas con el comportamiento que incluyen violencia, cooperación, abuso de sustancias o manejo de la medicación y otras variables como años de diagnóstico de la enfermedad, diagnóstico, conciencia de enfermedad y hora de ingreso.

El otro estudio descriptivo de los autores *Jacob T, et al*²², estudia la frecuencia y los factores relacionados con el uso de contención mecánica y demuestra que se ha producido una disminución del uso de sujeciones con el paso del tiempo, gracias al uso de otras medidas como la contención verbal y farmacológica. Los datos del estudio se recogieron entre el período de 2007-2012 en dos unidades de psiquiatría de Maimonides Medical Center, en New York, donde se recogieron datos como número de restricciones, número de pacientes, indicación de la restricción, tiempo, uso de medicación y contención verbal, así como la edad y sexo de los pacientes. En este caso las variables estudiadas se asemejan más a las de nuestro estudio, sin embargo, se recogen datos de un largo período de tiempo, por tanto la muestra de población es muy grande, registra 1753 sujeciones. El autor concluye y defiende un plan de actuación individualizado, es decir, específico de cada paciente, para ello es necesaria una buena relación y conocimiento del paciente, de las causas que le lleva a la agitación, así como el manejo de herramientas efectivas de disminución, todo ello para no llegar a sujetar al paciente y disminuir esta práctica.

El artículo de *Beghi M, et al*²³, una revisión sistemática, tiene como objetivo estudiar la prevalencia y factores de riesgo del uso de sujeciones. Utiliza un total de 49 artículos y de ellos analiza diferentes variables relacionadas con el paciente sujeto a contención física: edad, sexo, etnia, estado civil, educación, clase social, empleo, enfermedades orgánicas, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento previo, ingreso previo, ingreso involuntario,

violencia, fuga, ideación suicida, agitación. Así como variables relacionadas con el personal: edad, género, estado civil, ratio paciente/personal, relación restricción y aislamiento, ambiente de trabajo, turno.

El estudio descriptivo de *Di Lorenzo R, et al*²⁴ tiene como objetivo describir la frecuencia de contención mecánica en una unidad de psiquiatría de agudos y analizar las variables que influyen en esta práctica. Recoge datos de la planta de psiquiatría del Hospital General Universitario de Módena desde enero de 2005 hasta diciembre de 2008. Clasifica los resultados en los 4 años de recogida de datos, y nos fijaremos en el año 2007 ya que ofrece los resultados más intermedios de los 4 años. Las variables a estudio fueron sexo, edad, nacionalidad, diagnóstico, voluntariedad, período de hospitalización, indicación de la contención, turno de contención y otras terapias coadyuvantes.

El estudio realizado en la unidad del Complejo Hospitalario de Navarra tiene una muestra de población mucho más pequeña que los estudios descriptivos, un total de 22 pacientes, frente a 74²¹, 1753²² y 268²⁴. También analizamos menos variables pero podemos comparar aquellas en las que en ambos estudios se tienen en cuenta como son el género, la edad, la voluntariedad del paciente, el diagnóstico médico, la indicación de la contención y número de episodios de contención mecánica por paciente.

Los cuatro artículos estudian la diferencia de sexos en el uso de las sujeciones físicas. En nuestra unidad se recogieron datos de 14 hombres y 8 mujeres, casi el doble de hombres. Estos resultados fueron muy parecidos en el artículo de *Georgieva I, et al*²¹, donde el doble de hombres que de mujeres fueron sometidos a contención mecánica, 50 frente a 23, al igual que en el estudio de *Jacob T, et al*²², que concluye que los hombres reciben más sujeciones que las mujeres, con un 60% frente a un 40% respectivamente, una diferencia menor a la de nuestro estudio. Así mismo, en este artículo la duración de la contención también fue más larga en los hombres. En el artículo de *Di Lorenzo*²⁴ también el 60% fueron hombres y el 40% mujeres. Una vez más se demuestra que es más frecuente el uso de contención mecánica en hombres, tal y como queda reflejado en el artículo de *Beghi M, et al*²³ que en este caso no utiliza porcentajes, sino que este dato se confirma en 4 hombres frente a 1 mujer de 8 análisis multivariantes y en 6 frente a 1 en 18 análisis univariantes. Además, en este último artículo se analiza el sexo de los profesionales sanitarios, y se concluye que los enfermeros hombres utilizan más la contención que las enfermeras.

Respecto a la edad de los pacientes sujetos a contención mecánica, en nuestro estudio la media de edad de los pacientes fue de 41'64 años. En el artículo de *Georgieva I, et al*²¹ la mayoría tenían entre 16 y 30 años de edad, pero se debe señalar que, aunque tanto en nuestra unidad como en la unidad del estudio de Georgieva se admitan pacientes mayores de 16, la edad mínima que registramos en nuestro estudio es 20 frente a los 16 años del artículo, lo que podría explicar que la media de edad de nuestros pacientes sea más alta. El artículo de *Beghi M et al*²³ concluye que la contención mecánica es más frecuente en jóvenes, pero no especifica la edad. Nuestro estudio se asemeja más con el de *Di Lorenzo R, et al*²⁴, donde la media fue de 40'5 años pero la mayoría de pacientes tenían menos de 30 años.

