

PLAN DE REDUCCIÓN DE CONTENCIÓNES FÍSICAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA DE LA OSI BARRUALDE-GALDAKAO

1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El manejo de la violencia en el entorno sanitario es un tema controvertido, y cobra especial relevancia en el ámbito de la salud mental. Como recoge la Occupational Safety and Health Administration, la violencia dirigida a terceros, es decir, las agresiones, ocurren especialmente en las plantas de hospitalización de psiquiatría, geriatría, urgencias y salas de espera. Establece además que los factores de riesgo que promueven la violencia en los hospitales están relacionados con la organización del trabajo, el diseño ambiental, las conductas del personal y con el tipo de pacientes (1). Una reciente revisión señala que en las unidades de Psiquiatría, los psiquiatras son los profesionales en mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de expresión de violencia (2), aunque otros trabajos reflejan que el colectivo de mayor riesgo son las enfermeras de salud mental, con hasta un 80% que reportan haber recibido algún tipo de ataque (3).

Se han descrito distintas variables asociadas a un incremento de cometer un incidente violento, entre las que se encuentra el ser hombre, la involuntariedad del ingreso, el ser más joven, un diagnóstico principal de esquizofrenia, el consumo de sustancias, y los antecedentes previos de conductas violentas, entre otros (4–7). Además de un peligro para los trabajadores, debemos tener en cuenta que los episodios de violencia suponen también un riesgo para el resto de pacientes ingresados, por cuya seguridad debe velar el personal responsable de la unidad.

Ante situaciones de agresividad en estos servicios, existen protocolos con un orden de actuación de intensidad ascendente ajustado a la fase en la que se encuentre el paciente violento. En situaciones extremas, la indicación es el uso de medidas coercitivas, bien sea el aislamiento (en algunos países) o bien la contención física (en otros, como el nuestro).

Recientes revisiones destacan que la práctica de contenciones mecánicas no carece de riesgos físicos (8) ni psicológicos (9), por lo que parece imprescindible realizar esfuerzos por una práctica asistencial que equilibre la seguridad del personal sanitario y la del paciente, teniendo en cuenta tanto el daño físico como el emocional a ambas partes de la ecuación.

La contención física debiera utilizarse como última medida, sólo en el caso de pacientes con una agresividad manifiesta, ante la amenaza de la integridad propia o de terceros, y cuando el resto de medidas no hayan sido efectivas (10). Las políticas de salud actuales (11), así como los planes de humanización (12), que van adquiriendo un peso progresivamente mayor en el diseño de los procedimientos de servicios psiquiátricos, abogan por minimizar las contenciones físicas. Esta sensibilidad se ha visto también reflejado en el mayor interés y proliferación de estudios, estos últimos años, dirigidos a identificar estrategias para reducir la necesidad de este tipo de prácticas.

Un trabajo reciente que revisa la efectividad de distintos programas para reducir medidas coercitivas identifica 6 componentes fundamentales: 1) liderazgo, 2) formación, 3) revisión post-incidente, 4) implicación del paciente, 5) herramientas preventivas, y 6) el entorno terapéutico (13). Como parte de las herramientas preventivas, está la implementación del uso de medidas estandarizadas de valoración del riesgo de violencia. Nuestro Servicio ha realizado la traducción y validación de la escala Brøset Violence Checklist (BVC, [Anexo I](#)) (14), una de las medidas recomendadas por la guía NICE sobre prevención y manejo de la violencia en unidades psiquiátricas. Su uso se desplegó en el primer trimestre del año 2020, y durante este tiempo se ha comenzado a realizar un seguimiento del porcentaje de pacientes que han requerido contención mecánica durante la hospitalización, como indicador de calidad dentro de los



cuadros de mando. Durante el primer trimestre del 2022 el porcentaje de pacientes que han requerido contención mecánica a lo largo del ingreso ha sido del 10,63%, no habiéndose objetivado una reducción respecto a años previos.

El uso de una medida de valoración del riesgo, *per se*, difícilmente puede reducir el número de incidentes violentos y la necesidad de contención; quedaba por lo tanto pendiente la elaboración de un plan de acción, vinculado a los resultados de dicha medida, que pudieran ayudarnos a prevenir el episodio de violencia una vez detectado un riesgo elevado, así como la implementación de medidas generales que hayan demostrado eficacia en la reducción de la necesidad de contenciones mecánicas. Este documento es el resultado de un proceso de reflexión compartida entre profesionales médicos y de enfermería.

