

FEBRERO 2012

Fomento de la seguridad: Alternativas al uso de contenciones



Aviso Legal

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o contención expresa para su reproducción, el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Registered Nurses' Association of Ontario (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2012). Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones (Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario.

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Website: www.rnao.org/bestpractices

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) presenta a todos los profesionales de la salud esta Guía de buenas prácticas en enfermería sobre *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones*. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y el excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana. RNAO se complace en proporcionar este recurso para ustedes.



Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de la RNAO de desarrollar unas Guías de buenas prácticas en enfermería (BPG, por sus siglas en inglés): al Ministerio de Sanidad de Ontario (Canadá) por reconocer nuestra capacidad de liderazgo en el desarrollo de este proyecto y proporcionar financiación plurianual; a Irmajean Bajnok, Directora de los Programas de asuntos internacionales y de Guías de buenas prácticas (en adelante, International Affairs and Best Practice Guidelines o IABPG, por su nombre y siglas en inglés), por su experiencia y liderazgo para la publicación de las Guías de buenas prácticas, y a todos y cada uno de los Jefes de equipo que han participado y, para esta Guía en particular, a Laura Wagner y Athina Perivolaris, por su gestión, compromiso y, sobre todo, por su gran experiencia. Gracias igualmente a Brenda Dusek, Gestora del Programa de IABPG de la RNAO, por su intenso trabajo para hacer de

esta Guía una realidad. Y, por supuesto, trasladamos nuestro agradecimiento al equipo de expertos de las Guías de buenas prácticas por dedicar generosamente su tiempo y experiencia para el desarrollo de este recurso. No podríamos haberlo conseguido sin todos ellos.

La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación, implantación, evaluación y revisión de cada una de las guías. Los gestores han respondido con entusiasmo a este proyecto, con la designación de profesionales impulsores de estas guías, la implantación de las guías en sus centros y la evaluación del efecto de las mismas, trabajando así para crear una cultura de práctica basada en la evidencia.

La adopción exitosa de estas guías requiere el esfuerzo conjunto de los responsables de formación en el ámbito académico y laboral, las propias enfermeras, otros profesionales del sector sanitario, los responsables de la contratación, los legisladores y los investigadores. Tras haber asimilado estas guías, las enfermeras y estudiantes de enfermería precisan un entorno laboral positivo para poder aplicarlas a la práctica diaria.

Es nuestro deseo que esta Guía se comparta con los otros miembros del equipo interprofesional, ya que tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos podemos asegurarnos de que las personas reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a single horizontal stroke.

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD(Hon), O.ONT.
Directora Ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España



La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Octubre 2014

A handwritten signature in purple ink that reads "Teresa Moreno".

Índice de Contenidos

Cómo utilizar este Documento.....	5	ANTECEDENTES
Resumen de Recomendaciones.....	6-8	
Interpretación de la Evidencia.....	9	
Miembros del Equipo de Desarrollo	10-11	
Agradecimientos a los Colaboradores.....	12-17	
Objetivos y ámbito de Aplicación.....	21-22	
Responsabilidad del desarrollo de las Guías	22	
Contexto previo	23	
Recomendaciones para la Práctica.....	26-47	RECOMENDACIONES
Recomendaciones para la Formación.....	48-49	
Recomendaciones para la Organización y Directrices	50-54	
Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras.....	55	
Evaluación / Monitorización de la Guía.....	56-59	
Estrategias de Implantación.....	60	
Proceso de Actualización y Revisión de la Guía	61	
Referencias	62-71	REFERENCIAS
Bibliografía	72-86	
Anexo A: Glosario	87-91	ANEXOS
Anexo B: Proceso de Desarrollo de la Guía	92	
Anexo C: Proceso de Revisión Sistemática	93-96	

Anexo D: Descripción de la Herramienta.....	97
Anexo E: Ejemplo: Entrevista SEBR (Subjective Experience of Being Restrained) sobre la Experiencia con contenciones.....	98-100
Anexo F: Ejemplo: Instrumento de Valoración a corto plazo del riesgo y la tratabilidad (START)	101-102
Anexo G: Ejemplo: Escala de violencia de Broset	103-104
Anexo H: Ejemplo: Escala HCR-20 de valores históricos-clínicos de gestión de riesgos.....	105
Anexo I: Ejemplo: Cuestionario CAQ de afrontamiento.....	106-107
Anexo J: Ejemplo: Lista de Alternativas	108-111
Anexo K: Ejemplo: Cuestionario PRUQ de percepción de los cuidadores sobre el uso de contenciones	112-116
Anexo L: Ejemplo: Plantilla gráfica ABC	117
Anexo M: Ejemplo: Registro de control de conducta.....	118-119
Anexo N: Ejemplo: Árbol de decisión de alternativas a las contenciones	120
Anexo O: Ejemplo: Perfil de comportamiento MAP	121-122
Anexo P: Ejemplo: Intervenciones del plan de seguridad	123-124
Anexo Q: Ejemplo: Árbol de decisión para el uso de barandillas de cama y otros equipamientos.....	125
Anexo R: Ejemplo: Plan de distensión personal.....	126-127
Anexo S: Ejemplo: Programa para mujeres: plan de seguridad	128
Anexo T: Ejemplo: Plan de confort - Programa de salud mental y adicciones.....	129
Anexo U: Ejemplo: Consejos de distensión e intervenciones de ayuda al afrontamiento	130-131
Anexo V: Lista de recursos en sitios web.....	132-134
Anexo W: Ejemplo: Registro de Observación y documentación: Registro de uso de emergencia 12h de medidas de contención química, mecánica y de aislamiento	135-142
Anexo X: Ejemplo: Formulario de información: Instrumento de intercambio de información tras un episodio de contención / aislamiento	143
Anexo Y: Ejemplo: Formulario de auditoría de la institución: Programa de uso de la menor forma de contención como último recurso (LRLR): Formulario de recogida de datos por unidad para la verificación de la adherencia a este Programa	144-148

Cómo Utilizar Este Documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno/las instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las guías no deben emplearse de forma literal sino como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y respaldo adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y valoración, etc. Se recomienda que las Guías se utilicen como una herramienta. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo. En esta Guía se sugieren algunos formatos que podrían ser de utilidad para dicha confección y adaptación local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- a) Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados de salud mediante las recomendaciones de la Guía.
- b) Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
- c) Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. A través de la página web de la RNAO (www.rnao.org) tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas.



Resumen de recomendaciones

Recomendaciones para la Práctica

RECOMENDACIÓN		Nivel de Evidencia
1	Las enfermeras deben establecer una relación terapéutica con el paciente en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros para ayudar a prevenir el uso de contenciones.	IV
2	Las enfermeras deben valorar al paciente en el momento de su ingreso y posteriormente de forma continua para identificar posibles factores de riesgo que puedan desembocar en el uso de contenciones.	IIb
3	Las enfermeras deben emplear el juicio clínico y las herramientas de valoración validadas para evaluar a los pacientes que pueden precisar contenciones.	IIb
4	Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional y el paciente y sus familiares / representantes para la toma de decisiones, deben elaborar un plan de cuidados individualizado que atienda a planteamientos alternativos al uso de contenciones.	IIb
5	Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben supervisar y reevaluar de forma continuada el plan de cuidados del paciente en función de la observación y/o de las inquietudes manifestadas por el paciente y sus familiares/representantes para la toma de decisiones.	IV
6	Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben apoyarse en estrategias multicomponente para prevenir en lo posible el uso de contenciones en pacientes que presenten riesgo.	IIa
7	Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben implantar técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis, y poner en marcha los recursos pertinentes para promover la seguridad y atenuar el riesgo de que el paciente o un tercero sufran cualquier daño cuando se intensifican las conductas reactivas.	IIb
8	Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben incorporar prácticas asistenciales que minimicen cualquier riesgo para la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el tiempo que se estén adoptando contenciones.	IV

Recomendaciones para la Formación

	RECOMENDACIÓN	Nivel de Evidencia
9	<p>Cuando se trabaja con pacientes a los que puede ser necesario aplicar contenciones, se debe incluir formación específica en los programas para enfermeras que se incorporan a este ámbito de práctica, así como oportunidades de formación continua, con especial atención a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Planteamientos de cuidados (p. ej. cuidados informados en caso de trauma); ■ Comunicación y educación del paciente y sus familiares/representantes para la toma de decisiones, y componentes fundamentales de las sesiones informativas con ellos; ■ Formación sobre las responsabilidades enfermeras para la correcta aplicación de las contenciones; ■ Toma de decisiones éticas; ■ Conocimiento de los diagnósticos y desencadenantes frecuentes asociados a las conductas reactivas en los pacientes que pueden hacer necesaria la aplicación de contenciones; ■ Colaboración interprofesional; ■ Conocimiento de medidas básicas de prevención, planteamientos alternativos, distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis; ■ Supervisión y documentación de responsabilidades; ■ Responsabilidad enfermera en términos de autorreflexión y exploración de los propios valores y creencias en torno al uso de contenciones y la transgresión de la autonomía y los derechos humanos del paciente; ■ Relaciones terapéuticas entre paciente y enfermera; cuidados centrados en el paciente y derechos de paciente; ■ Tipos de contenciones (de menor a mayor contención), riesgos de seguridad asociados y complicaciones potenciales del uso de contenciones; ■ Conocimiento de las condiciones legales y legislativas que regulan el uso de las contenciones. 	

Recomendaciones para la Organización y Directrices

	RECOMENDACIÓN	Nivel de Evidencia
10	<p>Las instituciones sanitarias deben implantar estrategias de mejora de la gestión de riesgos y la calidad para crear una cultura que promueva planteamientos alternativos al uso de contenciones para favorecer los derechos de los pacientes y la seguridad de los trabajadores. Para ello deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Definir qué se entiende por contenciones; ■ Desarrollar una filosofía que promueva planteamientos alternativos al uso de contenciones; ■ Establecer una política de reducción/prevención de las medidas de contención; ■ Desarrollar estructuras que permitan la identificación temprana de los pacientes que puedan presentar un riesgo para sí mismos o para terceros, lo que podría conducir a la aplicación de contenciones; ■ Educar al paciente y a sus familiares/representantes para la toma de decisiones sobre los riesgos asociados al uso de contenciones, y explorar con ellos qué concepto de seguridad tienen; ■ Establecer un programa multicomponente que incluya formación para los miembros de la plantilla sobre estrategias alternativas al uso de las contenciones; ■ Usar planteamientos alternativos, de resolución de conflictos y de manejo de crisis, así como estrategias de intervención de segunda línea, con las contenciones como medida de seguridad como último recurso; ■ Crear protocolos de supervisión para los pacientes y definir las exigencias de documentación necesarias durante el tiempo que dure el episodio de contención; ■ Definir las responsabilidades de comunicación e informar a los pacientes y sus familiares/responsables de la toma de decisiones y al equipo interprofesional; ■ Crear programas de evaluación para supervisar la incidencia del uso de contenciones, la aceptación de los planteamientos alternativos al uso de dichas medidas y su impacto en la seguridad del paciente, sus familiares/representantes para la toma de decisiones y el equipo interprofesional. 	Ib
11	<p>El modelo de cuidados de la institución debe promover un enfoque de colaboración entre el equipo interprofesional y el paciente, sus familiares/representantes para la toma de decisiones que fomente el uso de planteamientos alternativos y prevenga el uso de contenciones.</p>	III
12	<p>Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Una evaluación de la disposición institucional en materia formativa y los posibles obstáculos en este ámbito, teniendo en cuenta las circunstancias locales. ■ Implicación de todos los miembros (ya sea con funciones de apoyo directo, ya indirecto) que vayan a tomar parte en el proceso de implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Designación de una persona cualificada dedicada a la formación y al proceso de implantación. ■ Oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. 	IV

Interpretación de la Evidencia

Tipos de Evidencia

Niveles de Evidencia	
Ia	Evidencia obtenida de metanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado bien diseñado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Fuente: SIGN 50. Niveles de Evidencia. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>



Miembros del Equipo de Desarrollo

Laura M. Wagner RN, PhD

Team Leader

Adjunct Scientist
Kunin Lunenfeld Applied & Evaluative Research Unit
Baycrest Geriatric Health Care System
Toronto, Ontario
Assistant Professor
New York University College of Nursing
Hartford Institute for Geriatric Nursing
New York, NY, USA

Athina Perivolaris RN, BScN, MN

Team Leader

Advanced Practice Nurse
Mental Health/Gerontology, Centre for Addiction and
Mental Health
Toronto, Ontario

Nancy Boaro RN, BScN, MN, CNN(C), CRN(C)

Advanced Practice Leader, Neuro Program
Toronto Rehabilitation Institute
Toronto, Ontario

Lisa Casselman BSc, BSW, MSW, RSW

Mental Health Commission of Canada (July 2011)
Lisa Casselman and Associates
Calgary, Alberta

Louise Carreau RN, BScN, MN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse
Bruyère Continuing Care
Ottawa, Ontario

Susan Edgar RN, BScN, MN, GNC(C)

Clinical Nurse Specialist, Geriatrics
Grand River Hospital,
Kitchener/Waterloo, Ontario

Jeanette Kuntz RN, BScN

Corporate Nursing Consultant Nursing/Retirement Homes
Caressant Care Nursing Homes (Corporate)
Woodstock, Ontario

Mary Anne Lamothe RN, MScN

Coordinator Clinical Practice & Standards
North Bay Regional Health Centre
North Bay, Ontario

Ibo Barbacsy-MacDonald RN, BHK, BScN, MSc

Long-Term Care Best Practice Coordinator
South East, Local Health Integration Network
Registered Nurses' Association of Ontario
South Eastern Ontario

Mary-Lou Martin RN, BScN, MScN, MEd

Clinical Nurse Specialist, St Joseph's Healthcare
Associate Professor, McMaster University
Hamilton, Ontario

Catherine Morash RN, BScN, MEd

Advanced Practice Nurse, Trauma, Emergency & Critical Care
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Michelle A. Peralta RN, BScN, BHSc, MN

Clinical Nurse Specialist, Medical Psychiatry Program
Department of Psychiatry
Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Paula Raggiunti RN, BScN, MHSc, CHE

Director, Infection Prevention & Control
Rouge Valley Health System
Scarborough, Ontario

Dianne Rossy RN, BN, MScN, GNC(C)

Advanced Practice Nurse, Geriatrics
The Ottawa Hospital
Ottawa, Ontario

Sanaz Riahi RN, BScN, MSN

Clinical Education Leader
Professional Practice
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby, Ontario

Anne Stephens RN, BScN, MEd, GNC(C)
Clinical Nurse Specialist - Seniors Care
Toronto Central Community Care Access Centre
Toronto, Ontario

Molly Westland RN, BScN, MN
Academic Chair
School of Education Health and Wellness
Fleming College
Peterborough, Ontario

Brenda Dusek, RN, BN, MN
Facilitator, Program Manager
International Affairs and Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Glynis Vales BA
Program Assistant
International Affairs and Best Practice Guidelines Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

La RNAO quiere agradecer la labor de Mary Tang RN, BScN, MN, ENC(C), Investigadora Adjunta, y Laura Sangster BA, M.CL.SC. (Doctorando), Auxiliar de Investigación, por su contribución a la evaluación de la calidad de la literatura y la preparación de las tablas de evidencia.

Todos los miembros del equipo de desarrollo de la guía realizaron declaraciones de interés y confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.



Agradecimientos a los colaboradores

Se solicitó la participación de colaboradores de diversos ámbitos y la RNAO desea agradecer a las siguientes personas su contribución en la revisión de esta Guía de buenas prácticas en enfermería:

Jamie Arthur BSc, BScPT

Client Services Manager
Access Centre, Seniors Enhanced Care Program
Toronto Central Community Care
Toronto, Ontario

Susan Ashton RN, BScN, PHN

Principal
Ashton Consulting
Yellowknife, North West Territories

Susan Bailey RN, BA, MHScN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator
Central, Local Health Integration Network
Registered Nurses' Association Ontario
Toronto, Ontario

Linda Bayly RN, BScN, GNC(C)

Corporate Nursing Consultant
AON Inc.
Omeme, Ontario

Shawna Belcher RN, BScN, CPMHN(C)

Team Leader Inpatient Mental Health
Orillia Soldiers Memorial Hospital
Orillia, Ontario

Jennifer Berger RN, BScN, MSc, CPMHN(C)

Clinical Specialist
Canadian Institute for Health Information Ontario Mental Health
Reporting System
Toronto, Ontario

Susan Bernjak BA, RN, CACE, GNC(C)

Regional Educator
Winnipeg Regional Health Authority
Winnipeg, Manitoba

Joy Bevan RN, BHSc(Nurs), MHSM

Associate Vice President Medicine
Grand River Hospital
Kitchener, Ontario

Margaret Blastorah RN, PhD

Director of Nursing
Knowledge Research & Innovation
Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Jennifer Chambers BSc

Empowerment Coordinator
Empowerment Council
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Uppala Chandrasekera MSW, RSW

Planning and Policy Analyst
Canadian Mental Health Association Ontario
Toronto, Ontario

Theresa Claxon-Wali, CPS

Chair
Ontario Association of Patient Councils, Centre for Addiction and
Mental Health
Toronto, Ontario

Michelle Court, RN

Staff Nurse (Mental Health)
St. Joseph's Hospital Mountain Site
Hamilton, Ontario

Debora Cowie RPN

Grief and Bereavement Educator
Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Whitby, Ontario

Yvonne Craig BScN, BN, RN, CPMHN(C)

Nurse Clinician
Royal Ottawa Mental Health Centre
Professional Development, Crisis Prevention Instructor
Ottawa, Ontario

Kathy Culhane RN

Nurse Educator
Lady Dunn Health Centre
Wawa, Ontario

Michelle DaGloria RN, BScN

Clinical Educator, Professional Practice Lead Medicine
Guelph General Hospital
Guelph, Ontario

Sylvia Davidson MSc, DipGer, OT Reg.(Ont.)

Advanced Practice Leader – Geriatrics
Toronto Rehabilitation Institute – University Centre
Toronto, Ontario

Nicole Didyk MD, FRCP(C)

Geriatrician
St. Mary's Hospital/Grand River Hospital
Waterloo Regional Campus
Michael G. De Groote School of Medicine McMaster University
Waterloo, Ontario

Lynda Dunal MSc, BScOT, OT Reg.(Ont)

Occupational Therapist
Baycrest Geriatric Health Care System
Toronto, Ontario

Deborah Duncan RN

Vice President Regional Programs
Waypoint Centre for Mental Health Care
Penetanguishene, Ontario

Michele Durrant RN, MSc

Advanced Nursing Practice Educator
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Patricia A. Ford RN(EC), BA(N), MHSc, GNC(C)	Clinical Nurse Specialist/Adult-Nurse Practitioner Geriatric Services Assistant Clinical Professor, McMaster University St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario
Lisebeth Gatkowski RN, BScN, CPMHN(C)	Nurse Educator St. Joseph's Healthcare Hamilton Mental Health & Addiction Program Hamilton, Ontario
Ainsley Gillespie RN, MScN	Manager Nursing Practice Lakeview Manor Beaverton, Ontario
Bettyann Goertz RN, BScN, CPMHNC	Staff Nurse, Clinical Instructor London Health Sciences Centre Fanshawe College London, Ontario
Leslie Green RN	Extendicare, E.O. Long-Term Care Consultant, Extendicare Canada Corporate Office Markham, Ontario
Kathy-Lynn Greig RPN, BScN Student	Staff Nurse The Scarborough Hospital, Birchmount Campus, West Park Healthcare Centre Scarborough, Ontario
Carol Holmes RN, BScN, MN, GNC(C)	Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator Provincial Projects Registered Nurses' Association Ontario Toronto, Ontario
Laurie Horricks MN, RN	Clinical Nurse Specialist McMaster Children's Hospital Child and Youth Mental Health Unit Hamilton, Ontario
Hellen Jarman RN(EC), NP-PHC, BScN	Nurse Practitioner – Geriatrics St. Mary's General Hospital Waterloo, Ontario
Karen J. Kieley MHSA	Product Development Specialist Accreditation Canada Ottawa, Ontario
Stephanie Laivenieks RN, BScN	Senior Manager Clinical Programs The Hospital for Sick Children Toronto, Ontario

Frances Lankin	Commissioner Community and Social Services, Commission for the Review of Social Assistance in Ontario Toronto, Ontario
Sandra Law RN, MA	Geriatric Clinical Nurse Specialist, Geriatric Nurse Practitioner (U.S.) Toronto, Ontario
Arlette Lefebvre MD, FRCP(C)	Staff Psychiatrist Hospital for Sick Children Toronto, Ontario
Elena Luk RN, BScN, CNCC(C)	PhD Student Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing University of Toronto Toronto, Ontario
Steve Lurie BA, MSW, MMTG	Executive Director The Canadian Mental Health Association, Toronto Branch Toronto, Ontario
Tina Mah BScOT, MBA	Vice President, Planning and Performance Management Grand River Hospital Kitchener, Ontario
Sandra Mairs RN, BScN, MHSc(N), GNC(C)	Professor, Collaborative BScN Program Durham College/University of Ontario Institute of Technology Oshawa, Ontario
Peggy McDougall RN, MSc(A)	Staff Nurse Bruyère Continuing Care Ottawa, Ontario
B. McGibbon Lammi MSc BHSc(OT), OT Reg.(Ont.)	Policy Analyst Canadian Association of Occupational Therapist Ottawa, Ontario
Rola Moghabghab NP-Adult, BScN, MN, GNC(C)	Nurse Practitioner - Geriatric Emergency Management St. Michael's Hospital Toronto, Ontario
Emily Parsons RN, BScN, MN, GNC(C)	Clinical Nurse Specialist – Geriatric Emergency Management Nurse Grand River Hospital Kitchener, Ontario
Susan Phillips RN, MScN, GNC(C)	Geriatric Nurse Specialist The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario

Sharon Ramagnano RN, BScN(E), MSN/MHA, ENC(C)	Advanced Practice Nurse Emergency/Trauma Sunnybrook Health Sciences Center Toronto, Ontario
Ping Rau RN, MSc, CPMHN(C)	Clinical Practice Leader Rouge Valley Health System Ajax, Ontario
Tiziana Rivera RN, BScN, MSc, GNC(C)	Chief Practice Officer York Central Hospital Richmond Hill, Ontario
Dorene Rosmus RN, BN, GNC(C)	Education Coordinator Interlake Regional Health Authority Selkirk, Manitoba
Tess Sheldon MSc, JD, LLM	Staff Lawyer ARCH Disability Law Centre Toronto, Ontario
Judy Smith RN, BScN, MDE, ENC(C)	Geriatric Emergency Management Nurse York Central Hospital Richmond Hill, Ontario
Orla Smith RN, BScN, MN, CNCC(C)	Research Manager, Critical Care St. Michael's Hospital Toronto, Ontario
Denise Sorel RN, BScN, CIC	Project Manager Canadian Patient Safety Institute Edmonton, Alberta
Lily Spanjevic RN, BScN, MN, GNC(C), CRN(C)	Advanced Practice Nurse – Geriatrics, Medicine Joseph Brant Memorial Hospital Burlington, Ontario
Stanley Stylianos BS, BA	Program Manager Psychiatric Patient Advocate Office Toronto, Ontario
Susanne Swayze RPN	Secure Forensic Staff Nurse St. Josephs' Healthcare Hamilton Hamilton, Ontario
Irina Sytcheva MSW, RSW	Policy and Advocacy Coordinator Schizophrenia Society of Ontario Toronto, Ontario
Fran Szypula RN, BScN, CPMHN(C)	Nurse Educator St. Joseph's Healthcare Hamilton, Ontario

Heather Thompson RN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator
North East, Local Health Integration Network
Registered Nurses' Association Ontario
Toronto, Ontario

Andrea Trainor RN, BSc(N), MSc(A)

Advanced Practice Nurse
Bruyère Continuing Care
Ottawa, Ontario

Dania Versailles RN, BScN, MScN, CVAA(C)

Clinical Nurse Specialist
Hopital Montfort
Ottawa, Ontario

Natalie Warner RN, MN

Long-Term Care Best Practice Guideline Coordinator
Central East, Local Health Integration Network
Registered Nurses' Association Ontario
Toronto, Ontario

Luana Whitbread RN, BSc, BN, MN, GNC(c)

Clinical Nurse Specialist
Personal Care Home Program
Winnipeg Regional Health Authority
Winnipeg, Manitoba



Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD

Coordinadora Científica

Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD cand.

Coordinadora Técnica

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Equipo de Traducción

Marta López González

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

María Nebreda Repesa

Coordinadora de Traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón

Traductora Responsable de Proyecto

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

Juan Diego López García

Traductor Responsable de Proyecto

Licenciado en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de Granada

Colaboración Externa Traducción

Elena Morán López

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Licenciado en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado

Licenciado en Lenguas Extranjeras Aplicadas y Traducción.
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de Revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii,
Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña,
A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD

Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Lleida. Lleida.

Isabel Margalet

Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur
Guadalajara España

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre
Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe
Madrid, España.

Iosune Salinas

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.

Lara Edurne González Castellanos, DUE

Centro de Salud José M^a Llanos. Madrid.

M. Carmen Gallo Blanco

Enfermera (DUE)
Hospital Dr. José Molina Orosa
Lanzarote, España

Objetivos y Ámbito de Aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de manera sistemática para ayudar a médicos y pacientes a tomar las decisiones oportunas en lo relativo a la atención sanitaria. (Field & Lohr, 1990).

La presente Guía ofrece recomendaciones para enfermeras y auxiliares de enfermería para la atención de individuos que presentan conductas de riesgo que pueden suponer un peligro para sí mismos o para otros y llevar al posible uso de contenciones (de tipo físico, químico o del entorno). *Salvo que se indique lo contrario, el foco de la discusión se centra en las medidas de contención física.*

El objeto de este documento es el de ayudar a enfermeras y auxiliares a centrarse en buenas prácticas basadas en la evidencia en el contexto de la relación enfermera-paciente y en estrategias de valoración, prevención y uso de prácticas alternativas (como técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis) para evitar el uso de medidas de contención y avanzar hacia una atención no restrictiva en diversos entornos asistenciales, como de agudos, de larga duración o el domiciliario.

Los Anexos incluidos al final de la presente guía ofrecen ejemplos de distintos tipos de instrumentos empleados en varias instituciones. El contenido de estos textos puede no coincidir con la terminología o las definiciones de los términos (véase el Anexo A) empleados en este documento. Los ejemplos pueden ayudar a los miembros del equipo interprofesional y a las instituciones a entender la aplicación de los conceptos presentados en la sección de discusión de la evidencia y a explorar qué tipo de herramientas serían necesarias.

La tendencia hacia prácticas alternativas para cuidados libres de contenciones pueden no ser de aplicación en todas las instituciones (p.ej. policial y penitenciario), ya que estas instituciones están excluidas del alcance de esta Guía.

Las enfermeras ejercen un papel importante en la seguridad del paciente a través de la implantación de medidas alternativas para prevenir el uso de contenciones y evitar los potenciales resultados adversos asociados a su utilización. Cabe destacar que esta guía no puede abarcar todas las situaciones de todos los entornos sanitarios y todos los tipos de población, ya que en algunas áreas no se dispone de investigación; con esta guía se pretende presentar los mejores resultados de investigación disponibles en forma de recomendaciones. No obstante, animamos a las enfermeras a revisarla para identificar las recomendaciones de práctica más adecuadas para su centro o institución de práctica enfermera, y siempre dentro del contexto de las regulaciones locales y nacionales vigentes para el ámbito de práctica y la población en concreto con que trabajen.

A lo largo de guía se ha tratado de señalar en todo momento el tipo de población y el sector sanitario a los que se refiere la investigación desarrollada. Sin embargo, dado que no se dispone de investigación en ciertos sectores asistenciales como el domiciliario, en algunas áreas de especialidad (como tratamientos concretos y cirugía) y en poblaciones especiales (como la pediátrica) las conclusiones tienen ciertas limitaciones. Las enfermeras que trabajen en estas áreas deberán revisar cada recomendación y discusión de la evidencia relacionada para estimar su aplicabilidad en el entorno y la población con que trabaje, para garantizar que su práctica sea segura.

Las enfermeras de cualquier entorno de atención deben ser conscientes de la legislación vigente en su ámbito local, su sector de salud y la población a la que atiende al cambiar hacia la implantación de buenas prácticas para apoyar los entornos libres de contenciones.

Se pretende que esta guía sea aplicable a todos los ámbitos de enfermería, tanto clínicos como administrativos y educativos, para ayudar a sus profesionales a trabajar de forma más cómoda, segura y competente en la atención a individuos que corren el riesgo

de hacerse daño a sí mismos o a terceros.

- i. Evaluación, prevención y planteamientos alternativos;
- ii. Intervenciones de distensión y gestión de crisis; y
- iii. Uso de contenciones centrado en la seguridad de paciente.

Además, la guía puede dar soporte a enfermeras que estén planteándose el uso de contenciones como último recurso y durante el menor tiempo posible cuando las estrategias de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis no han sido suficientes para garantizar la seguridad de la persona y de terceros.

No se ha encontrado investigación o la mejor evidencia sobre el mejor tipo de contención o las rutinas de monitorización para guiar el desarrollo de recomendaciones específicas adecuadas a todos los tipos de paciente afectados por las contenciones.

Es importante que las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, conozcan los antecedentes del paciente (trauma/preferencias) y trabajen con él o ella para identificar alternativas al uso de contenciones y, en caso necesario, emplear la mejor opción de contención como último recurso. Las enfermeras que trabajen en el seno de una institución deben ser conscientes de las políticas y procedimientos de su centro de trabajo para identificar qué es una medida de contención en contraposición a un dispositivo de servicio auxiliar personal (PASD), y qué medidas de supervisión y observación deben existir cuando se emplean contenciones.

Está generalmente reconocido que, para que la atención sanitaria sea efectiva, debe basarse en un planteamiento interprofesional coordinado en el que haya comunicación continua entre los sanitarios y los pacientes y sus familiares/representantes.

Responsabilidad del desarrollo de las Guías

El desarrollo de la *Guía Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario a partir de las recomendaciones de la investigación judicial realizada en Ontario (Canadá) entre el 18 de septiembre y el 10 de octubre de 2008. Dicha investigación se produjo a raíz de la muerte de una persona a la que se acababan de retirar determinadas contenciones, y cuyo fallecimiento se produjo por una embolia pulmonar aguda. En el informe se recogían diversas recomendaciones asociadas a la creación de una guía sobre las contenciones:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)

61. Que la RNAO debe desarrollar una guía de buenas prácticas sobre el uso de las medidas de contención en pacientes psiquiátricos, en concertación con las partes interesadas en el área, como la Asociación de Enfermeras de Ontario (Ontario Nurses' Association).
62. Que la guía de buenas prácticas debe facilitarse a las enfermeras junto con una herramienta de aplicación.