En cuanto al diagnóstico médico, en el artículo *Georgieva I, et al*²¹ la mayoría padecían trastornos psicóticos. El diagnóstico más frecuente que concluye el estudio de *Beghi M, et al*²³ es la esquizofrenia. En el artículo de *Di Lorenzo R, et al*²⁴ la mayoría de los pacientes

también fueron diagnosticados de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, y las siguientes patologías más comunes fueron los trastornos de personalidad y el trastorno bipolar en su fase maníaca. En nuestro estudio del Complejo Hospitalario de Navarra a la mayoría de los pacientes se les consideró como un episodio psicótico sin un diagnóstico previo, por lo que podemos observar que los episodios psicóticos son una causa frecuente de sujeción física. Las patologías diagnosticadas más frecuentes en nuestra unidad fueron el trastorno bipolar y patología dual, por lo que podemos observar que los resultados del uso de sujeciones físicas nuestra unidad son, en cuanto al diagnóstico de los pacientes, similares a los de otros estudios.

En el estudio de *Jacob T, et al*²² se observa que la causa más frecuente de la contención mecánica fue la agresividad, al igual que en el artículo de *Beghi M, et al*²³ donde la heteroagresividad es la indicación que con más frecuencia causa el uso de sujeciones físicas. En el de *Di Lorenzo R, et al*²⁴ las causas de contención se dividen en dos grupos, el más frecuente por agresividad o violencia, y el otro por necesidad de tratamiento urgente. Sin embargo estas conclusiones difieren de nuestro estudio, ya que la indicación que resulta más frecuente es la agitación psicomotriz. Aunque bien es cierto, que la agitación va acompañada en muchas ocasiones de la agresividad, tal y como se puede observar en nuestra unidad que en el 13'5% de los pacientes fue la agresividad junto a la agitación la causa de contención mecánica.

En el artículo de *Georgieva I, et al*²¹ se observó que los pacientes no fueron colaboradores y en nuestro estudio un 86'4% del total del total de las sujeciones fueron involuntarias, por tanto no colaboradores. Tanto en el artículo de *Di Lorenzo R, et al*²⁴ como en el de *Beghi M, et al*²³ las sujeciones también fueron más frecuentes en ingresos no voluntarios. Nosotros no hemos estudiado la voluntariedad en el ingreso, pero podemos observar que cuando ingresan contenidos desde urgencias el 100% de las sujeciones son involuntarias, lo que nos hace sospechar que en estos casos el ingreso tampoco es voluntario.

El número de episodios de contención mecánica por paciente, en nuestro estudio la mayoría de ellos sólo la necesitaron una única vez, aunque la media por paciente fue de 4'09 veces. Estos resultados se asemejan a los del artículo de *Di Lorenzo R, et al*²⁴ que también obtiene una media de 4 veces y en el estudio de *Jacob, T et al*²² donde se observa que a la mayoría de los pacientes se les contuvo una sola vez, además, se demuestra cómo esta variable ha disminuido con el paso de los años, es decir, cada vez se utilizan menos las sujeciones físicas sobre un mismo paciente, por lo que podemos concluir que el uso de esta medida está disminuyendo.

En general, podemos decir que en los hombres se utilizan más las sujeciones físicas, tal y como se demuestra en todos los artículos y en estudio. Sin embargo, la edad de los pacientes es algo mayor en nuestro estudio que en los artículos de la revisión.

En cuanto a la causa más frecuente de contención mecánica se concluyó que fue la agresividad pero este dato no coincide con el resultado de nuestra unidad, donde es la agitación la indicación más frecuente de contención, y en menor medida la agitación junto a la agresividad.

En los estudios de la revisión el diagnóstico más habitual fue esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En el análisis de nuestra unidad fue el episodio psicótico el diagnóstico con mayor porcentaje, aunque en estos pacientes no se especificaba una

enfermedad psiquiátrica en concreto, y seguido se daban con más frecuencia el trastorno bipolar y la patología dual.

La contención no voluntaria, tanto en el Complejo Hospitalario de Navarra como en los otros estudios, se dio en la mayoría de los pacientes que requirieron sujeción física.

Por último, tanto en nuestra unidad como en otros estudios, la mayoría de los pacientes recibieron contención mecánica una sola vez, aunque la media por paciente fue mayor debido a una minoría de pacientes que reciben un alto número de sujeciones.

Se puede considerar, por tanto, el paciente varón, joven, con trastorno psicótico, no colaborador y con indicación de contención por agresividad y/o agitación el perfil que con más frecuencia encontramos en unidades de hospitalización psiquiátrica. Este perfil de paciente correspondería a uno de los dos perfiles que se han observado en nuestro estudio del Complejo Hospitalario de Navarra. El otro, correspondiente a un perfil más minoritario, con pacientes de mayor edad, puede que sea la causa de las pequeñas diferencias de nuestros resultados con los de la revisión.

En suma, se observa que los resultados de los artículos y de nuestro estudio, aunque difieren en edad e indicación, son muy parecidos, por lo que podemos considerar un buen uso de las sujeciones físicas en la unidad de psiquiatría del Complejo Hospitalario de Navarra.

5.2. Disminución del uso de las sujeciones físicas para el aumento de la seguridad del paciente

El interés creciente en los últimos años en defensa de un uso más reducido de las sujeciones físicas ha hecho que se cree numerosa literatura que apoya esta postura.

Tal y como defiende *Butterworth R, et al*²⁵ las lesiones producidas como consecuencia de las sujeciones físicas se consideran efectos adversos, además hay estudios que concluyen que las sujeciones físicas tienen escasos beneficios²⁶. Con la creación de diferentes programas de disminución de las sujeciones físicas en los últimos años se ha evidenciado un menor uso, gracias a la introducción de nuevas medidas de contención²², y solo un estudio encontraría efectos adversos como consecuencia de esta disminución²⁷. En el estudio de *None et al*²⁷ se concluye que reduciendo las sujeciones físicas no solo obtendríamos beneficios, sino que podría suponer un riesgo, ya que su disminución puede estar acompañada de un aumento de la agresividad, lo que interfiere en la seguridad de los pacientes y el personal. Sin embargo se encuentran algunas limitaciones en este estudio, ya que se centra en la efectividad de un programa en concreto para reducir las sujeciones, por lo que puede que el aumento de la agresividad sea consecuencia del tipo del programa y no de la disminución de las sujeciones en sí. Además no especifica las medidas de dicho programa.