2. PROPUESTA DE PROTOCOLO

Las medidas encaminadas a lograr una reducción del número de contenciones se han extraído de dos modelos que han demostrado evidencia. Por un lado, el “Six Core Strategies” (15), cuya implementación se ha asociado con una reducción en el número de eventos de aislamiento y contención del 19.7%, y una reducción de su duración del 38.9% (16). Por otro lado, el Safewards Model (17,18), que aboga por valorar 6 dominios diferenciados, y elaborar una estrategias teniendo en cuenta las particularidades de ese entorno concreto: la comunidad de la que proviene el paciente, las características del paciente, la legislación, el equipo, y las instalaciones tanto dentro como fuera del hospital, describiéndose aspectos modificables relacionados con el paciente y el personal en cada uno de los dominios. Propone también intervenciones concretas, como clarificar las expectativas mutuas, rebajar el tono del habla, cuidar las palabras, reuniones de ayuda entre pares, o métodos de desescalada, entre otros. En un ensayo clínico randomizado realizado en unidades de agudos, este modelo ha demostrado una reducción del número de eventos violentos del 15.0% (95% CI 5.6–23.7%) y una reducción del 26.4% (95% CI 9.9–34.3%) de contenciones (19).

Nuestra unidad cuenta con unas instalaciones amplias y luminosas, y un personal ampliamente formado tanto en técnicas de desescalada como de contención, por lo que hemos centrado el proceso de reflexión en protocolizar lo que ya es práctica habitual, y en incorporar otro tipo de medidas que puedan resultar eficaces para lograr el propósito de reducir contenciones, entre ellas, la creación de una sala de baja estimulación, la inclusión en la acogida de un plan de confort consensuado entre el paciente y la enfermera que permita poner en común tanto las señales de alarma como las medidas de distensión que el paciente considere más útiles, y una valoración post-evento de los episodios de contención mecánica, cuando se produzcan.

A nivel de instalaciones, la única modificación será por lo tanto la creación de la sala de baja estimulación. Se realizará mediante el cerramiento del espacio actual de TV (que será trasladada al comedor), y se dotará de elementos de confort sensorial (puff, sillón, posibilidad de escuchar música, y un “kit de relajación” con elementos de alivio) que faciliten la desactivación en los primeros momentos de una situación de escalada.



2.1. AL INGRESO

La enfermera de ingresos realizará **dentro del proceso de acogida un Plan de Confort consensuado** con el paciente, que incluirá aspectos como señales de estrés o medidas de alivio ([Anexo II](#)).

Se continuará completando la BVC (Formularios) en el primer turno del ingreso.

- Puntuación ≤ 2 : no se objetiva riesgo de violencia.
- Puntuación > 2 : se objetiva riesgo de violencia.
 - o Se señalará en el censo de pacientes de la pizarra del control de Enfermería.
 - o Aplicación de medidas Nivel II (incremento de rondas nocturnas, valorar cierre de armario y baño).
 - o Se intensificará acercamiento por parte del personal de Enfermería; una vez consensuado el Plan de confort, se aprovechará el acercamiento para ofrecer las medidas de alivio seleccionadas por el paciente ([Anexo II](#)).
 - o Se comprobará la disponibilidad de una camilla con correas.

2.2. ANTE SITUACIÓN DE ESCALADA VIOLENTA

1. Técnicas de desescalada ([Anexo III](#): Consejos de distensión), cuyo conocimiento se garantizará entre todo el personal de Enfermería gracias a un taller de formación que se realizará para el personal actual, y un tutorial que se difundirá al personal nuevo que se vaya incorporando.
2. Estos consejos incluyen la oferta de medicación de rescate y de las medidas de alivio consensuadas en el Plan de Confort, así como la estancia en la sala de baja estimulación.
3. Contención mecánica, en caso de que fracasen todas las intervenciones de distensión recogidas en el documento.
4. Cuando sea posible, y siempre después de haber finalizado el periodo de contención mecánica, cumplimentar con el paciente el “Formulario de intercambio de información” ([Anexo IV](#)).