Se puede acceder al texto completo del fallo judicial en: <http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/PPAO/en/Documents/sys-inq-jam.pdf>

En abril de 2010, se reunió a un equipo de expertos de los ámbitos de la práctica, la educación y la investigación procedentes de diversos sectores y entornos sanitarios a instancias de la RNAO. El grupo debatió sobre el objeto del trabajo y llegó a un consenso sobre el ámbito de la guía: seguridad del paciente y alternativas al uso de contenciones. Posteriormente, se realizó una búsqueda de la literatura de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios de investigación relevantes y otros tipos de evidencia. Véanse los Anexos B & C para obtener más detalles de la estrategia de búsqueda y sus resultados.

Contexto Previo

En junio de 2001, la provincia de Ontario en Canadá promulgó la Ley para la Minimización de contenciones para el paciente (Patient Restraints Minimization Act, 2001 - Bill 85) (disponible en: http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_01p16_e.htm). Desde entonces, los centros sanitarios han creado directrices y procedimientos de práctica para minimizar el uso de contenciones físicas y químicas y fomentar el uso de medidas alternativas (Ralphs-Thibodeau et al., 2006). A pesar de la promulgación de dicha ley en 2001 y la puesta en marcha de un sinnúmero de procedimientos y políticas institucionales, los profesionales sanitarios de primera línea siguen expresando una viva preocupación por el uso que se hace de las contenciones, y siguen apareciendo informes sobre casos que culminan en lesiones o muerte, incluso cuando se aplican métodos “menos restrictivos”, como cinturones de seguridad en los asientos. En salud mental, el uso de contenciones no resulta coherente con un modelo de recuperación en que el que el paciente tenga control, empoderamiento e implicación en sus propios cuidados (Huckshorn, 2004; Mental Health Commission of Canada, 2009; Schrank & Slade, 2007). Los profesionales asistenciales de primera línea siguen empleando contenciones, lo que viene a confirmar la preocupación de que las políticas que abogan por la atención sin contenciones (o con un uso mínimo de las mismas) y la falta de medidas alternativas podrían incrementar en realidad el riesgo de daño para los pacientes y para terceros (incluido el personal sanitario), al tiempo que aumentaría la carga de trabajo y el riesgo para las instituciones (Johnson, Ostaszkievicz, & O’Connell, 2009; Livingston, Verdun-Jones, Brink, Lussier, & Nicholls, 2010; Nay & Koch, 2006; Ralphs-Thibodeau et al.; Ryan & Bowers, 2006).

Las contenciones, tal y como las define el Colegio de Enfermeras de Ontario (College of Nurses of Ontario, CNO), (rev. 2009c) son aquellos medios físicos, químicos o ambientales empleados para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o de parte de su cuerpo. Las *medidas físicas* limitan el movimiento de la persona; pueden ser, por ejemplo, una silla fijada a una mesa o una barandilla en la cama que no pueda ser movida por el paciente. Las *medidas ambientales* controlan la movilidad del paciente; algunos ejemplos son las unidades o jardines con medidas de seguridad, el aislamiento o el uso de salas “de reflexión”. Las *medidas químicas* son cualquier tipo de medicación psicoactiva empleada no para tratar una enfermedad, sino para inhibir intencionadamente un comportamiento o movimiento en concreto.

El aislamiento, con o sin contenciones, es una medida empleada para el manejo de los pacientes que apenas se ha documentado en entornos asistenciales. Feng et al. (2009) realizaron un estudio transnacional sobre el uso de contenciones y psicoactivos en centros de larga estancia, y observaron que la prevalencia del uso de contenciones llegaba hasta quintuplicarse en función del país: de una media del 6% en Suiza hasta el 9% en Estados Unidos, el 20% en Hong Kong, el 28% en Finlandia y más del 31% en Canadá. Un estudio desarrollado por Minnick, Mion, Johnson, Catrambone & Leipzig (2007) subrayó que la prevalencia del uso de contenciones en hospitales de Estados Unidos llevaba a 50 de cada 1000 días. Un reciente estudio elaborado por Dumais, Larue, Drapeau, Menard & Giguere Allard (2010) sobre 2721 pacientes psiquiátricos en centros de salud mental de Canadá halló que el 23,2% de los pacientes había pasado por periodos de aislamiento y que el 17,5% de ellos había sido aislado con medidas de contención (física).

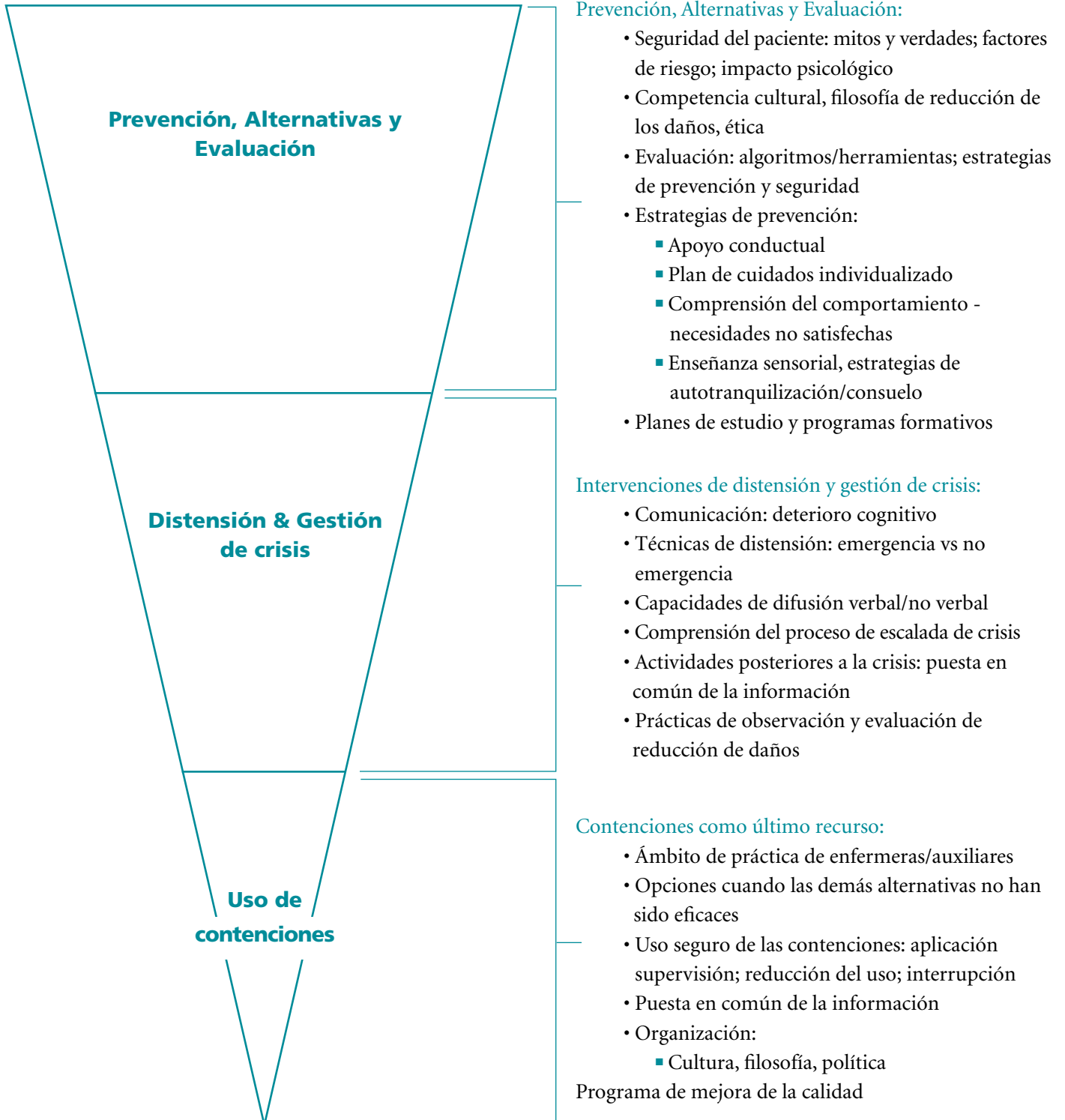
La eficacia del uso de contenciones físicas para prevenir caídas y lesiones no ha quedado probada y puede incluso aumentar el riesgo de caídas (Evans, Wood, & Lambert, 2002). Se ha señalado que la prevención de comportamientos como la agresividad, la deambulación o la interferencia con el tratamiento prescrito se asocia a diversos efectos perjudiciales de tipo físico, psicológico y social para el paciente, tales como deterioro de la movilidad, la cognición y la función social, así como síntomas conductuales (Pellfolk, Gustafson, Bucht, & Karlsson, 2010). El uso de contenciones a corto plazo se ha asociado a muerte súbita por trombosis venosa profunda y embolia pulmonar (Dickson & Pollanen, 2009).

Los miembros del equipo de desarrollo coincidieron en que el uso de un modelo en conjunción con los principios rectores constituía un punto de partida fundamental para el desarrollo de la guía de cara a promover entornos sin contenciones para aquellos individuos susceptibles de presentar conductas perjudiciales para sí mismos o para otros.

El equipo de desarrollo estima que el avance hacia entornos sin contenciones queda expuesto en el modelo de Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones representado en la Figura 1. El primer aspecto clave se centra en la prevención, las medidas alternativas y la evaluación; el segundo aborda la implantación de estrategias alternativas, como el uso de intervenciones de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis; el último aspecto de interés es el uso de las contenciones como último recurso, únicamente cuando todas las demás opciones han resultado inefectivas, con lo que el paradigma se orienta hacia una cultura sin contenciones que busca alternativas a su uso en vez de minimizar su aplicación.

Figura 1: Modelo

Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones



Los principios rectores empleados para el desarrollo de la presente Guía son los siguientes:

Supuestos / Principios rectores para el *Fomento de la Seguridad: Alternativas al Uso de Contenciones*

- El paciente –sea paciente, residente, consumidor, familiar, pareja/ser querido, representante en la toma de decisiones– es un interlocutor activo en los cuidados hasta donde llegue su capacidad, en colaboración con el equipo sanitario interprofesional.
- La filosofía del cuidado individualizado es fundamental en la relación terapéutica entre enfermera y paciente.
- Toda conducta del paciente tiene un significado con relación a una causa subyacente.
- La prevención del uso de contenciones comienza con la valoración y el uso de planteamientos alternativos.
- Se pueden utilizar técnicas de distensión para el manejo de crisis como estrategia preventiva para evitar el uso de contenciones.
- En todas las instituciones y en todos los niveles asistenciales es necesario trabajar por la implantación de entornos sin contenciones.
- Cuando resulta inevitable emplear contenciones, se deben usar las medidas menos restrictivas y durante el menor tiempo posible para evitar un daño al propio paciente o a terceros; el uso de contenciones es temporal y deberá seguir considerándose el uso de medidas alternativas.



Recomendaciones para la práctica para la valoración, la prevención y el empleo de planteamientos alternativos al uso de contenciones

RECOMENDACIÓN 1

Las enfermeras deben establecer una relación terapéutica con el paciente en riesgo de hacerse daño a sí mismo o a otros para ayudar a prevenir el uso de contenciones.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Existe evidencia de que la relación terapéutica desarrollada entre los pacientes y el personal contribuye a la disminución de comportamientos alterados/agresivos (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care [NCCNSC], 2005). La relación terapéutica es fundamental para fomentar la confianza y la comunicación terapéutica y entender el significado de los comportamientos del paciente (RNAO, rev. 2006b): a medida que se desarrolla la confianza en la relación, también va aumentando la capacidad de la enfermera para aplicar de forma efectiva técnicas de comunicación terapéutica con las que explorar sus emociones, pensamientos y comportamiento y contribuir así al desarrollo del plan de cuidados, con el objetivo de implantar intervenciones de distensión cuando sea necesario para prevenir o minimizar las conductas que aumentan el riesgo de contenciones. Es frecuente que, una vez creada una relación de confianza, los pacientes se muestren más receptivos ante la comunicación terapéutica y las técnicas de relajación cuando se producen estas situaciones. Si se comprende la experiencia del paciente, resulta más fácil aplicar satisfactoriamente las estrategias de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis para ayudar a evitar o minimizar los comportamientos que aumentan el riesgo de uso de contenciones.

El Estándar de Relación Terapéutica Enfermera-Paciente del CNO (Therapeutic Nurse Client Relationship Standard, rev. 2009d) señala que un elemento esencial de la enfermería es la relación terapéutica enfermera-paciente, fundamental para promover su salud y bienestar. Dicha relación debe basarse en la empatía, el respeto y la confianza, lo que exige un conocimiento profesional de la intimidad del paciente y del poder inherente de la enfermera en su papel de profesional sanitario. El CNO (rev. 2009d) indica que la enfermera debe proteger al paciente y garantizar que la relación entre ambos sea psicoterapéutica. El conocimiento de la persona como individuo único permite observar a qué desencadenantes responde o qué señales muestra para comprender el significado de su comportamiento y para individualizar las intervenciones de prevención y manejo de las conductas que pueden desembocar en el uso de contenciones. Todo comportamiento tiene un significado, y es importante determinar los desencadenantes o razones que hay tras el comportamiento para planificar intervenciones efectivas y velar así por la salud y el bienestar de la persona. Johnson & Hauser (2001) indican que es preciso entender el significado de la conducta del paciente en el contexto de la situación y de la interacción enfermera-paciente para identificar la intervención más adecuada que se adapte a sus necesidades.

Bonner, Lowe, Rawcliffe & Wellman (2002) exploraron la experiencia subjetiva de las medidas de contención física para los pacientes de salud mental. Las conclusiones señalaron que los pacientes percibían que les habría resultado positivo pasar tiempo con el personal antes y durante el proceso de contención. Cuando las enfermeras y los miembros del equipo interprofesional pasan tiempo con el paciente, pueden llegar a conocerlo y facilitar la colaboración para buscar o tener en cuenta factores internos (p. ej., enfermedad) y externos (p. ej., entorno) que podrían contribuir a la aparición de conductas alteradas y/o agresivas. La Penn Nursing Science, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pennsylvania, tiene un modelo de entrevista estructurada sobre la experiencia subjetiva de ser sometido a contenciones (*Subjective Experience of Being Restrained*, SEBR) (véase el Anexo E) que sirve de ejemplo de herramienta que puede facilitar los intercambios entre enfermeras y pacientes para comprender mejor los episodios de contención.

Un estudio realizado por Holmes, Kennedy & Perron (2004) demostró que el contacto entre enfermera y paciente era de gran importancia en la gestión de crisis. Sus conclusiones sugerían que la falta de dicho contacto durante el aislamiento influía negativamente en la percepción y la experiencia emocional de los pacientes.

Una relación terapéutica entre enfermera y paciente hace que la comunicación sea más efectiva. Un estudio cualitativo realizado por Kontos & Naglie (2007) exploró la condición de persona (personhood) y la comunicación como forma de mejorar los cuidados a la demencia centrados en la persona. Los pacientes con demencia pierden gradualmente la capacidad de mantener sus funciones sociales. Es preciso darse cuenta de que este papel social es una parte esencial del individuo que se expresa exteriormente y tratar de conocer verdaderamente a la persona descubriendo cuál es la noción que tiene el paciente sobre su propio yo, lo que ayudaría a las enfermeras a conectar con los pacientes a nivel más profundo (p. ej., individuo que anteriormente ha sido conserje en un centro escolar, que siempre ha trabajado en turno de noche y a quien le gustaba plantar flores en su tiempo libre). De este modo, se contribuye a mejorar la interacción entre enfermera y paciente para la prestación de cuidados cuando se manejan comportamientos reactivos como agitación y agresividad (Kontos & Naglie; RNAO, rev.2010a). RNAO, rev. 2010a).

RECOMENDACIÓN 2

Las enfermeras deben valorar al paciente en el momento de su ingreso y posteriormente de forma continua para identificar posibles factores de riesgo que puedan desembocar en el uso de contenciones.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la evidencia

En el momento del ingreso, las enfermeras deben evaluar la potencial susceptibilidad del paciente a factores predisponentes o desencadenantes de conductas que requieran contenciones. En la literatura se identifican numerosos factores predisponentes y desencadenantes (véanse Figuras 2 y 3) que pueden contribuir a la decisión de la enfermera sobre el uso de contenciones en su labor asistencial. Uno de los objetivos en términos de seguridad del paciente es precisamente identificar qué individuo puede correr el riesgo de precisar dichas contenciones e implantar estrategias alternativas para prevenir su uso. La edad del paciente puede influir en los factores predisponentes y desencadenantes, así como otros aspectos que, de forma combinada o individual, provocan comportamientos que influyen en la decisión enfermera sobre la conveniencia de las medidas de contención para evitar daños al propio paciente y/o a terceros. Algunos factores de riesgo predisponentes también pueden actuar como desencadenantes. Cuando los pacientes con factores de riesgo predisponentes se encuentran en una situación nueva, dichos factores de riesgo pueden aumentar o agudizarse con relación a situaciones anteriores.

En los procedimientos de ingreso, la enfermera debe comprender los distintos diagnósticos del paciente y realizar una valoración de sus antecedentes para detectar características predisponentes o factores desencadenantes conocidos que pudieran poner al paciente en situación de riesgo. Cuando sean identificados, deberán documentarse claramente y comunicarse al equipo interprofesional. No se dispone de estudios sólidos en todos los entornos sanitarios que sirvan de apoyo a las enfermeras a la hora de comprender y anticipar todos los posibles factores predisponentes y desencadenantes potencialmente asociados al riesgo de uso de contenciones. Las características de los pacientes y los factores desencadenantes afectan a todos los rangos de edad y sectores sanitarios (p. ej., agudos, de larga estancia, atención comunitaria) y en algunas poblaciones, como son la geriátrica, la de salud mental, la de trauma o la pediátrica, se deben tener en cuenta consideraciones especiales. La mayoría de estudios se centra en pacientes de la tercera edad, los de salud mental, los de larga estancia o los de entornos de agudos. Un estudio cuantitativo realizado por Bourbonniere, Strumpf, Evans & Maislin (2003) concluyó que se pueden pasar por alto las siguientes características de los pacientes como variables para el uso de contenciones: estado mental gravemente deteriorado; uso de inglés como segunda lengua [en Canadá]; uso de sedación; y pérdida sensorial/de la percepción que afecte a su capacidad para comunicarse.

Entender los antecedentes del paciente, las circunstancias que han llevado a su ingreso y las posibles influencias del entorno son cuestiones de gran importancia en la valoración inicial para desarrollar un plan de cuidados que incorpore estrategias de prevención y enfoques alternativos al uso de contenciones. Las enfermeras deben tener en cuenta no solo las características del paciente, sino también factores asociados a ciertas poblaciones de pacientes que se sabe desembocan en el uso de medidas de contención. También deben entender los factores desencadenantes no clínicos o del entorno, como las aglomeraciones en los pasillos, el tiempo de espera del ascensor a la hora de las comidas, los distintos niveles de ruido en el centro, el traslado del paciente a una nueva residencia o institución, la exposición o no exposición a música y/o actividades sociales, la actitud del personal y los ratios de la plantilla o los cambios en la misma; todo ello puede desencadenar conductas desafiantes que sitúen al paciente en riesgo de recibir contenciones (Shah, Chiu, Ames, Harrigan, & McKenzie, 2000).

Factores de riesgo predisponentes

La nueva evidencia sugiere que las enfermeras deben valorar a los pacientes para observar si presentan características predisponentes que puedan contribuir al potencial aumento de uso de contenciones. La Figura 2 resume algunos de los factores de riesgo predisponentes y ejemplos asociados de conductas previas o demencia (diagnosticada/no diagnosticada) que puedan ser características de la salud del paciente.

Figura 2

Ejemplos de Factores de Riesgo Predisponentes para el Uso de Contenciones
1. Edad Cronológica Avanzada
2. Cambios Cognitivos <ul style="list-style-type: none"> • Demencia moderada-grave • Trauma
3. Incapacidad / Disminución de la Capacidad Comunicativa <ul style="list-style-type: none"> • Afasia
4. Incontinencia Fecal y Urinaria
5. Historia de Caídas / Miedo a Caídas
6. Dependencia Creciente <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la movilidad • Dependencia creciente para las actividades de la vida diaria
7. Trastornos Psiquiátricos
8. Comportamientos Reactivos <ul style="list-style-type: none"> • Agresividad, historia de violencia, lesión a sí mismo o a otros • Ansiedad • Comportamientos desafiantes/perturbados • Intranquilidad, deambulación • Riesgo de lesión a sí mismo o a otros
9. Déficits Sensoriales <ul style="list-style-type: none"> • Sordera o dificultad auditiva • Ceguera o dificultad visual

1) Edad cronológica avanzada

Las enfermeras deben ser conscientes de que la edad, en conjunción con otras características predisponentes como el declive cognitivo, pueden dar lugar a comportamientos como la deambulaci3n, que pueden influir en la decisi3n sobre el uso de contenciones. Un estudio desarrollado por Engberg, Nicholas, Castle & McCaffrey (2008) observ3 que una edad superior a 80 a1os es caracterstica de los individuos sometidos a contenciones.

2) Cambios cognitivos

El delirio, la demencia, la depresi3n y la confusi3n con o sin deambulaci3n son todos ellos factores de riesgo de uso de contenciones. Es fundamental que las enfermeras conozcan y valoren los comportamientos que se derivan de un deterioro cognitivo para implantar estrategias que prevendrían el uso de contenciones. Kotynia-English, McGowan & Almeida (2005) examinaron la implantaci3n y la eficacia de un equipo psicogeriatrico interprofesional para residentes en centros de larga estancia para comprobar su morbilidad psiquiatrica (depresi3n, demencia, etc.) y sus resultados en salud. Una de las variables de resultado observadas fue el uso de contenciones. La detecci3n y la derivaci3n temprana a dicho equipo psicogeriatrico interprofesional no cambi3 significativamente el uso de contenciones; sin embargo, el proceso de estudio sí permiti3 identificar de forma precoz a los pacientes que corrían el riesgo de precisar contenciones en el momento del ingreso en el centro. Los individuos con deterioro cognitivo como factor predisponente parecen presentar mayor riesgo de uso de contenciones. El deterioro cognitivo también puede actuar como factor de riesgo desencadenante.

3) Incapacidad/disminuci3n de la capacidad comunicativa

1. Las enfermeras deben ser conscientes de que determinados pacientes (p. ej., que han sufrido un ictus y sufren afasia, pacientes con enfermedad de Alzheimer) pueden no ser capaces de comunicar sus necesidades. La CCSMH (Canadian Coalition for Senior's Mental Health, 2006) se1ala que todos los comportamientos del paciente tienen un significado y que con frecuencia se asocian a necesidades no satisfechas. Comprender las razones que se encuentran tras algunos cambios conductuales asociados a la incapacidad comunicativa del paciente es el primer paso hacia el desarrollo de estrategias de cuidado que ofrezcan alternativas al uso de contenciones. La investigaci3n en esta área es escasa en la literatura, no obstante la experiencia clínica justificaría la importancia de identificar este factor predisponente en la valoraci3n de los pacientes. La guía Alzheimer Care: Ethical Guidelines, Restraints (2011), disponible en: <http://www.alzheimer.ca/english/care/ethics-restraints.htm> apunta que es importante:

- a. *Identificar el problema deteniéndose a reflexionar sobre la conducta del paciente.*
- b. *Analizar lo que el paciente trata de comunicar. Identificar los factores que pueden contribuir a la aparici3n de dicha respuesta.*
- c. *Enumerar las estrategias disponibles para tratar de resolver el problema. Elegir la más adecuada.*
- d. *Incontinencia fecal y urinaria.*

4) Incontinencia fecal y urinaria

Las enfermeras deben ser conscientes de que la capacidad de la persona para ser independiente y poder desplazarse al aseo es fundamental para su seguridad. Una menor independencia en el aseo puede aumentar el riesgo de que se apliquen al paciente contenciones. Hay un mayor riesgo de conductas agresivas o agitadas cuando el paciente tiene miedo de no poder ir al ba1o y/o de sufrir incontinencia (Putman & Wang, 2007). La enfermera también debe evaluar si el paciente podría tratar de moverse de forma independiente para evitar la incontinencia, lo que puede conducir a una caída. Se ha se1alado que el rendimiento cognitivo, la incontinencia y las alteraciones visuales son indicadores de riesgo de uso de contenciones que requieren mayor investigaci3n (Becker et al. 2005).

5) Historia de caídas/miedo a las caídas

La preocupaci3n por la seguridad del paciente puede llevar al uso de contenciones cuando se observan factores de riesgo de caídas. Las enfermeras, junto con los demás miembros del equipo interprofesional, deben valorar los factores de riesgo de caídas que presenta el paciente en el momento del ingreso en el centro, y deben asimismo incorporar al plan de cuidados diversas intervenciones multifactoriales que puedan prevenir el uso de contenciones físicas, como las barandillas/rieles de seguridad en la cama (RNAO, rev. 2011; Safer Healthcare Now! [SHN], 2010). Engberg et al. (2008) concluyeron que las caídas o el aumento de las caídas tras el ingreso en una residencia se asociaban a la aplicaci3n de alguna medida restrictiva. Rask et

al. (2007) estudiaron los efectos de un programa para la mejora de la calidad en el manejo de las caídas que incluía formación sobre el uso del siguiente paradigma en ocho pasos:

En las 24 horas siguientes a la caída:

1. Valorar y supervisar al paciente;
2. Investigar las circunstancias que rodean a la caída;
3. Registrar las circunstancias, los resultados en salud del paciente y la respuesta del personal ante este hecho;
4. Dar aviso al médico de atención primaria;
5. Iniciar intervenciones inmediatas;

En los siguientes siete días:

6. Realizarle al paciente una valoración de caídas;
7. Desarrollar un plan de cuidados específico para el paciente; y
8. Tras la caída, continuar con el seguimiento (de uno a seis meses) de la implantación de las medidas específicas y la respuesta del paciente.

Rask et al. fueron capaces de demostrar una reducción sustancial en el uso de las contenciones y en las caídas a partir de la mejora en los procesos y la documentación basada en el uso de este paradigma en las residencias participantes en el estudio.

6) Dependencia Creciente

a. Actividades de la vida diaria

Los pacientes que no son capaces de realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente han mostrado correr un mayor riesgo de uso de contenciones en centros de larga estancia. Kirkevold & Engedal (2004) hallaron una fuerte correlación en términos de independencia entre uso de contenciones y bajo rendimiento en las actividades de la vida diaria. Engberg et al. (2008) confirmaron que dicha baja independencia para la realización de actividades cotidianas, así como los antecedentes de caídas y unas puntuaciones cognitivas bajas, se asociaban al inicio de contenciones físicas.

b. Disminución de la movilidad

La deambulación sin rumbo, la dependencia de terceros para ir de un sitio a otro, los antecedentes de caídas y el alto riesgo de caídas son todos ellos factores asociados al uso de contenciones. La capacidad de moverse de forma independiente es una característica clave que la enfermera debe evaluar para garantizar la seguridad del paciente. Becker et al. (2005) señalan que los residentes de centros de larga estancia que no podían moverse de un sitio a otro sin ayuda presentaban un mayor riesgo de caídas y de uso de contenciones. Engberg et al. (2008) estudiaron a los residentes de centros de larga estancia, y concluyeron que aquellos a los que se había aplicado contenciones mostraban un bajo rendimiento cognitivo, baja actividad en las funciones cotidianas y mayor dependencia para caminar que los residentes sin contenciones. Rask et al. (2007) identificaron una serie de características frecuentes en el paciente y relacionadas con la movilidad que desembocan en el uso de medidas de contención. Dichas características son: pérdida de independencia en las actividades de la vida diaria, postración en la cama, deterioro del rango de movimiento, consumo de nueve o más medicamentos, imposibilidad de recibir el alta y presencia de lesiones por presión.

7) Trastornos Psiquiátricos

La nueva literatura refleja que ciertas combinaciones de características conductuales en conjunción con un diagnóstico psiquiátrico sitúan al paciente en mayor riesgo de uso de contenciones, incluido el aislamiento. (Kaltiala-Heino, Tuohimaki, Korkeila, & Lehtinen, 2003).

Adultos:

Algunas características de adultos objeto de contenciones en entornos de salud mental (Downes, Healy, Page, Bryant, & Isbister, 2009; Flannery, Rachlin, & Walker, 2002; Hellerstein, Staub, & Lequesne, 2007):

- Violencia como resultado de autointoxicación;
- Embriaguez, consumo de drogas, síntomas de abstinencia;
- Trastorno mental orgánico;
- Desorden de personalidad;
- Agitación;
- Esquizofrenia (en ancianos).

Jóvenes:

Algunas características de jóvenes objeto de contenciones en entornos de salud mental (Delaney & Fogg, 2005):

- Varón;
- Múltiples ingresos en el centro;
- Hospitalizaciones más prolongadas;
- Diagnósticos de trastorno psicótico;
- Hospitalización psiquiátrica previa;
- Inscrito en un programa de educación especial, procedente de un centro de acogida o bajo la tutela de los Servicios Sociales;
- Historia de ideación suicida e intento de suicidio;
- Comportamientos amenazantes, agitados o agresivos.

8) Comportamientos Reactivos

• Agresividad, historia de violencia, riesgo de lesión a sí mismo o a otros:

Las enfermeras deben ser conscientes de la seguridad del paciente y del potencial para causarse daño a sí mismo o causarlo a otros cuando muestra conductas agresivas. La demencia de moderada a grave y los comportamientos agresivos son características en los pacientes que se asocian al uso de contenciones (Kirkevold & Engedal, 2004).

• Ansiedad, comportamientos desafiantes/perturbados:

Las enfermeras tienen que ayudar a los pacientes a reconocer sus estados emocionales internos e identificar los factores desencadenantes para ayudarle a desarrollar estrategias de autocontrol para mejorar el uso de respuestas adecuadas. Dean, Duke, George & Scott (2007) subrayan que las conductas desafiantes deben manejarse con estrategias que prevengan o minimicen el uso de intervenciones restrictivas (p. ej. menor contención posible) y supongan implicar al propio paciente en el uso de otras opciones de respuesta más adecuadas.

• Intranquilidad, deambulación:

Las enfermeras deben saber que cuando el paciente se muestra inquieto puede empezar a deambular sin rumbo o interferir en su propio tratamiento; dicho comportamiento inquieto es un factor discriminante para el uso de contenciones (Choi & Song, 2003).