Sin embargo, a pesar de la intención de numerosos servicios de limitar las sujeciones físicas, la realidad es que sigue existiendo un alto uso de éstas²³, y es que varios autores defienden que estas medidas no pueden ser eliminadas²⁸⁻³⁰, ya que hay situaciones en las que las sujeciones físicas son necesarias para garantizar la seguridad del paciente o de terceros. Por lo tanto, se puede considerar la sujeción física como una medida de última opción, utilizada en aquellas situaciones en las que proporcione más seguridad que los riesgos potenciales de la misma.

En los artículos de la revisión se puede observar que existe unanimidad en que las sujeciones físicas se deben reducir, y la mayoría de estos artículos ofrecen recomendaciones dirigidas a lograr esta disminución. Dos autores^{21, 28}, clasifican estas medidas en los tres niveles de prevención, que son primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria consiste en evitar las situaciones que conllevan un alto riesgo de uso de contención física. Conocer los factores de riesgo que lleva a cada persona a esa situación permite prevenirlos y, por lo tanto, utilizar menos estas medidas. Entre los factores de riesgo relacionados con el paciente varios estudios han concluido que son sexo varón, edad joven, ingreso no voluntario, no colaborador y comportamiento violento^{21- 23}. Este es el perfil de paciente que con más frecuencia necesita contención mecánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica. Las diferentes estrategias en el manejo de estos pacientes evitarían situaciones que les conlleven el uso de sujeciones físicas, y se reduciría, por tanto, su utilización.

El segundo eslabón de prevención en el uso de sujeciones físicas se aplica cuando el paciente llega a esa situación en la que existe alto riesgo de utilización de la contención mecánica. Entonces se intenta manejar al paciente con otras medidas alternativas, como la contención verbal o farmacológica, siendo la contención física la última opción. Muchos artículos defienden un plan de cuidado individualizado, donde se ponga en marcha las estrategias eficaces específicas para cada paciente^{22, 28, 31- 32}.

La prevención terciaria tiene lugar cuando la contención mecánica es inevitable, consiste en utilizar la contención mecánica de forma segura y con un trato humanitario, disminuyendo los riesgos asociados a ésta, proporcionando los cuidados necesarios al paciente. La duración de la contención mecánica será siempre el mínimo de tiempo necesario, es decir, se retirará lo antes posible.

En los distintos artículos encontramos diferentes actividades encaminadas a evitar el uso de sujeciones físicas en los diferentes niveles.

Pero la mayoría de los estudios creen que para que sea posible llevar a cabo las actividades y recomendaciones, son necesarias aplicar dos grandes medidas. Estas son, cambios en la organización del servicio, y la formación de los profesionales acerca de este tema.

Los cambios en la organización incluyen lo primero de todo un cambio en la cultura y en la visión de las sujeciones físicas de manera que todo el equipo trabaje conjuntamente en disminuir su uso^{24, 31, 33- 34}. El artículo de *De Benedictis L, et al*³³ concluye que el uso de la contención mecánica depende de factores organizacionales y de los trabajadores más que de los propios pacientes. Muestra sorprendentes resultados como que el ambiente de trabajo es uno de los factores que más influye en las contenciones, por ejemplo, cuando el ambiente es frío y hay tirantez se usa más porque se percibe mayor agresividad. También depende de la personalidad de los trabajadores, según vea cada uno las sujeciones y la necesidad de control. Por supuesto, también influye la capacidad de manejo de cada uno. Así lo defiende el estudio de *Sullivan A, et al*³⁴. Es por ello que varios autores consideran los cambios organizacionales y la educación como medidas eficaces para disminuir el uso de las sujeciones físicas.

La mayoría de los estudios^{23- 25, 29, 31- 34} coinciden en que la formación de los profesionales es la medida más eficaz para la disminución del uso de las sujeciones físicas. El contenido

de las sesiones formativas debe incluir información acerca del impacto de las sujeciones, derechos del paciente, mitos sobre las sujeciones, aspectos éticos y legales, riesgos y efectos adversos, comportamientos del paciente que pueden llevar a la contención mecánica y alternativas a ésta. Así mismo se defiende la realización de más estudios sobre este tema, así como la creación de protocolos estandarizados y guías de práctica clínica que sirvan de apoyo a los profesionales.

Por esta razón, se procede a crear una guía que incorpora las distintas recomendaciones que ofrecen los artículos de la revisión, con el fin de proporcionar información que sirva de ayuda para usar las sujeciones físicas el mínimo posible.

5.3. Guía de recomendaciones de enfermería orientada a la disminución del uso de sujeciones físicas

Como se ha concluido en los artículos de la revisión, una de las principales medidas para la disminución de las sujeciones físicas son los cambios en la organización^{25, 32}. Las organizaciones de salud deben crear una cultura que promueva medidas alternativas al uso de sujeciones. Cambiar el paradigma del miedo personal y control de pacientes por relaciones de colaboración, y enviar el mensaje que paciente y enfermera "estamos en esto juntos" y "juntos podemos conseguirlo"³⁴. Desde la dirección de la unidad se debe estimular a los profesionales para que tengan la intención de conseguir esta disminución.