3. INDICADORES

Como indicadores del Plan de reducción de contenciones físicas se proponen indicadores de cumplimiento y de resultado:

- Creación de sala de baja estimulación (cumplimiento: si/no; objetivo: si; valoración: diciembre 2023).
- Nº pacientes que han precisado contención mecánica/Nº pacientes ingresados en el periodo de estudio (seguimiento: %; objetivo: $< 6\%$ diciembre 2023, valoración: mensual).

**4. REFERENCIAS**

1. Workplace Violence - Overview | Occupational Safety and Health Administration [Internet]. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.osha.gov/workplace-violence>
2. Civiloti C, Berlanda S, Iozzino L. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de mayo de 2021;18(11):5860.
3. Anderson KK, Jenson CE. Violence risk-assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Arch Psychiatr Nurs*. febrero de 2019;33(1):112-9.
4. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one* [Internet]. 6 de octubre de 2015 [citado 19 de octubre de 2022];10(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26061796/>
5. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;127(4):255-68.
6. Flammer E, Hirsch S, Thilo N, Steinert T. «Our Patients Are Different»: Predictors of Seclusion and Restraint in 31 Psychiatric Hospitals. *Front Psychiatry*. 2022;13:791333.
7. Staggs VS. Predictors of Seclusion and Restraint Following Injurious Assaults on Psychiatric Units. *J Patient Saf*. 1 de diciembre de 2021;17(8):562-7.
8. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400.
9. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 16 de julio de 2019;10:491.
10. Gloria M, Bulechek, Howard K, Butcher, Joanne M, Dochterman, Cheryl M, Wagner. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6.ª ed. Mosby; 2012.
11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*. 2021.
12. Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, Blázquez García JF, Borràs Murcia C, Cabrera A, et al. La humanización en los planes de salud mental en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-avance-resumen-la-humanizacion-planes-salud-mental-S1888989121000987>
13. Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 1 de mayo de 2017;34:139-46.
14. Risk Assessment - Broset Violence Checklist (BVC) [Internet]. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.risk-assessment.no/>
15. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. septiembre de 2004;42(9):22-33.
16. Riahi S, Dawe IC, Stuckey MI, Klassen PE. Implementation of the Six Core Strategies for Restraint Minimization in a Specialized Mental Health Organization. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1 de octubre de 2016;54(10):32-9.
17. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. agosto de 2014;21(6):499-508.
18. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. mayo de 2014;21(4):354-64.
19. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, SUGAR, Stewart D, et al. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. septiembre de 2015;52(9):1412-22.

**ANEXO I. ESCALA DE VIOLENCIA DE BRØSET**

© Copyright Linaker & Bush Iversen (1995). Almvik & Woods (2000)

Instrucciones: puntuar al paciente en un horario consensuado en cada turno. La ausencia de la conducta evaluada puntúa 0. La presencia de la conducta evaluada puntúa 1. La puntuación máxima es 6. Si la conducta es la habitual en un paciente conocido, sólo un incremento en la conducta puntuará 1, pe, si un paciente conocido suele estar habitualmente confuso (o lo ha estado durante un largo período) la puntuación será 0. Sólo si se observase un incremento en el grado de confusión se puntuará 1.

Conducta	Puntuación (0 ó 1)
Confuso	
Irritable	
Escandaloso	
Amenazas verbales	
Amenazas físicas	
Heteroagresividad contra objetos	
Suma de puntuaciones	

Interpretación de la puntuación:

- Puntuación=0 El riesgo de violencia es bajo
- Puntuación=1-2 El riesgo de violencia es moderado. Deberían tomarse medidas preventivas.
- Puntuación>2 El riesgo de violencia es muy alto. Deberían tomarse medidas preventivas. Además, debería desarrollarse un plan para el manejo de un posible episodio de auto/heteroagresividad.

