



Estudio del uso de la contención mecánica en la UIB de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en enfermería

Autor/a: Raquel López López

Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles

Junio 2019

RESUMEN

La contención mecánica se puede definir como el proceso mediante el cual se restringe o suprime la movilidad total o parcial, de un paciente mediante la utilización de dispositivos adecuados, con el fin de evitar que se produzcan daños (al propio enfermo y/o a terceras persona o su entorno) cuando el paciente se encuentra en un estado, en el cual no controle sus impulsos y hayan fracasado otras alternativas. La principal causa de utilización de este método es la agitación psicomotriz, que se define como un estado de excitación mental acompañado de intenso aumento de la actividad motora.

La aplicación de la contención mecánica es una técnica que se encuentra rodeada de polémica, debido a las consecuencias que tiene en el que la sufre y al conflicto ético para el personal que la ejecuta.

El objetivo principal de este proyecto es valorar las circunstancias que rodean el empleo de la contención mecánica por parte del personal de enfermería de la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. Se plantea realizar un estudio de carácter descriptivo en el que se incluirá a todo el personal que cuente con los requisitos de inclusión.

La obtención de los datos para valorar el nivel de conocimiento, así como conocer las percepciones y experiencias subjetivas del personal se realizará a través de una encuesta autoadministrada de elaboración propia. Para valorar la incidencia de uso se empleará un registro que tendrá una duración de seis meses.

PALABRAS CLAVE:

Contención mecánica, paciente psiquiátrico, agitación psicomotriz, aspectos éticos.

ABSTRACT

Physical restraints can be defined as a process by which the mobility (total or partial) of a patient is restricted using the appropriate tools, in order to avoid injuries (to the patients themselves, their environment or to third parties) when the patient does not control their impulses and other alternatives have failed. The main reason to use this method is psychomotor agitation, defined as a state of mental arousal accompanied by an intense increase in motor activity.

Physical restraint is a technique that is surrounded by controversy, due to the consequences it has on the sufferer and the ethical conflict for the staff who execute it.

The main purpose of this project is to assess the circumstances surrounding the use of physical restraints by nursing staff of the Psychiatry short-stay unit (UIB) of the Hospital Universitario de Canarias in Tenerife. The study will be of a qualitative and of the descriptive nature and includes health staff fulfilling the inclusion requirements for the study.

The data to assess the degree of knowledge and to know the perceptions and subjective experiences of the staff will be obtained through a survey of personal elaboration, where the participation of the employees will be totally voluntary and anonymous. To assess the incidence of use, a record will be used for a duration of six months.

KEY WORDS

Physical restraint, mental patient , psychomotor agitation, ethical aspects

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Evolución histórica.....	1
1.2 Agitación psicomotriz.....	3
1.3 Tipos de contención.....	4
1.3.1 Contención verbal o psíquica.....	4
1.3.2 Contención farmacológica.....	5
1.3.3 Contención mecánica.....	6
1.4 Ejecución de la contención mecánica.....	8
1.5 Aspectos legales.....	10
1.6 Aspectos éticos.....	10
1.7 Prevalencia de uso	12
1.8 Necesidad de la investigación.....	13
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos generales.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3. METODOLOGÍA.....	14
3.1 Tipo de estudio	14
3.2 Población y muestra	15
3.3 Instrumento de medida	16
3.4 Variables.....	17
3.5 Método de recogida de información	19
3.6 Consideraciones éticas.....	20
3.7 Análisis estadístico.....	20
4. CRONOGRAMA.....	21
5. PRESUPUESTO	22
BIBLIOGRAFIA.....	23
ANEXOS.....	26

1. INTRODUCCIÓN

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

Ya en las antiguas civilizaciones griegas y egipcias aparecen referencias escritas donde se describen síntomas que en la actualidad pueden ser clasificados como enfermedades mentales. ⁽¹⁾

En aquella época, la idea que prevalecía sobre las enfermedades mentales era que la locura es una manifestación del pecado, un castigo divino o el signo externo de estar poseído por el demonio, por lo que los tratamientos empleados eran los exorcismos, la penitencia y los castigos físicos y la actitud de la sociedad hacia estos enfermos era el rechazo.

Por ello, y con el fin de dar una explicación a estas enfermedades, durante la Edad Media se establecieron una serie de racionalizaciones teológicas y explicaciones de carácter mágico-religioso. Esto conllevó que los pacientes fueran condenados al confinamiento o en el peor de los casos a la hoguera, periodo conocido en la actualidad como “era de la alienación”. ⁽¹⁾

Entre los siglos XV y XVI la terapéutica de la locura era tan variopinta como las posibles causas a las que se achacaba. Normalmente, el cuidado de los enfermos mentales se realizaba en el seno familiar, puesto que no eran aceptados en los hospitales normales y estaba prohibido “dejarlos sueltos” pues podrían dañar a los demás. ⁽²⁾

No fue hasta el siglo XVII que se desarrolla la contraposición al periodo anterior y se empieza a amparar y proteger a los pacientes con trastornos mentales, a los cuales se confina en los diferentes asilos u hospitales, conocidos como manicomios, y cuyo tratamiento basado en la utilización de medios coercitivos. Si no eran internados vagaban solitarios y eran objeto de burlas, maltratos y desprecios. Las personas que ingresaban en estos establecimientos tenían que contar con el diagnóstico de demencia, el cual se hacía principalmente basándose en comportamientos observables que eran considerados como propios de los locos (por ejemplo: agitación y gritos, dejar de comer y desgana, intentos de suicidio, agresividad, desnudez, enfermedades incurables y algunas creencias religiosas). No obstante, con el paso de los siglos, aumentó considerablemente la precisión del diagnóstico, tanto en sus causas como en sus manifestaciones. ⁽³⁾

Entre el siglo XVIII y el siglo XIX Francia, Inglaterra e Italia nacieron los primeros alienistas, quienes crearon la esperanza de que mediante una cura de aislamiento podrían reintegrar a la sociedad a aquellos desdichados frente a los cuales la medicina no había logrado más que míseros paliativos. Llega la era del conocido tratamiento moral el cual se basaba en una estrecha relación médico-paciente, a partir de ciertas rutinas diarias que se creía harían innecesario el uso de la fuerza, y, desde luego, establecer un severo régimen de aislamiento al que se consideraba capaz de curar por sí mismo. Se creía que el confinamiento era el factor clave para la curación, pues al aislar al enfermo del mundo exterior quedaba alejado de las personas, los hechos o las pasiones que podrían haber originado su locura. El tratamiento moral sirvió para legitimar a esta nascente psiquiatría como el conocimiento experto en los trastornos mentales, y descalificar las prácticas médicas y no médicas que habían estado dirigidas a la locura durante siglo. ⁽²⁾

Sin embargo, y teniendo en cuenta todos los avances que se han ido comentando, no es hasta finales del siglo XIX y principios del XX cuando se comienzan a crear los primeros hospitales psiquiátricos, y dándole paso así a los inicios de la Enfermería Psiquiátrica. Surgen así las primeras teorías de relaciones interpersonales y emocionales que influyen en la enfermedad mental ya que detectan las necesidades de un tratamiento conforme al entorno en el que se desarrolla dicha enfermedad mental, siendo entonces una de las funciones de la enfermera psiquiátrica intervenir y participar en el tratamiento comunitario familiar y de grupo. ⁽¹⁾

Con este gran avance, en España en el año 1986 con la Ley General de Sanidad se comienza a permitir que los hombres y mujeres con enfermedades mentales fueran atendidos en los hospitales y otros centros como cualquier otra persona, dejando así el estar encerrados en los manicomios. Esto queda recogido en el artículo 20 de dicha ley “la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales”.