• Historia de autolesiones:

Las enfermeras deben identificar los factores predisponentes que hagan sospechar que el individuo pueda autolesionarse. En residencias de larga estancia, se detectó comportamiento autolesivo en el 22% de los pacientes con demencia, y se correlacionó con el uso de benzodiazepinas y/o de contenciones (de Jonghe-Rouleau, Pot, & de Jonghe, 2005). Con frecuencia estos pacientes se encontraban inmóviles, confinados a la cama, y se les habían prescrito benzodiazepinas. Las conductas autolesivas pueden suponer, entre otras cosas, que el paciente se golpee la cabeza o se muerda o arañe (de Jonghe-Rouleau et al.). Las autolesiones o los daños pueden ser también accidentales y no intencionados, como los producidos durante estados disociativos como los que se producen en poblaciones psiquiátricas (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2004).

9) Déficits Sensoriales

Las alteraciones auditivas y visuales son cuestiones de interés que la enfermera y el equipo interprofesional deben valorar para velar por la seguridad del paciente. Dichas alteraciones se han asociado estrechamente a las caídas y la aplicación de contenciones (Lee, Hui, Chan, Chi, & Woo, 2008; Putman & Wang, 2007).

Factores de Riesgo Desencadenantes

La enfermera tendrá que valorar y supervisar si el paciente presenta algún otro factor de riesgo desencadenante (Figura 3) que pueda aparecer como consecuencia de cambios en la situación normal de la persona; por ejemplo, el ingreso en un centro sanitario puede potenciar el desarrollo de comportamientos que requieran contenciones. En general, se reconoce que cuantos más factores de riesgo se acumulen (predisponentes y/o desencadenantes), mayor es el riesgo de uso de medidas de contención. Muchos de los factores de riesgo desencadenantes del uso de contenciones han sido previamente factores predisponentes, pero los cambios en el entorno y la situación del paciente suponen un desafío a la capacidad de afrontamiento del paciente.

Figura 3

Ejemplos de Factores de Riesgo Desencadenantes del Uso de Contenciones	
Cambios Cognitivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Delirio • Demencia • Síndrome vespertino • Incapacidad para recordar instrucciones
Disminución de la Movilidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Postración en cama • Falta de dispositivos de ayuda
Factores Ambientales:	<ul style="list-style-type: none"> • Música • Ruido • Temperatura • Entorno extraño
Caídas	
Influencia de la Medicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de alcohol y otras sustancias • Benzodiazepinas • Nuevos medicamentos • Polifarmacia • Agentes psicoactivos • Efectos secundarios no previstos
Múltiples Ingresos	
Cirugía / Procedimientos	
Necesidades No Satisfechas:	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Miedo • Hambre • Dolor • Sed • Aseo

Cambios Cognitivos:

Además de la información señalada en el apartado de factores de riesgo predisponentes a cambios cognitivos, la enfermera deberá seguir supervisando a los pacientes para detectar nuevos cambios cognitivos, como el inicio de un delirio coincidente con una demencia preexistente, que puede acarrear el uso de contenciones. (RNAO, rev. 2010a,b).

Disminución de la Movilidad, Caídas

Además de la información señalada en el apartado de factores de riesgo predisponentes a la disminución de la movilidad, es importante que las enfermeras conozcan los dispositivos que se emplean como componentes esenciales de seguridad para el paciente y cuyo uso no es el de elementos restrictivos. Ejemplo de ello son las barandillas de seguridad instaladas en la cama para evitar lesiones en los traslados, o las barras/barandillas usadas en zonas especiales, como quirófanos o salas de procedimientos, salas de recuperación, cuidados intensivos y entornos pediátricos. No se considera que las barandillas sean contenciones físicas en estas circunstancias, pero se debe revisar su uso para garantizar que sean un elemento protector, fundamental para la seguridad del paciente. Según la literatura actual, es preciso centrarse en entender la causa del comportamiento del paciente y en promover alternativas multifactoriales individualizadas para pacientes con riesgo de caídas, en vez de tratar de controlar su comportamiento a través de contenciones. Una revisión sistemática de Ng, McMaster & Heng (2008) demostró que no hay evidencia que confirme que las barandillas previenen las caídas en unidades hospitalarias de agudos. Los estudios siguen demostrando una menor incidencia de lesiones por caída, sin cambios en el índice de caídas, cuando no se emplean contenciones físicas ni barandillas (RNAO, rev. 2011).

Factores Ambientales

Las enfermeras deben saber que la agitación o la ansiedad también pueden producirse por factores ambientales, y deben crear estrategias junto con el equipo interprofesional para eludir o minimizar su influencia y prevenir el uso de contenciones. Putman y Wang (2007) señalaron que es muy importante comprender cualquier factor que pueda contribuir a la aparición en los residentes de centros de tercera edad de conductas asociadas a la agitación o la ansiedad. Nobili et al. (2008) compararon las Unidades de cuidados especiales para el Alzheimer (Alzheimer Special Care Units, ASCU) con las residencias de larga estancia tradicionales, y hallaron que los pacientes con demencia en unidades de Alzheimer presentaban menor índice de hospitalizaciones y de uso de contenciones, y habían dejado de consumir agentes antipsicóticos en mayor proporción. El personal de las unidades de Alzheimer es interprofesional (médicos, enfermeras, psicólogos, rehabilitadores, terapeutas ocupacionales) y cuenta con formación para valorar los problemas conductuales y estimular el rendimiento cognitivo y funcional residual gracias a distintas actividades, la terapia ocupacional y la atención individualizada. Cada unidad de Alzheimer debe implantar un programa específicamente diseñado de renovación del entorno en el que se incluya, entre otras cosas, la creación de zonas para la deambulación y de áreas separadas para actividades estructuradas, la minimización de estímulos nocivos, la pintura de colores vivos en puertas y barandillas para facilitar su identificación y de colores neutros para las paredes, puertas de cierre magnético con códigos digitales para su apertura, e indicaciones de localización para ayudar a los residentes a identificar distintas zonas y rutas.

Influencia de la Medicación

Las benzodiazepinas y los agentes psicoactivos, como los antidepresivos, y el consumo de sustancias como el alcohol aumentan el riesgo de contenciones. Desde el mismo ingreso del paciente y de forma rutinaria, las enfermeras deben evaluar el impacto de la medicación en los comportamientos que pueden situar al paciente en riesgo de uso de contenciones. Se ha observado que el comienzo de uso de contenciones se asocia a caídas previas y al uso de psicoactivos (RNAO, rev. 2011). Si bien la medicación se inicia por sus efectos terapéuticos, los efectos secundarios que pueden producirse por su uso y/o abuso o dependencia pueden provocar comportamientos reactivos asociados al uso de contenciones (Engberg et al., 2008; Möhler, Richter, Köpke, & Meyer, 2011; Putman & Wang, 2007).

Múltiples Ingresos

Véase el Factor predisponente núm. 7 Trastornos psiquiátricos

Cirugía / Procedimientos

Ciertos entornos asistenciales requieren una toma de decisiones adecuada en lo referido a qué forma parte esencial del procedimiento para garantizar la seguridad y protección del paciente. Los procesos de tratamiento que tienen lugar en entornos sanitarios, como el quirófano o las salas de reanimación y las unidades de cuidados intensivos, pueden producir miedo, confusión y ansiedad en los pacientes. Esta experiencia puede crear un ambiente que provoque en el paciente conductas reactivas, como agresividad o confusión, y desembocar en interrupciones del tratamiento (p. ej., interrumpir o evitar la colocación de terapia intravenosa). Un estudio realizado por Sullivan-Marx, Kurlowicz, Maislin & Carson (2001) identificó que se podía prever el uso de contenciones postoperatorias en función de la diversos factores de riesgo preoperatorios, como la edad (menos de 85 años), la confusión, la demencia, la necesidad de asistencia o dependencia para las actividades de la vida diaria y el uso de contenciones preoperatorias.

El CNO (rev. 2009c) señala que hay circunstancias en las que para la enfermera puede ser necesario aplicar contenciones a un paciente que no comprende la necesidad de una intervención (p. ej., inserción de tubo endotraqueal para ayudarle a respirar). El CNO subraya que determinadas circunstancias exigen el uso adecuado de contenciones, pero que siempre se deben ofrecer al paciente las explicaciones necesarias sobre por qué se recurre a ellas, y se debe interrumpir su uso en cuanto la seguridad del paciente lo permita.

• Interrupción del Tratamiento

Se observó que es más probable que las enfermeras recurran a contenciones si entienden que la seguridad del paciente puede verse comprometida por posibles comportamientos de interferencia con intervenciones terapéuticas/médicas, como la terapia intravenosa o la inserción de sondas permanentes (Ludwick, Meehan, Zeller, & O'Toole, 2008). Choi & Song (2003) señalaron que algunos pacientes que habían ingresado en cuidados intensivos y a los que se habían aplicado contenciones para manejar su agitación mostraban comportamientos que, en opinión de las enfermeras, podrían hacer que se dejase de usar un dispositivo médico.

Necesidades No Satisfechas

Las enfermeras deben ser conscientes de que los pacientes que sufren un deterioro en la realización de las actividades de la vida diaria pueden no ser capaces de satisfacer sus necesidades básicas (p. ej., hambre, dolor, sed), y que la presencia de cualquier factor predisponente, como la ansiedad, el miedo o la necesidad de aseo, pueden ser factores desencadenantes reales que desemboquen en conductas desafiantes (agresividad, daños a sí mismo o a terceros) que conduzcan al uso de contenciones (Engberg et al., 2008).

RECOMENDACIÓN 3

Las enfermeras deben emplear el juicio clínico y las herramientas de valoración validadas para evaluar a los pacientes que pueden precisar contenciones.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la Evidencia

Es fundamental que las enfermeras sean capaces de identificar, tanto en el momento del ingreso como durante los cuidados, a los individuos más susceptibles de presentar comportamientos potencialmente lesivos para sí mismos o para otros. En general, la combinación del juicio clínico y la evaluación más en profundidad con herramientas de cribado (si se dispone de ellas) orientadas a la detección de factores concretos ayudará a identificar a los pacientes que presentan mayor riesgo, facilitando así su derivación y la planificación de intervenciones por parte del equipo interprofesional. La enfermera, junto con los demás miembros del equipo, podrá entonces trabajar con el paciente para desarrollar las estrategias más adecuadas de gestión y manejo de las conductas reactivas antes y durante la crisis y prevenir así el uso de medidas de contención. El Departamento de Salud Mental de Massachusetts (Massachusetts Department of Mental Health) ofrece en su sitio web <http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/> unas medidas de seguridad para la reducción de las contenciones y el aislamiento, e incluye algunos ejemplos de herramientas basadas en preguntas adecuadas a la edad, según se aplique a niños, adolescentes o adultos, que sirven de ayuda para identificar los factores predisponentes y desencadenantes y planificar las estrategias de manejo de

preferencia. Las herramientas referidas a niños se acompañan de dibujos para ayudarles a identificar los desencadenantes, las señales de alarma y los mecanismos que les hacen sentir mejor.

Es importante obtener del paciente/sus familiares/su representante una historia completa, tanto en el momento del ingreso como posteriormente de forma continuada, para determinar el riesgo de caídas y/o de deterioro cognitivo (RNAO, rev. 2010b; RNAO, rev. 2011; SHN, 2010). RNAO (rev. 2010b) subraya que el mejor uso de una herramienta de valoración es el de identificar en primer lugar los factores de riesgo específicos para adaptar en consecuencia las medidas de prevención. Además, la valoración integral debe incluir una historia específica, un examen físico y una revisión de la medicación, así como valoraciones de tipo cognitivo, funcional y ambiental para asociar cualquier conclusión de la valoración con intervenciones basadas en la evidencia.

Las herramientas de valoración ayudan a las enfermeras a explorar en profundidad los factores de riesgo de uso de contenciones que se han identificado en el paciente (Engberg et al., 2008; Yamamoto, Izumi, & Usui, 2006). El uso de herramientas validadas contribuye a identificar las necesidades concretas de la persona para planificar los cuidados, ya que facilitan la valoración específica de los factores. A continuación se incluyen algunos ejemplos:

- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) para la valoración de la agitación (Cohen-Mansfield, 1989);
- Sztaff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R) (Tenneij, Goedhard, Stolker, Nijman, & Koot, 2009) para la agresividad.
- Instrumento START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) (véase el Anexo F) para la valoración tanto histórica como actual de siete ámbitos de riesgo (violencia, suicidio, autolesión, abandono de sí mismo, ausencia no autorizada, consumo de estupefacientes y abusos por parte de terceros);
- Escala de violencia de Broset [Broset Violence Checklist, BVC (véase el Anexo G)] para valorar los signos que muestra en términos de confusión, irritabilidad, alboroto, amenazas verbales, agresividad contra objetos; Escala HCR-20 [Historical-Clinical-Risk Management: 20 (véase el Anexo H)] para valorar los riesgos actuales y en la historia del paciente de agresividad en entornos psiquiátricos, correctivos o forenses/médico-legales;
- Herramientas para valorar alteraciones cognitivas (delirio, demencia y depresión [RNAO, rev. 2010b]); y
- Herramientas para la valoración del dolor (RNAO, rev. 2007a).

Flannery et al. (2002) señalan que los pacientes con historia previa de violencia y/o ataque físico presentan mayor riesgo de uso de contenciones. Hellerstein et al. (2007) describen un esfuerzo conjunto de todo un centro hospitalario para reducir el uso de las contenciones y el aislamiento de pacientes ingresados en unidades psiquiátricas mediante intervenciones como la reducción del tiempo inicial de contención de cuatro a dos horas antes de recurrir a una nueva prescripción; la formación del personal para la identificación de pacientes susceptibles de contenciones o aislamiento; la intervención temprana para evitar crisis; y la aplicación del cuestionario CAQ (Coping Agreement Questionnaire) (véase el Anexo I) para valorar las preferencias del paciente en el manejo de la agitación. En el cuestionario CAQ se pregunta a los pacientes qué es lo que les molesta, cómo han respondido en el pasado cuando se han sentido molestos y cómo preferirían que se les tratase mientras están en la unidad, y además se trata de obtener información de los familiares/representantes sobre métodos efectivos para lidiar con estas situaciones. El uso de un instrumento como el cuestionario CAQ puede servir de ayuda a las enfermeras y al equipo interprofesional para identificar alternativas y estrategias de prevención concretas que incluyan los puntos fuertes y las habilidades del propio paciente.

Una conducta agresiva puede conducir a un mayor uso de contenciones. La valoración ayuda a reconocer a los pacientes que pueden mostrar una conducta agresiva y a identificar cualquier factor desencadenante de episodios de agresividad en los que haya que utilizar técnicas de manejo conductual o de intervención en caso de crisis (RNAO, rev. 2006b).

RECOMENDACIÓN 4

Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional y el paciente y sus familiares / representantes para la toma de decisiones, deben elaborar un plan de cuidados individualizado que atienda a planteamientos alternativos al uso de contenciones.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la Evidencia

Se considera que la colaboración interprofesional es una estrategia fundamental para garantizar la seguridad del paciente (Swauger & Tomlin, 2000). Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional y el propio paciente y su familia y/o

representante para la toma de decisiones, deben centrar el plan de cuidados en intervenciones que demuestren comprender las necesidades y los deseos del paciente para prevenir y/o minimizar los síntomas conductuales que puedan tener su origen en necesidades no satisfechas (CCSMH, 2006). La implantación de estrategias alternativas en dicho plan responde a una valoración exhaustiva de las características individuales del paciente, teniendo en cuenta su grado de orientación, su capacidad física y funcional y los factores ambientales que le rodean (Dunn, 2001; Snyder, 2004).

Los cuidados enfermeros se deben centrar en reconocer los factores que contribuyen a las respuestas conductuales a necesidades insatisfechas. Cuando se determinan las razones o causas que provocan estos comportamientos, se pueden planificar y emplear intervenciones que ayudan a la enfermera, al equipo interprofesional y al paciente a resolver los problemas que pueden desembocar en el uso de contenciones. Happ (2000) ha señalado que las claves para prescindir de las contenciones y no interferir así en el tratamiento son: averiguar el significado de la conducta; contar con presencia y continuidad del personal; individualizar las estrategias; reevaluar frecuentemente al paciente; y actuar de forma constante y sistemática. Happ (2000) y Snyder (2004) identificaron los planteamientos de buenas prácticas para evitar interferir con el tratamiento en entornos de cuidados agudos a la tercera edad (Figura 4) y pediátricos (Figura 5).

Figura 4

Estrategias No Restrictivas Con Adultos Para Evitar Interferencias (Happ, 2000)	
Explicación y Recordatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación verbal frecuente • Visualización guiada del dispositivo aplicado • Recordatorio por escrito
Distracción y entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de un delantal de actividades • Consulta con terapeuta ocupacional • Herramientas de escritura • Materiales de lectura • Aparatos / juguetes • Álbumes de fotos • Toallitas de aseo • Envases / tubos vacíos • Música • Televisión
Ocultación (de tubos/vendajes)	<ul style="list-style-type: none"> • Batas de manga larga • Vendajes consistentes (abundancia de esparadrapo, vendas elásticas o apósitos) • Mangas acolchadas de protección de dispositivos o protector de sistema intravenoso • Faja abdominal • Sondas apartadas del campo visual
Comodidad y Postura	<ul style="list-style-type: none"> • Colchones especiales/cambios posturales • Estabilizador de sondas • Comunicación aumentativa • Analgesia/sedación • Aromaterapia • Masaje/terapias de tacto

<p>Reducción de aparatos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspender el uso de dispositivos no vitales • Adaptador intravenoso • Sustitución por dispositivo menos restrictivo/menos intrusivo
<p>Entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maximizar visualización • Videocámara • Reducción del ruido ambiental • Presencia de familiares • Cuidador/acompañante

Reproducción autorizada Copyright Clearnace Center

Figura 5

<p>Estrategias de intervención enfermera para evitar la interferencia en el tratamiento en niños (Snyder, 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una relación con el niño y la familia • Ofrecerles la información necesaria • Ofrecer al niño actividades creativas y estimulantes • Aplicar los dispositivos necesarios de forma que el niño no se sienta incómodo • Insertar los dispositivos en puntos en los que no interfieran con los movimientos naturales del cuerpo • Disimular los dispositivos médicos/aparatos de forma que sean cómodos y ligeros • Usar el esparadrapo con mesura • Preparar al niño adecuadamente ante procedimientos que puedan producir estrés / angustia • Mantener al niño ocupado mientras se realizan los procedimientos • Ofrecerle distintas opciones • Emplear la exploración guiada • Asumir los cuidados centrados en la familia • Optar por intervenciones que puedan prevenir interferencias en el tratamiento • Emplear distracciones durante procedimientos que puedan producir estrés / angustia

Reproducción autorizada Copyright Clearnace Center

Crock et al. (2003) identificaron que los niños pueden sufrir angustia y dolor durante procedimientos repetidos de diagnóstico o tratamiento, como la punción lumbar/de médula ósea. La valoración previa al procedimiento ayuda a la enfermera y al equipo interprofesional a evaluar si el niño está asustado o alterado ante la perspectiva de someterse al procedimiento, y a evaluar planteamientos asistenciales que contribuyan a minimizar el riesgo de daño por conductas reactivas como miedo, ansiedad, agitación o agresividad (véase la recomendación 2, apartado: *Cirugía / Procedimientos*). Tras el procedimiento debería efectuarse una evaluación con el paciente para determinar el grado de incomodidad/molestia que ha experimentado, de modo que la enfermera y el equipo puedan planificar los futuros procedimientos para minimizar las conductas reactivas asociadas a interferencias con el tratamiento (Crock et al.).

Para comprender plenamente el significado del comportamiento, abordar las necesidades insatisfechas del paciente y determinar con claridad las estrategias alternativas de prevención y aplicación que mejor se adaptan al paciente (véase el Anexo J, que incluye una lista de alternativas en función de los comportamientos presentados) para evitar o limitar el uso de contenciones, la enfermera debe:

- **Comprender los factores que conducen a comportamientos lesivos** para el propio paciente o para otros que pueden desembocar en el uso de contenciones, y ser conscientes de que todo comportamiento tiene un significado (véase la Recomendación 2);
- **Valorar en el paciente los factores predisponentes y desencadenantes** que, como resultado de necesidades insatisfechas, se puedan traducir en conductas que requieran contenciones (véanse las Recomendaciones 2 y 3);
- **Desarrollar un plan de cuidados individualizado específico** para el paciente que responda a sus deseos y necesidades terapéuticos, de acuerdo con los objetivos de prevención o minimización de conductas lesivas a corto y a largo plazo;
- **Colaborar y mantener la comunicación con el equipo interprofesional** para garantizar que se conoce el plan de cuidados que recoge las estrategias de prevención y manejo alternativo y las preferencias de resolución de conflictos para evitar el uso de contenciones;
- **Evaluar de forma continua la respuesta del paciente a las estrategias de prevención y manejo alternativo** y evaluar y modificar el plan de cuidados y las intervenciones en consecuencia. Pueden ser necesarios varios intentos para determinar las estrategias alternativas que mejor funcionan para el paciente, según el problema, para prevenir o limitar el uso de contenciones;
- **Ser consciente de sus propios valores personales y conocimientos clínicos** para atenuar los aspectos que pudieran interferir con las decisiones y los valores del paciente que ya estén en conocimiento de la enfermera (CNO, rev. 2009b). Los estudios subrayan que el conocimiento de uno mismo y el automanejo son elementos que influyen notablemente en la capacidad de la enfermera para establecer una relación terapéutica e implantar estrategias efectivas. Johnson & Hauser (2001) concluyeron que las enfermeras conscientes de sus propios valores y respuestas emocionales eran capaces de mantener la calma y hacer un uso terapéutico de sus conocimientos para dar respuesta a las necesidades del paciente. Bigwood & Crowe (2008) examinaron la experiencia de las enfermeras de salud mental con respecto a las contenciones, y concluyeron que una de las principales fuentes de conflicto era el propósito de la enfermera de mantener el control frente a los valores profesionales de la relación terapéutica. Karlsson, Bucht, Eriksson, & Sandman (2001) han señalado que hay una importante relación entre las decisiones de las enfermeras y sus actitudes respecto al uso de contenciones. Existen diversos recursos, instrumentos y cuestionarios basados en la evidencia que ayudan a los profesionales sanitarios a evaluar sus propios valores respecto al uso de contenciones. Un ejemplo de ello es el que Penn Nursing Science (University of Pennsylvania School of Nursing) ofrece en: <http://www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx> que recoge los siguientes cuestionarios:
 - Primary Nurse Questionnaire (PNQ) [Cuestionario para enfermeras de primaria].
 - Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) (véase el Anexo K), [cuestionario de percepción del uso de contenciones] que incluye una tabla de comportamientos e intervenciones.

Existen distintas formas de abordar la valoración y el cuidado de los pacientes que corren el riesgo de presentar conductas reactivas que podrían conducir al uso de contenciones cuando se desarrolla un plan de cuidados. O'Hagan, Divis & Long (2008) describen disposiciones y planes de crisis que deben cumplimentarse de forma anticipada mientras el paciente no muestra conductas reactivas, de modo que los profesionales sanitarios sepan qué hacer en caso de que la persona muestre agitación, o conozcan qué tratamiento y medidas de apoyo son de su preferencia en una crisis. O'Hagan et al. subrayan que se debe valorar lo antes posible a todas las personas cuando ingresan en un centro para evaluar el riesgo de violencia y su historia de traumas y de consumo de estupefacientes, de forma que las enfermeras puedan trabajar conjuntamente con el equipo interprofesional y el paciente/la familia/el representante para desarrollar un plan de prevención de crisis. Este proceso serviría para ayudar a identificar los desencadenantes y los primeros signos de alarma del paciente, y facilitaría el abordaje y la negociación de las estrategias que podrían aplicarse para prevenir y disminuir posibles conductas reactivas como la agitación o la agresividad (O'Hagan et al.).

Existen numerosos modelos asistenciales que pueden ayudar a las enfermeras y al equipo interprofesional a trabajar con el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones, como:

- Wellness Recovery Action Plan® (WRAP®) – <http://www.mentalhealthrecovery.com/aboutwrap.php>;
- P.I.E.C.E.S.TM – <http://www.piecescanada.com/>;
- Tidal Model – <http://www.tidal-model.com/>.

El principio que subyace en cualquier tipo de modelo o planteamiento de cuidados es el de evitar y acabar con aquellas conductas potencialmente nocivas, al tiempo que se refuerzan las conductas reactivas correctas para ayudar al paciente en momentos de crisis (Dean et al., 2007). El uso de intervenciones orientadas específicas para cada persona ayuda a minimizar el riesgo de que se produzcan conductas reactivas en las que vaya creciendo la tensión, provocadas por factores desencadenantes y/o por el desarrollo de conductas reactivas que puedan resultar inadecuadas. La mejor forma de evitar el uso de contenciones es emplear múltiples estrategias dentro de un plan de cuidados individualizado que tenga en cuenta las estrategias preferidas por el paciente. Este plan, desarrollado antes de que la persona empiece a mostrar comportamientos reactivos, debe reconocerse y observarse para salvaguardar las necesidades del paciente en caso de crisis. En el Anexo L y el Anexo M se pueden consultar algunos ejemplos de cómo identificar y documentar los factores desencadenantes, las tendencias de comportamiento y las preferencias del paciente (Anexo L: Plantilla gráfica ABC, y Anexo M: Registro de control de conducta).

RECOMENDACIÓN 5

Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben supervisar y reevaluar de forma continuada el plan de cuidados del paciente en función de la observación y/o de las inquietudes manifestadas por el paciente y sus familiares/representantes para la toma de decisiones.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la Evidencia

Se recomienda realizar una valoración repetida a intervalos regulares o en respuesta a cualquier cambio significativo en el comportamiento o el estado funcional del paciente. El objeto de dicha valoración continua es el de identificar los síntomas que podrían requerir mayor investigación y permitir que el equipo responda a las necesidades cambiantes del paciente y ajuste las intervenciones de prevención y manejo (CCSMH, 2006). Las rutinas establecidas para supervisar y reevaluar la efectividad de las intervenciones en el plan de atención podrían seguir la legislación relacionada con el tipo de institución y/o el tipo de población de que se trate (p. ej. las leyes del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos: Long-Term Care Homes Act, 2007 y Ontario Mental Health Act, 1990). Es muy importante que las enfermeras conozcan cualquier legislación que afecte a su institución y a la población con que trabajan y que les pueda ayudar a establecer y orientar sus rutinas de supervisión y valoración continua. Suele ser útil contar con un planteamiento de cribado estructurado o estandarizado (p. ej. protocolos para evaluar los factores que colocan al paciente en riesgo de uso de contenciones), ya que los instrumentos y protocolos pueden ayudar a revisar más de una medida (p. ej., autoinformes, informe a cargo de terceros, observación) y tener en cuenta otros factores como el tipo de paciente, su historia personal y diagnóstico, los desencadenantes a que responde y el entorno. De nuevo, en función del entorno y de la población de pacientes, las enfermeras deben saber que algunas herramientas son obligatorias (p. ej. el instrumento de valoración de residentes [Resident Assessment Instrument, RAI], el conjunto mínimo de datos [Minimum Data Set, MDS] o la medida de independencia funcional [Functional Independence Measure, FIM] empleados en unidades de rehabilitación) (RNAO, rev. 2010a). Las conclusiones del cribado deben dar paso al uso de un algoritmo para la toma de decisiones (véase Anexo N) o de un formulario de documentación del perfil de comportamiento (véase Anexo O) para guiar a las enfermeras y al equipo interprofesional en la implantación de una valoración objetivada, la aplicación de un tratamiento específico para los síntomas y las circunstancias identificados, y la introducción en el plan de cuidados de los cambios que sean necesarios (CCSMH).

La valoración continuada de los comportamientos del paciente podría alertar a la enfermera y al equipo interprofesional sobre la necesidad inmediata de implantar estrategias alternativas de prevención y/o técnicas de distensión y gestión de crisis (RNAO, rev. 2006b; RNAO, rev. 2010a; RNAO, rev. 2010b). El plan de cuidados deberá ser la guía y el motor de la evaluación y la valoración continua de los resultados clínicos y de la efectividad del tratamiento; es esencial para supervisar cualquier posible cambio en el paciente y garantizar que los objetivos de la intervención van en línea con los centrados en el paciente (CCSMH, 2006; RNAO, rev. 2010a). La supervisión continua hará posible identificar de forma precoz cualquier resultado clínico inesperado y permitirá al equipo interprofesional poner en marcha la valoración y revisión del plan de cuidados. De forma alternativa, la valoración continua también permite a enfermeras y equipo identificar las mejoras en el estado del paciente, indicando si responde a las distintas modalidades de tratamiento y/o a intervenciones individualizadas que comporten un menor uso de contenciones.

Es importante que las enfermeras sepan que el proceso de detección (cribado) y valoración se realiza de forma continua para detectar cambios en la cognición, el estado de ánimo, el comportamiento y la función del paciente, y que la comunicación y la documentación de los resultados de dicha valoración es fundamental para asegurar una atención segura y de calidad y para evitar el uso de contenciones físicas (RNAO, rev. 2010a). Se recomienda obtener, en caso necesario y con el consentimiento del paciente, una historia suplementaria de fuentes fidedignas, como pueden ser familiares y cuidadores, que puedan identificar con precisión cualquier cambio en el comportamiento del paciente (RNAO, rev. 2010b). El Estándar de Documentación (*Documentation Standard* CNO, rev. 2008) respalda los estándares enfermeros de práctica y documentación en los que se realiza una valoración enfermera de las necesidades del paciente y se define un plan de cuidados individualizado que refleje el punto de vista del paciente para responder a sus necesidades terapéuticas y preferencias, con una atención desarrollada en el marco de la relación terapéutica entre enfermera y paciente en la que se fomente la comunicación con el equipo interprofesional.

RECOMENDACIÓN 6

Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben apoyarse en estrategias multicomponente para prevenir en lo posible el uso de contenciones en pacientes que presenten riesgo.

Nivel de evidencia = IIa

Discusión de la Evidencia

Algunos estudios (Ludwick et al., 2008; Vance, 2003) destacan las complejidades que influyen en la toma de decisiones de las enfermeras respecto al uso de medidas de contención. El conocimiento y la aplicación de estrategias alternativas y de prevención multicomponente para prevenir o minimizar el uso de dichas medidas es cada vez mayor (Evans et al., 2002). Para la aplicación de estrategias alternativas (véanse Anexos J y P) es preciso contar con entornos asistenciales en los que se usen medidas seguras y lo menos restrictivas posible, así como una pauta de tratamiento e intervención tempranos y planes de cuidado individualizados.