Operativización de conductas/items:

Confuso	Resulta evidente que está confuso y desorientado. Puede no ser consciente de la hora, espacio o persona.
Irritable	Se ofusca y enfada con facilidad. Incapaz de tolerar la presencia de otros.
Escandaloso	Se conducta es ruidosa. Pe cierras las puertas de un golpe, vocifera al hablar etc.
Verbalmente amenazante	Un estallido verbal que va más allá que simplemente levantar la voz, y cuando hay una intención clara de intimidar o amenazar a otra persona. Por ejemplo, ataques verbales, abusos, burlas, comentarios de contenido neutro pero pronunciados con rabia.
Físicamente amenazante	Cuando se ha evidenciado un intento de amenazar físicamente a otra persona. Por ejemplo adoptando una actitud agresiva, agarrando a otra persona por la ropa, alzando el brazo, pierna o simulando dar un cabezazo a otra persona.
Heteroagresividad contra objetos	Un ataque directo contra un objeto y no contra una persona. Por ejemplo lanzar indiscriminadamente un objeto, golpear o romper una ventana, dar patadas, golpear o pegar un cabezazo a un objeto, romper el mobiliario.

Nota: Para conductas/items de amenazas físicas, amenazas verbales, y heteroagresividad contra objetos, la operativización ha sido adaptada de Behavioural Status Index (Reed, Woods & Robinson, 2000) por uno de los autores (Woods).

ANEXO II. Plan de Confort

Me gusta que me llamen _____

He desarrollado este plan con mi enfermera _____

 Anteriormente he sido sometido a medidas de aislamiento y/o contención SI NO

CONTACTO FÍSICO: Me ayuda que me toquen cuando estoy molesto SI NO

MEDICAMENTOS: Si necesito o requiero medicación para calmarme, estos son los fármacos de mi preferencia _____

CUESTIONES SOBRE EL PERSONAL DE LA UNIDAD: en caso de emergencia prefiero hablar con

 UN PROFESIONAL UNA PROFESIONAL

Mis señales de estrés	Aislamiento y contenciones	Mis desencadenantes
<i>Las señales de alerta que pueden ver los demás cuando estoy molesto o pierdo el control son:</i> Llorar Tono voz elevado Sudar Nerviosismo Respirar fuerte Imposibilidad de estar quieto/a Gritar Hacer daño a otro/as Lanzar objetos Pasear rápido Hacerme daño a mí mismo/a al resto Apretar los puños Rechinar o apretar los dientes Decir palabrotas No comer Aislarme Ser grosero Pulso acelerado Balanceo Posición en cuclillas Otros _____	<i>En caso de emergencia, se puede usar el aislamiento y/o la contención como último recurso. En este caso de emergencia, considero que las medidas que me puedan servir para evitar la contención mecánica son:</i> Sala de reposo Sala de ejercicio Medicación oral Medicación inyectada Otros _____	<i>Algunas cosas me irritan, me molestan mucho o me hacen tener una crisis:</i> Que me toquen Que me griten Los ruidos fuertes Tener hambre Estar cansado Que el personal me haga esperar Que me obliguen a hacer algo La fuerza física El aislamiento Las amenazas La ansiedad La soledad La ocupación de mi espacio personal El contacto con personas que me molestan Que mientan sobre mí La falta de privacidad Sentirme presionado/a Personas gritando Discusiones Ser mirado/a fijamente Personas de seguridad en uniforme Que me apliquen contenciones Otros _____

Medidas de alivio

Estas 5 actividades me ayudan cuando paso por un mal momento:

Escuchar música	Ejercicios respiratorios guiadas por el personal
Leer un libro	Relajación o Mindfulness guiados por el personal
Envolverme con una manta	Aislamiento en sala de confort
Escribir mis emociones	Aplicación de frío en forma de hielo o toalla congelada
Ver la TV	Papel de burbujas
Hablar con el personal	Aislarme sensorialmente: tapones, mascarilla ocular
Hablar con otros compañeros/as de la unidad	Masajear mis manos
Llamar a un amigo o familiar	Sostener objetos de distintas texturas
Darme una ducha	Mirar libros con imágenes
Hacer ejercicio	Saco de boxeo-cojines
Pasear por los pasillos	Luces relajantes
Tiempo fuera (terraza)	Recibir un abrazo
Beber algo caliente	Abrazar un peluche
Comer ciertas cosas	Colorear/plastilina/arcilla
Hacer manualidades	Romper papel
Medicación	Que me cojan de la mano
Leer textos espirituales/religiosos	Gritar contra una almohada
Escribir una carta	Dar puñetazos a una almohada
Abrazar un peluche	Llorar
Pasar tiempo en la habitación en reposo	

ANEXO III. Consejos de distensión (desescalada)