Tal y como se ha dicho anteriormente, el primer paso para disminuir el uso de sujeciones es evitar que se produzcan situaciones que necesiten la utilización de contención mecánica, esto es, prevenir que el paciente se agite, angustie o enfade^{25, 28}.

Una estrategia de prevención consiste en desarrollar un entorno de tratamiento que disminuya la aparición de estos conflictos y permita la identificación temprana y tratamiento de los individuos de alto riesgo, aquellos pacientes que por su comportamiento tienen un alto riesgo de uso de sujeciones físicas^{21-22, 25, 34}.

Características del entorno³¹:

- Mejorar la iluminación.
- Que el suelo sea antideslizante.
- Mantener las puertas de salida cerradas.
- Disminución de ruidos ambientales.
- Aumentar la seguridad en la cama, asientos y sillas, orientada a los pacientes con riesgo de caídas.
- Incorporar sistema de alarmas (en puerta de salida, al alcance del paciente en cama, silla o baño).
- Diseño de las estructuras de las unidades de modo que permitan ver al paciente en todo momento.
- Las habitaciones de los pacientes con riesgo se deben situar cerca del control de enfermería.
- Establecer rutinas diarias estructuradas.
- Programación del aseo.
- Limitar el tiempo de permanencia en la cama de los pacientes sólo para dormir.

La prevención primaria consiste en intervenir antes de la pérdida de control, mejorando la seguridad a través de la identificación y evaluación del paciente de alto riesgo. Para ello utilizamos la herramienta de screening que permite identificar a estos pacientes con riesgo.

Una vez los tengamos identificados se recomienda desarrollar un plan individualizado para estas personas. Lo primero tenemos que reunir información del paciente, saber qué situaciones le generan ira, angustia, ansiedad, qué provoca que el paciente se altere y haya riesgo de contención, para evitar esos estresores del entorno. Se realiza tanto al ingreso como a lo largo de su estancia para identificar cualquier riesgo que pueda resultar en el uso de sujeciones. Estos datos se pueden obtener de la historia clínica, de familiares, del personal sanitario y del propio paciente. Además de los precursores es interesante conocer las intervenciones que son eficaces en nuestro paciente para reducir esos comportamientos. Las técnicas que hayan sido efectivas se deben registrar y comunicar al resto del equipo^{22, 25, 28, 32}.

Con esto se pretende conocer al paciente, para que sea posible una identificación temprana y una intervención eficaz, disminuyendo así el uso de sujeciones.

Se recomienda que el personal sanitario se reúna una vez al día, con el fin de compartir información y resolver problemas.

En colaboración con otros profesionales, las enfermeras deben crear un plan de cuidado individualizado centrándose en alternativas de abordaje al uso de restricciones. Posteriormente se debe monitorizar y reevaluar el plan de cuidado basándose en la observación y en el interés expresado por el paciente. El plan de tratamiento debe incluir técnicas de manejo y disminución de crisis y movilizar los recursos necesarios para promover la seguridad y mitigar el riesgo de lesión para todos^{22, 25, 28, 32, 34}.

El plan de intervención constará de aquellas actividades que hayamos observado que son eficaces para el paciente. En numerosas ocasiones se incluyen las siguientes^{31, 34}:

- Actividades físicas (hacer ejercicio, caminar, respirar profundamente, relajación, masajes)
- Actividades cognitivas (lectura, pintura, escritura, ver la televisión)
- Actividades sociales (compañía, visitas, llamadas, actividades en grupo)
- Cambios ambientales (disminución de la estimulación, escuchar música de su gusto)
- Actividades espirituales (oración, meditación, yoga, reducción de ansiedad)
- Alternativas fisiológicas (reducir dolor, analgesia para dormir... en suma, reducir cualquier causa fisiológica de alteración mental)

En esta fase cabe recalcar la importancia de la intervención de la taxonomía enfermera *presencia*²⁹, que incluye estar en contacto con los pacientes y mostrar aceptación, tanto como para prevenir episodios de agitación, como para un uso más adecuado de las sujeciones.

Si falla el primer escalón de la prevención y el paciente se agita o existe el riesgo de usar la contención mecánica, entonces introduciremos medidas de manejo del paciente con el objetivo de que el paciente vuelva a su situación basal sin el uso de sujeciones físicas y sin poner en riesgo a él mismo o a los demás.

La prevención secundaria es la fase en la cual se utiliza las intervenciones individuales que anteriormente hemos identificado y seleccionado^{22, 25, 28}.

El plan de tratamiento debe ser flexible, ajustado al paciente, a las necesidades que cambian en el transcurso del tratamiento, pero a continuación se ofrecen estrategias de manejo para cada distinto tipo de paciente³¹.