Es fundamental adoptar un planteamiento individualizado en el plan de cuidados para lograr el objetivo de prevenir las medidas de contención. Ciertos estudios (Amato, Salter, & Mion, 2006; Dean et al., 2007; Donat, 2003; McCue, Urcuyo, Lilu, Tobias, & Chambers, 2004) identifican los siguientes aspectos multicomponente en la prevención de estas medidas:

- Respaldo de la administración y la directiva;
- Revisión de los casos de aislamiento/contención;
- Formación del personal, educación al paciente/los familiares/los representantes del paciente en la toma de decisiones;
- Consulta con los miembros del equipo interprofesional pertinentes;
- Detección e identificación precoz de los pacientes en situación de riesgo;
- Refuerzo de las conductas reactivas del paciente que sean apropiadas;
- Programación / planificación de grupo;
- Individualización de los planes de cuidados.

A continuación se incluyen también otras estrategias distintas de prevención del uso de contenciones recogidas en distintos estudios:

Consulta / Asesoría

• Enfermeras tituladas y enfermeras especialistas

Las enfermeras tituladas y las enfermeras especialistas pueden actuar como fuente de información y modelo dentro de cada institución para ayudar a otras enfermeras en las particularidades relacionadas con las contenciones (Evans et al., 2002; Möhler et al., 2011). Su papel como modelo a seguir y persona de consulta para otras enfermeras puede facilitar la formación para identificar a los pacientes en situación de riesgo y hacer que se desarrolle una adecuada capacidad de toma de decisiones al tiempo que se dan a conocer la política y las prácticas que respaldan el uso de planteamientos alternativos tanto previos al uso de contenciones como en el momento en que se desencadenen comportamientos puntuales en el paciente que haya que manejar.

• Equipos de respuesta rápida o respuesta a crisis

Diversos estudios (McCue et al., 2004; Prescott, Madden, Dennis, Tisher, & Wingate, 2007) sugieren que se pueden emplear equipos de respuesta para contribuir a ‘desescalar’ los comportamientos reactivos en el paciente para prevenir el uso de contenciones o minimizar su duración, y para actuar como punto de referencia para la prevención de posibles futuros episodios. En el contexto de una unidad de agudos de psiquiatría, Prescott et al. concluyeron que el uso de un equipo de respuesta rápida se traducía en un uso significativamente menor de contenciones mecánicas en un periodo de intervención de seis semanas.

Programas de manejo conductual

Los programas de gestión conductual sistemática resultan efectivos para reducir los comportamientos agresivos en muchos pacientes y el riesgo asociado de uso de contenciones. Un estudio realizado por Dean et al. (2007) demostró una disminución de las conductas agresivas y del uso de contenciones cuando se ofrecía formación al personal, se aplicaban planes individualizados de atención y manejo, medidas de intervención precoz y refuerzo de conductas adecuadas y las formas de intervención menos restrictivas para el manejo de niños y adolescentes ingresados en una unidad psiquiátrica. McCue et al. (2004) señalaron que la asistencia de los pacientes a grupos de control del estrés/la ira contribuía a reducir los comportamientos agresivos y el consiguiente uso de contenciones. Es muy importante que las enfermeras colaboren con el equipo interprofesional y el paciente para desarrollar e implantar programas de manejo del comportamiento, y que evalúen de forma continua su efectividad en la reducción de este tipo de conductas.

Algoritmos e Instrumentos de Toma de Decisiones

Los distintos instrumentos ayudan a las enfermeras a definir diversas estrategias multicomponente alternativas al uso de barandillas. El Anexo Q muestra un ejemplo de algoritmo que ilustra las distintas estrategias que puede considerar la enfermera para prevenir el uso de barandillas. Capezuti et al. (2007) trabajaron con enfermeras de práctica avanzada para evaluar el uso de barandillas para determinados pacientes y ofrecer educación específica en todo el centro en cuatro residencias de larga estancia. Los resultados concluyeron que se podía reducir de forma segura el uso de las barandillas sin llevar aparejado un aumento de caídas de/junto a la cama, caídas recurrentes o lesiones graves (véase la Recomendación 2, apartado Historia de caídas) lo que confirma las conclusiones de un estudio anterior de Capezuti, Maislin, Strumpf, & Evans (2002).

Orientación

Vidan et al. (2009) destacaron las siguientes estrategias de intervención multicomponente para manejar y/o prevenir el delirio en personas mayores con agitación asociada que pudieran derivar en el uso de contenciones:

- Mantener a los pacientes orientados;
- Disponer de relojes y calendarios en todas las habitaciones;
- Recordar a los pacientes la hora del día, la fecha, el lugar y el motivo del ingreso;
- Recordarles que se pongan las gafas o los audífonos, cuando proceda;
- Proteger sus ciclos del sueño: administrar leche caliente o infusión de manzanilla antes de dormir; evitar los procedimientos en las horas de sueño;
- Movilizar al paciente a diario;
- Evitar fluidoterapia continua;
- Cambiar de postura cada tres horas si el paciente no se puede mover para evitar excoriaciones y lesiones por presión.

Actividades Recreativas

Putman & Wang (2007) emplearon un grupo de intervenciones multicomponente para comprender los factores que contribuyen a la agitación y la ansiedad del residente, incluido el impacto que puede tener el entorno del centro asistencial en relación con la conducta reactiva. Ofrecer actividades recreativas orientadas al paciente como parte de un grupo de intervenciones multicomponente puede disminuir la agitación y la ansiedad, al tiempo que aumenta la socialización, lo que resulta en una disminución del uso de contenciones y del uso de medicamentos antipsicóticos (Putman & Wang).

RECOMENDACIÓN 7

Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben implantar técnicas de distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis, y poner en marcha los recursos pertinentes para promover la seguridad y atenuar el riesgo de que el paciente o un tercero sufran cualquier daño cuando se intensifican las conductas reactivas.

Nivel de evidencia = IIb

Discusión de la Evidencia

Las enfermeras deben conocer los factores ambientales que pueden desencadenar comportamientos tensos e intensificar la agitación en los pacientes; por ejemplo, las aglomeraciones, el ruido o la falta de privacidad. Conocer los factores específicos que desencadenan este tipo de conductas en el paciente es una estrategia de prevención y un principio fundamental para personalizar un plan de distensión específico con técnicas identificadas para esa persona concreta (véase el Anexo R). La prevención supone, entre otras cosas, ser consciente de los primeros signos de agitación del paciente en función de su patrón de comportamiento. Disponemos de herramientas (véanse los Anexos S y T) para ayudar a paciente y enfermera a identificar o conocer los primeros signos de la intensificación de los comportamientos reactivos. El conocimiento de estos primeros signos constituye un importante aspecto de la prevención y es importante para que los profesionales sanitarios puedan aplicar de forma coherente un plan de cuidados individualizado en este sentido. Las intervenciones específicas que el propio paciente ha identificado como efectivos para relajar la tensión en episodios reactivos pueden ser las más efectivas.

Es fundamental que las enfermeras conozcan un amplio abanico de estrategias de distensión y manejo del comportamiento para poder actuar con efectividad en situaciones de crisis. El Anexo U ofrece algunas ideas para reducir la tensión ante conductas reactivas y para implantar las intervenciones preferidas por el paciente con las que lidiar con estas situaciones. Las enfermeras deben ser conscientes de sus propias habilidades de distensión y gestión de crisis, de cuidados informados sobre los traumas, de persuasión y de atención centrada en el paciente/la familia. También deben ser competentes en la comunicación terapéutica/interpersonal (véase la Recomendación 1); por ejemplo, deben saber utilizar las herramientas de valoración (véanse las Recomendaciones 2 y 3) que evalúan el riesgo de paciente para manejar situaciones complejas.

Además, las enfermeras tienen que saber cuándo colaborar con los distintos miembros del equipo interprofesional y los responsables de su centro en caso de que sea necesario plantear cualquier modificación del entorno en que vive el paciente por su potencial de mostrar conductas reactivas dañinas para sí mismo o para terceros. Las modificaciones del entorno pueden ayudar a paliar la potencial escalada de conductas lesivas al tiempo que se proporciona a las enfermeras un espacio seguro en el que aplicar estrategias de distensión para el manejo de este tipo de conductas antes de considerar el uso de contenciones. Un estudio realizado por Beck et al. (2008) investigó los patrones de contención y aislamiento en un centro psiquiátrico, y concluyó que era menos probable que los pacientes de bajo riesgo (>0,15 incidentes de aislamiento o contención al mes a lo largo del periodo de hospitalización) dieran lugar a lesiones o incidentes y tenían un diagnóstico y unas características demográficas distintas que los pacientes de alto riesgo (>6 incidentes en los dos primeros meses). Beck et al. concluyeron que se debería asignar a las personas de nuevo ingreso con bajo riesgo a entornos de tratamiento menos restrictivos. No obstante, la investigación y la evidencia sobre la efectividad de distintas técnicas de distensión y gestión de crisis es limitada (Möhler et al., 2011).

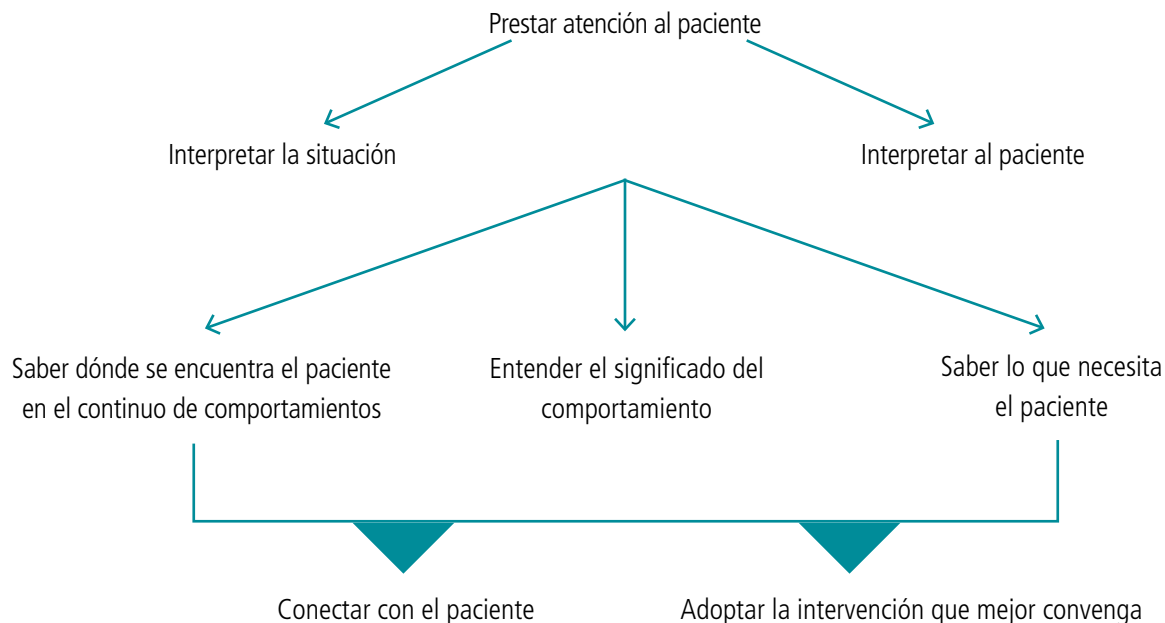
Las enfermeras deben tener en cuenta los componentes fisiológicos y psicológicos para poner freno a la escalada de la tensión en una situación y completar una valoración integral con la que determinar el origen de la conducta del paciente e intentar detectar patrones. El estrés físico, como el causado por el hambre o el dolor, y el estrés psicológico, como el producido por la infección o el delirio, se abordan de forma distinta a la agitación producida por el gentío, el ruido o la confusión (NCCNSC, 2005; Park, Hsiao-Chen Tang, & Ledford, 2005). Johnson & Hauser (2001) señalan un modelo de pauta de actuación (véase la Figura 6) para enfermeras que cuenten con las habilidades necesarias para relajar o ‘desescalar’ el comportamiento de un paciente. Según este modelo, deben ser capaces de:

- Observar y comprender adecuadamente las necesidades del paciente;
- Tener en cuenta los factores ambientales que pueden contribuir a su comportamiento;

- Evaluar el significado de su conducta;
- Intervenir con la medida más adecuada que pueda satisfacer sus necesidades.

La enfermera, con el equipo interprofesional, deberá tener presente el planteamiento estandarizado de su institución en términos de distensión y manejo de crisis siempre que plantee un plan de cuidados individual de un paciente. Como planteamientos alternativos, se puede tratar de reconfortar al paciente, proponerle actividades constructivas o proporcionarle un entorno seguro (Snyder, 2004). La forma de abordar el tratamiento de las conductas agitadas variará en función del contexto, la psicopatología del paciente, su edad y el grado de ansiedad y agitación que muestre en el continuo de dichos comportamientos (desde la ansiedad y la agitación hasta la agresión verbal o física) (Johnson & Hauser, 2001).

Figura 6: Pautas de actuación para la distensión del comportamiento del paciente



Reimpreso con autorización de Mental Health Nursing.

RECOMENDACIÓN 8

Las enfermeras, en colaboración con el equipo interprofesional, deben incorporar prácticas asistenciales que minimicen cualquier riesgo para la seguridad y el bienestar del paciente durante todo el tiempo que se estén adoptando contenciones.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la Evidencia

Los entornos en los que no se usan contenciones exigen una filosofía en la que se centre la atención principalmente en la valoración, la prevención y el uso de planteamientos alternativos. El segundo foco de atención asistencial será la implantación de estrategias alternativas, como el uso de intervenciones de distensión y gestión de crisis, con el uso de las contenciones como último recurso una vez todas las demás alternativas hayan resultado inefectivas (véase la Figura 1). Choi and Song (2003) subrayan que las enfermeras son las principales encargadas de la toma de decisiones sobre el uso de contenciones para preservar la seguridad del paciente. No disponemos de evidencia suficiente para apoyar el uso de contenciones, incluido el aislamiento, para el manejo a corto plazo de conductas alteradas o agresivas en entornos psiquiátricos de adultos (Mamun & Lim, 2005; McCue et al., 2004; Nelstrop et al., 2006). La literatura relativa al manejo de conductas reactivas, agresivas o dañinas (Choi & Song; CNO, rev., 2009c; Maccioli et al., 2003; Mamun & Lim; Muralidharan & Fenton, 2008) sugiere que si se estima necesario el uso de una medida restrictiva (incluido el aislamiento), la enfermera debe:

- Revisar los criterios predisponentes y desencadenantes específicos del paciente;
- Identificar la conducta reactiva;
- Documentar y emprender estrategias que respondan a las preferencias del paciente para el uso de enfoques alternativos y estrategias de distensión que ayuden al paciente a hacer frente a la situación;
- Consultar con el equipo interprofesional y el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones y aplicar las contenciones solo cuando se haya tratado sin éxito de modificar o eliminar los factores de riesgo y sea necesario su uso;
- Aplicar la prescripción médica: con limitación de tiempo y específica al tipo de contención/producto;
- Abogar por la forma de contención menos restrictiva e intentar prescindir de ella lo antes posible siempre de forma segura;
- Seguir explorando nuevas estrategias alternativas;
- Revisar el consentimiento con el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones;
- Aplicar el plan de cuidados en colaboración con el equipo interprofesional y el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones;
- Ser consciente de que los pacientes que no tienen claro el motivo de las contenciones sienten inseguridad; asegurarse de explicar al paciente cuáles son sus derechos, por qué se le aplican estas medidas y qué tiene que pasar (conducta) para deshacerse de dichas contenciones;
- Supervisar al paciente según la política del centro, en la que se detallan la frecuencia y el tipo de supervisión, la respuesta del paciente al proceso de contención, las medidas de alivio y confort y el proceso para explorar nuevas estrategias; e intentar prescindir de las medidas de contención lo antes posible de forma segura;
- Documentar el uso de contenciones y desarrollar la supervisión al paciente de forma estandarizada;
- Mantener una sesión informativa para intercambiar impresiones con el equipo interprofesional y el paciente / la familia/el representante y así fomentar:
 - El fortalecimiento o la recuperación de la relación terapéutica desde el punto de vista del paciente;
 - Una revisión del episodio de contención desde la perspectiva de la reducción de riesgos. La revisión deberá centrarse en un análisis de la prevención, la distensión y las estrategias de buenas prácticas empleadas antes del uso de las contenciones, incluidas las consideraciones del entorno y una evaluación de lo que funcionó y lo que no funcionó, con los consiguientes ajustes en el plan de cuidados del paciente; y
 - Una revisión de lo relativo a la seguridad o las complicaciones que pueden rodear al episodio de contención o que sean consecuencia directa del uso de las contenciones, ya que este tipo de incidentes se puede evitar con una revisión posterior, el ajuste de las políticas y los procedimientos y la formación del personal.

El menor uso de contenciones físicas puede redundar en un mayor uso de contenciones químicas (Beaulieu et al., 2008). Para minimizar esta posibilidad, Thapa et al. (2003) no recomiendan el uso de medicación “según necesidad”, ya que pueden administrarse de forma coercitiva dando lugar a un uso indebido. El uso excesivo de medicación “según necesidad” en la práctica clínica puede derivar en una vulneración de los derechos del paciente, lo que tiene implicaciones legales. La enfermera y el equipo interprofesional deben revisar el uso y la administración de medicación “según necesidad” para asegurarse de que no se emplea como contención química en el entorno sanitario. Voyer et al. (2005) sugieren usar soluciones alternativas para reducir la administración innecesaria de neurolépticos para comportamientos disruptivos y problemas del sueño. Se deben valorar las alteraciones del sueño y considerar estrategias de higiene del sueño y de ayuda para dormir. Se ha observado que otras estrategias como la música (Janelli, Kanski, & Wu, 2002) y la aromaterapia (Friedman, Mendelson, Bingham, & Kates, 2009) producen un efecto calmante en pacientes no sujetos a contenciones con conductas reactivas. Voyer et al. observaron que los factores sociales (visitas) y físicos (uso de contenciones) en realidad intensificaban los comportamientos reactivos en pacientes con problemas cognitivos, por violar su privacidad y su espacio personal. Las estrategias alternativas para evitar un mayor uso de contenciones químicas deben ir en línea con las preferencias manifestadas por el paciente.

Las enfermeras deben ser conscientes de que las políticas (respecto a lo que es contención y lo que no lo es) y los procedimientos institucionales (que se deben de emplear cuando las contenciones se consideran el último recurso) siguen una legislación específica en función del sector sanitario y la población de pacientes (véase el Anexo V, Lista de recursos en sitios web). El CNO (rev. 2009c) reconoce que lo que se considera medida restrictiva puede variar de un entorno institucional a otro (p. ej.

en las instituciones penitenciarias siempre se trabaja con una población sujeta a contenciones en el entorno, y en los entornos pediátricos hay cunas, que no se contemplan como medidas de contención). La ley sobre residencias de cuidados crónicos (Long-Term Care Homes Act, 2007) de Ontario (Canadá) indica que los dispositivos de servicio auxiliar personales (PASD) usados por el equipo interprofesional y por el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones y que hayan sido documentados en el plan de cuidados podrán emplearse para ayudar al paciente en sus actividades cotidianas. Los dispositivos comprendidos en esta definición, al amparo de las leyes aplicables en los centros de larga estancia de Ontario (Canadá), no se entienden como contenciones si se ha considerado previamente el uso de otras alternativas.

La enfermera debe supervisar al paciente con frecuencia por si surgieran complicaciones asociadas a las medidas de contención (Chaves, Cooper, Collins, Karmarkar, & Cooper, 2007; Maccioli et al., 2003; Mamun & Lim, 2005; Nelstrop et al., 2006); la enfermera asimismo debe conocer las posibles complicaciones médicas, psicológicas y funcionales (véase la Figura 7) que pueden aparecer derivadas del uso de las contenciones, y ser minuciosa en su observación, supervisión y seguimiento.

Figura 7: Posibles Complicaciones del Uso de Contenciones

De tipo médico
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del comportamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor agitación ▪ Mayor frustración
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones cardiovasculares <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la presión arterial, el volumen sanguíneo y el metabolismo basal ▪ Esfuerzo cardíaco ▪ Estasis venosa (coágulos, embolia pulmonar), edema en las extremidades inferiores
<ul style="list-style-type: none"> • Muerte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asfixia ▪ Aspiración ▪ Estrangulación
<ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento del estado funcional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empeoramiento del estado físico ▪ Mayor dependencia
<ul style="list-style-type: none"> • Retención fecal
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la hidratación y el estado nutricional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deshidratación por falta de acceso a líquidos ▪ Pérdida del apetito
<ul style="list-style-type: none"> • Incontinencia urinaria y fecal
<ul style="list-style-type: none"> • Infección <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infecciones nosocomiales a causa de la inmovilidad (p. ej., neumonía)
<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lesiones por caídas
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones musculoesqueléticas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Menor tono, masa y fuerza muscular, rigidez ▪ Contracturas ▪ Desmineralización ósea, pérdida de densidad ósea (osteopenia)

Figura 7: Posibles Complicaciones del Uso de Contenciones (continuación)

<ul style="list-style-type: none"> • Dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de sí mismo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de autonomía y dignidad ▪ Cambios en la imagen de sí mismo ▪ Culpabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • De tipo psicológico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Irascibilidad ▪ Ansiedad ▪ Depresión ▪ Miedo ▪ Privación sensorial <ul style="list-style-type: none"> • Mayor confusión • Trastornos del sueño ▪ Trauma / retraumatización
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la integridad de la piel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrasión en el lugar en el que se coloca la medida restrictiva ▪ Hematomas ▪ Desarrollo de lesiones por presión

La Ley de minimización de contenciones (Patient Restraints Minimization Act, 2001) (véase el Anexo V) se aprobó en Ontario (Canadá) para animar a “los hospitales y demás centros a usar estrategias alternativas siempre que sea posible cuando sea necesario para evitar que el paciente se provoque daños corporales graves a sí mismo o a otros”. La ley recoge los siguientes conceptos:

- Definición de método alternativo, paciente, medida restrictiva;
- Requisitos de autorización para utilizar las contenciones o el aislamiento o para emplear un dispositivo de supervisión basados en:
 - La mejora de la libertad del paciente,
 - La prevención de daños corporales graves (paciente / otros);
- Consentimiento:
 - Requisitos de la prescripción médica; y
- Responsabilidades de la institución:
 - Establecimiento de políticas y procedimientos que fomenten el uso de métodos alternativos y la redacción de informes sobre el cumplimiento de dichas políticas,
 - Obligación de supervisar:
 - Pacientes sometidos a contenciones, aislado o controlados por un dispositivo de supervisión,
 - Documentación y registro de archivos,
 - Formación del personal.

Las enfermeras deben conocer la legislación aplicable en el territorio y el sector en que trabajen y entender cómo afecta a su centro de trabajo. El CNO (rev. 2009a) señala que las enfermeras deben conocer las políticas y procedimientos de su institución en lo relativo al uso de contenciones y los requisitos del consentimiento informado cuando se piensa en usarlas para manejar las conductas reactivas de los pacientes. Es muy importante que las enfermeras empleen únicamente el tipo de contenciones autorizadas en su institución y que conozcan las responsabilidades asociadas de supervisión, observación y documentación tal y como las describan la política y los procedimientos institucionales. La citada ley de minimización de contenciones (2001) y el documento de estándar de práctica sobre contenciones del CNO (rev. 2009c) destacan que no se puede usar ningún tipo de medida restrictiva sin el consentimiento del paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones, salvo en situaciones de emergencia excepcionales en las que exista un riesgo físico para el propio paciente o para terceros. El CNO (rev. 2009a; rev. 2009c) también señala que el paciente/la familia/el representante tienen derecho a tomar decisiones en materia de cuidados, y que las enfermeras, junto con el equipo interprofesional, deben informarle de cualquier posible medida o intervención alternativas y de los pros y contras de las opciones de que disponen para el cuidado y tratamiento del paciente. El instituto médico forense de la provincia de Ontario (Canadá) [Office of the Chief Coroner, Province of Ontario, Canada] recomendó en 2008 que los pacientes tuvieran acceso automático a servicios de asesoría legal siempre que se vean sujetos a contenciones o aislamiento o a cualquier tipo de contención física. Las enfermeras deben ser conscientes de las políticas y los procedimientos de su institución en relación a los servicios de asesoría, los derechos y los medios de asistencia de los pacientes cuando se plantea el uso de contenciones como último recurso, para asegurarse de que los pacientes estén informados de las opciones de que disponen a lo largo de todo el proceso.

Diversos estudios (Akansel, 2007; Forrester, McCabe-Bender, Walsh, & Bell-Bowe, 2000; Kirkevold & Engedal, 2004) señalan que en la práctica sigue siendo problemática la falta de documentación enfermera sobre la aplicación, el cuidado y la observación del paciente durante el proceso de contención. La atención enfermera debe incluir, entre otras tareas: la recolocación frecuente del paciente (rango de movilidad pasivo, giro para darse la vuelta), la adecuada provisión de alimentos y líquidos, el cuidado bucal, el aseo/las necesidades de evacuación, la elevación de la cabecera de la cama a 30 grados salvo que se indique lo contrario, la eliminación de contenciones y la rotación del miembro afectado, y la ambulación, según proceda (Maccioli et al., 2003). Los profesionales enfermeros se deben apoyar en un formulario estandarizado (véase el Anexo W), tal y como señale la institución, para documentar los cuidados a lo largo de todo el episodio de contención a que esté sujeto el paciente, de modo que se lleve registro de las valoraciones, las observaciones y los cuidados enfermeros que se hayan proporcionado (Choi & Song, 2003).

Toda prescripción de contenciones debe tener una duración limitada y el equipo interprofesional debe considerar frecuentemente la posibilidad de interrumpir o reducir las contenciones. El proceso para interrumpir las contenciones debe comprender un proceso de intercambio de información entre los miembros del equipo interprofesional y el paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones, para discutir las posibles medidas alternativas y añadirlo al plan de cuidados en caso de que se volviera a plantear la situación en el futuro (Wynn, 2004). El Anexo X incluye un modelo de instrumento de intercambio de información.

Recomendaciones para la Formación

RECOMENDACIÓN 9

Cuando se trabaja con pacientes a los que puede ser necesario aplicar contenciones, se debe incluir formación específica en los programas para enfermeras que se incorporan a este ámbito de práctica, así como oportunidades de formación continua, con especial atención a:

- Planteamientos asistenciales (p. ej. cuidados informados en caso de trauma);
- Comunicación y educación del paciente y sus familiares/representantes para la toma de decisiones, y componentes fundamentales de las sesiones informativas con ellos;
- Formación sobre las responsabilidades enfermeras para la correcta aplicación de las contenciones;
- Toma de decisiones ética;
- Conocimiento de los diagnósticos y desencadenantes frecuentes asociados a las conductas reactivas en los pacientes que pueden hacer necesaria la aplicación de contenciones;
- Colaboración interprofesional;
- Conocimiento de medidas básicas de prevención, planteamientos alternativos, distensión/resolución de conflictos y gestión de crisis;
- Supervisión y documentación de responsabilidades;
- Responsabilidad enfermera en términos de autorreflexión y exploración de los propios valores y creencias en torno al uso de contenciones y la transgresión de la autonomía y los derechos humanos del paciente;
- Relaciones terapéuticas entre paciente y enfermera; cuidados centrados en el paciente y derechos de paciente;
- Tipos de contenciones (de menor a mayor contención), riesgos de seguridad asociados y complicaciones potenciales del uso de contenciones;
- Conocimiento de las condiciones legales y legislativas que regulan el uso de las contenciones.

Nivel de evidencia = Ib

Discusión de la Evidencia

La educación tiene la capacidad de aumentar el conocimiento y cambiar las actitudes para reducir el uso de contenciones físicas, y se puede emplear como herramienta para ayudar a las enfermeras a cuidar de pacientes con comportamientos reactivos que pudieran conllevar el uso de contenciones (Evans et al., 2002; Pellfolk et al., 2010; Smith, Timms, Parker, Reimels, & Hamlin, 2003). y en personas con demencia (Pellfolk et al., 2010; Testad, Aasland, & Aarsland, 2005; Testad, Ballard, Bronnick, & Aarsland, 2010). Lee et al. (2001) revisaron diversos programas de formación y sugirieron que la estandarización de los cursos ayudaría a los distintos centros a enseñar algunos de los elementos fundamentales presentes en todos los programas, como los aspectos teóricos sobre la prevención y el manejo de la violencia y las cuestiones relativas a la seguridad del paciente.

Los estudios señalan la necesidad de ofrecer formación relativa a los riesgos de las contenciones y al uso de medidas alternativas (Akansel, 2007; Koch, Nay & Wilson, 2006; Kontio et al., 2009; Smith et al., 2003; Sung, Chang, Lee & Lee, 2006; Testad et al., 2010). Los programas formativos que abordan los mitos y las verdades del uso de contenciones, de los procesos de toma de decisiones, las alternativas a las contenciones (físicas, ambientales, fisiológicas y psicológicas), el impacto negativo de su uso y las alternativas de manejo de conductas reactivas, resultan prometedores en cuanto a la reducción del uso de contenciones, la mejoría de los resultados en salud de los pacientes y la mayor satisfacción laboral de las enfermeras (Huizing, Hamers, de Jonge, Candel, & Berger, 2007; Huizing, Hamers, Gulpers, & Berger, 2008; Huizing, Hammers, Gulpers, & Berger, 2009; Pellfolk et al., 2010; Smith et al., 2003; Testad et al., 2005).

Algunos estudios (Chuang and Huang, 2005; Hamers, Gulpers, & Strik, 2004; Hamers et al., 2009; Huizing et al., 2007; Koch et al., 2006; Kontio et al., 2009; Saarnio, Isola, & Laukkala, 2008; Werner & Mendelsson, 2001) sugieren que la formación continua de las enfermeras debe comprender, entre otros temas:

- La autonomía y la seguridad del paciente;
- Situaciones en las que se ilustre una interacción efectiva con pacientes agresivos o psicóticos;
- Características de pacientes en posible situación de riesgo de contenciones, incluidas influencias culturales / lingüísticas;
- Educación al paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones sobre alternativas, complicaciones derivadas del uso de las contenciones y expectativas, para evitar cualquier daño al paciente o a terceros;
- Toma de decisiones;
- Definición y comprensión de las distintas formas de contención;
- Consideraciones legales, éticas y clínicas relativas al uso de contenciones;
- Mitos e ideas erróneas;
- Autorreflexión de la enfermera sobre su propia autonomía, sus valores y sus creencias en torno a los derechos humanos;
- Componentes psicológicos y emocionales, como la gestión de los propios sentimientos ante el uso de contenciones en el paciente;
- Uso de planteamientos o formas de actuar alternativos (con atención a las diferencias culturales) para evitar cualquier tipo de medida restrictiva.

Las enfermeras deben recibir formación para saber cómo tratar con los pacientes que muestran conductas agresivas y aplicar alternativas seguras y efectivas; también les será útil comprender más en profundidad la toma de decisiones clínicas para implantar políticas y prácticas seguras de manejo de los pacientes en riesgo, y para desarrollar los conocimientos y habilidades necesarios que las convertirán en el modelo a seguir en el equipo interprofesional en lo que se refiere a la prevención de contenciones (Kontio et al., 2009; Ludwick et al., 2008; Turgay, Sari, & Genc, 2009).