Con los avances y el paso de los años se empiezan a conocer e introducir el uso de nuevos neurolépticos como son la Clorpromazina, introducida en 1952, o el Haloperidol, introducido en 1961, los cuales tienen un gran efecto en el control de estos pacientes, lo que reduce el uso de técnicas de contención física como método de castigo.

A lo largo de los años y con el paso del tiempo todo ha ido cambiando, tanto es así que en la actualidad existe un área de Salud Mental las cuales se encuentran

formadas por un amplio equipo de profesionales especializados en esta área. Estos profesionales a los cuales nos referimos son los Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras/os, Auxiliares de enfermería y Celadores.

1.2 AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

La contención mecánica se puede definir como el proceso mediante el cual se restringe o suprime la movilidad total o parcial, de un paciente mediante la utilización de dispositivos adecuados, con el fin de evitar que se produzcan daños (al propio enfermo y/o a terceras persona o su entorno) cuando el paciente se encuentra en un estado de agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos y hayan fracasado otras alternativas como la contención verbal o farmacológica. ^(4,5)

La principal causa de utilización de este método es la agitación psicomotriz la cual se define como un estado de excitación mental acompañado de intenso aumento de la actividad motora, manifestado por movimientos irreflexivos, continuados y desordenados, de inicio generalmente brusco, en respuesta a impulsos instintivos o afectivos variables, y exige una intervención terapéutica inmediata. Es una urgencia médica y probablemente se trate de la urgencia psiquiátrica domiciliaria más frecuente. ⁽⁶⁾

Debemos tener en cuenta que este estado de agitación psicomotriz puede estar originado por diversas causas, como puede ser desde una patología orgánica hasta situaciones de angustia, consumo de tóxicos o alguna patología psiquiátrica.

La intensidad del estado de agitación por el que pasa el enfermo puede valorarse de 3 maneras diferentes según la intensidad de este:

- Estado inicial leve: en el que se aprecia una inquietud psicomotriz e irritabilidad.
- Estado moderado: caracterizado por una pre-agitación, sin presencia de agresividad.
- Estado severo: se comienza a evidenciar la agitación con violencia y agresividad

También es importante distinguir la agitación de la violencia. La violencia ya que esta está asociada al carácter y se define como un uso intencional de la fuerza física, hacia uno mismo u otras personas. ⁽⁷⁾

Sin embargo, cabe destacar que la agitación psicomotriz no es la única causa que requieren ese tipo de procedimiento, ya que hay otras causas como pueden ser: Amenazas y conductas no adecuadas. Intentos de fuga reiterados y persistentes. Hiperactividad prolongada. Riesgo de accidente serio para el paciente, familia, otros pacientes y personal sanitario. Evitar interferencias graves del plan terapéutico (arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital).

1.3 TIPOS DE CONTENCIÓN

Ante un paciente que se encuentra en un estado de agitación psicomotriz, hay que tener en cuenta que siempre se utilizara la medida menos restrictiva posible ya que el uso de medidas de contención mecánicas puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona y se trata de un proceso involuntario. Según el estado de agitación del paciente, existen varios métodos de contención: contención verbal, contención farmacológica, y contención mecánica.^(8,9)

1.3.1 Contención verbal o psíquica

La primera pauta a seguir ante un paciente agitado es fomentar la verbalización. Es importante que no intervenga ningún miembro de la familia o acompañante, y sea el profesional quien la realice. Para ello es importante que el profesional cumpla los siguientes puntos:

- Debe presentarse e informar al paciente en todo momento de los procedimientos que se van a realizar.
- El profesional debe mantener una actitud tranquila y relajado, pero tener firmeza
- El profesional mantendrá un tono de voz suave, evitando las amenazas y manteniendo una conversación tranquila, con preguntas cortas y escucha activa y sin mostrar prejuicios hacia el paciente. Aunque no debe olvidar siempre limitar las conductas del paciente, diciéndole cuales se aceptaran y cuáles no.
- El profesional actuara siempre de la forma más natural posible, sin mantener la mirada fija si no efectuando movimientos naturales con la vista.
- Es recomendable que se lleve a cabo siempre preservando la intimidad del paciente, por lo que se intentara llevar a cabo, en la medida de lo posible, esta técnica en un lugar tranquilo.

- El profesional no debe dejar de vigilar en todo momento los signos de violencia inminente como puede ser el aumento del tono de voz, tensión muscular, hiperactividad, nerviosismo etc.
- Se debe considerar la posibilidad de ofrecer medicación sedante por vía oral.⁽¹⁰⁾

1.3.2 Contención farmacológica

La segunda medida de contención a aplicar cuando la contención verbal ha fallado es la contención farmacológica. Este procedimiento consiste en la administración de una sustancia en el cuerpo de una persona que se encuentra en un estado de agitación y cuyo objetivo es eliminar la sintomatología, para poder tratar la enfermedad base.

Como con la contención verbal, se le debe explicar en la medida de lo posible, al paciente cual va a ser el procedimiento a seguir, sus objetivos y sus consecuencias. Si el paciente está demasiado agitado para que se pueda llevar a cabo dicho procedimiento, se podría inmovilizar mecánicamente al paciente, de forma temporal, para aplicar el tratamiento correspondiente.

Estos medicamento se administran preferiblemente por vía intravenosa (IV), ya que es la vía que nos aporta una mayor rapidez de efectos. Sin embargo, en un paciente agitado la obtención de un acceso intravenoso en muchos casos se ve dificultada, en estos casos se podría recurrir a la administración intramuscular (IM). También se puede optar por la vía oral o sublingual, en los casos que la situación lo permita. Si se opta por esta vía siempre habrá que asegurarse de que el paciente ha ingerido la medicación. Los estudios indican que el 64% de pacientes psiquiátricos en unidades de urgencias prefieren la medicación psicotrópica a la contención o reclusión (36%).^(9,11)

Así pues existen una amplia gama de psicofármacos que se pueden utilizar ante un paciente agitado, pero cabe señalar que los más usados son las benzodiazepinas, los antipsicóticos típicos y los antipsicóticos atípicos.