Paciente con riesgo de caídas:

- Terapia física y ocupacional
- Programas de rehabilitación y ejercicio
- Enseñar técnicas seguras de traslado
- Crear un camino libre de obstáculos
- Ayudar a la movilidad
- Animar al paciente para el uso de dispositivos de apoyo
- Indicar la colocación de zapatillas adecuadas
- Utilizar barandillas
- Precauciones e identificación de factores de riesgo individualizadas

Paciente con daños cognitivos:

- Eliminar o reducir las causas del delirio
- Recordar los días de la semana y los nombres del personal
- Orientar continuamente en el entorno
- Orientar en espacio, tiempo y persona
- Proporcionar objetos que les resulte familiares
- Alentar la participación del paciente en las conversaciones
- Que vean la tele, escuchen la radio o música
- Estimulación sensorial, ofrecer objetos que se pueden coger con una mano
- No sentar siempre en el mismo sitio durante el día

Pacientes que manipulan equipos médicos:

- Administración de medicación por vía intramuscular en lugar de intravenosa
- Sonda nasogástrica cubierta con sujeción para evitar su manipulación
- Colocar manoplas o calcetines en las manos en lugar de usar muñequeras
- Recubrir las manos de los usuarios con espuma para impedir la manipulación de equipos médicos

Pacientes agitados o violentos:

- Tratar de entender al paciente
- Mantener la seguridad del paciente, del personal y de otros pacientes
- Eliminar irritantes
- Retirar el desencadenante de la alteración
- Ir a un lugar más tranquilo
- Administrar medicación
- Ofrecer actividades de su gusto
- Establecer una correcta comunicación

En este último grupo de pacientes es fundamental tener habilidades de comunicación para un buen abordaje verbal. A continuación se ofrecen algunas estrategias para realizar con éxito la contención verbal^{22, 34}:

- No ser provocativo
- Respetar el espacio personal

- Establecer contacto verbal
- Ser conciso
- Identificar sentimientos y deseos
- Realizar escucha activa
- Crear alianzas
- Ser empático
- Buen uso del humor
- Poner las reglas claras y marcar límites
- Ofrecer soluciones y mostrar optimismo
- Reforzar las cualidades positivas del paciente, proporcionando una salida alternativa a los arrebatos emocionales.

Existe en unidades un carro que incluye material de distracción como bolas anti estrés, auriculares, aromaterapia, juegos, escritura... un espacio reservado a material destinado a personas con angustia o ira que disminuya estos sentimientos. De manera que se pueda movilizar el material hasta donde esté el paciente²⁸.

También hay intervenciones dirigidas a estos pacientes con agitación y/o agresividad que consisten en el aprendizaje social. Los programas de aprendizaje social proporcionan un sistema motivacional para el paciente donde el correcto comportamiento de éste es recompensado con un incentivo positivo. La formación en las habilidades sociales desempeña un papel muy importante para conseguir que el paciente sea consciente de su comportamiento y para proveerle de los instrumentos necesarios para modificarlo. Como una de las causas principales de agresión es el fracaso del paciente al expresar sus necesidades de un modo eficaz, la formación de habilidades sociales puede ofrecer modos alternativos a los pacientes de expresar sus necesidades²².

Tanto si la situación se llega o no a controlar, después se interrogará al paciente y al personal, para recoger información y mejorar el plan individualizado del paciente.

Tal y como concluyen la mayoría de los artículos de la revisión, lo más eficaz para disminuir el uso de las sujeciones es la formación en este tema a los trabajadores sanitarios de salud mental^{25, 28- 29, 31-32}. Se debe fomentar la educación en el trabajo con pacientes con riesgo de uso de restricciones en todas las enfermeras. Se recomienda impartir sesiones formativas del uso de las sujeciones físicas. El contenido de las sesiones de formación incluye el impacto de las sujeciones, derechos del paciente, mitos sobre las sujeciones, aspectos éticos y legales, riesgos y efectos adversos, comportamientos del paciente que pueden llevar a la contención mecánica y alternativas a ésta.

El entrenamiento regular del personal en cuanto a cómo tratar a un paciente agitado puede ser fructífero. Además, la organización de simulacros puede mejorar la preparación de un equipo y su experiencia en manejo de situaciones difíciles sin la posibilidad real de lesión del paciente o del personal²².

Así mismo se recomienda el uso de protocolos estandarizados y guías de práctica clínica sobre del uso de sujeciones físicas en aquellas unidades donde la organización, los recursos y el soporte administrativo lo permitan^{29, 32}.

6. CONCLUSIÓN

Al analizar los resultados de nuestro estudio y compararlos con las conclusiones de los artículos de la revisión, podemos considerar que el uso de las sujeciones físicas en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica- A del Complejo Hospitalario de Navarra, aunque difiere ligeramente en la edad de los pacientes y la indicación de contención, es similar al uso que se observa en los estudios realizados anteriormente. Así pues, queda reforzada la idea de que el perfil de paciente sobre el que con mayor frecuencia se usa la contención física es: varón, joven, no colaborador, con trastorno psicótico y cuya indicación es la agitación y/o agresividad.

Esta similitud en los resultados, junto con los mínimos efectos adversos que han sido recogidos, nos lleva a la conclusión de que se realiza un uso adecuado de las sujeciones físicas en nuestra unidad. Sin embargo, la utilización de esta medida no está exenta de riesgos, como lesiones físicas sobre plexos nerviosos, lesiones isquémicas, asfixia e incluso muerte, así como lesiones secundarias a la inmovilización y consecuencias psicológicas. Por ello, tal y como defienden los artículos de la revisión, se debe continuar trabajando en su disminución. No obstante, no es posible la eliminación de las sujeciones físicas, ya que en ocasiones son necesarias.

Las sujeciones físicas son una medida de seguridad necesaria en aquellas situaciones en las que el paciente suponga un riesgo para sí mismo o para los demás, siempre y cuando otras técnicas menos restrictivas no hayan sido posibles. Son, por tanto, una medida de última opción.