A pesar de que existen estudios que indican que la formación del personal es efectiva para la reducción de las contenciones, otros estudios indican que la educación por sí sola no basta para influir en el índice de uso de contenciones (Möhler et al., 2011). Hamers et al. (2009) apuntan que se debe producir un cambio de paradigma simultáneamente en toda la institución, y además el programa de formación del personal debe coincidir con la implantación de políticas sanitarias que fomenten el uso de estos enfoques alternativos. Estos sistemas y procesos deben estar a disposición del personal para dar apoyo a las disposiciones institucionales y evitar o reducir el uso de contenciones.



Recomendaciones para la organización y directrices

RECOMENDACIÓN 10

Las instituciones sanitarias deben implantar estrategias de mejora de la gestión de riesgos y la calidad para crear una cultura que promueva planteamientos alternativos al uso de contenciones para favorecer los derechos de los pacientes y la seguridad de los trabajadores. Para ello deben:

- Definir qué se entiende por contenciones;
- Desarrollar una filosofía que promueva planteamientos alternativos al uso de contenciones;
- Establecer una política de reducción/prevención de las medidas de contención;
- Desarrollar estructuras que permitan la identificación temprana de los pacientes que puedan presentar un riesgo para sí mismos o para terceros, lo que podría conducir a la aplicación de contenciones;
- Educar al paciente y a sus familiares/representantes para la toma de decisiones sobre los riesgos asociados al uso de contenciones, y explorar con ellos qué concepto de seguridad tienen;
- Establecer un programa multicomponente que incluya formación para los miembros de la plantilla sobre estrategias alternativas al uso de las contenciones;
- Usar planteamientos alternativos, de resolución de conflictos y de manejo de crisis, así como estrategias de intervención de segunda línea, con las contenciones como medida de seguridad como último recurso;
- Crear protocolos de supervisión para los pacientes y definir las exigencias de documentación necesarias durante el tiempo que dure el episodio de contención;
- Definir las responsabilidades de comunicación e informar a los pacientes y sus familiares/responsables de la toma de decisiones y al equipo interprofesional;
- Crear programas de evaluación para supervisar la incidencia del uso de contenciones, la aceptación de los planteamientos alternativos al uso de dichas medidas y su impacto en la seguridad del paciente, sus familiares/representantes para la toma de decisiones y el equipo interprofesional.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la Evidencia

Definición

Las instituciones deben contar con una política clara sobre cómo minimizar el uso de contenciones que incluya una definición de qué se entiende por medida restrictiva. Lai (2007) señaló que si no existe una definición de medida restrictiva en las políticas institucionales, el personal tiene problemas para adoptar planteamientos alternativos al uso de contenciones y asimilar la filosofía del uso del menor grado de contención posible. Koch et al. (2006) concluyeron que la adopción de una definición universal ayudaba a aliviar la tensión asociada al cambio de paradigma hacia planteamientos alternativos al uso de contenciones en una institución.

Filosofía y Cultura

La cultura institucional de una organización es un componente fundamental asociado a la reducción de las contenciones. Chandler (2008) describió la experiencia de un hospital en el que se realizó la transición hacia un modelo de cuidados informados en caso de trauma, y señaló que la clave de dicho proceso en este centro fue una cultura que favorecía las relaciones colaborativas y daba gran importancia a la seguridad. Diversos estudios (Amato et al., 2006; Chandler; Donat, 2003; Pollard, Yanasak, Rogers, & Tapp, 2006; Rask et al., 2007) sugieren que el respaldo de la administración y el compromiso de la directiva tienen gran importancia para crear una filosofía y una cultura de planteamientos alternativos para prevenir el uso de contenciones.

Identificación Precoz

Es importante que las instituciones faciliten instrumentos y tecnología de apoyo para poder identificar de forma temprana a los pacientes que corren el riesgo de precisar contenciones. Algunas estrategias institucionales, como el uso de algoritmos o de árboles de toma de decisiones, pueden ayudar a trasladar el conocimiento a la práctica clínica. La adopción de instrumentos de valoración estandarizados ayuda a las enfermeras en el cribado y la identificación temprana de los pacientes en riesgo, lo que contribuye a una filosofía de cuidados en la institución al permitir el desarrollo de estrategias alternativas para manejar cualquier respuesta reactiva que pueda presentar el paciente sin tener que recurrir a las contenciones (Coussement et al., 2009; Maccioli et al., 2003; McCue et al., 2004).

Programas Multicomponentes

Es importante implantar un programa formal de reducción de las contenciones para disminuir su uso (Hellerstein et al., 2007; Kratz, 2008; Lai et al., 2006; Lebel & Goldstein, 2005; McCue et al., 2004; Pollard et al., 2006). Las investigaciones con que actualmente contamos indican que en los programas de prevención o minimización de las contenciones se debe adoptar un enfoque interprofesional y consultivo en la planificación de los cuidados (Amato et al., 2006; Baier, Butterfield, Harris, & Gravenstein, 2008; Evans & Fitzgerald, 2002; Lebel & Goldstein; Werner, 2002) y, siempre que sea posible, se debe intentar contar con una enfermera de práctica avanzada (Capezuti et al., 2007; Ludwick et al., 2008; Vance, 2003; Wagner et al., 2007) y establecer un comité que se ocupe del uso de las contenciones (Amato et al.; Gillies et al., 2005). Un estudio respaldó la necesidad de contar con el equipo interprofesional y el paciente/la familia/ el representante del paciente para el cuidado y la toma de decisiones sobre el uso de contenciones en el entorno, como las barandillas (Gallinagh, Nevin, McAleese, & Campbell, 2001). La discusión entre el equipo interprofesional y el paciente, su familia o la persona que le represente en la toma de decisiones debe abordar la información sobre los potenciales riesgos asociados al uso de cualquier tipo de contención y las posibles estrategias alternativas que se pueden considerar.

Con frecuencia los familiares/representantes y los profesionales sanitarios consideran que las contenciones protegen al paciente (p. ej., prevención de caídas o deambulación sin rumbo) y por tanto no solo se muestran favorables a su uso, sino que esperan que quienes atienden a su familiar usen este tipo de medidas en favor de la seguridad del paciente. Los resultados de la formación ofrecida a los profesionales sanitarios como estrategia para reducir el uso de contenciones son mixtos: una parte de los estudios se muestra muy favorables a la formación de las enfermeras para aumentar su conocimiento y experiencia en el campo de las contenciones y para influir en sus actitudes a través del aprendizaje de las características del paciente, los riesgos asociados y las estrategias alternativas al uso de contenciones (Amato et al., 2006; Dunbar & Neufeld, 2000; Evans & Fitzgerald, 2002; Forrester et al., 2000; Gillies et al., 2005; Lai et al., 2006; McCue et al., 2004; Pellfolk et al., 2010; Smith et al., 2003; Sung et al., 2006; Testad et al., 2005), en tanto que otros estudios han mostrado que la formación no tiene ningún efecto significativo en los profesionales a la hora de reducir el uso de las contenciones (Huizing et al., 2007; Huizing et al., 2008; Huizing et al., 2009; Möhler et al., 2011). En cambio, diversos estudios sí son favorables a la educación del propio paciente y de sus familiares o representantes para la toma de decisiones (McCue et al.; Pellfolk et al.). Dicha formación ayuda a construir el conocimiento y la confianza en torno al uso de estrategias alternativas.

Las instituciones tienen que evaluar todas las estrategias implantadas para asegurarse de que las prácticas clínicas avanzan hacia planteamientos alternativos con menor uso de contenciones, dando como resultado unos mejores resultados en salud para el paciente. Algunos sitios web, como el del Instituto de calidad de la salud (Health Quality Institute) de la TMF (Texas Medical Foundation), ofrecen recursos como el gráfico “Organization Commitment to Restraint-Free Environment” en contextos de crónicos para ayudar a las instituciones a evaluar su propio compromiso con los cuidados sin contenciones, así como otros recursos de valoración integral y evaluación de programas. Los recursos de la fundación médica de Texas, TMF, están disponibles en: <http://nursinghomes.tmf.org/Restraints/RestraintToolkit/tabid/548/Default.aspx>.

Planteamientos Alternativos

Los planteamientos alternativos deben centrarse en el paciente y en un enfoque asistencial individualizado, independientemente del nivel de cognición de la persona (Happ, 2000). Como parte de un programa de manejo conductual en un hospital psiquiátrico, distintos adolescentes, junto con sus familiares/representantes, colaboraron con los profesionales sanitarios para desarrollar un plan de manejo individualizado que abordase los objetivos del tratamiento y la forma de gestionar la agresividad (Dean et al., 2007). Los planes de tratamiento conductual han logrado disminuir el uso de contenciones y de horas en aislamiento en los estudios (Donat, 2003).

Sesiones Informativas

Las sesiones informativas para el intercambio de impresiones con el paciente y sus familiares o representantes para la toma de decisiones han resultado útiles a la hora de prevenir futuros episodios de contención (Gillies et al., 2005). Los estudios demuestran que la aplicación de contenciones tiene efectos psicológicos negativos no solo en los pacientes, sino también en los profesionales sanitarios que toman la decisión de aplicar estas medidas (Duxbury, 2002; Holmes et al., 2004; Sequeira & Halstead, 2002, 2004). Los episodios de contención pueden asociarse a sentimientos de incomodidad, miedo y culpabilidad desde la perspectiva del paciente (Wong & Chien, 2005) en tanto que provocan sensaciones de malestar en los profesionales sanitarios desde el punto de vista de los derechos humanos del paciente (Chuang & Huang, 2005; Fonad, Burnard & Emami, 2008; Kontos & Nagilie, 2007; Mayers, Keet, Winkler, & Flisher, 2010).

Los estudios señalan que las sesiones informativas tras un episodio de contención pueden ayudar a gestionar los efectos psicológicos tanto en el paciente como en el profesional sanitario, y contribuir además a identificar tendencias y establecer objetivos para ayudar a cambiar las percepciones sobre el uso de contenciones (Wynn, 2004). Petti, Mohr, Somers, & Sims (2001) observaron que, cuando se produce un incidente, el personal puede usar dichas sesiones informativas como estrategias de aprendizaje y como método de seguimiento de la evolución del paciente. Aprender del análisis del incidente antes, durante y después del mismo ayuda a cambiar la cultura de los entornos psiquiátricos. Como parte del marco de trabajo de cualquier institución siempre se debe realizar una revisión automática de todos y cada uno de los pacientes sujetos a contenciones, incluidas las de tipo ambiental y las de aislamiento. Dicha revisión automática debe involucrar tanto a los profesionales como al propio paciente y los familiares/representantes para revisar los desencadenantes, las alternativas, los cuidados prestados, las estrategias y el periodo de uso de las contenciones, la implicación de la familia y el consentimiento y las observaciones del paciente. La puesta en común de la información tiene que desarrollarse en un entorno no punitivo y se debe aplicar un enfoque estandarizado para ayudar a explorar los hechos que han conducido al uso de contenciones y a revisar lo que ha funcionado bien, realizando una exploración de cualquier incidente con daños para determinar qué se podría haber mejorado o evitado. Para repasar las posibles situaciones que puedan darse en estas sesiones informativas, se pueden usar instrumentos estandarizados o tecnologías de valoración y documentación de los episodios de contención.

Valoración y Supervisión

Para salvaguardar la seguridad de los pacientes y lograr (y mantener) un uso mínimo de las contenciones en una institución, es preciso recoger datos de forma continuada y supervisar y evaluar cuáles de ellos forman parte de un programa general de mejora de la calidad. El Anexo Y ofrece un ejemplo de formulario de auditoría. Los programas de mejora de la calidad deben incluir una revisión de los índices de uso de las contenciones y de los episodios de contención. Los datos obtenidos de la supervisión aparejada a estos casos deben difundirse y publicarse en cada unidad asistencial para promover la reducción del uso de estas medidas (Amato et al. 2006; Castle, 2003).

Diversos estudios han demostrado que las instituciones que se centran en la mejora de la calidad fijaban objetivos de reducción de las contenciones bastante ambiciosos, y en consecuencia mostraban una mayor disminución del uso de las medidas de contención (Baier et al., 2008; Baier, Butterfield, Patry, Harris, & Gravenstein, 2009; Donat, 2003).

Otro importante componente de la supervisión es la revisión continua de todos los tipos de contención. La frecuencia de la supervisión varía en la literatura, de diaria (McCue et al., 2004) a semanal (Amato et al., 2006; Donat, 2003). Edwards et al. (2006) sugirieron que la observación y las herramientas gráficas de auditoría son métodos prácticos de evaluar el uso de las contenciones en una institución. Las gráficas deben revisar la evidencia relativa a la valoración del paciente, la exploración que se haya hecho de alternativas al uso de contenciones, la evidencia del consentimiento y los requisitos de supervisión en caso de aplicar contenciones, así como cualquier formación que se haya ofrecido al paciente/la familia/el representante para la toma de decisiones relativa al uso de estas medidas.

RECOMENDACIÓN 11

El modelo de cuidados de la institución debe promover un enfoque de colaboración entre el equipo interprofesional y el paciente, sus familiares/representantes para la toma de decisiones que fomente el uso de planteamientos alternativos y prevenga el uso de contenciones.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia

Las instituciones deben favorecer un modelo de cuidados que facilite el uso de estándares de práctica basados en la evidencia y fomente la colaboración del equipo interprofesional con el paciente/la familia/el representante en la toma de decisiones para identificar la línea de actuación más adecuada cuando el paciente corre el riesgo de ser objeto de contenciones (Yamamoto et al., 2006). La implicación del paciente y sus familiares/representante para guiar al equipo interprofesional en el desarrollo del plan de cuidados es un indicador de resultados en salud positivos y resulta de suma importancia para dar respuesta a las necesidades expuestas por el propio paciente. Para tratar con estos pacientes en situación de riesgo, es muy valioso utilizar un modelo que favorezca la actuación del equipo interprofesional (CNO, rev. 2009c; Downes et al., 2009; Fonad et al., 2008; Gallinagh et al. 2001; Werner, 2002).

Los modelos de cuidados deben facilitar la colaboración, la consulta, el intercambio de información, el asesoramiento y la educación entre los distintos profesionales sanitarios en el ámbito de la prevención y la aplicación de estrategias alternativas al uso de contenciones (Capezuti et al., 2007; de Veer, Franche, Buijse, & Friele, 2009; Ludwick et al., 2008). Friedman et al. observaron que la gestión conjunta de geriatras y cirujanos ortopédicos con un enfoque estandarizado de los cuidados mejoraba los procesos y los resultados en salud, incluido un menor uso de contenciones en pacientes con fractura de cadera. Werner (2002) ha apuntado que las instituciones deben considerar el papel de los trabajadores sociales como mediadores y como parte del equipo en el proceso de toma de decisiones sobre el uso o el cese de las medidas de contención física. En su estudio, Bourbonniere et al. (2003) concluyeron que el empleo de personal a tiempo parcial con formación inadecuada y la falta de apoyo de un equipo interprofesional influían en la atención hospitalaria durante los fines de semana y daban como resultado un mayor uso de contenciones.

La literatura no es homogénea respecto a la influencia del tipo de trabajo y las características de la unidad (Huizing et al., 2007); los niveles de dotación de personal (Demir, 2007a, 2007b; Donat, 2002; Whitman, Davidson, Rudy, & Sereika, 2001), la combinación de la plantilla (Williams & Myers, 2001); el absentismo y la carga de trabajo de las enfermeras (Castle, 2000a, 2000b, 2002; Castle & Banaszak-holl, 2003; Ibe et al., 2008; Unruh, Joseph, & Strickland, 2007) y la autonomía enfermera (Huizing et al., 2007; Lepping et al., 2009; Pekkarinen, Elovainio, Sinervo, Finne-Soveri, & Noro, 2006) con relación al uso de contenciones. Affonso, Jeffs, Doran, & Ferguson-Paré (2003) señalaron que las enfermeras consideraban que la carga de trabajo es un tema importante para la prestación de cuidados al paciente de forma segura. La revisión realizada por Huizing et al. (2007) de los determinantes institucionales que conducen al uso de medidas de contención físicas no confirmó que la carga de trabajo fuera un factor de influencia en el uso de contenciones, sino que más bien las características de los pacientes (p. ej., la edad, los trastornos cognitivos, y especialmente la movilidad reducida) resultaban estadísticamente significativas en este sentido.

O'Hagan et al. indican que es más factible reducir las medidas de aislamiento y contención cuando el personal se implica en ello y se da importancia a la formación, la supervisión, la evaluación del rendimiento y la contratación. También sugieren que se puede conseguir una disminución en su uso cuando el ratio de plantilla y pacientes es alta y la plantilla es estable, madura y está bien formada. La descripción de los puestos de trabajo, la orientación del personal y las evaluaciones del rendimiento deben reflejar la prioridad que se le da a la reducción del aislamiento y las prácticas restrictivas.

Tzeng, Yin, & Grunawalt (2008) señalaron la necesidad de realizar más investigaciones sobre la combinación óptima de dotación de personal e infraestructuras en entornos hospitalarios, que contribuyan a la creación de entornos más seguros para el equipo interprofesional y ayuden a reducir el uso de contenciones. Además, el CNO (rev. 2009c) también defiende que la dotación de personal sea adecuada para fomentar así alternativas al uso de contenciones. Según la Academy of Canadian Executive Nurses, se debe abordar la cuestión de la carga de trabajo enfermera para garantizar la seguridad de los pacientes. Los responsables de enfermería, los organismos reguladores y la literatura reconocen que una carga de trabajo razonable favorece la atención de calidad, y que este concepto debe trasladarse al uso de las contenciones en todos los entornos de atención sanitaria (Affonso et al., 2003; RNAO, 2007b).

RECOMENDACIÓN 12

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

Una evaluación de la disposición institucional en materia formativa y los posibles obstáculos en este ámbito, teniendo en cuenta las circunstancias locales.

- Implicación de todos los miembros (ya sea con funciones de apoyo directo, ya indirecto) que vayan a tomar parte en el proceso de implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Designación de una persona cualificada dedicada a la formación y al proceso de implantación.
- Oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional.

Nivel de evidencia = IV

Discusión de la Evidencia

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la Herramienta de implantación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda su uso para dirigir la implantación de la presente Guía de buenas prácticas Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones. Para que la implantación de las guías de buenas prácticas sea satisfactoria, es preciso aplicar un proceso de planificación estructurado y sistemático y contar con un fuerte liderazgo de las enfermeras, que pueden transformar las recomendaciones basadas en evidencia en políticas y procedimientos con impacto en la práctica dentro de la institución. La Herramienta de la RNAO (2002) ofrece un modelo estructurado para aplicar el cambio en la práctica. El Anexo D incluye una descripción de la Herramienta.

Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras

El equipo de expertos de desarrollo de esta Guía, al revisar la evidencia disponible en este ámbito, ha identificado diversas lagunas en la investigación relativa a la seguridad del paciente, los enfoques alternativos al uso de contenciones y el uso de las contenciones. Al considerar estas carencias, el equipo ha identificado las siguientes áreas de investigación prioritaria:

- Desarrollo de instrumentos válidos para identificar los factores de riesgo en los pacientes de verse sujetos a contenciones, en todas las especialidades y los sectores sanitarios;
- Efecto de la relación terapéutica en el paciente de cara a prevenir o reducir el uso de contenciones;
- Impacto de la diversidad, incluidas la lengua y la cultura, en el uso de contenciones;
- Modelo asistencial que fomente el apoyo a la implantación de planteamientos alternativos al uso de contenciones;
- Grandes ensayos aleatorizados en diversos emplazamientos para identificar intervenciones específicas de enfermería centradas en identificar los planteamientos más efectivos alternativos al uso de contenciones;
- Exploración de los dilemas éticos relacionados con la atención enfermera con atención a la seguridad y la calidad de vida del paciente;
- Identificación de los factores de influencia conocidos que afectan a la decisión enfermera de usar contenciones (p. ej. carga de trabajo, pautas de dotación de personal);
- Efecto del desarrollo profesional enfermero continuado en relación a la reducción y la prevención de riesgos en el uso de contenciones;
- Estrategias más eficaces para trasladar el conocimiento a la práctica clínica enfermera con objeto de incorporar prácticas basadas en la evidencia para reducir y prevenir riesgos en el uso de contenciones;
- Identificación de factores (p. ej., estructuras, procesos, filosofía y cultura) presentes en los entornos sanitarios que sustentan el uso de planteamientos alternativos a las contenciones y la utilización segura de dichas medidas en los entornos de práctica;
- Conocimiento del nivel de uso de las contenciones en entornos especiales, como cuidados intensivos o pediátricos o de atención domiciliaria, y exploración e identificación de las alternativas/estrategias más efectivas para estas poblaciones;
- Identificación de las mejores prácticas de supervisión y seguridad durante el proceso de contención;
- Desarrollo de las mejores herramientas y tecnologías para ayudar a instituciones y profesionales de la salud a lograr entornos en los que no se usen las contenciones;
- Planteamiento óptimo para revisar los desacuerdos sobre el uso inadecuado de las contenciones; la investigación debe centrarse en cómo crear un entorno seguro dentro de las instituciones tanto para el personal como para el paciente y su familia/representante en la toma de decisiones para denunciar un uso inadecuado de estas medidas;
- Desarrollo de instrumentos o estrategias que contribuyan a la aplicación de contenciones con seguridad;
- Impacto de la presente Guía en la prevención y la reducción del uso de las contenciones;
- Impacto de las políticas sanitarias para garantizar los entornos sanitarios libres de contenciones.

Esta lista constituye un intento de identificar y priorizar algunas de las lagunas de la investigación, si bien no agota las posibilidades de investigación en esta área de estudio.

Evaluación y Supervisión de la Guía

Es aconsejable que las instituciones que aplican las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas se planteen cómo evaluar y controlar su aplicación e impacto. La tabla incluida a continuación, basada en un marco de trabajo descrito en la Herramienta de la RNAO de *Implantación de las guías de práctica clínica* (2002), muestra algunos indicadores específicos para supervisar y evaluar la Guía Fomento de la seguridad: **alternativas al uso de contenciones**.

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
	Evaluar los elementos de apoyo disponibles en la institución que faciliten a las enfermeras el uso de alternativas a las contenciones.	Evaluar los cambios en la práctica que conducen a la prevención y al uso de medidas alternativas.	Evaluar el impacto de las recomendaciones para garantizar la seguridad de los pacientes y avanzar hacia un entorno en el que no se usen las contenciones.
Sistema	Se crea una estructura para desarrollar una definición universal de contención y se dispone de mecanismos para su adopción en todos los ámbitos del sistema sanitario.	Existe un proceso de revisión de las políticas y los procedimientos de un organismo/una institución para incluir la definición universal de contención.	Definición universal de contención en todos los ámbitos del sistema sanitario.
	Los entornos académicos con programas de enfermería cuentan con una estructura que facilita integrar en el plan de estudios la teoría y las buenas prácticas sobre planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.	Existe un proceso de revisión para garantizar que el plan de estudios principal se actualiza con la teoría y las buenas prácticas actuales en lo relativo a planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención para velar por la seguridad del paciente.	Los estudiantes de enfermería demuestran conocer y emplear la teoría y las buenas prácticas basadas en la evidencia actual sobre planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención para velar por la seguridad del paciente en el curso de sus estudios enfermeros.
	Se establece un mecanismo para la revisión conjunta de centros académicos e instituciones sanitarias de la teoría y las buenas prácticas relativas a planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención para identificar cuáles son efectivos en el contexto clínico.	Existe un proceso que facilita el diálogo entre los centros académicos y las instituciones sanitarias para revisar la teoría actual y las buenas prácticas de reconocida efectividad en el contexto clínico.	Los planes de estudios enfermeros integran la teoría y las recomendaciones de buenas prácticas actuales de distintas instituciones sanitarias que son reconocidamente efectivas en el contexto clínico.

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
Institución	Las instituciones cuentan con una estructura para revisar las recomendaciones de la guía de buenas prácticas.	Existe un proceso que permite revisar las políticas y los procedimientos institucionales para garantizar que son acordes con las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas basadas en la teoría y la investigación actuales sobre planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.	Política y procedimientos coherentes con las recomendaciones de la Guía de buenas prácticas sobre planteamientos alternativos y prácticas de prevención, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.
	Existe una estructura que permite la revisión de la calidad de los resultados en salud del paciente con relación a la implantación de las recomendaciones de buenas prácticas sobre prevención, planteamientos alternativos, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.	Existe un proceso estandarizado (p. ej., instrumentos de valoración y procedimientos de recogida de datos) dentro de la institución para facilitar la recogida de datos de los resultados en salud relacionados con la implantación de una política basada en las recomendaciones de buenas prácticas sobre prevención, planteamientos alternativos, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.	Existen procesos para evaluar la mejora de la calidad con objeto de monitorizar los resultados de la aplicación de políticas y prácticas de prevención, de planteamientos alternativos y de distensión/gestión de crisis y del uso del menor grado de contención, visible a través de: <ul style="list-style-type: none"> • Una disminución del índice de uso de contenciones; • El tipo de contenciones empleadas; • Una menor duración de los episodios de contención; • Un mayor uso de estrategias alternativas previas al uso de la menor contención posible; • La mejora en la cumplimentación de registros, con una mejoría en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La valoración de los riesgos predisponentes / desencadenantes; ▪ El uso de un plan de cuidados individualizado, incorporando las estrategias de manejo preferidas por el paciente; ▪ Educación al paciente / la familia/el representante para la toma de decisiones relativas a medidas de contención; ▪ Uso de estrategias alternativas antes del uso de contenciones;

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentimiento para el uso de estas medidas: <ul style="list-style-type: none"> • paciente/ familia/representante • prescripción médica; ▪ Uso de la observación y de protocolos de supervisión; • Un aumento del seguimiento tras el incidente, con sesiones de intercambio de información con el paciente/ la familia/el representante y el personal; • Un aumento de la satisfacción del paciente/ la familia / el representante; o • Una disminución de las complicaciones tras los episodios de contención.
Enfermera	<p>En la política de la institución existe un mecanismo para garantizar la formación enfermera relativa a la prevención, los planteamientos alternativos, la distensión/gestión de crisis y el uso del menor grado de contención.</p>	<p>Existe un proceso que facilita la asistencia de las enfermeras a sesiones formativas sobre prevención, planteamientos alternativos, distensión / gestión de crisis y uso del menor grado de contención; muestra de ello puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un aumento del número de enfermeras que asisten a sesiones formativas; • El reflejo en el registro de la enfermera de las buenas prácticas en el uso de enfoques alternativos y prácticas de contención. 	<p>Las enfermeras muestran mayor capacidad para ejecutar labores de prevención y emplear planteamientos alternativos al uso de contenciones como último recurso; muestra de ello puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La menor prevalencia de uso medidas de contención / aislamiento; • Un mayor uso de planteamientos alternativos y estrategias de distensión/ gestión de crisis; o • Una disminución de las complicaciones relacionadas con el uso de contenciones.
Paciente	<p>Existen mecanismos para garantizar la educación del paciente sobre la política y las prácticas de la institución respecto a prevención, planteamientos alternativos, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.</p>		

Nivel del indicador	Estructura	Proceso	Resultado
	<p>El modelo de cuidados facilita la participación activa del paciente/la familia/el representante del paciente en la valoración y el desarrollo de un plan de cuidados para garantizar que se utilizan estrategias alternativas específicas para dicho paciente con el objeto de prevenir el uso de contenciones.</p>		
		<p>Existen procesos dentro de la institución que facilitan la participación del paciente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valoración y la identificación de riesgos; • La identificación de las estrategias alternativas que funcionan para incorporarlas al plan de cuidados y prevenir el uso de contenciones; • El consentimiento y el método de contención de preferencia (siempre en el menor grado posible y únicamente como último recurso); • Educación inicial y continua y políticas y prácticas institucionales de prevención, uso de planteamiento alternativos, uso del menor grado de contención y rutinas de supervisión/observación. 	<p>El paciente/la familia/el representante del paciente muestran mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y comprensión de las políticas y prácticas sobre prevención, riesgos asociados al uso de contenciones, estrategias alternativas y prácticas seguras de contención; • Conocimiento de los factores predisponentes y desencadenantes; y • Capacidad para articular estrategias alternativas reconocidamente capaces de prevenir o limitar la escalada de conductas reactivas. <p>Se registra una mayor satisfacción en el paciente/la familia/el representante del paciente para la toma de decisiones en torno al uso de estrategias alternativas o uso del menor grado de contención.</p>
Costes	<p>Existe una estructura dentro de la institución para revisar el impacto económico de una política que fomenta buenas prácticas de prevención, uso de planteamientos alternativos, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.</p>	<p>Existe un proceso para determinar las necesidades económicas anuales que requiere una política de fomento de buenas prácticas de prevención, uso de planteamientos alternativos, distensión/gestión de crisis y uso del menor grado de contención.</p>	<p>Existe un presupuesto anual para cubrir el coste económico de mantenimiento de estas políticas y prácticas.</p>

Estrategias de Implantación

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) y el equipo de desarrollo de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación para dar soporte a las instituciones de salud o a los profesionales de las distintas especialidades sanitarias para la implantación de la presente Guía. A continuación se incluye un resumen de estas estrategias:

- La Dirección Ejecutiva debe velar por el establecimiento de una cultura que fomente enfoques alternativos para prevenir el uso de contenciones como prioridad institucional.
- Contar con al menos una persona dedicada a esta tarea, como una enfermera de práctica avanzada o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona deberá tener buenas habilidades interpersonales, de mediación y de gestión de proyectos.
- Realizar una evaluación de las necesidades de la institución en el ámbito del *Fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones* para determinar cuál es la base de conocimiento actual e identificar las necesidades de formación en esta área.
- La evaluación de las necesidades iniciales puede incluir, entre otros, el uso de un enfoque analítico, de encuestas y sondeos, el uso de grupos de trabajo (p. ej., grupos de debate) y de análisis de incidentes graves.
- Crear un comité de dirección compuesto por actores clave y profesionales de distintas áreas, con representación del paciente/la familia/el representante del paciente para la toma de decisiones, comprometido a liderar la iniciativa para el cambio.
- Identificar los objetivos a corto y a largo plazo.
- Mantener un plan de trabajo para controlar actividades, responsabilidades y plazos.
- Crear una idea objetivo que ayude a vertebrar los esfuerzos de cada uno y desarrollar estrategias para hacer efectiva y sostener dicha idea.
- El diseño del programa debe incluir:
 - Población diana;
 - Objetivos y metas;
 - Medidas de resultado;
 - Recursos necesarios (recursos humanos, instalaciones, equipamiento); y
 - Actividades de evaluación.
- Diseñar sesiones formativas y ofrecer apoyo continuado para la implantación. Las sesiones formativas pueden ser presentaciones, guías para mediadores, folletos y estudios de casos. También se pueden emplear carpetas, pósteres y tarjetas de bolsillo como material de consulta de los contenidos de la formación. Las sesiones formativas se planifican de forma que sean interactivas e incluyan actividades de resolución de problemas, que aborden temas de interés inmediato y que den la oportunidad de practicar las nuevas destrezas aprendidas (Davies & Edwards, 2004).
- Ofrecer apoyo institucional, como las estructuras necesarias para facilitar la implantación. Por ejemplo, contratar personal de sustitución para que los participantes en las formaciones no se vean distraídos por cuestiones del trabajo; o contar con una filosofía institucional que refleje el valor de las buenas prácticas mediante políticas y procedimientos. Desarrollar nuevos instrumentos de valoración y registro (Davies & Edwards, 2004).
- Identificar y dar apoyo a los impulsores de las buenas prácticas que se hayan designado en cada unidad para promover y fomentar la implantación. Celebrar los hitos y los logros y dar justo reconocimiento al trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las instituciones que decidan implantar esta Guía deben adoptar una serie de estrategias de autoaprendizaje, aprendizaje en grupo, tutorías y medidas de refuerzo que, con el tiempo, articularán el conocimiento y la confianza de las enfermeras para implantar esta Guía.
- Para implantar esta Guía, además de contar con enfermeras convenientemente capacitadas será necesario disponer de equipamiento especializado (planteamientos alternativos y materiales de contención), y se deberá instruir al personal para el uso de los productos y tecnologías específicos y planificar cursos de actualización regularmente.
- El trabajo en equipo, la valoración colaborativa y la planificación del tratamiento con el paciente/la familia/ el representante del paciente para la toma de decisiones y con el equipo interprofesional son positivos para la satisfactoria implantación de las guías. En caso necesario, se deberá recurrir a los servicios o recursos disponibles en la comunidad o dentro de la propia institución.