A continuación se muestra cuáles son los fármacos más empleados dentro de cada grupo:

- Benzodiazepinas:
 - Lorazepam.

- Diazepam.
- Clonazepam.
 - Antipsicóticos típicos:
- Haloperidol.
- Levomepromacina.
- Prometazina.
- Clotiapina.
 - Antipsicóticos atípicos:
- Risperidona.
- Olanzapina.
- Ziprasidona.
- Quetiapina.

1.3.3 Contención mecánica.

Tercera medida terapéutica, la contención mecánica se puede definir como el proceso mediante el cual se restringe o suprime la movilidad total o parcial, de un paciente mediante la utilización de dispositivos adecuados, con el fin de evitar que se produzcan daños (al propio enfermo y/o a terceras persona o su entorno) cuando el paciente se encuentra en un estado de agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos y hayan fracasado otras alternativas como la contención verbal o farmacológica.

Se debe tener en cuenta que esta técnica se utilizara como última medida, tras haber fracasado los otros métodos de contención o hayan sido imposibles utilizarlas. No se debe olvidar que el uso de medidas de contención mecánicas puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona y se trata de un proceso involuntario. Esta circunstancia está regulada desde el Código Civil, La Ley General de Sanidad y la Constitución, por lo tanto, actuaremos bajo su autoridad.^(8,9)

Por ello la utilización de este método debe cumplir una serie de criterios entre los que cabe destacar los siguientes:

La utilización de este método de contención debe cumplir los siguientes criterios:

1. Debe de estar siempre justificada y basarse en todo momento en la salud y la seguridad del paciente y de su entorno.

2. Esta debe de estar indicada de forma individualizada y debe tener un límite de tiempo.
3. Se utiliza como última medida terapéutica tras haber fracasado otras medidas de contención.
4. Además este procedimiento debe de estar siempre indicado por el médico responsable del paciente, pudiendo la enfermera tomar la decisión en situaciones de urgencias, pero con comunicación inmediata al médico.

Así pues, no se debe olvidar que uso de dicha técnica conlleva un riesgo de lesión, ya que como se ha dicho anteriormente es una medida restrictiva e involuntaria, por lo que puede comprometer física y/o psíquicamente tanto al paciente como al personal que la realice. Algunas de las secuelas físicas más comunes relacionadas con la contención mecánica son: úlceras por presión, contracturas, aumento de las infecciones nosocomiales y descargas catecolaminérgica tras la agitación que pueden llevar a arritmias, rhabdomiólisis o trombosis. Otras complicaciones pueden ser la asfixia, especialmente en decúbito prono y la aspiración, en supino. Además el uso de medicación psicotrópica puede potenciar los efectos adversos de la contención mecánica ya que puede favorecer la aparición de depresión del sistema nervioso central, delirium o compromiso cardíaco. Por ello, es importante que el personal sanitario este convenientemente entrenado y realice supervisiones del paciente periódicamente.

Cabe destacar que como cualquier medida restrictiva, esta técnica también tiene contraindicaciones, como son:

- Cuando no exista indicación.
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como la verbal y/o farmacológica.
- No puede ser utilizada como castigo o pena.
- La contención no puede estar condicionada por la antipatía hacia el paciente
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las FOP).
- Para descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (Ej: paciente armado)^(9,10)

1.4 EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

Como ya se ha dicho anteriormente, la contención mecánica es un método que suprime la movilidad total parcial del paciente de forma involuntaria, por lo que se tiene que llevar a cabo de forma rápida y eficaz, para así evitar lesiones en el propio paciente o personal que la realiza.^(9,10)

El responsable de la indicación de dicha técnica será el médico responsable del paciente y siempre deberá de quedar reflejado en la historia clínica del paciente. Es importante saber las indicaciones y precauciones que hay que tomar a la hora de su realización, que son el protocolo de contención mecánica del Hospital Universitario de Canarias son las siguientes:

- El personal deberá tener en cuenta su integridad física y solicitar la presencia del servicio de seguridad de dicho centro si es necesario.
- El personal que vaya a realizar la técnica deberá de prescindir de cualquier objeto que resulte potencialmente peligroso (bolígrafos, collares, gafas, etc..) , así como retirárselos al paciente, para asegurar la seguridad de ambos
- El material se prepara, en la medida de lo posible, antes de llevar a cabo la sujeción.
- Se alejara a los usuarios que estén en la zona
- Para realizar una contención de forma segura tanto para el paciente como para el personal, deben participar como mínimo 4 personas, siendo lo ideal 5, ya que de esta manera se podría poner una persona por cada extremidad y otra en la cabecera para dirigir el procedimiento.
- Antes de iniciar dicho procedimiento el equipo deberá concretar el plan de actuación y este se iniciara cuando el profesional designado crea oportuno.

El material para llevar a cabo esta técnica debe ser revisado de forma periódica y encontrarse en perfecto estado para su uso, además todos los profesionales de la planta deben saber dónde se guarda. El material necesario para dicha técnica será:

- Cinturón abdominal
- Dos cintas para miembros Inferiores y dos para miembros superiores, así como las alargaderas para poder fijar las contenciones a la cama.
- Ganchos y botones magnéticos
- Iman

- Cama (preferiblemente con sistema de frenado)

Para realizar la técnica el paciente debe de ser trasladado a su habitación. Si el paciente colabora puede ir acompañado de dos personas para su supervisión. En el caso contrario el paciente deberá ser reducido y trasladado a su habitación. Para reducir a paciente se hará con este en posición decúbito supino sujetando siempre la cabeza para evitar que se golpee. Posteriormente cada persona sujetara una extremidad siempre teniendo en cuenta el bienestar del paciente.

Cuando se vaya a realizar la sujeción siempre se hará en el orden correcto es decir:

- Cintura
- Miembros inferiores
- Miembros superiores

Las piernas se sujetaran a la altura de los tobillos, deberán estar extendidas y ligeramente abiertas. Para la sujeción de los miembros superiores, se hará a la altura de las muñecas y al igual que las piernas deberán estar extendidas y ligeramente separadas del cuerpo. Además se deberá tener en cuenta que el paciente pueda seguir teniendo cierta libertad de movimiento sin que esto suponga un riesgo de lesión para el propio paciente o terceras personas, o pueda interferir en el plan terapéutico.

Una vez colocada la sujeción el enfermero responsable de dicho paciente tiene que mantener una vigilancia continua sobre el paciente el tiempo que dure dicha técnica. El tiempo establecido entre visita y visita a paciente será de aproximadamente 15 minutos, pudiendo este variar en función del estado del paciente. Lo que se vigilará del paciente mientras permanezca sujeto será: estado mental del paciente, estado de las sujeciones, eliminación vesical e intestinal, estado de nutrición e hidratación del paciente, posible riesgo de caída y la integridad cutánea⁽¹⁰⁾

Con relación a la duración de la contención mecánica, esta no superará un máximo de 8 horas, pues debe ser lo más breve posible, y estará considerada por el psiquiatra y por el personal de enfermería.