INTERVENCIONES DE DISTENSIÓN	INTERVENCIONES DE AFRONTAMIENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifíquese siempre. 2. Hable y piense con tranquilidad. 3. Pregúntele cómo se encuentra y qué le pasa. 4. Pregúntele si le duele algo (evaluar problemas médicos). 5. Pregunte al paciente si tiene algún problema o qué ha pasado antes de alterarse. 6. Recuérdele que está en el hospital. 7. Localice si es posible a alguien de la plantilla que tenga buena relación con el paciente y haga que hablen. Asegúrese de que el paciente sepa que estás aquí para escuchar. 8. Ofrezca medicación si corresponde. 9. Ayude a los pacientes a recordar y señalar los mecanismos de afrontamiento que ellos mismos señalaron en el Plan de confort. 10. Si el paciente grita o dice palabrotas, responda asintiendo tranquilamente, sin reaccionar. 11. Use un planteamiento de equipos o de apoyo a terceros: si el paciente agota a un miembro del personal, otro se hace cargo de su atención. 12. Tranquilice al paciente y mantenga los límites profesionales (indique al paciente que quiere velar por su seguridad y que está ahí para ayudarle). 13. Dé tiempo al paciente para responder: el silencio en las pausas es importante. 14. Pregunte al paciente si estaría dispuesto/a hablar con Vd (pregúntele en varias ocasiones, repetidamente, pero con amabilidad). 15. Respete los esfuerzos de comunicación de formas distintas (es preciso reconocer que hay posibles diferencias lingüísticas y culturales y que el paciente puede sentir miedo, pudor o vergüenza). 16. Empodere al paciente. Anímele a seguir los pasos que sean necesarios para calmarse. 17. Haga que sea más fácil el intento de hablar de la situación violenta, aunque resulte doloroso o difícil. 18. Reconozca la importancia de la situación para el paciente. 19. Pregúntele e qué más le puede ayudar. 20. Pida permiso para compartir con otros cuidadores conversaciones importantes con el objeto de discutir las. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escuche la preocupación del paciente incluso si no la entiende. 2. Pídale al paciente que le diga cuál es el problema, y ESCÚCHELE de verdad 3. Reconozca y admita el derecho del paciente de albergar esos sentimientos 4. Sientese si es posible (vigilar seguridad) e invite al paciente a hacer lo mismo 5. Invite al paciente a hablar en la sala de reposo o en una zona donde haya menos personas alrededor y menos estimulación 6. Pídale disculpas si por descuido le ha molestado. Reconozca sus sentimientos (no las razones) y especifique que no ha sido intencionado 7. Deje que el paciente sugiera alternativas y opciones 8. Para salvaguardar la seguridad del paciente y el personal, recurra al personal adecuado para la situación de crisis 9. Emplee un tono de voz tranquilo, equilibrado, no amenazador. Utilice lenguaje sencillo, claro, conciso 10. Utilice gestos y actitudes que no resulten amenazantes 11. Tenga en cuenta el uso del lenguaje y los posibles problemas de audición, y sea consciente de las diferencias culturales. 12. Asegure al paciente de que se encuentra en sitio seguro y que está ahí para ayudarle 13. Reconozca sus propias sensaciones sobre la violencia y cómo le afectan cuando un paciente se muestra violento 14. Observe cómo otros compañeros/as interactúan de forma positiva con pacientes enfadados y tome como modelo sus intervenciones.

ANEXO IV. Formulario de intercambio de información tras episodio de contención

1. ¿Hay algo que el personal podría haber hecho para ayudarle a recobrar el control antes de recurrir a la contención?

SI

NO

Si la respuesta es SÍ ¿qué podría haber hecho el personal?

2. ¿Intentó indicar a otras personas que necesitaba ayuda especial o que empezaba a sentir que perdía el control?

SI

NO

3. ¿Sabe por qué el personal determinó aplicar la contención?

SI

NO

4. ¿En su opinión, el tiempo que pasó bajo medidas de contención fue adecuado?

SI

NO

5. ¿Cree que podría haberse incorporado a espacios comunes antes?

SI

NO

6. Respecto a los cuidados que le ofrecieron....

¿Sus necesidades fueron satisfechas? SI NO

¿Fue tratado con respeto? SI NO

¿fue respetada su privacidad? SI NO

7. ¿Qué le resultó más útil de la intervención? ¿Y menos útil?