Además de todas estas estrategias, la RNAO ha desarrollado otros recursos a los que se puede acceder a través de su sitio web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad: en el Anexo D se puede encontrar más información. También se puede consultar la versión completa del documento en formato PDF en,

www.rnao.org/bestpractices.

Proceso de Actualización y Revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar las Guías de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas en el tema (el equipo de revisión) se encargará de revisar todas las guías de buenas prácticas de interés en este tema. Esta labor se realizará cada cinco años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la RNAO hará un seguimiento periódico en busca de nuevas revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados y controlados, y otras publicaciones relevantes en la materia.
3. El personal del proyecto, basándose en los resultados del seguimiento, puede recomendar que la revisión se adelante. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia con el fin de facilitar la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
4. Tres meses antes de que llegue el plazo para la revisión, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión, para lo que:
 - a) Invitará a especialistas en la materia a participar en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b) Recopilará las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se haya implantado.
 - c) Recopilará nuevas guías de práctica clínica en la materia, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones técnicas, investigaciones mediante ensayos controlados aleatorizados y otras publicaciones relevantes.
 - d) Desarrollará un plan de trabajo detallado con plazos y resultados esperados.
5. La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y los procedimientos establecidos.



Referencias

- Affonso, D.D., Jeffs, L., Doran, D. & Ferguson-Paré, M. (2003). Patient safety to frame and reconcile nursing issues. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 16(4), 69-81.
- Akansel, N. (2007). Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in western Turkey. *Health Science Journal*, 1(4), 7- 13.
- Amato, S., Salter, J. P., & Mion, L. C. (2006). Physical restraint reduction in the acute rehabilitation setting: A quality improvement study. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 235-241.
- Alzheimer Society. (2011) The Alzheimer Care: Ethical Guidelines, Restraints. (2011). Retrieved from <http://www.alzheimer.ca/english/care/ethics-restraints.htm>
- Baier, R. R., Butterfield, K., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2008). Aiming for star performance: The relationship between setting targets and improved nursing home quality of care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9 (8), 594-598.
- Baier, R. R., Butterfield, K., Patry, G., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2009). Identifying star performers: The relationship between ambitious targets and nursing home quality improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1498-1503.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger lifecycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Beaulieu, C., Wertheimer, J. C., Pickett, L., Spierre, L., Schnorbus, T., Healy, W.,... Jones, A. (2008). Behavior management on an acute brain injury unit: Evaluating the effectiveness of an interdisciplinary training program. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(5), 304-311.
- Beck, N. C., Durrett, C., Stinson, J., Coleman, J., Stuve, P., & Menditto, A. (2008). Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 59(9), 1027-1032.
- Becker, C., Loy, S., Sander, S., Nikolaus, T., Rissmann, U., & Kron, M. (2005). An algorithm to screen long-term care residents at risk for accidental falls. *Aging-Clinical & Experimental Research*, 17(3), 186-192.
- Bennet, J. (2008). Confronting the risk of elopement. *Nursing Homes*, 57(1), 54.
- Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215-222.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., & Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), 236-248.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Bourbonniere, M., Strumpf, N. E., Evans, L. K., & Maislin, G. (2003). Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(8), 1079-1084.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium (2010). *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare*. *Canadian Medical Association Journal*. Retrieved from <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>. Doi:10.1503/cmaj.090449
- Canadian Coalition for Seniors Mental Health (CCSMH). (2006). *National guidelines for senior's mental health: The assessment and treatment of mental health issues in Long Term Care homes (focus on mood and behaviour symptoms)*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Retrieved from <http://www.ccsmh.ca/en/projects/ltc.cfm>
- Canadian Health Services Research Foundation (2006). *Conceptualizing and combining evidence*. Retrieved from www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition.

- Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2003). Canadian Patient Safety Dictionary. Retrieved from http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf
- Capezuti, E., Maislin, G., Strumpf, N., & Evans, L. K. (2002). Side rail use and bed-related fall outcomes among nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 90-96.
- Capezuti, E., Wagner, L. M., Brush, B. L., Boltz, M., Renz, S., & Talerico, K. A. (2007). Consequences of an intervention to reduce restrictive side rail use in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 334-341.
- Castle, N. G. (2000a). Differences in nursing homes with increasing and decreasing use of physical restraints. *Medical Care*, 38(2), 1154-1163.
- Castle, N. G. (2000b). Deficiency citations for physical restraint use in nursing homes. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 55(1), S33-S40.
- Castle, N. G. (2002). Nursing homes with persistent deficiency citations for physical restraint use. *Medical Care*, 40(10), 868-878.
- Castle, N. G. (2003). Providing outcomes information to nursing homes: Can it improve quality of care? *Gerontologist*, 43(4), 483-492.
- Castle, N. G. & Banaszak-Holl, J. (2003). The effect of administrative resources on care in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 22(3), 405-424.
- Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to trauma-informed treatment: Transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(5), 363-371.
- Chaves, E. S., Cooper, R. A., Collins, D. M., Karmarkar, A., & Cooper, R. (2007). Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. *Assistive Technology*, 19(2), 94-107.
- Cohen-Mansfield, J. (1989). *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington. Retrieved from http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI_Scale.pdf
- Choi, E. & Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5), 651-659.
- Chuang, Y. H. & Huang, H. T. (2005). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486-494.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2008). *Documentation Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009a). *Consent Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/policy/41020_consent.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009b). *Ethics Standard*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf
- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009c). *Restraints Standard, Revised*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41043_Restraints.pdf.
- College of Nurses of Ontario (CNO). (2009d). *Therapeutic nurse-client relationship. Revised 2006*. Toronto: College of Nurses. Retrieved from http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf.
- Coussement, J., Dejaeger, E., Lambert, M., Van Den Noortgate, N., De, P. L., Boonen, S.,... Milisen, K. (2009). Translating fall incidence data into fall-preventive measures in geriatric wards—A survey in Belgian hospitals. *Gerontology*, 55(4), 398-404.
- Crock, C., Olsson, C., Phillips, R., Chalkiadis, G., Sawyer, S., Ashley, D.,... Monagle, P. (2003). General anaesthesia or conscious sedation for painful procedures in childhood cancer: The family's perspective. *Archives of Disease in Childhood*, 88, 253-257.
- Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.

- Dean, A. J., Duke, S. G., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(6), 711-720.
- Delaney, K. R. & Fogg, L. (2005). Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths. *Psychiatric Services, 56*(2), 186-192.
- de Jonghe-Rouleau, A. P., Pot, A. M., & de Jonghe, J. F. (2005). Self-injurious behaviour in nursing home residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(7), 651-657.
- Demir, A. (2007a). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 38-45.
- Demir, A. (2007b). The use of physical restraints on children: Practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey. *International Nursing Review, 54*(4), 367-374.
- de Veer, A. J., Francke, A. L., Buijse, R., & Friele, R. D. (2009). The use of physical restraints in home care in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*, 1881-1886.
- Dickson, B. C. & Pollanen, M. S. (2009). Case report: Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 16*(5), 284-286.
- Donat, D. C. (2002). Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(4), 413-416.
- Donat, D.C. (2003). An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 54*(8), 1119-1123.
- Downes, M. A., Healy, P., Page, C. B., Bryant, J. L., & Isbister, G. K. (2009). Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 21*(3), 196-202.
- Dumais, A., Larue, C., Drapeau, A., Menard, G., & Giguere Allard, M. (2010). Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: A 2-year retrospective audit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 18*. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2010.01679.x
- Dunbar, J. & Neufeld, R. R. (2000). Partnership beyond restraints: A state wide educational intervention to reduce restraint use. *Annals of Long-Term Care, 8*(24), 47-54.
- Dunn, K.S. (2001). The effect of physical restraints on fall rates in older adults who are institutionalized. *Journal of Gerontological Nursing, 27*(10), 40-48.
- Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: A pluralistic design. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 9*(3), 325-337.
- Edwards, N., Danseco, E., Heslin, K., Ploeg, J., Santos, J., Stansfield, M., & Davies, B. (2006). Development and testing of tools to assess physical restraint use. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3*(2), 73-85.
- Engberg, J., Nicholas, G., Castle, N. G., & McCaffrey, D. (2008). Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist, 48*(4), 442-452.
- Evans, D. & Fitzgerald, M. (2002). The experience of physical restraint: A systematic review of qualitative research. *Contemporary Nurse, 13*(1), 126-135.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing, 40*(6), 616-625.
- Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T. F., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du, P. J. N.,... Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: A cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(10), 1110-1118.
- Field, M. J. & Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press.

- Flannery, J., Rachlin, S., & Walker, A. P. (2002). Characteristics of assaultive patients with schizophrenia versus personality disorder: Six year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP). *Journal of Forensic Sciences*, 47(3), 558-561.
- Fonad, E., Burnard, P., & Emami, A. (2008). Shielding or caging? Healthcare staffs' views on fall risk and protection in Stockholm. *International Journal of Older People Nursing*, 3(1), 46-54.
- Forrester, D. A., McCabe-Bender, J., Walsh, N., & Bell-Bowe, J. (2000). Physical restraint management of hospitalized adults and follow-up study. *Journal for Nurses in Staff Development-JNSD*, 16(6), 267-276.
- Fricke, J. (2011). Activities of Daily Living. In: J.H. Stone, M. Blouin, (eds). International Encyclopedia of Rehabilitation. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/37/>
- Friedman, S. M., Mendelson, D. A., Bingham, K. W., & Kates, S. L. (2009). Impact of a co-managed Geriatric Fracture Center on short-term hip fracture outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1712-1717.
- Futrell, M., Melillo, K. D., & Remington, R. (2008). *Evidence-based practice guideline. Wandering*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McAleese, L., & Campbell, L. (2001). Perceptions of older people who have experienced physical restraint. *British Journal of Nursing*, 10(13), 852-859.
- Gillies, J., Moriarty, H., Short, T., Pesnell, P., Fox, C., & Cooney, A. (2005). An innovative model for restraint use at the Philadelphia Veterans Affairs Medical Center. *Nursing Administration Quarterly*, 29(1), 45-56.
- Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Strik, W. (2004). Use of physical restraints with cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 246-251.
- Hamers, J. P., Meyer, G., Kopke, S., Lindenmann, R., Groven, R., & Huizing, A. R. (2009). Attitudes of Dutch, German and Swiss nursing staff towards physical restraint use in nursing home residents, a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), 248-255.
- Happ, M. B. (2000). Using a best practice approach to prevent treatment interference in critical care. [Review]. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(2), 58-62.
- Health Canada (2006). *Advance care planning: The Glossary Project: Final report*. [Online]. Retrieved from <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/palliat/2006-proj-glos/index-eng.php>.
- Hellerstein, D. J., Staub, A. B., & Lequesne, E. (2007). Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*, 13(5), 308-317.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Retrieved from www.cochrane-handbook.org
- Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
- Hospital Bed Safety Group. (2003). Clinical guidance for the assessment and implementation of bedrails in hospitals, long-term care facilities, and home care settings. US Department of Health and Human Services. Retrieved from <http://www.fda.gov/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/generalhospitaldevicesandsupplies/hospitalbeds/default.htm>
- Huizing, A. R., Hamers, J. P., deJonge, J., Candel, M., & Berger, M. P. (2007). Organizational determinants of the use of physical restraints: A multilevel approach. *Social Science & Medicine*, 65(5), 924-933.
- Huizing, A. R., Hamers, J. P. H., Gulpers, M. J. M., & Berger, M.P.F. (2008). Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards: A cluster-randomized trial. *BioMed Central Geriatrics*, 6(17), 459-469. Doi:10.1186/1471-2318-6-17. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/17>
- Huizing, A., Hammers, J., Gulpers, M., & Berger, M. (2009). A cluster randomized trial of educational interventions to decrease the use of physical restraints with psycho-geriatric nursing home residents. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(7), 1139-1148.

- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion and restraint in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22-33.
- Ibe, T., Ishizaki, T., Oku, H., Ota, K., Takabatake, Y., Iseda, A.,... Ueda, A. (2008). Predictors of pressure ulcer and physical restraint prevalence in Japanese acute care units. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 91-98.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2008). *Prevention of falls (acute care). Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- Interprofessional Care Steering Committee. (2007). *Interprofessional Care: A blueprint for action in Ontario*. Retrieved from <http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>
- Janelli, L.M., Kanski, G. W., & Wu, Y. B. (2002). Individualized music – A different approach to the restraint issue. *Rehabilitation Nursing*, 27(6), 221-226.
- Johnson, M. E. & Hauser, P. M. (2001). The practices of expert psychiatric nurses: Accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 651-668.
- Johnson, S., Ostaszkievics, J., & O'Connell, B. (2009). Moving beyond resistance to restraint minimization: A case study of change management in aged care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 210-218.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimaki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(2), 139-149.
- Karlsson, S., Bucht, G., Eriksson, S., & Sandman, P. O. (2001). Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(12), 1722-1728.
- Kirkevold, O. & Engedal, K. (2004). A study into the use of restraint in nursing homes in Norway. *British Journal of Nursing*, 13(15), 902-905.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press, Buckingham.
- Koch, S., Nay, R., & Wilson, J. (2006). Restraint removal: Tension between protective custody and human rights. *International Journal of Older People Nursing*, 1(3), 151-158.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer healthcare system*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- Kontos, P. C. & Naglie, G. (2007). Bridging theory and practice: Imagination, the body, and person-centred dementia care. *Dementia November*, 6(4), 549-569. Doi: 10.1177/1471301207084394
- Kontio, R., Valimaki, M., Putkonen, H., Cocoman, A., Turpeinen, S., Kuosmanen, L., & Joffe, G. (2009). Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 198-207
- Kotynia-English, R., McGowan, H., & Almeida, O. P. (2005). A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: Impact on health outcomes. *International Psychogeriatrics*, 17(3), 475-485.
- Kratz, A. (2008). Use of the acute confusion protocol: A research utilization project. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 331-337.
- Lai, C. K. Y. (2007). Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus group interviews. *BioMed Central Nursing*, 6(5), 1-7.
- Lai, C. K. Y., Chan, M. H., Szeto, S. S. L., Law, A. K. Y., Cheng, Y., Chan, T. M. F., & Leung, V. W. M. (2006). A retrospective study on the outcomes of a collaborative restraint reduction project by a residential home for older people and a hospital-based community geriatric assessment service. *Hong Kong Nursing Journal*, 42(1), 23-31.
- Lebel, J. & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*, 56(9), 1109-1114.
- Lee, J. S., Hui, E., Chan, F., Chi, I., & Woo, J. (2008). Associated factors of falls in nursing home residents in Hong Kong and the role of restraints: A cross-sectional survey using the Resident Assessment Instrument (RAI) 2.0. *AGING-Clinical & Experimental Research*, 20(5), 447-453.

- Lee, S., Wright, S., Sayer, J., Parr, A. M., Gray, R., & Gournay, K. (2001). Physical restraint training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health, 10*(2), 151-162.
- Lepping, P., Steinert, T., Needham, I., Abderhalden, C., Flammer, E., & Schmid, P. (2009). Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: Identifying factors that improve ability to deal with violence. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(7), 629-635.
- Livingston, J., Verdun-Jones, S., Brink, J., Lussier, P., & Nicholls, T. (2010). A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *Journal of Forensic Nursing 6*(1), 15-28.
- Ludwick, R., Meehan, A., Zeller, R., & O'Toole, R. (2008). Safety work: Initiating, maintaining, and terminating restraints. *Clinical Nurse Specialist, 22*(2), 81-87.
- Lyons, S. S. (2004). *Fall prevention for older adults: Evidence-based protocol*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Maccioli, G. A., Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. A., Kuszaj, J. M.,...Peruzzi, W. T. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Critical Care Medicine, 31*(11), 2665-2676.
- Mamun, K. & Lim, J. (2005). Use of physical restraints in nursing homes: Current practice in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 34*(2), 158-162.
- Mayers, P., Keet, N., Winkler, G., & Flisher, A. J. (2010). Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *The International Journal of Social Psychiatry, 56*(1), 60-73.
- McCue, R. E., Urcuyo, L., Lilo, Y., Tobias, T., & Chambers, M. J. (2004). Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(2), 217-224.
- McGongal-Kenney, M. L., & Schutte, D. L. (2004). *Non-pharmacological management of agitated behaviours in persons with Alzheimer Disease and other chronic dementing conditions*. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery and well-being. A framework for a mental health strategy for Canada. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/Reports.aspx>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (1996) Health Care Consent Act. Retrieved from http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_96h02_e.htm
- Ministry of Health and Long Term Care. (1990). Ontario Mental Health Act. Retrieved from http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90m07_e.htm
- Ministry of Health and Long Term Care. (2001) Patient Restraints Minimization Act. Retrieved from http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_01p16_e.htm
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). Long Term Care Home Act. (2007). Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/english/public/legislation/ltc_homes/ltc_homes.html
- Minnick, A. F., Mion, L. C., Johnson, M. E., Catrambone, C., & Leipzig, R. (2007). Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 30-37.
- Möhler R., Richter T., Köpke S., & Meyer G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, 2*. Art. No.: CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition. (2008). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/predisposition>
- Mosby's Medical Dictionary, 8th edition. (2009). Retrieved from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com>
- Muralidharan S., & Fenton, M. (2008). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3*, Art. No.: CD002084. DOI: 10.1002/14651858.CD002084.pub2

National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (NCCNSC). (2005). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE).

National Council for Community Behavioural Healthcare. (2007) Definition of Seclusion. Retrieved from http://www.thenationalcouncil.org/cs/public_policy/restraints_seclusion_rules_chart

National Executive Training Institute. (2005). *Training curriculum for reduction of seclusion and restraint. Draft curriculum manual*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning (NTAC). Retrieved from <http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/creatingsafety/ntac/module6.pdf>

National Health and Medical Research Centre. (1998). How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature Retrieved from <http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf>

National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2004). *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical guideline 16*. London, UK: Gaskell & British Psychological Society.

Nay, R., & Koch, S. (2006). Overcoming restraint use: Examining barriers in Australian aged care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(1), 33-38.

Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J.,...Tsuchiya, A. (2006). 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*, 3(1), 8-18.

Ng, K. P., McMaster, F. R., & Heng, B. H. (2008). The effectiveness of bedrails in preventing falls. *Singapore Nursing Journal*, 35(4), 10-17.

Nobili, A., Piana, I., Balossi, L., Pasina, L., Matucci, M., Tarantola, M.,... Tettamanti, M. (2008). Alzheimer special care units compared with traditional nursing home for dementia care: Are there differences at admission and in clinical outcomes? *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4), 352-361.

Office of the Chief Coroner, Province of Ontario, Canada (2008). *Verdict of the Coroner's Jury: Jeffery James*. Retrieved from <http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/PPAO/en/Documents/sys-inq-jam.pdf>

O'Hagan, M., Divis, M., & Long, J. (2008). *Best practice in the reduction and elimination of seclusion and restraint; Seclusion: Time for change*. Auckland: Te Pou Te Whakaaro Nui: The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development.

Park M., Hsiao-Chen Tang, J., & Ledford, L. (2005). *Changing the practice of physical restraint use in acute care*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Soveri, H., & Noro, A. (2006). Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44(12), 1114-1120.

Pellfolk, T. J., Gustafson, Y., Bucht, G., & Karlsson, S. (2010). Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: A cluster randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 62-69.

Petti, T. A., Mohr, W. K., Somers, J. W., & Sims, L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(3), 115-127.

Pollard, R., Yanasak, E. V., Rogers, S. A., & Tapp, A. (2006). Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatric Quarterly*, 78(1), 73-81.

Prescott, D. L., Madden, L. M., Dennis, M., Tisher, P., & Wingate, C. (2007). Reducing mechanical restraints in acute psychiatric care settings using rapid response teams. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(1), 96-105.

- Putman, L. & Wang, J. T. (2007). The Closing Group: Therapeutic recreation for nursing home residents with dementia and accompanying agitation and/or anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(3), 167-175.
- Ralphs-Thibodeau, S. Knoefel, F., Benjamin, K., Leclerc, A., Pisterman, S., Sohmer, J., & Scrim, C. (2006). Patient choice: An influencing factor on policy-related research to decrease bedrail use as physical restraint. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 31-39.
- Rask, K., Parmelee, P. A., Taylor, J. A., Green, D., Brown, H., Hawley, J.,...Ouslander, G. (2007). Implementation and evaluation of a nursing home fall management program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(3), 342-349.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2002). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006a). *Client Centred Care*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006b). *Crisis Intervention*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2006c). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2007a). *Assessment & Management of Pain*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2007b). *Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practice*. Toronto. Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2010a). *Caregiving Strategies for Older Adults with Delirium, Dementia and Depression*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2010b). *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Ryan, C. J. & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 527-532. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00975.x
- Saarnio, R., Isola, A., & Laukkala, H. (2008). The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: Nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 132-140.
- Safer Healthcare Now!* (SHN). (2010). Reducing falls and injury from falls. Getting started kit. Retrieved from <http://www.saferhealthcarenow.ca/EN/Interventions/Falls/Pages/default.aspx>.
- Sandhu, S., Mion, L., Khan, R., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.,... Dietrich, M. (2010). Likelihood of ordering physical restraints: Influence of physician characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58 (7), 1272-1278. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02950.x
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin September*, 31, 321-325.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2002). Control and restraint in the UK: Service user perspectives. *British Journal of Forensic Practice*, 4(1), 9-18.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: 'When I go home, it's then that I think about it'. *British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3-15.
- Shah, A., Chiu, E., Ames, D., Harrigan, S., & McKenzie, D. (2000). Characteristics of aggressive subjects in Australian (Melbourne) nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 12(2), 145-161.

- Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J. K., Maas, M. L. (2001). *Family involvement in care for persons with Dementia*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- Smith, N. H., Timms, J., Parker, V. G., Reimels, E. M., & Hamlin, A. (2003). The impact of education on the use of physical restraints in the acute care setting. *Journal of Continuing Education in Nursing, 34*(1), 26-33.
- Snyder, B. S. (2004). Preventing treatment interference: Nurses' and parents' intervention strategies. *Pediatric Nursing, 30*(1), 31-40.
- Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing 19*, 416-427. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x
- Sullivan-Marx, E. M., Kurlowicz, L. H., Maislin, G., & Carson, J. L. (2001). Physical restraint among hospitalized nursing home residents: Predictors and outcomes. *Clinical Gerontologist, 24*(1-2), 85-101.
- Sung, H. C., Chang, S. M., Lee, W. L., & Lee, M. S. (2006). The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine, 14*(2), 113-119.
- Swauger, K. C. & Tomlin, C. C. (2000). Moving toward restraint-free patient care. *Journal of Nursing Administration, 30*(6), 325-329.
- Tenneij, N. H., Goedhard, L. E., Stolker, J. J., Nijman, H., & Koot, H. M. (2009). The correspondence between the Staff Observation Aggression Scale-Revised and two other indicators for aggressive incidents. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(4), 283-288.
- Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2005). The effect of staff training on the use of restraint in dementia: A single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(6), 587-590.
- Testad, I., Ballard, C., Bronnick, K., & Aarsland, D. (2010). The effect of staff training on agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia: A single-blind, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(1), 80-86.
- Thapa, P. B., Palmer, S. L., Owen, R. R., Huntley, A. L., Clardy, J. A., & Miller, L. H. (2003). P.R.N. (as-needed) orders and exposure of psychiatric inpatients to unnecessary psychotropic medications. *Psychiatric Services, 54*(9), 1282-1286.
- Turgay, A. S., Sari, D., & Genc, R. E. (2009). Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clinical Nurse Specialist, 23*(2), 68-72.
- Tzeng, H. M., Yin, C. Y., & Grunawalt, J. (2008). Effective assessment of use of sitters by nurses in inpatient care settings. *Journal of Advanced Nursing, 64*(2), 176-183.
- Unruh, L., Joseph, L., & Strickland, M. (2007). Nurse absenteeism and workload: Negative effect on restraint use, incident reports and mortality. *Journal of Advanced Nursing, 60*(6), 673-681.
- Vance, D. L. (2003). Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: A pilot study. *AACN Clinical Issues, 14*(1), 82-91.
- Vidan, M. T., Sanchez, E., Alonso, M., Montero, B., Ortiz, J., & Serra, J. A. (2009). An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 57*(11), 2029-2036.
- Voyer, P., Verreault, R., Mengue, P. N., Laurin, D., Rochette, L., Martin, L. S., & Baillargeon, L. (2005). Determinants of neuroleptic drug use in long-term facilities for elderly persons. *Journal of Applied Gerontology, 24*(3), 179-195.
- Wagner, L. M., Capezuti, E., Brush, B., Boltz, M., Renz, S., & Talerico, K. A. (2007). Description of an advanced practice nursing consultative model to reduce restrictive siderail use in nursing homes. *Research in Nursing & Health, 30*(2), 131-140.
- Werner, P. (2002). Perceptions regarding the use of physical restraints with elderly persons: Comparison of Israeli health care nurses and social workers. *Journal of Interprofessional Care, 16*(1), 59-68.

- Werner, P., & Mendelsson, G., (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing* 35(5), 784-791.
- Whitman, G. R., Davidson, L. J., Rudy, E. B., & Sereika, S. M. (2001). Practice patterns related to mechanical restraint use across a multi-institutional health care system. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(3), 102-111.
- Williams, J. E. & Myers, R. E. (2001). Relationship of less restrictive interventions with seclusion/restraints usage, average years of psychiatric experience, and staff mix. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 7(5), 139-144.
- Wong, I. S. & Chien, W. T. (2005). Young medical patients' experience of physical restraint: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 120-121.
- World Health Organization (WHO). (2009). More than words. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Version 1.1. Final Technical Report, January 2009. Retrieved from <http://www.who.int/patientsafety/en/>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(1), 124-144.
- Yamamoto, M., Izumi, K., & Usui, K. (2006). Dilemmas facing Japanese nurses regarding the physical restraint of elderly patients. *Japan Journal of Nursing Science*, 3(1), 43-50.



Bibliografía

- Allen, D. E., de Nesnera, A., & Souther, J. W. (2009). Executive-level reviews of seclusion and restraint promote interdisciplinary collaboration and innovation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 15*(4), 260-264.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Docherty, J. P., Carpenter, D., & Ross, R. (2003). Treatment of behavioral emergencies: A summary of the expert consensus guidelines. *Journal of Psychiatric Practice, 9*(1), 16-38.
- Allen, M. H., Currier, G. W., Hughes, D. H., Reyes-Harde, M., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies. (2001). The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgraduate Medicine, 1-90*.
- Allen, R.S., Burgio, L.D., Fisher, S.E., Michael, H.J., & Shuster, J.L., Jr. (2005). Behavioral characteristics of agitated nursing home residents with dementia at the end of life. *Gerontologist, 45*(5), 661-666.
- Anders, R. L., Thapinta, D., Wiwatkunupakan, S., Kitsumban, V., & Vadtanapong, S. (2003). Assessment of inpatient treatment of mentally ill patients in Thailand: Implications for practice. [Review]. *Contemporary Nurse, 15*(3), 322-332.
- Annequin, D., Carbajal, R., Chauvin, P., Gall, O., Tourniaire, B., & Murat, I. (2000). Fixed 50% nitrous oxide oxygen mixture for painful procedures: A French survey. *Pediatrics, 105*(4), e47.
- Antonelli, M. T. (2008). Restraint management: Moving from outcome to process. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(3), 227-232.
- Arling, G. & Williams, A. R. (2003). Cognitive impairment and resource use of nursing home residents: A structural equation model. *Medical Care, 41*(7), 802-812.
- Arling, G., Kane, R. L., Mueller, C., Bershinsky, J., & Degenholtz, H. B. (2007). Nursing effort and quality of care for nursing home residents. *Gerontologist, 47*(5), 672-682.
- Arling, G., Lewis, T., Kane, R. L., Mueller, C., & Flood, S. (2007). Improving quality assessment through multilevel modeling: The case of nursing home compare. *Health Services Research, 42*(3p1), 1177-1199.
- Austin, W., Bergum, V., & Nuttgens, S. (2004). Addressing oppression in psychiatric care: A relational ethics perspective. *Ethical Human Psychology & Psychiatry, 6*(1), 69-78.
- Ayalon, L., Bornfeld, H., Gum, A.M., & Areán, P.A. (2009). The use of problem-solving therapy and restraint-free environment for the management of depression and agitation in long-term care. *Clinical Gerontologist, 32*(1), 77-90.
- Aydin, C. E., Bolton, L. B., Donaldson, N., Brown, D. S., Buffum, M., Elashoff, J. D., & Sandhu, M. (2004). Creating and analyzing a state-wide nursing quality measurement database. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(4), 371-378.
- Bailey, M., Amato, S., & Mouhlas, C. (2009). A creative alternative for providing constant observation on an acute-brain-injury unit. *Rehabilitation Nursing, 34*(1), 11-16.
- Bar-Meir, E., Zaslansky, R., Regev, E., Keidan, I., Orenstein, A., & Winkler, E. (2006). Nitrous oxide administered by the plastic surgeon for repair of facial lacerations in children in the emergency room. *Plastic & Reconstructive Surgery, 117*(5), 1571-1575.
- Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 47*(1), 34-40.
- Beech, B. (2001). Managing aggression and violence in care settings: A review of the legal and ethical content of staff training courses. *Journal of Adult Protection, 3*(2), 8-17.
- Bell, F., Szmukler, G., & Carson, J. (2000). Violence and its management in in-patient mental health settings: A review of the literature. *Mental Health & Learning Disabilities Care, 3*, 370-372.