Por último, para finalizar con la sujeción, se irán soltando cada extremidad de forma progresiva en intervalos de 10 minutos cada uno, dejando los dos últimos que se retirarán conjuntamente. Es muy importante no dejar al paciente sujeto solo de un miembro porque podría lastimarse o soltarse.⁽¹⁰⁾

1.5 ASPECTOS LEGALES

Hay que tener en cuenta que cuando se utiliza dicha técnica se aplica casi siempre un plan terapéutico sin el consentimiento del paciente y además se le priva de la libertad de movimiento. Por ello 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 Art. 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).

Aquí queda recogido que toda privación de libertad de un paciente debe quedar en conocimiento de un juez ya sea un procedimiento general o de urgencia, en las cuales la ley permite al profesional sanitario ejercer la acción pero esta deberá ser comunicada a un juez en un plazo de 24 horas. ⁽¹²⁾

Además también queda recogido en el artículo que cualquier acción terapéutica requiere del consentimiento del paciente excepto en los siguientes casos (recogidos en el Art. 10 de la Ley General de Sanidad):

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas a él.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento. ^(12,13)

1.6 ASPECTOS ETICOS

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que una de cada cuatro personas - el 25% de la población mundial, sufre en algún momento de su vida al menos un trastorno mental. Actualmente hay 450 millones de personas con trastornos mentales en países tanto desarrollados como en desarrollo. Por lo que, los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, lo que supone casi un tercio del total de la discapacidad mundial. ⁽¹⁴⁾

A pesar de ello, desde organismos como la OMS se lamenta la ignorancia y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales hoy en día, pese a disponer de tratamientos eficaces para su plena recuperación. Dicha estigmatización, en

ocasiones, puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, además a veces se puede llegar a privar a las personas afectadas de atención médica y/o apoyo. ⁽¹⁵⁾

Además a este estigma y rechazo social que sufren las personas con enfermedades mentales, ligado muchas veces al desconocimiento, hay que sumarle el hecho de que muchas de ellas, cuando ingresan en centros u hospitales para su recuperación son sometidas al uso de técnicas médicas que vulneran sus derechos y dignidad como individuos, como es el caso de la contención mecánica. Por lo que, muy frecuente encontrar testimonios de pacientes que describen sentimientos de impotencia, angustia o desesperación cuando fueron sometidos a ellas. ⁽¹⁶⁾

Sin embargo, los pacientes no son los únicos a los que la contención mecánica puede afectar emocionalmente, ya que los profesionales sanitarios implicados en la atención de estos pacientes, también sufren conflictos emocionales. Según estudios que han analizado los sentimientos y pensamientos de estos profesionales al realizar dicha técnica, la utilización de la misma supone un dilema entre coartar la libertad de movilidad y asumir las complicaciones derivadas de la contención mecánica, frente al beneficio que supone evitar que el paciente sufra daños a sí mismo o a terceras personas.

Esta disyuntiva genera en el personal sanitario un gran impacto emocional que les puede provocar emociones negativas como miedo, ira, tristeza, preocupación, shock, frustración y sobre todo dudas sobre el criterio propio. Además a la hora de realizar la técnica muchos autores reflejan que los profesionales se muestran agotados y con secuelas físicas y emocionales. Esto se ve reflejado un estudio cualitativo publicado en Canadá, cuyo objetivo era conocer los pensamientos y sentimientos de las enfermeras de Salud Mental acerca de la decisión de restringir los movimientos de los pacientes. En dicho estudio, participaron seis enfermeras que tenían entre 10 y 15 años de experiencia laboral en psiquiatría que habían asistido a programas educativos para la gestión del comportamiento agresivo. Todas manifestaban un conflicto ético a la hora de llevar a cabo la contención, como se ve en la opinión de una de ellas: “Siento que siempre hay un sentimiento de culpa, aunque sé que es imposible estar todo el tiempo con ellos. Pienso, ¿Cómo podría haberlo prevenido? A lo mejor debería haberle hecho más caso a mi intuición. Siempre queda un pequeño sentimiento de culpa, de que no has hecho lo suficiente “. ⁽¹⁷⁾

Por ello, son muchos los profesionales expertos en salud mental que impulsan movimientos basados en una “ética asistencial” en la cual se respeta la dignidad del

paciente con independencia del lugar en el que se atienda y de la situación en la que se encuentre, reivindicando desde hace tiempo la eliminación de las contenciones y una mejora de los procedimientos que se llevan a cabo en los recursos asistenciales.

Este procedimiento es un tema que crea un gran debate y que lleva tiempo en tela de juicio. Sin embargo, su contestación social ha empezado a tomar forma porque están alzando la voz tanto los afectados como los profesionales socio-sanitarios y las entidades sociales que agrupan a unos y otros, con el fin de erradicar dicha técnica.

En definitiva, la contención mecánica es un procedimiento con un fin terapéutico y preventivo, que tiene como finalidad la seguridad y la protección del propio paciente y su entorno cuando este se encuentra en estado de agitación y no es capaz de controlar voluntariamente sus impulsos, por lo que puede ocasionar conductas dañinas hacia sí mismo o terceras personas. Sin embargo, como hemos visto, existe una gran confrontación desde el punto de vista ético entre el principio de autonomía, ya que se limita al paciente de su libertad y se actúa en contra de sus deseos, y el principio de beneficencia, según el cual es obligación del personal sanitario actuar en beneficio del propio paciente, evitando los intentos autolíticos y las autoagresiones. ⁽¹⁸⁾

1.7 PREVALENCIA DE USO

Si bien es cierto que no hay datos exactos sobre la prevalencia de uso de la sujeción mecánica, hay estudios que en los que se aprecia una gran diferencia en el porcentaje de uso según el país del que hablemos. España tiene un porcentaje de sujeciones alto, siendo este del 40%, en comparación a otros países como Francia, Noruega o EEUU, cuyo porcentaje de sujeción es del 15%. Hay países como es el caso de Islandia o Reino Unido en los cuales el objetivo de las contenciones cero se ha llevado a cabo a través de las prohibiciones, o como es el caso de Suiza en la cual entre 2010 y 2015 se eliminaron por completo mediante un planeamiento integral que aumentaba la ratio de profesionales por usuario e implementó programas educativos para médicos y enfermeros. ^(19, 20)

Por su parte, en España se han dado pasos para reducir el alto porcentaje de contenciones como la firma del manifiesto de Cartagena en 2016, donde se firma un documento encaminado a las medidas correctivas para mantener unos servicios de salud mental que respeten los derechos humanos o el análisis crítico de la cuestión por parte del comité de la comisión de bioética. Son gestos importantes pero insuficientes para hacer cambios. ⁽²¹⁾

1.8 NECESIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

En los últimos años el uso de las contenciones ha ido adquiriendo un mayor protagonismo. El aumento en el uso de dicha técnica crea un amplio debate sobre su uso, sus indicaciones y el cómo se está llevando a cabo este procedimiento, ya que como se ha dicho anteriormente, la contención mecánica es un técnica muy eficaz para controlar a un paciente, pero se trata de un proceso involuntario por lo que la persona se encuentra en un estado de vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia que puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de esta, como pueden ser : la libertad del individuo, el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal. Resulta evidente que en la situación actual de controversia y debate, toda la información de la que podamos disponer en relación con el empleo de la contención mecánica, así como las experiencias subjetivas del personal en relación con el empleo de la técnica, resulta fundamental para ayudarnos a comprender la situación y plantear las medidas futuras más adecuadas.