En definitiva, las sujeciones físicas se deben utilizar cuando los beneficios sean mayores que los riesgos potenciales. Para que exista un mínimo y adecuado uso de ellas se debe seguir trabajando en la organización de las unidades de hospitalización psiquiátrica y en la formación de sus profesionales, incluyendo alternativas de manejo a las sujeciones físicas y una correcta utilización de las mismas, así como en la creación de guías de práctica clínica y protocolos.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Fariña E. Uso de la restricción física: abordaje hasta la era moral. Revista ROL de enfermería. 2011; 34(3):14-21.
- 2) Fariña E. La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX. Revista ROL de enfermería. 2011; 34(3):22-29.
- 3) Larraz J.A. Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica. Institut Borja de Bioética. Julio-septiembre 2007; 15-19.
- 4) Nevado M. Realidades y mitos en la eliminación de las sujeciones. Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales. 2013; 41: 283-298.
- 5) Vítolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. Biblioteca Virtual Noble. Diciembre 2013. Disponible en: http://www.noble-arp.com/src/img_up/30012014.0.pdf
- 6) Fernández A, Zabala J. Restricción física: revisión y reflexión ética. Gerokomos. 2014; 25(2):63-67.
- 7) Carcoba N, García C, Guevara C. Contención mecánica en urgencias. NURE investigación. 2012; 9(60): Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE60_protocolo_contencion.pdf
- 8) Galián I, Bernal J, Díaz C, De Concepción A, Martínez J. Protocolo de atención a pacientes con agitación y/o heteroagresividad. Consejería de Sanidad Región de Murcia. 2011.
- 9) Rodríguez M.L, Alarcón N, Ruiz J, Pérez M.D. Inmovilización de pacientes y contención mecánica. Protocolo consensuado. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. 2012.
- 10) Estévez R.A, Basset I, Guerrero M.G, López J.T, Leal M.L. La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. Enfermería neurológica. 2011; 10(1): 32-38.
- 11) Anula M.J, Vega R, Ruiz E, Rubia G, Vega M. Mejora en la calidad del cuidado y seguridad del paciente con inmovilización terapéutica. XXXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. 2015: 2017-2033.
- 12) Constitución Española de 29 de diciembre de 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311.
- 13) Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial de Estado, nº 102.
- 14) Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000 de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 7.
- 15) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274
- 16) Ley Foral sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica de Navarra. Ley 11/2002 de 6 de mayo. Boletín Oficial de Navarra, nº 58
- 17) Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/89 de 14 de julio. Consejo General de Enfermería.
- 18) Thomas K.S, Hyer K, Castle N.C, Branch L.G, Andel R, Weech-Maldonado R. Patient safety culture and the association with safe resident care in nursing home. The Gerontologist. 2012; 52(6): 802-811.
- 19) Aibar C, Aranaz J.M. Trabajando con seguridad: prácticas clínicas seguras, objetivos y alertas de seguridad. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible

- en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC-CD1/contenidos/preambulo.html>
- 20) Centro de investigación para la seguridad clínica de los pacientes. Alerta de seguridad en atención sanitaria. Fundación Avedis Donabedian. Disponible en: http://www.fadg.org/wp-content/uploads/2014/08/Alerta-5-Inmovilizacion_v2.pdf
 - 21) Georgieva I, Vesselinov R, Mulder C. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012; 6: 415–422.
 - 22) Jacob T, et al. Patterns of restraint utilization in a community hospital's psychiatric inpatient units. *Psychiatric Quaterly*, 2016; 87:31–48.
 - 23) Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia C.M. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di Psichiatria*. 2013; 48(1): 10-22.
 - 24) Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspectives in psychiatric care*. 2012; 48: 95-107.
 - 25) Butterworth R, Harbison I. Restraint and never events: an opportunity for change. *Mental health practice*. 2011; 15(1): 30-32.
 - 26) Nelstrop L, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006; 8-18.
 - 27) None A, Patel R, Atkinson A, Levine J. Association between seclusion and restraints and patient-related violence. *Psychiatric services*. 2004; 55(11): 1311-1312.
 - 28) Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009; 30:159–164.
 - 29) Moylan L.B. Physical restraint in acute care psychiatry. *Journal of psychosocial nursing*. 2009; 47(3): 41-47.
 - 30) Riahi S, Thomson G, Duxbury J. An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016; 23, 116–128.
 - 31) Centro colaborador español del Instituto Joanna Briggs. Sujeciones mecánicas- 2ª parte: disminución del uso en unidades de agudos y residencias. *Los cuidados de salud basados en la evidencia*. 2002; 6(4): 1-6.
 - 32) Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: alternative approaches to the Use of Restraints. *Clinical Best Practice Guidelines*. 2012.
 - 33) De Benedictis L, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric services*. 2011; 62(5): 484-491.
 - 34) Sullivan A.M, et al. Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service, utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*. 2005; 76(1): 51-65.