- Bernick, L. & Bretholz, I. (2001). Safe Mobility Program: A comprehensive falls prevention program for a multi-level geriatric setting. *Perspectives: The Journal of the Gerontological Nursing Association*, 25(3), 12-19.
- Beyaztas, F. & Tel, H. (2005). Nurses and physicians' opinions and approaches towards the use of physical restraints. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 12(2), 85-90.
- Boocock, M. G., Weyman, A. K., & McIlroy, R. (2006). Bedside safety rails: Assessment of strength requirements and the appropriateness of current designs. *Ergonomics*, 49(7), 631-650.
- Bostick, J. E. (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130-136.
- Boudreaux, E. D., Allen, M. H., Claassen, C., Currier, G. W., Bertman, L., Glick, R.,...Camargo, C.A. (2009). The Psychiatric Emergency Research Collaboration-01: Methods and results. *General Hospital Psychiatry*, 31(6), 515-522.
- Boustani, M., Munger, S., Beck, R., Campbell, N., & Weiner, M. (2007). A gero-informatics tool to enhance the care of hospitalized older adults with cognitive impairment. *Clinical Interventions In Aging*, 2(2), 247-253.
- Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2000). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 7(2), 22-44.
- Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. [Review]. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10(1).
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: The case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Education Today*, 24(6), 435-442.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., & Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 349-356.
- Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., & Oladapo, P. (2006). Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(2), 165-172.
- Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J., & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022-1026.
- Bowers, T. (2002). The need for education over legislation in reducing restraint use in health care facilities. [Review]. *Perspectives*, 26(4), 4-6.
- Bredthauer, D., Becker, C., Eichner, B., Koczy, P., & Nikolaus, T. (2005). Factors relating to the use of physical restraints in psychogeriatric care: A paradigm for elder abuse. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 10-18.
- Brend, M. & Jackson, D. (2006). Finding positive alternatives to physical restraint. *Learning Disability Practice*, 9(4), 32-38.
- Brenner, M. (2007). Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: An extraordinarily stressful event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30 (1-2), 29-37.
- Burnes, B. L., Aydin, C. E., Donaldson, N., Brown, D. S., Sandhu, M., Fridman, M., Aronow, H.U. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: A comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and post regulation. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(4), 238-250.
- Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. A. (2002). Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. [Review]. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397-1401.
- Capezuti, E. (2004). Minimizing the use of restrictive devices in dementia patients at risk for falling. *Nursing Clinics of North America*, 39(3), 625-647.

- Capezuti, E. A., & Wagner, L. M. (2006). Restraints and immobility. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 2(4), 1689-1699.
- Carroll-Solomon, P. A., Christian, V., Denny, D. S., Nordan, V. N., Therriault, M. F., & Van, W. R. (2000). Preserving residents' rights in long-term care settings: A values-based approach to restraint reduction. *Journal for Healthcare Quality*, 22(4), 10-19.
- Castle, N. G. & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical Care*, 43(6), 616-626.
- Castle, N. G., Degenholtz, H., & Engberg, J. (2005). State variability in indicators of quality of care in nursing facilities. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 60(9), 1173-1179.
- Chabora, N., Judge-Gorny, M., & Grogan, K. (2003). The Four S Model in action for de-escalation. An innovative state hospital-university collaborative endeavor. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41(1), 22-28.
- Chappell, N. L. & Reid, R. C. (2000). Dimensions of care for dementia sufferers in long-term care institutions: Are they related to outcomes? *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences*, 55(4), S234-S244.
- Chengappa, K. N. R., Levine, J., Ulrich, R., Parepally, H., Brar, J. S., Atzert, R.,...Gopalani, A. (2000). Impact of risperidone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(9), 827-832.
- Chien, W. T., Chan, C. W. H., Lam, L. W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80-86.
- Choi, B. & Pak, A. (2006). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 29(6), 351-364.
- Christiansen, E. & Chambers, N. (2005). Induction of anesthesia in a combative child: Management and issues. *Paediatric Anaesthesia*, 15(5), 421-425.
- Collins, R. J. (2006). Medication sleuth: An important role for pharmacists in determining the etiology of delirium. *Consultant Pharmacist*, 21(4), 293-297.
- Comondore, V. R., Devereaux, P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., Ravindran, N. C.,...Guyatt, G.H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 339(7717), 381-384.
- Cook, R., Mayne, C., Gardner, G., & Lawrence, T. (2002). Policy development through action research: Managing aggressive behaviour in patients with traumatic brain injury. *Australasian Journal of Neuroscience*, 15(3), 5-12.
- Cravero, J. P., Beach, M., Dodge, C. P., & Whalen, K. (2000). Emergence characteristics of sevoflurane compared to halothane in pediatric patients undergoing bilateral pressure equalization tube insertion. *Journal of Clinical Anesthesia*, 12(5), 397-401.
- Daffern, M., Mayer, M., & Martin, T. (2006). Staff gender ratio and aggression in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 93-99.
- Day, J., Higgins, I., & Koch, T. (2009). The process of practice redesign in delirium care for hospitalized older people: A participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 13-22.
- Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 19-30.
- Demir, Z. A. (2009). Attitudes, informed consent obtaining rates and feelings about physical restraint use among nurses. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1573-1581.
- Dewey, K. & Brill, C. (2000). Decrease in restraint use in a study of a geropsychiatric unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 38(10), 14-18.
- Dimant, J. (2003). Avoiding physical restraints in long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(4), 207-215.

- Downey, L. V. A., Zun, L. S., & Gonzales, S. J. (2007). Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. *General Hospital Psychiatry, 29*(6), 470-474.
- Encinares, M. & Pullan, S. (2003). The balancing act. Collaboration between frontline forensic staff and hospital administration. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 41*(12), 36-45.
- Evans, L. K. & Cotter, V. T. (1950). Avoiding restraints in patients with dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing, 108*(3), 40-49.
- Faezah, S.K., Zhang, D., & Yin, L.F. (2008). The prevalence and risk factors of delirium amongst the elderly in acute hospital. *Singapore Nursing Journal, 35*, 11-14.
- Farrell, G. & Cubit, K. (2005). Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. [Review]. *International Journal of Mental Health Nursing, 14*(1), 44-53.
- Fishman, G., Botzer, E., Marouani, N., & DeRowe, A. (2005). Nitrous oxide-oxygen inhalation for outpatient otologic examination and minor procedures performed on the uncooperative child. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 69*(4), 501-504.
- Flaherty, J. H., Tariq, S. H., Raghavan, S., Bakshi, S., Moinuddin, A., & Morley, J. E. (2003). A model for managing delirious older inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(7), 1031-1035.
- Foley, K. L., Sudha, S., Sloane, P. D., & Gold, D. T. (2003). Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia special care units. *Dementia, 2*(1), 105-124.
- Fonad, E., Emami, A., Wahlin, T. B., Winblad, B., & Sandmark, H. (2009). Falls in somatic and dementia wards at Community Care Units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 23*(1), 2-10.
- Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behavior on acute psychiatric wards: Prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing, 58*(2), 140-149.
- Fowler, N. A. (2006). Aromatherapy, used as an integrative tool for crisis management by adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 19*(2), 69-76.
- Fralick, S. L. (2007). A restraint utilization project. *Nursing Administration Quarterly, 31*(3), 219-225.
- Frezza, E. E., Carleton, G. L., & Valenziano, C. P. (2000). A quality improvement and risk management initiative for surgical ICU patients: A study of the effects of physical restraints and sedation on the incidence of self-extubation. *American Journal of Medical Quality, 15*(5), 221-225.
- Friedman, R. M., Pinto, A., Behar, L., Bush, N., Chirolla, A., Epstein, M.,...Young, C.K. (2006). Unlicensed residential programs: The next challenge in protecting youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 295-303.
- Gallinagh, R., Nevin, R., McIlroy, D., Mitchell, F., Campbell, L., Ludwick, R., & McKenna, H. (2002). The use of physical restraints as a safety measure in the care of older people in four rehabilitation wards: Findings from an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies, 39*(2), 147-156.
- Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. [Review]. *British Journal of Psychiatry, 191*, 298-303.
- Gelkopf, M., Roffe, Z., Behrbalk, P., Melamed, Y., Werbloff, N., & Bleich, A. (2009). Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. [Review]. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(12), 758-763.
- Gerolamo, A. M. (2006). The conceptualization of physical restraint as a nursing-sensitive adverse outcome in acute care psychiatric treatment settings. *Archives of Psychiatric Nursing, 20*(4), 175-185.
- Gerolamo, A. M. (2008). Measuring adverse outcomes in inpatient psychiatry: The reliability of nurse recall. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(2), 95-103.
- Gillespie, G. L., Gates, D. M., Miller, M., & Howard, P. K. (2010). Violence against healthcare workers in a pediatric emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal, 32*(1), 68-82.
- Goldbloom, D. L., Mojtabai, R., & Serby, M. J. (2010). Weekend prescribing practices and subsequent seclusion and restraint in a psychiatric inpatient setting. *Psychiatric Services, 61*(2), 193-195.

- Goodson, J., Jang, W., & Rantz, M. (2008). Nursing home care quality: Insights from a Bayesian network approach. *Gerontologist, 48*(3), 338-348.
- Grabowski, D. C., Angelelli, J. J., & Mor, V. (2004). Medicaid payment and risk-adjusted nursing home quality measures. *Health Affairs, 23*(5), 243-252.
- Graham, A. (2002). The use of physical interventions in managing violence in mental health settings. *Mental Health Practice, 6*(4), 10-15.
- Green, B. & Robinson, L. (2005). Reducing violence in a forensic mental health unit: A seven-year study. *Mental Health Practice, 9*(4), 40-44.
- Grigg, M. (2006). Eliminating seclusion and restraint in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing, 15*(4), 224-225.
- Gruneir, A., Lapane, K. L., Miller, S. C., & Mor, V. (2008). Does the presence of a dementia special care unit improve nursing home quality? *Journal of Aging & Health, 20*(7), 837-854.
- Gruneir, A., Lapane, K. L., Miller, S. C., & Mor, V. (2008). Is dementia special care really special? A new look at an old question. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(2), 199-205.
- Gudjonsson, G. H., Rabe-Hesketh, S., & Szmukler, G. (2004). Management of psychiatric in-patient violence: Patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British Journal of Psychiatry, 184*(3), 258-262.
- Hamers, J. P. & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38*(1), 19-25.
- Hancock, C. K., Buster, P. A., Oliver, M. S., Fox, S. W., Morrison, E., & Burger, S. L. (2001). Restraint reduction in acute care: An interdisciplinary approach. *Journal of Nursing Administration, 31*(2), 74-77.
- Hantikainen, V. & Kappeli, S. (2000). Using restraint with nursing home residents: A qualitative study of nursing staff perceptions and decision-making. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1196-1205.
- Hantikainen, V. (2001). Nursing staff perceptions of the behaviour of older nursing home residents and decision making on restraint use: A qualitative and interpretative study. *Journal of Clinical Nursing, 10*(2), 246-256.
- Happ, M. B. (2000). Preventing treatment interference: The nurse's role in maintaining technologic devices. *Heart & Lung, 29*(1), 60-69.
- Happ, M. B. (2002). Treatment interference in critically ill patients: An update on unplanned extubation. *Clinical Pulmonary Medicine, 9*(2), 81-86.
- Harmon, R. B. (2009). Hydrotherapy in state mental hospitals in the mid-twentieth century. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(8), 491-494.
- Harmsen, M., Geurts, A. C., Fasotti, L., & Bevaart, B. J. (2004). Positive behavioural disturbances in the rehabilitation phase after severe traumatic brain injury: An historic cohort study. *Brain Injury, 18*(8), 787-796.
- Haut, A., Kopke, S., Gerlach, A., Muhlhauser, I., Haastert, B., & Meyer, G. (2009). Evaluation of an evidence-based guidance on the reduction of physical restraints in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial [ISRCTN34974819]. *BMC Geriatrics, 9*(42).
- Heinze, C., Halfens, R. J., & Dassen, T. (2007). Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3), 495-501.
- Helene, H. M., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics, 15*(6), 777-788.
- Hellerstein, D. J., Seirmarco, G., Almeida, G., & Batchelder, S. (2008). Assessing behavioral coping preferences of psychiatric inpatients: A pilot study. *Medscape Journal of Medicine, 10*(12), 271.
- Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. [Review]. *Nursing in Critical Care, 12*(1), 6-11.
- Hoelzel, S. L. (2003). Reducing use of restraints on a rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing, 28*(3), 72-73.

- Hofso, K., & Coyer, F. M. (2007). Part 1. Chemical and physical restraints in the management of the mechanically ventilated patients in the ICU: Contributing factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(5), 249-255.
- Hofso, K. & Coyer, F. M. (2007). Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. [Review]. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(6), 316-322.
- Hollins, L. P. & Paterson, B. (2009). Physical intervention trainers: The case for greater accountability. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(4), 376-381.
- Horsburgh, D. (2003). The ethical implications and legal aspects of patient restraint. [Review]. *Nursing Times*, 99(6), 26-27.
- Huang, H. T., Chuang, Y. H., & Chiang, K. F. (2009). Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: The effectiveness of an in-service education program. *Journal of Nursing Research*, 17(4), 241-248.
- Hubner-Liebermann, B., Spiessl, H., Iwai, K., & Cording, C. (2005). Treatment of schizophrenia: Implications derived from an intercultural hospital comparison between Germany and Japan. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(1), 83-96.
- Huffman, J. C., Stern, T. A., Harley, R. M., & Lundy, N. A. (2003). The use of DBT skills in the treatment of difficult patients in the General Hospital. *Psychosomatics*, 44(5), 421-429.
- Hughes, C. M. & Lapane, K. L. (2005). Administrative initiatives for reducing inappropriate prescribing of psychotropic drugs in nursing homes: How successful have they been? *Drugs & Aging*, 22(4), 339-351.
- Hughes, C. M., Lapane, K. L., Mor, V., Ikegami, N., Jonsson, P. V., Ljunggren, G., Sgadari, A. (2000). The impact of legislation on psychotropic drug use in nursing homes: A cross-national perspective. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(8), 931-937.
- Hughes, R. (2008). Chemical restraint in nursing older people. [Review]. *Nursing Older People*, 20(3), 33-38.
- Huizing, A. R., Hamers, J. P., Gulpers, M. J., & Berger, M. P. (2006). Short-term effects of an educational intervention on physical restraint use: A cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 6, 17.
- Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K., & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 398-408.
- Inoue, K., Tanii, H., Hisashi, T., Nakao, K., Fukui, S., Fukui, N.,...Yuji, O. (2006). A report on research on the use of risperidone oral solution in a clinical setting. *International Medical Journal*, 13(3), 191-194.
- Irving, K. (2002). Governing the conduct of conduct: Are restraints inevitable? *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 405-412.
- Irving, K. (2004). Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 23-27.
- Jacobs, B. R., Salman, B. A., Cotton, R. T., Lyons, K., & Brill, R. J. (2001). Postoperative management of children after single-stage laryngotracheal reconstruction. *Critical Care Medicine*, 29(1), 164-168.
- Janelli, L. & Kanski, G. (2000). The use of music to release the ties that bind. *Perspectives*, 24(2), 2-7.
- Janelli, L. M., Kanski, G. W., & Wu, Y. W. (2004). The influence of individualized music on patients in physical restraints: A pilot study. *Journal of the New York State Nurses Association*, 35(2), 22-27.
- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538-548.
- Jensdottir, A. B., Rantz, M., Hjaltadottir, I., Gudmundsdottir, H., Rook, M., & Grando, V. (2003). International comparison of quality indicators in United States, Icelandic and Canadian nursing facilities. *International Nursing Review*, 50(2), 79-84.
- Johnson, T. D. (2007). Respiratory assessment in child and adolescent residential treatment settings: Reducing restraint-associated risks. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(3), 176-183.

- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, 33(6), 978-985.
- Jones, P. & Stenfert, K. B. (2008). Service users and staff from secure intellectual disability settings: Views on three physical restraint procedures. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(3), 229-237.
- Kapp, M. B. (2008). Resistance to nursing home restraints reduction revisited: Introduction to a symposium. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(3), 279-285.
- Karger, B., Fracasso, T., & Pfeiffer, H. (2008). Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding. *Forensic Science International*, 178(2-3), 178-184.
- Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B. H., & Sandman, P. O. (2000). Restraint use in elder care: Decision making among registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9(6), 842-850.
- Keidan, I., Zaslansky, R., Weinberg, M., Ben-Shlush, A., Jacobson, J. M., Augarten, A. & Mor, Y. (2005). Sedation during voiding cystourethrography: Comparison of the efficacy and safety of using oral midazolam and continuous flow nitrous oxide. *Journal of Urology*, 174(4 pt.2), 1598-1600.
- Kelly, A. & Dowling, M. (2004). Reducing the likelihood of falls in older people. *Nursing Standard*, 18(49), 33-40.
- Khadivi, A. & Levine, J. M. (2005). Letter to editor re: Patient-focused care and seclusion...Sullivan et al. (2004), 11(11), 503. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 12(2), 88.
- Kielb, C., Hurlock-Chorostecki, C., & Sipprell, D. (2005). Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? *Dynamics*, 16(1), 16-19.
- Kier-York, J. E. (2000). Developing a special needs restraint loaner program for transporting medically fragile children. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), 31-34.
- Kirkevold, O., Sandvik, L., & Engedal, K. (2004). Use of constraints and their correlates in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(10), 980-988.
- Kirkevold, O. & Engedal, K. (2008). Quality of care in Norwegian nursing homes—deficiencies and their correlates. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 560-567.
- Kirkevold, O., Laake, K., & Engedal, K. (2003). Use of constraints and surveillance in Norwegian wards for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6), 491-497.
- Koch, S., Lyon, C., & Lyon, K. S. (2001). Case study approach to removing physical restraint. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 156-161.
- Koukia, E., Madianos, M. G., & Katostaras, T. (2009). "On the spot" interventions by mental health nurses in inpatient psychiatric wards in Greece. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(5), 327-336.
- Kozub, M. L. & Skidmore, R. (2001). Least to most restrictive interventions. A continuum for mental health care facilities. [Review]. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(3), 32-38.
- Kraft, N. L. (2003). A pictorial and video guide to circumcision without pain. *Advances in Neonatal Care*, 3, 50-62.
- Kunik, M. E., Lees, E., Snow, A. L., Cody, M., Rapp, C. G., Molinari, V. A., & Beck, C.K. (2003). Disruptive behavior in dementia: A qualitative study to promote understanding and improve treatment. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4(2), 125-136.
- Kurlowicz, L. H., Evans, L. K., Strumpf, N. E., & Maislin, G. (2002). A psychometric evaluation of the Cornell Scale for Depression in Dementia in a frail, nursing home population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(5), 600-608.
- Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M. C., Behrens, J., & Riedel-Heller, S.G. (2009). Training in dementia care: A cluster-randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.
- Kwasny, P., Hagen, B., & Armstrong-Esther, C. (2006). Use of major and minor tranquilizers with older patients in an acute care hospital: An exploratory study. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 135-141.

- Kwok, T., Mok, F., Chien, W. T., & Tam, E. (2006). Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 581-587.
- Lacey, C. M., Finkelstein, M., & Thygeson, M. V. (2008). The impact of positioning on fear during immunizations: Supine versus sitting up. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(3), 195-200.
- Lai, C. K. Y., Kong, S. K. F., Chow, S. K. Y., Lee, J. C. S., & Lok, C. K. W. (2003). A restraint reduction program in a local old age home. *Asian Journal of Nursing Studies*, 6(2), 1-10.
- Lai, C. K., Yeung, J. H., Mok, V., & Chi, I. (2009). Special care units for dementia individuals with behavioural problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006470.
- Laine, J., Finne-Soveri, U. H., Bjorkgren, M., Linna, M., Noro, A., & Hakkinen, U. (2005). The association between quality of care and technical efficiency in long-term care. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(3), 259-267.
- Laurin, D., Voyer, P., Verreault, R., & Durand, P. J. (2004). Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. *BMC Nursing*, 3(5).
- Law, C. S. & Blain, S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. *Journal of the California Dental Association*, 31(9), 703-713.
- Lebel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M.,...Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: A state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 37-45.
- Lee, S., Gray, R., Gournay, K., Wright, S., Parr, A. M., & Sayer, J. (2003). Views of nursing staff on the use of physical restraint. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(4), 425-430.
- Leggett, J. & Silvester, J. (2003). Care staff attributions for violent incidents involving male and female patients: A field study. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 393-406.
- Lemonidou, C., Priami, M., Merkouris, A., Kalafati, M., Tafas, C., & Plati, C. (2002). Nurses' perceptions toward seclusion and use of restraints for psychiatric patients in Greece. *European Journal of Psychiatry*, 16(2), 81-90.
- Lewis, M., Taylor, K., & Parks, J. (2009). Crisis prevention management: A program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(3), 159-164.
- Lindgren, M., Unosson, M., Fredrikson, M., & Ek, A. C. (2004). Immobility – A major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: A prospective study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 57-64.
- Lindsey, P. L. (2009). Psychiatric nurses' decision to restrain. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(9), 41-49.
- Lin, L. C., Wu, S. C., Kao, C. C., Tzeng, Y. L., Watson, R., & Tang, S. H. (2009). Single ability among activities of daily living as a predictor of agitation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 117-123.
- Lloyd, M., Urquhart, G., Heard, A., & Kroese, B. (2008). When a child says 'no': Experiences of nurses working with children having invasive procedures. *Paediatric Nursing*, 20(4), 29-34.
- Lucero, M., Pearson, R., Hutchinson, S., Leger-Krall, S., & Rinalducci, E. (2001). Products for Alzheimer's self-stimulatory wanderers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 16(1), 43-50.
- Ludwick, R. & Zeller, R. A. (2001). The factorial survey: An experimental method to replicate real world problems. *Nursing Research*, 50(2), 129-133.
- Lundy, H. & McGuffin, P. (2005). Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(3), 135-145.
- Maas, M. L., Specht, J. P., Buckwalter, K. C., Gittler, J., & Bechen, K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life: Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133.

- Mac Dermaid, L. & Byrne, C. (2006). Restraint reduction education. *Canadian Nursing Home*, 17(3), 10-14.
- Malone, M. L., Vollbrecht, M., Stephenson, J., Burke, L., Pagel, P., & Goodwin, J. S. (2010). Acute Care for Elders (ACE) tracker and e-Geriatrician: Methods to disseminate ACE concepts to hospitals with no geriatricians on staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(1), 161-167.
- Marangos-Frost, S. & Wells, D. (2000). Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: A decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 362-369.
- Marcin, J. P., Rutan, E., Rapetti, P. M., Brown, J. P., Rahnamayi, R., & Pretzlaff, R. K. (2005). Nurse staffing and unplanned extubation in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(3), 254-257.
- Marder, S. R. (2006). A review of agitation in mental illness: Treatment guidelines and current therapies. [Review]. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, (Suppl 10), 13-21.
- Martin, B. & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 133-142.
- McCain, M. & Kornegay, K. (2005). Behavioral health restraint: The experience and beliefs of seasoned psychiatric nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(5), 236-242.
- McDougall, T. (2000). Violent incidents in a forensic adolescent unit: A functional analysis. *Journal of Research in Nursing*, 5(5), 346-363.
- McGrath, P., Forrester, K., Fox-Young, S., & Huff, N. (2002). "Holding the child down" for treatment in paediatric haematology: The ethical, legal and practice implications. *Journal of Law & Medicine*, 10(1), 84-96.
- Meyer, G., Kopke, B., Haastert, B. & Muhlhauser, I. (2008). Restraint use among nursing home residents : Cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*. 18(7), 981-990.
- Meyer, G., Kopke, S., Haastert, B., & Muhlhauser, I. (2009). Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: A cluster-randomised controlled trial. *Age & Ageing*, 38(4), 417-423.
- Mijares, A., Reyes, C., Robinson, A., Isip, H., & Coleman, B. (2007). Perceptions of intensive care nurses on conventional versus alternative measures to restraints: An exploratory pilot study. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 305.
- Miller, S. C., Papandonatos, G., Fennell, M., & Mor, V. (2006). Facility and county effects on racial differences in nursing home quality indicators. *Social Science & Medicine*, 63(12), 3046-3059.
- Minnick, A. F., Fogg, L., Mion, L. C., Catrambone, C., & Johnson, M. E. (2007). Resource clusters and variation in physical restraint use. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), 363-370.
- Minnick, A. F. & Leipzig, R. M. (2001). The restraint match-up. Three lessons show how nurse leaders can influence the use of physical restraints. *Nursing Management*, 32(3), 37-39.
- Minnick, A. F., Leipzig, R. M., & Johnson, M. E. (2001). Elderly patients' reports of physical restraint experiences in intensive care units. *American Journal of Critical Care*, 10(3), 168-171.
- Mion, L. C., Fogel, J., Sandhu, S., Palmer, R. M., Minnick, A. F., Cranston, T.,...Leipsig, R. (2001). Outcomes following physical restraint reduction programs in two acute care hospitals. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(11), 605-618.
- Mion, L. C., Minnick, A. F., Leipzig, R. M., Catrambone, C. D., & Johnson, M. E. (2007). Patient-initiated device removal in intensive care units: A national prevalence study. *Critical Care Medicine*, 35(12), 2714-2720.
- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S., & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2, Art. No.:CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Mohr, W.K., Petti, T.A., & Mohr, B.D. (2003). Adverse effects associated with physical restraint. *Canadian Journal of Psychiatry – Revue Canadienne de Psychiatrie*, 48(5), 330-337.
- Moore, K. & Haralambous, B. (2007). Barriers to reducing the use of restraints in residential elder care facilities. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 532-540.

- Moore, T., Hollett, J., Pilkington, F. B., & Jonas-Simpson, C. (2003). A pilot study of the lived experience for persons with dementia residing on a locked unit. *Perspectives*, 27(2), 5-14.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(7), 599-605.
- Morrison, E. F., Fox, S., Burger, S., Goodloe, L., Blosser, J., & Gitter, K. (2000). A nurse-led, unit-based program to reduce restraint use in acute care. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(3), 72-80.
- Morrison, E., Morman, G., Bonner, G., Taylor, C., Abraham, I., & Lathan, L. (2002). Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(3), 108-117.
- Muir-Cochrane, E., Bowers, L., & Jeffery, D. (2009). Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients. *Nurse Education Today*, 29(1), 83-90.
- Mukamel, D. B., Glance, L. G., Li, Y., Weimer, D. L., Spector, W. D., Zinn, J. S., & Mosqueda, L. (2008). Does risk adjustment of the CMS quality measures for nursing homes matter? *Medical Care*, 46(5), 532-541.
- Mullette, B. & Zulkowski, K. (2004). Bedrails: Restraints or enablers? *Ostomy Wound Management*, 50(8), 64-69
- Murphy, B. A. (2000). Delirium. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 18(2), 243-252.
- Myers, H., Nikoletti, S., & Hill, A. (2001). Nurses' use of restraints and their attitudes toward restraint use and the elderly in an acute care setting. *Nursing & Health Sciences*, 3(1), 29-34.
- Nawaz, H., Abbas, A., Sarfraz, A., Slade, M. D., Calvocoressi, L., Wild, D. M., & Tessier-Sherman, B. (2007). A randomized clinical trial to compare the use of safety net enclosures with standard restraints in agitated hospitalized patients. *Journal of Hospital Medicine* 2(6), 385-393.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2002). Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. *Swiss Medical Weekly*, 132(19-20), 253-258.
- Norris III, J. S., Rogers, C., & Omery, A. (2005). "Acute care nursing: A naturalistic investigation of alternatives to restraint use in an acute care setting". *16th International Nursing Research Congress Renew Nursing Through Scholarship*, Hawaii Big Island.
- Paavola, P. & Tiihonen, J. (2010). Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 27-34.
- Park, J. & Stearns, S. C. (2009). Effects of state minimum staffing standards on nursing home staffing and quality of care. *Health Services Research*, 44(1), 56-78.
- Phillips, C. D., Spry, K. M., Sloane, P. D., & Hawes, C. (2000). Use of physical restraints and psychotropic medications in Alzheimer special care units in nursing homes. *American Journal of Public Health*, 90(1), 92-96.
- Quadri, P., Tettamanti, M., Bernasconi, S., Trento, R., & Loew, F. (2005). Lower limb function as predictor of falls and loss of mobility with social repercussions one year after discharge among elderly inpatients. *Aging – Clinical and Experimental Research*, 17(2), 82-89.
- Rabadi, M. H., Rabadi, F. M., & Peterson, M. (2008). An analysis of falls occurring in patients with stroke on an acute rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing*, 33(3), 104-109.
- Raivio, M. M., Laurila, J. V., Strandberg, T. E., Tilvis, R. S., & Pitkala, K. H. (2007). Neither atypical nor conventional antipsychotics increase mortality or hospital admissions among elderly patients with dementia: A two-year prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(5), 416-424.
- Rateau, M. R. (2000). Confusion and aggression in restrained elderly persons undergoing hip repair surgery. *Applied Nursing Research*, 13(1), 50-54.
- Rausch, D. L. & Bjorklund, P. (2010). Decreasing the costs of constant observation. *Journal of Nursing Administration*, 40(2), 75-81.
- Redman, B. A. & Fry, S. T. (2003). Ethics and human rights issues experienced by nurses in leadership roles. *Nursing Leadership Forum*, 7(4), 150-156.