En cuanto al enfoque del trabajo, aunque la técnica puede llevarse a cabo en prácticamente cualquier ámbito, se ha optado por abordar la situación en las unidades específicas de agudos de psiquiatría, donde presumiblemente el personal se encontrara más familiarizado con el empleo de la contención física. No se descarta en un futuro poder llevar ampliar el estudio a otros servicios hospitalarios donde se lleve a cabo con relativa frecuencia la técnica, como puede ser el servicio de urgencias.

Presumiblemente los resultados del presente trabajo nos ayudaran a conocer los factores relacionados con el empleo de la contención mecánica, incluyendo la incidencia de uso, detección de conflictos éticos y necesidades formativas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GENERALES:

- Describir las características del uso de la contención mecánica por parte del personal de Enfermería de la Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estimar la incidencia de uso de la contención mecánica en el Área de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.
2. Comparar el grado de conocimiento de los distintos grupos profesionales, según categoría y/o antigüedad respecto a la técnica.
3. Identificar las causas más frecuentes para el uso de la contención mecánica.
4. Conocer los sentimientos de los profesionales sobre el uso de la contención.

3. METODOLOGÍA.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se llevara a cabo una investigación no experimental, ya que no hay manipulación de los objetivos; descriptiva pues se centra en analizar la realidad sin influir sobre ella para plantear hipótesis.

El análisis del grado de conocimiento, así como la opinión subjetiva de los profesionales se hará de manera trasversal, puesto que se recogerán únicamente los datos en un momento determinado del tiempo, sin seguimiento posterior.

Sin embargo, para calcular la incidencia y las indicaciones más frecuentes de la técnica, se realizara un análisis longitudinal, puesto que es necesario un seguimiento a la largo de un periodo de tiempo para poder establecer este parámetro

Los datos serán obtenidos, previo consentimiento de los participantes, de los profesionales (enfermeros, auxiliares...) que desempeñen su labor en la Unidad de Internamiento breve del área de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población diana sobre la que se desarrolla este proyecto es el personal sanitario (enfermeras/os, auxiliares de enfermería, enfermero especialista en salud mental, residente EIR), de la Unidad de Internamiento Breve de psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias.

La participación en este estudio es de carácter voluntario y no remunerado, por lo que el tamaño muestral no será previsiblemente equiparable al total de trabajadores que cumplen con los criterios de inclusión.

Para ello contamos con un total de profesionales. La muestra de nuestra investigación serán todos aquellos profesionales de dicho servicio que quieran participar de manera voluntaria. El servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias cuenta con una plantilla total de 25 enfermeros, donde se incluye la supervisora de enfermería y 20 auxiliares. Aproximadamente el 50% de la plantilla de enfermeros cuentan con la especialidad de Enfermería en Salud Mental. También se incluirá al personal en formación como Enfermero Interno Residente (EIR) de Salud Mental, así como el personal eventual que se encuentre realizando sustituciones en el servicio, siempre y cuando cumpla los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Personal (enfermeros/ auxiliares/ enfermero especialista/ residente EIR) de la UIB del Hospital Universitario de Canarias que quieran participar en el estudio de manera voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Personal que se encuentre de baja laboral o en periodo de vacaciones.
- Personal que no quiera colaborar en la investigación.

3.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA.

- Encuesta 1

Para valorar el grado de conocimiento de los profesionales sobre las indicaciones de la contención mecánica se proporcionará un cuestionario a los profesionales sanitarios de la Unidad de Internamiento Breve del Hospital Universitario de Canarias, de elaboración propia, que ha sido basado en otros utilizados en distintas publicaciones.

Al principio de dicha encuesta, los profesionales deberán aportar datos sociodemográficos como: el sexo, la edad o el tipo de contrato que nos facilitara el análisis de la representatividad de nuestra muestra

La encuesta tendrá 18 preguntas tipo test con respuestas cerradas y politómicas. Con las 10 primeras preguntas se tratará de evaluar el nivel de conocimientos sobre el procedimiento de la contención mecánica, con cuestiones generales como las causas más frecuentes de indicación del uso de la contención mecánica, personal necesario para llevar a cabo dicha técnica etc . De la 10 a la 15 se evalúa el conocimiento de los profesionales acerca del material necesario para llevar a cabo dicha técnica, mientras que las tres últimas preguntas nos indicarán el grado de conocimiento que tienen los profesionales acerca de los aspectos legales.

El conocimiento de los profesionales sanitarios se valorará en función de las respuestas acertadas, siendo el máximo de puntuación 15 y el mínimo 0.

- Encuesta 2:

La segunda encuesta, al igual que la primera, es un cuestionario de elaboración propia, basado en otros ya publicados en distintos estudios e investigaciones, que se cumplimentará por los profesionales de la UIB del mismo hospital y que tendrá como objetivo obtener información sobre los sentimientos, la opinión y experiencia de los participantes sobre esta medida terapéutica.

Este cuestionario constará de 10 preguntas tipo test de respuestas cerradas pero esta vez dicotómicas. Al final de las preguntas tipo test se deberá rellenar una escala numérica que recaba información sobre las principales razones por las cuales se indica la contención en su experiencia laboral y los sentimientos que les producen dicha técnica.

- Registro:

Para medir la incidencia de uso de la contención mecánica se utilizara una hoja de registro utilizada por la Consejería de Sanidad y Políticas sociales de la junta de Extremadura. Este registro se llevara a cabo en el servicio de Psiquiatría de Hospital Universitario de Canarias y se llevara a cabo durante un periodo de seis meses.

En el registro se recogerán datos de la situación clínica del paciente, es decir: su diagnóstico, su estado psicomotriz (agitado, violento/agresivo, ansioso etc.) o si se muestra colaborador. También recogerá datos sobre la indicación de la contención mecánica como: fecha y hora de inicio, por qué ha sido indicada, el tipo de sujeción pautada y si ha habido alguna modificación en el tratamiento farmacológico previo a su indicación. Otros de los puntos que tiene en cuenta el registro, es si ha habido alguna intervención previa a la contención, así como los aspectos legales del uso de la contención: si se ha explicado dicha técnica al paciente y si se ha dado consentimiento para llevarla a cabo. Además, también quedará registrado el número de profesionales que han intervenido en el procedimiento. Este documento deberá estar firmado y deberá figurar el nombre y apellidos del médico y el enfermero responsable del paciente.