8. ANEXOS

ANEXO 1. Tabla de recogida de datos

SEXO	EDAD	PATOLOGÍA	SUJECCIÓN	INDICACIÓN	URGENCIAS/ PLANTA	VOLUNTARIO	DURACIÓN	EFFECTOS ADVERSOS

ANEXO 2. Resultados de la revisión

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Análisis	Resultados	Conclusiones
Begui M, 2013.	Revisión sistemática	Estudiar la prevalencia y factores de riesgo del uso de sujeciones.	N= 49 artículos	Analizar variables relacionadas con el paciente: edad, sexo, etnia, estado civil, educación, clase social, empleo, enfermedades orgánicas, diagnóstico psiquiátrico, tratamiento previo, ingreso involuntario, violencia, fuga, ideación suicida, agitación. Y variables relacionadas con el personal: edad, género, estado civil, ratio paciente/personal, relación restricción y aislamiento, ambiente de trabajo, turno.	La contención es más frecuente en hombres jóvenes y extranjeros. El diagnóstico es más la esquizofrenia y la causa de heteroagresividad. Las sujeciones son más frecuentes en ingresos no voluntarios. Enfermeros hombres utilizan más la contención que enfermeras mujeres.	Todavía hay un alto uso de sujeciones físicas y para su reducción es necesaria la educación al personal sanitario. Se utiliza en la comparación uso de sujeciones físicas en unidades de hospitalización psiquiátrica.
Butterworth R, restraint and never events: an opportunity for change, 2011.	Revisión bibliográfica	Defender la creación de guías de práctica clínica en el uso de sujeciones y la	No especifica.	Analiza los estudios realizados por diferentes organizaciones de salud en relación a las sujeciones físicas.	Considera la muerte o lesiones del paciente como evento adverso que debe evitarse, para ello insiste en la necesidad de una guía a formación de los	Las sujeciones físicas tienen efectos adversos que debemos disminuir. Promueve guías de práctica clínica como los

	educación de los trabajadores en este uso.		nivel estatal y la obligación de formación de los profesionales.	trabajadores puede ayudar a conseguirlo.
Centro colaborador español con el Instituto de Joanna Briggs, 2002.	Revisión bibliográfica	Ofrecer recomendaciones de disminución en el uso de sujeciones mecánicas	No especifica	Estudia cuidados sin sujeciones mecánicas, programas de disminución de esta medida, formación, alternativas, gestión de grupos y actividades de apoyo.
De Benedictis L, 2011.	Cuestionario realizado a trabajadores de unidades psiquiátricas, enfermeras, auxiliares de enfermería y rehabilitadores.	Examinar si la percepción del personal sobre el equipo de trabajo sobre la violencia está relacionada con el uso de sujeciones.	N= 309 personas de 8 hospitales diferentes contestaron al cuestionario.	Se analizaron las siguientes variables: Sociodemográficas (género, edad, nacionalidad, religión, educación, jornada de trabajo, oficio, años de experiencia en psiquiatría, estrés) Clima del equipo de trabajo Percepción de la agresión y frecuencia de incidentes.
Di Lorenzo R, 2012	Estudio descriptivo retrospectivo	Analizar el uso de sujeciones físicas en una planta de psiquiatría de agudos	N (pacientes ingresados con restricción de mecánica)= 268	Para reducir el uso de la unidad de psiquiatría cambios en la organización influye en las intervenciones que realizamos a los pacientes, si se pretende introducir nuevas medidas para disminuir el uso de sujeciones serán necesarios cambios en la organización del equipo.
Di Lorenzo R, 2012	Estudio descriptivo retrospectivo	Analizar el uso de sujeciones físicas en una planta de psiquiatría de agudos	N (pacientes ingresados con restricción de mecánica)= 268	El estudio concluye que la contención mecánica no depende solo de factores clínicos, sino que principalmente esta medida es influenciada por factores

<p>Georgieva I, 2012.</p>	<p>Estudio descriptivo prospectivo</p>	<p>Analizar factores de riesgo y sujeciones de asilamiento.</p>	<p>N= 520 La muestra son pacientes que ingresan por primera vez en la unidad de agudos de la clínica de salud mental West North Brabant.</p>	<p>contención y otras terapias coadyuvantes. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, si viven solos o acompañados, educación, empleo, etnia), variables relacionadas con medidas coercitivas voluntario, (ingreso voluntario, medidas coercitivas previas), variables relacionadas con el comportamiento (violencia, cooperación, abuso de sustancias, manejo de la medicación y otras variables como años de diagnóstico de la enfermedad, diagnóstico, conciencia enfermedad, hora de ingreso.</p>	<p>relacionados con el físico. personal y la organización. Se puede reducir el uso de sujeciones con la predicción de factores de riesgo. Los factores de riesgo altamente predictivos son: pacientes con ingreso involuntario, comportamiento violento, alteración psicológica y no colaboradores.</p>
<p>Jacob T, 2015.</p>	<p>Estudio descriptivo retrospectivo</p>	<p>Estudiar el patrón de uso de sujeciones y analizar los factores que influyen en su uso</p>	<p>N (pacientes contenidos)= 455 Los datos se recogieron entre el período de 2007-2012 en</p>	<p>El objetivo consiste en analizar los factores que influyen en el uso de sujeciones por lo que se recogen datos del número de restricciones, número de pacientes, indicación de la restricción, tiempo,</p>	<p>Disminuye el número de contenciones así como el de pacientes que reciben el paso del tiempo, gracias al uso de otras medidas como la contención verbal y farmacológica. Se observa diferencias entre</p>

<p>pacientes adultos hospitalizados en unidades de psiquiatría.</p>	<p>dos unidades de psiquiatría de Maimonides Medical Center, New York City.</p>	<p>uso de medicación y contención verbal. Además se recogieron las variables edad y sexo de los pacientes.</p>	<p>Datos estadísticos para comparar con el uso de las sujeciones en UHP-A de CHN.</p>
<p>Lewis M, 2009. Revisión de un ensayo clínico</p>	<p>Describir un programa basado en la evidencia de prevención de crisis de agitación.</p>	<p>Se monitorizó el uso de sujeciones entre 2004 y 2006 así como efectos adversos relacionados en pacientes o personal.</p>	<p>Se concluyó que las medidas adoptadas para disminuir el uso de sujeciones fueron efectivas. Por tanto se defiende el programa que incluye tres niveles de prevención, el primario que consiste en la prevención de episodios de agitación, el secundario que previene el uso de sujeciones en estos episodios y el terciario que incluye un adecuado uso de sujeciones.</p>
<p>Moylan L.B, 2009. Revisión bibliográfica</p>	<p>Estudiar el modo de defender la dignidad y la seguridad del paciente.</p>	<p>Analiza las sujeciones físicas en relación a la seguridad, la dignidad y los valores éticos, así como los cuidados a seguir en pacientes contenidos.</p>	<p>A pesar del ideal de “no restricciones”, las sujeciones físicas siguen siendo necesarias en aquellas situaciones que otras medidas no proporcionan seguridad al propio paciente, a otros o al personal.</p> <p>No usar nunca las sujeciones no es seguro para los pacientes ni personal porque existen situaciones que lo requieren. Es muy importante formar al personal de manera que además de proporcionar seguridad se proteja la dignidad del paciente.</p>