3.4 VARIABLES

Variables independientes:

- Sexo: variable dicotómica (Femenino / Masculino).
- Edad: Variable cuantitativa ordinal.
- Categoría profesional: variable cualitativa nominal (Enfermera/o / Auxiliar de enfermería / Enfermero especialista en salud mental/ Residente EIR).
- Tiempo trabajado en el servicio: variable cualitativa ordinal (menos de 6 meses / De 6 meses a 1 año / De 1 a 6 años / Mas de 6 años)
- Tipo de contrato: variable dicotómica (Fijo/ Temporal)

Variables dependientes:

-Nivel de conocimiento de la contención mecánica: Variable cualitativa. Esta variable nos permitirá conocer el grado de conocimientos de los profesionales sobre la contención mecánica. Con estas variables se pretende alcanzar el objetivo específico número 2. Para ello se utilizarán las 10 primeras preguntas de la encuesta (Anexo 2) y el grado de conocimiento de los profesionales se valorará en función de las respuestas acertadas, la puntuación mínima sería de 0 aciertos y la máxima de 10 aciertos.

-Nivel de conocimiento acerca del material: Variable cualitativa. Esta variable nos permitirá conocer el grado de conocimientos de los profesionales sobre el material que se debe utilizar para realizar una técnica correcta de contención mecánica. Con esta variable se pretende alcanzar el objetivo específico número 2. Para ello se utilizaran las preguntas 11, 12, 13,14 de la encuesta (Anexo 2) y valoraremos el nivel de conocimiento de los profesionales en función de las respuestas acertadas, siendo la puntuación mínima de 0 aciertos y la máxima de 5.

-Grado de conocimiento acerca de los aspectos legales: Variable cualitativa. Esta variable nos permitirá conocer el grado de conocimientos de los profesionales sobre los aspectos legales que hay que tener en cuenta a la hora de realizar una sujeción. Con esta variable se pretende alcanzar el objetivo específico número 2. Para ello se utilizaran las tres últimas preguntas 16,17 y 18 de la encuesta (Anexo 2).Y se valorará el nivel de conocimiento en función de las respuestas acertadas. Si contestan bien las tres preguntas se considerará que conocen bien cuáles son los aspectos legales a tener en cuenta para llevar a cabo la técnica. Si por el contrario, no contesta bien ninguna pregunta, se considera que el profesional necesitaría de información adicional para fomentar sus conocimientos.

-Sentimientos acerca del uso de la contención mecánica: Variable cualitativa. Para analizar los sentimientos de los profesionales sobre el uso de esta técnica se utilizara un cuestionario (Anexo 3) de 10 preguntas en el que se les preguntara acerca de su percepción sobre el uso de dicha técnica. Con estas variables se pretende alcanzar el objetivo específico número 4.

Registro de incidencia de uso:

Con las siguientes variables se pretende alcanzar los objetivos específico número 1 y 3

- Diagnóstico: Variable cualitativa. Para analizar el diagnostico que tiene el paciente sometido a la contención mecánica se utilizará el registro (Anexo 4).
- Estado del paciente: Variable cualitativa politómica (Agitado/ Confuso, desorientado / Violento, agresivo/ Impulsividad suicida)
- Paciente colaborativo: variable dicotómica (Si/ No)
- Fecha de la indicación: Variable cuantitativa.
- Hora de la indicación Variable cuantitativa.
- Indicación de la contención mecánica: Variable cualitativa politómica (Prevención de lesiones a sí mismo o a terceros/ Reducción de estímulos sensoriales/ Parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado/ Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínicas y/o terapéutica/ Riesgo de interrupción del proc/ Otra)
- Tipo de sujeción: Variable cualitativa dicotómica (Total/ Parcial)
- Intervenciones previas a la contención mecánica: Variable cualitativa politómica (Contención verbal/ Medidas farmacológicas/ Otras)
- Consentimiento firmado del paciente: Variable cualitativa dicotómica (No/ Si)
- Consentimiento firmado del familiar/tutor: Variable cualitativa dicotómica (No/ Si)
- Número de profesionales que intervienen en la contención: Variable cuantitativa.

3.5 METODOS DE REOGIDA DE DATOS.

En primer lugar, se solicitará autorización al comité ético del Hospital Universitario de Canarias, que tendrá que dar su aprobación para poder llevar a cabo la investigación. Para solicitar dicha autorización, se hará entrega de una memoria del proyecto, para justificar la finalidad científica del estudio.

Una vez aprobado por el Comité Ético, se contactará con la supervisora encargada de la Unidad de Internamiento Breve para explicar la finalidad y metodología del proyecto y poder resolver dudas e identificar posibles problemas a la hora de la recogida de datos, que se pueden haber pasado por alto durante el planteamiento y diseño del estudio. Se planificara una reunión con el personal para explicar el proyecto e incentivar la participación. Cabe destacar que se asegurará la

confidencialidad de los datos obtenidos tanto de los profesionales como de los pacientes.

Se elegirá un espacio físico donde depositar las encuestas sobre conocimiento, y otro lugar para entregarla una vez cumplimentada. Además, se dispensarán hojas de recogida diarias para que se coloquen junto a los documentos de los pacientes internados, con el fin de que un profesional colaborador por turno registre los datos de interés de los pacientes día a día. Se realizará la recogida de las encuestas y los registros de los pacientes de manera semanal cada viernes a las 15:00 horas.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

A la hora de llevar a cabo la encuesta se le asegurará al personal que este dispuesto a participar en nuestro proyecto y cumpla con los criterios de inclusión, expuestos anteriormente, que sus datos se encontraran bajo anonimato. Es decir, en otras palabras que no tendrán que escribir su nombre en ningún momento.

De modo que ello queda recogido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, donde las personas tiene mayor control sobre sus datos personales, y en relación con los datos obtenidos en el proyecto no se podrán divulgar.

El autor del presente estudio declara no tener ningún conflicto de intereses.

3.7 ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico de los resultados del presente estudio se llevará a cabo a través del software de análisis estadístico IBM SPSS.

4.CRONOGRAMA

ACTIVIDAD \ MES	1				2				3				4				5				6				7				8			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de la encuesta																																
Solicitar los permisos																																
Pasar la encuesta																																
Pasar el registro																																
Analizar los datos																																
Elaboración del informe final																																
Tiempo total empleado																																

5. PRESUPUESTO

<u>Conceptos</u>	Unidad	Cantidad	Euros	Total de meses	Total de euros
Estadístico	Persona	1	500	2 meses	1.000
<u>Gastos varios:</u>					
-Boligrafos	2 bolígrafos	1	1'50		3,00
-Folios	1 paquete de 500 folios		3,50		7,00
-Imrespresora HP Officejet 4630	2	1	68,95		137,9
-Cartuchos de tinta negros.	2 por cada impresora	1	8,25		33,00
-Bonos de transporte	1 por mes	2	15,00		30,00
<u>Total:</u>					1210,9

BIBLIOGRAFÍA.

1. Molina AB. La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de Enfermería Neurológica* 2011; 10(1):53-55
2. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* 2009; 16(45):163-188
3. Ulloa Reyes L. Enfermedad mental y violencia: Propuestas de Intervención en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* 2007;23(4):0-0.
4. Martín Iglesias V, Soriano CP, Guerra MTQ, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2012 ;23(4):164–70.
5. Sastre Rus M, Campaña Castillo F. Contención mecánica: definición conceptual. 2014 May ;8(1):0–0.
6. Álvarez MJG, González RB. Agitación psicomotriz. *Cadernos de atención primaria* 2012;18(4):343-347.
7. Rubio-Valera M, Huerta Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. *Actas Esp Psiquiatr* 2016; 44(5).
8. Gallego VF, Pérez EM, Aquilino JS, Angulo CC, ESTARLICH MCG. Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias* 2009; 21:121-132.
9. Villamediana Navas C. Intervención de Enfermería ante el Paciente Agresivo. 2014.
10. Hospital Universitario de Canarias. Protocolo de contención mecánica. La Laguna: Comunidad autónoma de Canarias, Servicio Canario de Salud.
11. Bustos JI, Capponi I, Ferrante R, Frausin MJ, Ibañez B. Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica* 2010; 16(3):291-304
12. Vega Vega C, Bañón González RM, Fajardo Augustín A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. 2010 Mar 1;42(3):176–82.
13. Prieto MB, Porres MD, Liria AF, Bedia IM, Pérez AM, Sánchez DO. El enfoque de derechos humanos y ético en el hospital general.
14. Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011;16:4615-4622.
15. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia

- compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2008;28(1):48-83.
16. Vítolo F, de Seguros NC. Inmovilización física y contención racional de pacientes. Biblio Virtu NOBLE 2013;4:1-15.
 17. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. J Adv Nurs 2000;31(2):362-369.
 18. Consejo Internacional de Enfermeras CIE. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006
 19. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. Age Ageing 1997;26(suppl_2):43-47.
 20. Feng Z, Hirdes JP, Smith TF, Finne-Soveri H, Chi I, Du Pasquier J, et al. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences 2009;24(10):1110-1118.
 21. Beviá Febrer B. Coerción y salud mental: revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2018;254:57-58

ANEXOS

ANEXO 1:

Solicitud de autorización para la elaboración del proyecto de investigación en el Hospital Universitario de Canarias:

A la Atención de la Gerencia del Hospital Universitario de Canaria:

Mi nombre es Raquel López López, con D.N.I. 43378281M. Soy alumna de 4º Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna con sede en la isla de La Palma.

Me gustaría informarle que me encuentro realizando mi Trabajo de Fin de Grado. Asimismo, este trabajo de investigación tiene como objetivo principal conocer el nivel de conocimientos sobre las indicaciones de uso de la contención mecánica del personal sanitario de la unidad de psiquiatría y ver la incidencia de uso de dicha técnica, en el Hospital Universitario de Canarias.

Es por ello, que solicito de su autorización para llevar a cabo este proyecto donde se le pasará al personal sanitario una encuesta para valorar sus conocimientos sobre la realización de la contención mecánica y un registro con el fin de conocer la incidencia de uso. Antes de finalizar, me gustaría aclarar que en ningún momento se pretende cuestionar la manera de actuar del profesional, y la participación en este proyecto de investigación es totalmente voluntaria y de carácter anónimo.

Muchas gracias de antemano.

Atentamente,

Raquel López López (Alumna de 4º Grado de Enfermería).

Ante cualquier duda pueden ponerse en contacto conmigo a través de mi correo electrónico: raquel.lopezlopez.97@gmail.com

ANEXO 2:

Sexo: H M

Edad:

Categoría profesional: TCAE Enfermer@ Enfermero especializado

Residente EIR

Tiempo trabajado en el servicio: Menos de 6 meses De 6 meses a 1 año

De 1 a 6 años Mas de 6 años

Tipo de contrato: Fijo Temporal

1. ¿Cuál es el tipo de contención que hay que elegir en primer lugar?:
 - a) Contención mecánica
 - b) Contención verbal
 - c) Contención farmacológica
 - d) La que considere el profesional

2. ¿Cuál es la causa más frecuente para el uso de la contención mecánica?
 - a) Agitación psicomotriz
 - b) Amenazas o conductas no adecuadas
 - c) Intentos de fugas reiterados
 - d) Ninguna de las anteriores

3. Legalmente, ¿quién es el responsable de indicar la contención mecánica?
 - a) Un médico
 - b) Un médico, pudiendo ser está pautada por la enfermera en situaciones de urgencia
 - c) TCAE
 - d) La persona que vaya a llevar a cabo dicho procedimiento

4. Para realizar una contención de forma segura, ¿Cuántas personas debe participar?
 - a) Mínimo 2 personas
 - b) Todo el personal que esté disponible en el momento de la ejecución
 - c) Mínimo 4 personal, siendo lo ideal 5
 - d) Una sola persona puede llevar a cabo la contención mecánica.

5. ¿En qué orden se debe realizar la sujeción?
 - a) Cintura, miembros inferiores, miembros superiores.
 - b) Miembros superiores, cintura, miembros inferiores
 - c) Cintura, miembros superiores, miembros inferiores
 - d) El orden lo debe decidir la persona que esté llevando a cabo la sujeción.