<p>Nelstrop 2006.</p>	<p>L, Revisión sistemática</p>	<p>Valorar la seguridad y efectividad del uso de restricciones en unidades de hospitalización psiquiátrica y la perspectiva de los profesionales sobre el uso de sujeciones.</p>	<p>N(nº total)= 35 2 revisiones sistemáticas, 5 estudios de cohorte, 10 estudios descriptivos, 9 estudios cualitativos y 9 estudios caso/control.</p>	<p>Valorar la evidencia de los artículos.</p>	<p>En conclusión, hay poca evidencia sobre el beneficio de las sujeciones a corto plazo en pacientes agresivos hospitalizados en unidades psiquiátricas.</p> <p>No hay una relación clara entre la perspectiva de los profesionales y el uso de sujeciones, pero se recomienda enseñanza a los enfermeros sobre el uso de éstas.</p>	<p>Poca evidencia de beneficios de las sujeciones físicas.</p>
<p>None A, 2004.</p>	<p>Ensayo clínico</p>	<p>Investigar el efecto de una intervención de disminución de sujeciones y aislamiento en la frecuencia de episodios violentos.</p>	<p>N(pre-intervención)=17 66 N(post-intervención)=16 02 Muestra de tres unidades de hospitalización psiquiátrica. Antes de la intervención y 12 meses después.</p>	<p>n(asilamiento y/o restricción después de la intervención) antes de la intervención n(agresión a personal antes y después) n(agresión a otros pacientes antes y después de la intervención) n (autoagresión antes y después de la intervención).</p>	<p>El número de episodios de aislamiento y restricciones disminuyeron casi un 50% después de la intervención pero aumentaron significativamente el número de episodios de heteroagresividad, aunque no de autoagresividad.</p>	<p>Disminuir el número de restricciones no aumenta la seguridad del paciente, ya que se incrementan los episodios de agresividad con el consecuente riesgo de lesiones.</p>

<p>Registered Nurses' Association of Ontario, 2012.</p> <p>Guía de práctica clínica</p> <p>Ofrecer a las enfermeras estrategias y medidas alternativas para prevenir el uso de restricciones y defender un cuidado libre de sujeciones.</p> <p>-</p> <p>Ofrece 12 recomendaciones para la disminución de las sujeciones y están dirigidas a los profesionales de enfermería, que incluyen trabajo en equipo, remodelación organizacional, formación de profesionales y plan de cuidados individualizados.</p> <p>Recomendaciones para la elaboración de la guía de recomendaciones.</p>
<p>Riahi S, 2016.</p> <p>Revisión integradora de la literatura.</p> <p>Analizar los factores influyentes en la decisión de las enfermeras de usar sujeciones.</p> <p>Los temas analizados como influyentes en la decisión de usar restricciones fueron: Seguridad para todos Restricción como intervención necesaria Restricción como último recurso Conflicto de roles Mantenimiento del control Conocimiento del paciente Composición del personal Impacto psicológico</p> <p>N(artículos)= 16</p> <p>Diferentes aspectos influyen a las enfermeras en el uso de las sujeciones. Las enfermeras ven la restricción como una intervención necesaria a pesar de la evidencia de sus riesgos, por eso se considera como medida de última opción. Es necesario definir la contención como última opción.</p> <p>A pesar de la evidencia de los riesgos asociados a la contención, las enfermeras la usan como medida de seguridad. No obstante, aplicar esta medida no les agrada por sus repercusiones psicológicas es por ellos que se intenta disminuir su uso, considerándola una medida de última opción.</p>

<p>Sullivan 2005.</p> <p>A, Ensayo clínico</p>	<p>Investigar el efecto del uso de diferentes métodos para reducir el uso de restricciones y aislamiento durante su ingreso en el hospital. El proyecto de un hospital se divide en 5 unidades de psiquiatría instaurado en un hospital de agudos de psiquiatría en 2001.</p>	<p>Número de pacientes que reciben contención o aislamiento por año. Número de episodios de contención y aislamiento Horas de contención/aislamiento Numero de comportamientos agresivos Número de veces de uso de restricción farmacológica intramuscular.</p>	<p>Tanto el número de pacientes que reciben contención, episodios de contención y horas de contención han disminuido de 1998 a 2003, principalmente a partir de 2001, con la introducción de medidas alternativas a la restricción y aislamiento. Los comportamientos agresivos disminuyeron de 1998 a 2002 donde se recoge el índice más bajo. La medicación intramuscular ha disminuido de 2001 a 2003, aumentando, sin embargo, el número de pacientes que la reciben.</p>	<p>El uso de restricciones se puede disminuir utilizando otras medidas para controlar el paciente agitado. Dependiendo de la filosofía y el personal de cada unidad el uso de restricciones es distinto, por ello, cabe recalcar la importancia de la formación y de la ética en los profesionales.</p> <p>Los datos varían entre las diferentes unidades del hospital.</p>
--	---	---	---	---