6. ¿Cada cuánto tiempo debe de ser revalorada la indicación de contención mecánica?
 - a) Cada 5 minutos
 - b) Cada 40-60 min

- c) Cada 15 minutos, pudiendo variar en función del estado del paciente
 - d) Cada turno
7. Mientras el paciente permanezca sujeto, ¿qué se debe valorar?
- a) Nada, el paciente que está sujeto no está expuesto a riesgos.
 - b) Su estado de agitación
 - c) Estado mental del paciente, estado de las sujeciones, eliminación vesical e intestinal, estado de nutrición, integridad cutánea, entre otros
 - d) Estado mental, estado neurológico, contracturas, integridad cutánea, depresión del sistema nervioso entre otros
8. ¿Cuánto tiempo debe durar la contención?
- a) No tiene límite de tiempo
 - b) No debe superar un máximo de 8 horas
 - c) Lo que el profesional considere necesario
 - d) Solo puede durar 2 horas
9. ¿Cómo debe retirarse de forma correcta la sujeción?
- a) En orden inverso a como lo hemos sujetado.
 - b) Se puede retirar todo a la vez.
 - c) Soltando cada extremidad en intervalos de 10 minutos.
 - d) Soltando cada extremidad de forma progresiva en intervalos de 10 minutos, dejando los dos últimos que se retirarán conjuntamente.
10. ¿Cuándo estará contraindicada la contención mecánica?
- a) Cuando no exista personal suficiente o sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible.
 - b) Cuando hayan fallado otras medidas de contención como la verbal o la física.
 - c) Para evitar interferencias graves del plan terapéutico (arranque de vías, sondas u otros sistemas de soporte vital).
 - d) La contención mecánica no tiene contraindicaciones.
11. En cuanto al material, ¿qué se necesita para llevar a cabo dicha técnica?
- a) Cama, cinturón abdominal, dos cintas para miembros inferiores y dos para los miembros superiores.
 - b) Cama o sillón, cinturón abdominal, dos cintas para miembros inferiores y dos para los miembros superiores.
 - c) Cama, cinturón abdominal, dos cintas para miembros inferiores y dos para los miembros superiores, alargaderas, imán y botones magnéticos
 - d) Ninguna es correcta
12. ¿Qué sujeción se coloca primero en la contención mecánica?
- a) La contención abdominal
 - b) La tobillera
 - c) La muñequera

d) Todas a la vez

13. ¿Cuál es la posición aconsejable de la camilla, por norma general, para un paciente con sujeciones?

- a) En decúbito lateral
- b) En decúbito prono
- c) Con el cabecero elevado a 30° y en decúbito supino
- d) En decúbito supino

14. ¿Las sujeciones de las muñecas y de los tobillos son iguales?

- a) Sí
- b) Las cintas de los pies son más cortas
- c) Algunas veces
- d) No

15. Respecto a la colocación de un cinturón abdominal ¿Cuál es la complicación más frecuente?

- a) Asfixia por estar demasiado apretado.
- b) Dolor abdominal.
- c) Deslizamiento del paciente por estar demasiado flojo.
- d) Todas son ciertas

16. ¿Dónde debe quedar reflejado el uso de la contención mecánica?

- a) Historia clínica del paciente
- b) Registro de contención mecánica
- c) No hace falta que quede registrado, ya que es un procedimiento puntual
- d) La respuesta a y b son correctas

17. ¿Es necesario el consentimiento escrito del paciente para llevar a cabo la sujeción?

- a) Sí excepto cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Sí excepto cuando no esté capacitado para tomar decisiones
- c) Sí excepto cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles
- d) Todas son correctas
- e) No es necesario un consentimiento escrito.

18. ¿Qué actuación legal se debe tener en cuenta a la hora de la realización de la contención mecánica?

- a) En situaciones de no urgencias, el médico ha de comunicárselo a un juez y este procederá a su autorización o denegación
- b) En situaciones de urgencias no es necesario comunicárselo a un juez
- c) En situaciones de urgencia se puede llevar a cabo la acción y será comunicado a un juez en un periodo de 24 horas
- d) La respuesta a y c son correctas.

ANEXO 3:

1. ¿Ha observado en alguna ocasión, algún tipo de lesión/ daño físico derivado del uso de un dispositivo de contención mecánica?

- a) Si
- b) No

2. Según su criterio, ¿cree que se abusa del uso de la contención mecánica?

- a) Si
- b) No

3. Según su opinión, ¿cree que esta técnica vulnera algunos de los derechos humanos?

- a) Si
- b) No

4. ¿Estás a favor del uso de la contención mecánica?

- a) Si
- b) No

5. ¿Prohibirías el uso de la contención mecánica?

- a) Si
- b) No

6. Según su opinión, ¿cree que el servicio en el que trabaja la contención mecánica se lleva a cabo según el protocolo del centro?

- a) Si
- b) No

7. ¿Ha recibido usted algún tipo de formación teórico y/o práctica sobre las técnicas de la contención mecánica, a lo largo sus años de profesión?

- a) Si
- b) No

8. ¿Se siente capacitada para colocar las sujeciones de forma rápida y segura?

- a) Si
- b) No

9. Según su opinión, ¿cree que la contención mecánica es efectiva para el control de los pacientes con agitación?

- a) Si
- b) No

10. ¿Usted cree que es necesario realizar sesiones de formación con simulacros?

- a) Si
- b) No

Conteste con una x

Según su opinión, ¿cuáles son según su criterio las razones por las que más se utiliza la contención mecánica?

RAZONES	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Control de la conducta					
Seguridad de la conducta y el entorno					
Conveniencia del personal					

¿Qué siente cuando tiene que utilizar contención mecánica como herramienta para controlar al paciente?

SENTIMIENTOS	Muy de acuerdo	Acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo	Muy desacuerdo
Culpabilidad					
Ansiedad					
Empatía					
Alivio					
Satisfacción por el trabajo cumplido					

ANEXO 4:

HOJA DE REGISTRO DEL PACIENTE

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL DEL PACIENTE

- Diagnóstico: _____ Alergia: _____
- Estado: Agitado Confuso, desorientado Violento, agresivo Impulsividad suicida
- Paciente colaborativo: No Si

INDICACIÓN DE LA SUJECCIÓN

- Fecha de la indicación: ----/-----/---- Hora de la indicación: ----:---- (de 0 a24h)
- Indicación de la contención: (márquese la/s casilla/s correspondientes)
- Prevención de lesiones a sí mismo o a terceros
 - Reducción de estímulos sensoriales (aislamiento)
 - Parte de un programa de modificación de conducta previamente explicitado
 - Solicitado voluntariamente por el paciente y con justificación clínicas y/o terapéutica
 - Riesgo de interrupción del proc. terapéutico (sondas, vías)
 - Otra (especificar): _____
- Tipo de sujeción:
- Completa (Tronco y 4 extremidades)
 - Parcial (especificar) : Tronco+MSD+MII Tronco+MSI+MID
 - Otro tipo de sujeción:
Motivo de otra sujeción: _____
- Modificación del tratamiento farmacológico:
- ¿Se ha añadido o modificado el tratamiento farmacológico prescrito? No Si (En caso afirmativo consultar la hoja de tratamiento)

INTERVENCIONES PREVIAS A LAS CONTENCIÓN MECÁNICA REALIZADAS

- Contención verbal Medidas farmacológicas Otras (especificar): _____

ASPECTOS LEGALES

- Se ha explicado la necesidad de CM a: Pacientes Familiar/tutor No ha sido posible.
- Consentimiento firmado del paciente: No Si Consentimiento firmado del familiar/tutor: No Si

PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA EJECUCIÓN DE LA CONTENCIÓN

Nº profesionales total que intervienen en la contención:

Médico responsable		Enfermero responsable	
Nombre y apellidos	Firma	Nombre y apellidos	Firma