- Riley, D., Meehan, C., Whittington, R., Lancaster, G. A., & Lane, S. (2006). Patient restraint positions in a psychiatric inpatient service. *Nursing Times*, 102(3), 42-45.
- Roberts, D., Crompton, D., Milligan, E., & Groves, A. (1950). Reflection on the use of seclusion: In an acute mental health facility. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(10), 25-31.
- Ryan, C. J. & Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12(6), 695-702.
- Ryan, R. & Happell, B. (2009). Learning from experience: Using action research to discover consumer needs in post-seclusion debriefing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 100-107.
- Saarnio, R. & Isola, A. (2009). Use of physical restraint in institutional elderly care in Finland: Perspectives of patients and their family members. *Research in Gerontological Nursing*, 2(4), 276-286.
- Saloviita, T. (2002). Challenging behaviour, and staff responses to it, in residential environments for people with intellectual disability in Finland. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27(1), 21-30.
- Sandvide, A., Fahlgren, S., Norberg, A., & Saveman, B. I. (2006). From perpetrator to victim in a violent situation in institutional care for elderly persons: Exploring a narrative from one involved care provider. *Nursing Inquiry*, 13(3), 194-202.
- Schnelle, J. F., Bates-Jensen, B. M., Levy-Storms, L., Grbic, V., Yoshii, J., Cadogan, M., & Simmons, S.F. (2004). The minimum data set prevalence of restraint quality indicator: Does it reflect differences in care? *Gerontologist*, 44(2), 245-255.
- Schofield, N. (2001). Psychiatric nurses expressed conflicting feelings in the decision to use physical restraints. *Evidence-Based Mental Health*, 4(1), 31.
- Sees, D. L. (2009). Impact of the Health Care Financing Administration regulations on restraint and seclusion usage in the acute psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 277-282.
- Sequeira, H. & Halstead, S. (2001). "Is it meant to hurt, is it?" Management of violence in women with developmental disabilities. *Violence Against Women*, 7(4), 462-476.
- Shah, A., Chiu, E., & Ames, D. (2000). Aggressive behaviour and environmental characteristics in Australian nursing homes. *Aging and Mental Health*, 4(1), 43-47.
- Shorr, R. I., Guillen, M. K., Rosenblatt, L. C., Walker, K., Caudle, C. E., & Kritchevsky, S. B. (2002). Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 526-529.
- Sirin, S. R., Castle, N. G., & Smyer, M. (2002). Risk factors for physical restraint use in nursing homes: The impact of the Nursing Home Reform Act. *Research on Aging*, 24(5), 513-527.
- Slettebo, A. & Bunch, E. H. (2004). Solving ethically difficult care situations in nursing homes. *Nursing Ethics*, 11(6), 543-552.
- Sorrentino, A. (2004). Chemical restraints for the agitated, violent, or psychotic pediatric patient in the emergency department: Controversies and recommendations. *Current Opinion in Pediatrics*, 16(2), 201-205.
- Souder, E. & O'Sullivan, P. (2003). Disruptive behaviors of older adults in an institutional setting. Staff time required to manage disruptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(8), 31-36.
- Sourial, R., McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M. (2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital: Prevalence, disruptiveness, and staff burden. *International Psychogeriatrics*, 13(2), 183-197.
- Southcott, J. & Howard, A. (2007). Effectiveness and safety of restraint and breakaway techniques in a psychiatric intensive care unit. *Nursing Standard*, 21(6), 35-41.
- Southcott, J., Howard, A., & Collins, E. (2002). Control and restraint training in acute mental health care. *Nursing Standard*, 16(27), 33-36.
- Sparks, L. A., Setlik, J., & Luhman, J. (2007). Parental holding and positioning to decrease IV distress in young children: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 440-447.

- Steinert, T., Eisele, F., Goeser, U., Tschoeke, S., Uhlmann, C., & Schmid, P. (2008). Successful interventions on an organizational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(27). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2596103/?tool=pubmed>
- St. John, P. & Newton, L. (2001). Reasons for restraint discontinuation: A qualitative survey of nurses in a tertiary care teaching hospital. *Geriatrics Today: Journal of the Canadian Geriatrics Society*, 4(2), 125-129.
- Stevenson, D. G. & Mor, V. (2009). Targeting nursing homes under the Quality Improvement Organization program's 9th statement of work. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), 1678-1684.
- Stubbs, B. (2008). Injuries to staff from implementation of physical interventions: Could poor manual handling be at fault? *British Journal of Forensic Practice*, 10(4), 12-14.
- Stubbs, B. (2009). Considering physical intervention as a manual handling procedure: Learning lessons from our general nursing colleagues. *British Journal of Forensic Practice*, 11(2), 32-37.
- Stubbs, B. (2009). The manual handling of the aggressive patient: A review of the risk of injury to nurses. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(4), 395-400.
- Stubbs, B. & Alderman, N. (2008). Physical interventions to manage patients with brain injury: An audit on its use and staff and patient injuries from the techniques. *Brain Injury*, 22(9), 691-696.
- Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorston, G., Knight, C., & Davis, S. (2009). Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(1), 99-105.
- Suen, L. K., Lai, C. K., Wong, T. K., Chow, S. K., Kong, S. K., Ho, J. Y.,...Wong, I.Y.C. (2006). Use of physical restraints in rehabilitation settings: Staff knowledge, attitudes and predictors. *Journal of Advanced Nursing*, 55(1), 20-28.
- Sullivan, D., Wallis, M., & Lloyd, C. (2004). Effects of patient-focused care on seclusion in a psychiatric intensive care unit. *International Journal of Therapy Rehabilitation*, 11(11), 503-508.
- Talerico K. A. & Capezuti, E. (2001). Myths and facts about side rails. *American Journal of Nursing*. 101(7), 43-8.
- Talerico, K. A. & Evans, L. K. (2001). Responding to safety issues in frontotemporal dementias. [Review]. *Neurology*, 56(Suppl 4), S52-S55.
- Talerico, K. A., Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (2002). Mental health correlates of aggression in nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 42(2), 169-177.
- Tamminga, R. Y. J., Armbrust, W., & Kamps, W. A. (2004). Midazolam compared with ketamine for invasive procedures. *Pediatric Hematology and Oncology*, 21(1), 93-94.
- Taxis, J. C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 157-170.
- Taylor, L. F., Whittington, F. J., Strasser, D. C., Hagan, H. C., Miller, S. W., & Archea, C. (2007). Gender differences in chemical restraint use in a nursing home: Patterns of psychotropic drug prescribing. *Journal of Aging and Pharmacotherapy*, 13(2), 67-81.
- Taylor, L. F., Whittington, F., Strasser, D. C., Miller, S. W., Hennessy, C. H., & Archea, C. (2003). Psychotropic Drug Use in a Nursing Home: A 6-year retrospective. *Journal of Applied Gerontology*, 22(4), 474-489.
- te Boekhorst, S., Depla, M. F. I. A., De Lange, J., Pot, A. M., & Eefsting, J. A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: A comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 970-978.
- Terpstra, T. L., Terpstra, T. L., Pettee, E. J., & Hunter, M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(5), 20-28.

- The University of Texas MD Anderson Cancer Center Restraints Improvement Group. (1999) Alternatives for physical restraint: Myths and truths about physical restraints. Including a nursing survey on restraint practices. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 3(1).
- Turner, J. T., Lee, V., Fletcher, K., Hudson, K., & Barton, D. (2001). Measuring quality of care with an inpatient elderly population. The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 8-18.
- Tzeng, H. M. & Yin, C. Y. (2008). Heights of occupied patient beds: A possible risk factor for inpatient falls. *Journal of Clinical Nursing*, 17(11), 1503-1509.
- Van Citters, A. D., Naidoo, U., & Foti, M. E. (2007). Using a hypothetical scenario to inform psychiatric advance directives. *Psychiatric Services*, 58(11), 1467-1471.
- van Doeselaar, M., Slegers, P., & Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in the Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97-109.
- Van Rompaey, B., Elseviers, M. M., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijen, S., & Bossaert, L. (2009). Risk factors for delirium in intensive care patients: A prospective cohort study. *Critical Care*, 13(3), R77. Doi: 10.1186/cc7892
- Vassallo, M., Wilkinson, C., Stockdale, R., Malik, N., Baker, R., & Allen, S. (2005). Attitudes to restraint for the prevention of falls in hospital. *Gerontology*, 51(1), 66-70.
- Vatne, S. & Fagermoen, M. S. (2007). To correct and to acknowledge: Two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(1), 41-48.
- Vittengl, J. R. (2002). Temporal regularities in physical control at a state psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(2), 80-85.
- Wallsten, T., Kjellin, L., & Sjoberg, R. L. (2008). The diagnostic accuracy of questions about past experiences of being mechanically restrained in a population of psychiatric patients. *Memory*, 16(5), 548-555.
- Wan, T. T., Zhang, N. J., & Unruh, L. (2006). Predictors of resident outcome improvement in nursing homes. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8), 974-993.
- Wang, W. W. & Moyle, W. (2005). Physical restraint use on people with dementia: A review of the literature. [Review]. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 46-52.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2003). The use of physical restraints for patients suffering from dementia. *Nursing Ethics*, 10(5), 512-525.
- Weiner, C., Tabak, N., & Bergman, R. (2003). Use of restraints on dementia patients: An ethical dilemma of a nursing staff in Israel. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*, 5(4), 87-93.
- Weintraub, D. & Spurlock, M. (2002). Change in the rate of restraint use and falls on a psychogeriatric inpatient unit: Impact of the Health Care Financing Administration's new restraint and seclusion standards for hospitals. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 15(2), 91-94.
- Wen, V., Mauceri, J., Smith, O., & Wilson, G. (2008). Least restraint or not: An observational study on the prevalence of physical restraint use in intensive care. *Dynamics*, 19, 43-44.
- Werner, P. & Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: Testing the theory of reasoned action. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 784-791.
- Werner, P. (2008). Discriminatory behavior towards a person with Alzheimer's disease: Examining the effects of being in a nursing home. *Aging & Mental Health*, 12(6), 786-794.
- Weze, C., Leathard, H. L., Grange, J., Tiplady, P., & Stevens, G. (2005). Evaluation of healing by gentle touch. *Public Health*, 119(1), 3-10.
- Whitehead, E. & Mason, T. (2006). Assessment of risk and special observations in mental health practice: A comparison of forensic and non-forensic settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4), 235-241.
- Whitman, G. R., Davidson, L. J., Sereika, S. M., & Rudy, E. B. (2001). Staffing and pattern of mechanical restraint use across a multiple hospital system. *Nursing Research*, 50(6), 356-362.

- Whitman, G. R., Kim, Y., Davidson, L. J., Wolf, G. A., & Wang, S. L. (2002). The impact of staffing on patient outcomes across specialty units. *Journal of Nursing Administration, 32*(12), 633-639.
- Whitman, G. R., Kim, Y., Davidson, L. J., Wolf, G. A., & Wang, S. L. (2007). Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. *Outcomes Management, 6*(4), 152-158.
- Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., & Neil, L. (2009). Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatric Services, 60*(6), 792-798.
- Whittington, R., Lancaster, G., Meehan, C., Lane, S., & Riley, D. (2006). Physical restraint of patients in acute mental health care settings: Patient, staff, and environmental factors associated with the use of a horizontal restraint position. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*(2), 253-265.
- Wille, R. T., Barnett, J. L., Chey, W. D., Scheiman, J. M., & Elta, G. H. (2000). Routine droperidol pre-medication improves sedation for ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy, 52*(3), 362-366.
- Williams, J. (2008). Exploring ethically sensitive decision-making in acute hospital care: Using hand-control mittens in adult patients. *Developing Practice Improving Care, 4*(4), 1-4.
- Williams, J. E. & Myers, R. E. (2001). Relationship of less restrictive interventions with seclusion/restraints usage, average years of psychiatric experience and staff mix. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 7*(5), 139-144.
- Wright, S., Sayer, J., Parr, A. M., Gray, R., Southern, D., & Gournay, K. (2005). Breakaway and physical restraint techniques in acute psychiatric nursing: Results from a national survey of training and practice. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 16*(2), 380-398.
- Wynaden, D., Orb, A., McGowan, S., Castle, D., Zeeman, Z., Headford, C.,...Finn, M. (2001). The use of seclusion in the year 2000: What has changed? *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia, 8*(3), 19-25.
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 16*(3), 287-291.
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(6), 453-459.
- Yan, E., Kwok, T., Lee, D., & Tang, C. (2009). The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalized older people. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 1*(2), 147-155.
- Yamagishi, M., Kanda, K., & Takemura, Y. (2003). Methods developed to elucidate nursing related adverse events in Japan. *Journal of Nursing Management, 11*(3), 168-176.
- Yamamoto, M. & Aso, Y. (2009). Placing physical restraints on older people with dementia. *Nursing Ethics, 16*(2), 192-202.
- Yeh, S. H., Lin, L. W., & Lo, S. K. (2003). A longitudinal evaluation of nursing home care quality in Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality, 18*(3), 209-216.
- Yeh, S. H., Hsiao, C. Y., Ho, T. H., Chiang, M. C., Lin, L. W., Hsu, C. Y., & Shu-Yuanm, L. (2004). The effects of continuing education in restraint reduction on novice nurses in intensive care units. *Journal of Nursing Research, 12*(3), 246-256.
- Yeh, S. H., Lee, L. N., Ho, T. H., Chiang, M. C., & Lin, L. W. (2004). Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. *International Journal of Nursing Studies, 41*(3), 255-262.
- Yung, M. (2005). "The related factors of the patient with endotracheal tube unplanned extubation in the ICU". *_. 16th International Nursing Research Congress Renew Nursing Through Scholarship_*, Hawaii Big Island.
- Zhang, N. J., Unruh, L., Liu, R., & Wan, T. T. (1993). Minimum nurse staffing ratios for nursing homes. *Nursing Economics, 24*(2), 78-85.

Zhang, X. & Grabowski, D. C. (2004). Nursing home staffing and quality under the nursing home reform act. *Gerontologist, 44*(1), 13-23.

Zinn, J., Spector, W., Hsieh, L., & Mukamel, D. B. (2005). Do trends in the reporting of quality measures on the nursing home compare web site differ by nursing home characteristics? *Gerontologist, 45*(6), 720-730.

Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, F. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology, 20*(1), 41-49.

Zun, L. S. (2003). A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine, 24*(2), 119-124.

Zun, L. S. & Downey, L. (2005). The use of seclusion in emergency medicine. *General Hospital Psychiatry, 27*(5), 365-371.



Anexo A: Glosario

Término: Definición / Fuente

Actividades de la vida diaria: Las actividades de la vida diaria se utilizan en rehabilitación como un término general de autocuidado para referirse a las actividades o tareas que realiza la persona de forma rutinaria en su vida cotidiana. Estas actividades se pueden subdividir en cuidado personal (básicas) y actividades domésticas y en la comunidad (instrumentales). Las actividades básicas se refieren por norma general a las relacionadas con la movilidad funcional (ambulación, movilidad en silla de ruedas, movilidad en la cama y traslados) y el cuidado personal (alimentación, higiene, aseo, baño y vestido). Las funciones instrumentales hacen referencia a la capacidad de la persona para valerse en su entorno en actividades flexibles como la compra, la cocina, los trabajos domésticos, la lavandería, el uso del transporte, la gestión del dinero y de la medicación y el uso de teléfono (Fricke, 2011).

Aislamiento: Contención de la movilidad de una persona mediante el confinamiento físico del paciente en un área definida. El aislamiento (contención física) se ha definido como el confinamiento involuntario de un paciente solo en una habitación o una zona de la que no puede salir físicamente (National Council for Community Behavioural Healthcare, 2007).

Atención orientada al paciente: Planteamiento en el que se considera al paciente en su integridad; no se trata únicamente de prestar un servicio allí donde esté el paciente. La atención orientada al paciente supone la defensa, el empoderamiento y el respeto por la autonomía, la opinión, la autodeterminación y la participación en la toma de decisiones del paciente (RNAO, rev. 2006).

Barandillas: Las barandillas o rieles de la cama son barras ajustables de metal o de plástico rígido que se fijan a la cama y que pueden tener distintas formas y tamaños (pueden cubrir la mitad, una cuarta parte o una octava parte del largo de la cama). En los distintos entornos asistenciales, como hospitalario, de larga estancia o domiciliario, los rieles o barandillas cumplen diversos propósitos, algunos de ellos en beneficio de la seguridad y la salud del paciente. Estos elementos:

- Se usan en camillas o camas mientras se transporta a los pacientes después de una cirugía o cuando se traslada a un paciente a una nueva habitación o unidad;
- Pueden facilitar el giro y la recolocación del paciente en la cama o el traslado a/desde otra cama;
- Pueden proporcionar un sentimiento de confort y seguridad, o facilitar el acceso a los controles de la cama; y
- Pueden emplearse como barrera física para recordar al paciente los límites de la cama, para solicitar asistencia enfermera o para restringir el movimiento voluntario del paciente para salir de la cama (Hospital Bed Safety Workgroup, 2003).

Calidad: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento (WHO, 2009).

Circunstancia: Situación o factor que puede influir en un evento, un agente o una o varias personas (WHO, 2009, pg. 22).

Complicación: Enfermedad o lesión originada por otra enfermedad y/o intervención sanitaria (Canadian Patient Safety Institute [CPSI], 2003).

Comportamientos reactivos: Conductas que a menudo son indicativas de:

- a/ Una necesidad no satisfecha, ya sea cognitiva, ya sea física, emocional, social, ambiental o de otro tipo;
- b/ Una respuesta a circunstancias en el entorno social o físico que pueden causar al paciente frustración, miedo o confusión (Ministry of Health and Long Term Care, 2007).

Condición de persona: [Personhood] Posición o estatus que otros otorgan a un ser humano, en el contexto de la relación y la dimensión social. Implica reconocimiento, respeto y confianza (Kitwood, 1997).

Consenso: Proceso para la toma de decisiones sobre políticas, no un método científico de creación de nuevo conocimiento. El desarrollo del consenso solo hace el mejor uso posible de la información de que se dispone, ya sean datos científicos o conocimiento colectivo de los participantes (Black et al., 1999).

Consentimiento informado: Acuerdo o beneplácito para recibir un tratamiento sanitario a cargo de una persona capacitada, capaz de entender y apreciar la naturaleza y las consecuencias del tratamiento propuesto. Si la persona no es capaz de dar su consentimiento, un sustituto o representante para la toma de decisiones puede darlo en su lugar. Salvo que por una urgencia resulte imposible obtener dicho consentimiento, el consentimiento informado y pleno es el estándar necesario para cualquier tratamiento de salud. La opción de no tratar al paciente se especifica como posibilidad dentro del consentimiento informado en algunas legislaciones (Health Canada, 2006).

Contenciones: Medios físicos, químicos o ambientales empleados para controlar la actividad física o el comportamiento de una persona o de parte de su cuerpo. Las medidas de contención física limitan el movimiento de la persona; pueden ser, por ejemplo, una silla fijada a una mesa o una barandilla en la cama que no pueda ser movida por el paciente. Las medidas ambientales controlan la movilidad del paciente; algunos ejemplos son las unidades o jardines con medidas de seguridad, la reclusión o el uso de salas “de reflexión” o el aislamiento. Las medidas químicas son cualquier tipo de medicación psicoactiva empleada no para tratar una enfermedad, sino para inhibir intencionadamente un comportamiento o movimiento en concreto. El menor grado de contención significa que se han probado todas las intervenciones alternativas posibles antes de usar la contención, y se debe emplear la forma de contención menos restrictiva para dar respuesta a las necesidades del paciente (CNO, rev. 2009c).

Cuidados informados en caso de trauma: [Trauma informed care] Tratamiento de salud mental impulsado por una comprensión profunda por parte de los responsables y el personal sanitario de los profundos efectos neurológicos, biológicos, psicológicos y sociales del trauma y la violencia en el ser humano individual, y por la apreciación de la alta prevalencia de experiencias traumáticas en personas que reciben atención sanitaria (National Executive Training Institute, 2005).

Cuidado interprofesional: Se refiere a la prestación de servicios sanitarios integrales al paciente a cargo de diversos profesiones sanitarios que trabajan en colaboración para ofrecer una atención de calidad en y entre distintos contextos. (Interprofessional Care Steering Committee, 2007).

Cultura: La cultura se refiere a los valores, creencias, normas y formas de vida compartidas y aprendidas de un individuo o un grupo. Influye en el pensamiento, las decisiones y las acciones (CNO, rev. 2009d).

Daño: Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de ella, incluidos: muerte, enfermedad, lesión, sufrimiento y discapacidad (de tipo físico, social o psicológico). La enfermedad es una disfunción fisiológica o psicológica. La lesión es el daño causado a los tejidos por un agente o una circunstancia, y el sufrimiento es la vivencia de algo subjetivamente desagradable, y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción. La discapacidad es cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o contención de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente (WHO, 2009).

Daño asociado a la atención sanitaria: Daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente (WHO, 2009).

Desencadenante (factor de riesgo): Elemento que provoca o contribuye a la aparición de un trastorno (Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, 2009).

Dispositivo de servicio auxiliar personal (PASD): Dispositivo empleado para ayudar a una persona en una actividad de la vida diaria, empleada únicamente si el uso de este tipo de dispositivos se incluye en el plan de cuidados del residente.

Inclusión en el plan de cuidados

Únicamente se puede incluir el uso de un dispositivo de servicio auxiliar personal en el plan de cuidados del residente para ayudarle en su actividad cotidiana si se cumplen las siguientes condiciones:

1. Se han considerado, y en su caso probado, otras alternativas pero no se ha considerado que sean efectivas para ayudar a la persona con sus actividades cotidianas.
2. Resulta razonable usar un dispositivo de servicio auxiliar personal, en vista del estado físico y mental del residente y su historia personal, y es el menos restrictivo de los dispositivos de servicio auxiliares personales que podrían ayudarle en estas tareas cotidianas.
3. El uso de dicho dispositivo ha sido aprobado por:
 - i. un médico,
 - ii. una enfermera profesional,
 - iii. una enfermera clínica,
 - iv. un miembro del Colegio de Terapeutas Ocupacionales [de Ontario en este caso],
 - v. un miembro del Colegio de Fisioterapeutas [de Ontario en este caso], o
 - vi. cualquier otra persona prevista en la legislación.
4. Se ha obtenido el consentimiento para el uso del dispositivo de servicio auxiliar personal del residente o, si este no fuera capaz, de un representante del residente para la toma de decisiones autorizado para dar el consentimiento.
5. El plan de cuidados incluye todo lo previsto en la legislación vigente (Ministry of Health and Long Term Care, 2007).

Distensión: [Reducción de la tensión o desescalada] Conjunto complejo de habilidades destinadas a interrumpir el ciclo de agresividad durante la fase de escalada o intensificación, incluidas las habilidades de comunicación verbales y no verbales (NCCNSC, 2005).

Ensayo controlado aleatorizado: Ensayo clínico que implica al menos un tratamiento de prueba y un tratamiento de control, con participación simultánea y seguimiento de los grupos de tratamiento y de control, y en los cuales la asignación de los tratamientos administrados se realiza de forma aleatoria.

Equipo de respuesta rápida: Formado por miembros del equipo de áreas asistenciales psiquiátricas en las que se usan contenciones, compuesto por:

- Médico director o adjunto a éste;
- Supervisor clínico;
- Enfermera jefe del área en que se produjo la contención del paciente.

El equipo de respuesta rápida se activa en las 24 horas siguientes al episodio de contención y se reúne ante cualquier posible incidencia de contención mecánica con el médico que trata al paciente, la enfermera responsable de la unidad o el área donde se encuentre y la enfermera a cargo del paciente para abordar la siguiente pregunta: ¿Qué se puede hacer para disminuir la probabilidad de que ocurran nuevos episodios de contención con este paciente? (Prescott et al., 2007).

Evidencia: Información que más se aproxima a los hechos de un determinado asunto. La forma que tome depende del contexto. Los resultados de investigación de alta calidad y metodológicamente adecuados proporcionan una evidencia más precisa. Dado que a veces no se dispone de investigación en una determinada materia o dichas investigaciones son incompletas o resultan contradictorias, es necesario contar con otro tipo de información para complementar o suplir la investigación. La base de la evidencia para tomar una decisión la constituyen múltiples formas de evidencia combinadas que equilibran rigor y conveniencia, dando mayor peso al primero que a la conveniencia (Canadian Health Services Research Foundation, 2006).

Factor atenuante: Acción o circunstancia que impide o modera la progresión de un incidente para provocar un daño al paciente (WHO, 2009).

Factor contribuyente: Circunstancia, acción o influencia que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca (WHO, 2009).

Factor de riesgo: Factor que hace que una persona o un grupo de personas sean especialmente susceptibles a un evento no deseado, desagradable o nocivo, como la inmunodepresión, que aumenta la incidencia y la gravedad de la infección, o el tabaquismo, que aumenta el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular (Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, 2009).

Fuga: [Ausencia no autorizada] Se entiende por fuga “el abandono de un residente dependiente de un centro sin observación o conocimiento de su marcha y en circunstancias que ponen en riesgo la salud, la seguridad o el bienestar del residente” (Bennet, 2008).

Gestión de crisis: Proceso centrado en la resolución del problema inmediato mediante el uso de recursos personales, sociales y ambientales. Los objetivos de una intervención de crisis son: solucionar la crisis de forma rápida para evitar una mayor agravamiento; lograr como mínimo el nivel funcional previo a la crisis; fomentar el crecimiento y la resolución efectiva de problemas; y reconocer las señales de alerta para evitar resultados en salud negativos (RNAO, rev. 2006b).

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar tanto al personal sanitario como a los pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados oportunos en relación con las circunstancias clínicas (la práctica) (Field & Lohr, 1990).

Incidente con daños: Anteriormente denominado evento adverso: incidente que causa daño al paciente (WHO, 2009).

Incidente relacionado con la seguridad del paciente: Evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente (WHO, 2009).

Interferencia con el tratamiento: Referido a la supresión o interrupción por el propio paciente de los dispositivos tecnológicos utilizados para el diagnóstico, el tratamiento y la monitorización fisiológica de pacientes agudos y críticamente enfermos. Puede referirse a la interferencia con cualquier aparato/dispositivo, como sondas urinarias, dispositivos intravasculares, tubos de alimentación, sondas de pulsioximetría y máscaras de oxígeno (Happ, 2000).

Medidas adoptadas para reducir el riesgo: Acciones encaminadas a reducir, gestionar o controlar futuros daños asociados a un incidente o la probabilidad de que se produzca (Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, WHO], 2009).

Paciente: Puede referirse a un individuo (paciente, residente, consumidor, familia/representante para la toma de decisiones), un grupo o una comunidad (CNO, rev. 2009d; Mental Health Commission of Canada, 2009).

Parte interesada: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (Baker et al., 1999). Entre las partes interesadas se encuentran todos los individuos y grupos que se ven directa o indirectamente afectados por el cambio o la solución del problema.

Plan de seguridad: Protección frente a lesiones accidentales para garantizar la seguridad del paciente que supone establecer sistemas y procesos operativos (plan de seguridad) con los que aumentar la probabilidad de atajarlas cuando se puedan producir (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).

Predisponente (factor de riesgo): Factor que aumenta la vulnerabilidad a una enfermedad particular en función de factores genéticos o de la existencia de ciertas afecciones subyacentes aún no activas o reveladas (Mosby's Dental Dictionary, 2nd edition, 2008).

Prevenible: Aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso (WHO, 2009).

Programas de manejo conductual: Estos programas incorporan planes individualizados de manejo del paciente, medidas de detección precoz y prevención, formación del personal, refuerzo de las conductas adecuadas e intervención con el uso de la menor forma de contención; se emplean en pacientes con conductas problemáticas. Los planes de manejo individualizados se crean para centrarse en los objetivos de tratamiento del paciente en su ingreso y para prevenir o manejar los posibles comportamientos problemáticos basados en desencadenantes ya conocidos. Estos programas pueden exponer las consecuencias lógicas y predecibles de las posibles conductas desafiantes o problemáticas. Son, entre otras:

- uso de técnicas cognitivo-conductuales, como los programas de control de la ira;
- desarrollo de habilidades para ayudar al paciente a identificar los problemas o el conflicto; y
- uso de modelos y de formación para la resolución de problemas para ayudar al paciente a reconocer sus propios estados emocionales internos, identificar los factores predisponentes y desarrollar estrategias de autocontrol que amplíen su abanico de respuestas.

El objeto de estos programas es el de reforzar las conductas adecuadas y acabar con los comportamientos disruptivos y potencialmente peligrosos. Las conductas problemáticas se manejan con una serie de intervenciones jerarquizadas desde las opciones menos restrictivas al uso de contenciones como último recurso, para lo es preciso contar con el paciente para conocer sus preferencias: p. ej., periodos de reflexión, tiempo en salas de reposo predeterminadas (abiertas o cerradas), o aislamiento (Dean et al., 2007).

Recomendaciones para la formación: Declaraciones sobre los requisitos formativos y enfoques educativos o estrategias para la introducción, implantación y sostenibilidad de la guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la organización y directrices: Declaraciones sobre las condiciones necesarias en un entorno de práctica que permitan la satisfactoria aplicación de la Guía de buenas prácticas. Las condiciones para el buen funcionamiento son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener repercusiones más amplias en las políticas a nivel gubernamental o social.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones de buenas prácticas orientadas a la práctica clínica y que, en condiciones ideales, están basadas en la evidencia.

Relación terapéutica: La relación terapéutica se basa en un proceso interpersonal que tiene lugar entre enfermera y paciente. Se trata de una relación intencional, dirigida a un objetivo, orientada a obtener el mejor resultado y el mayor beneficio para el paciente (RNAO, rev. 2006c).

Representante [del paciente] para la toma de decisiones: Persona que, según la ley del Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos sobre el consentimiento en la atención sanitaria (Health Care Consent Act, 1996 (HCCA)), puede decidir sobre el tratamiento de otra persona que no es capaz de tomar su propia decisión. Esta ley establece una jerarquía para determinar qué requisitos se precisan para poder asumir este papel de representante. Normalmente se trata de un cónyuge, una pareja o un familiar. No es necesariamente obligatorio contar con un poder notarial para actuar como representante del paciente para la toma de decisiones (CNO, rev. 2009a).

Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso a la preparación de un artículo de revisión (National Health and Medical Research Centre, 1998). Las revisiones sistemáticas establecen dónde son coherentes los efectos de la atención sanitaria y cuándo se pueden aplicar los resultados de investigación en las distintas poblaciones y contextos y las diferencias que debe haber en el tratamiento (p. ej., dosis), y dónde pueden variar significativamente los efectos. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita el sesgo (errores sistemáticos) y reduce los efectos del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Clarke & Oxman, 1999).

Riesgo: Probabilidad de que ocurra un incidente (WHO, 2009).

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable (WHO, 2009).

Ser querido: Se puede tratar de, entre otros, la persona a quien el paciente identifica como más importante en su vida. Puede hacer referencia al cónyuge, pareja, padre o madre, hijo o hija, hermano o hermana, o amigo o amiga (CNO, 2009c).

Anexo B: Proceso de desarrollo de la Guía

La RNAO, con financiación del Gobierno de Ontario, ha iniciado un programa plurianual de desarrollo de guías de buenas prácticas para enfermería, con programas piloto de implantación, evaluación, difusión y apoyo para su mantenimiento. Una de las áreas donde se hace más énfasis son las intervenciones de enfermería relacionadas con la seguridad del paciente y el uso de contenciones. Esta guía ha sido desarrollada por un grupo de enfermeras y otros profesionales de la salud coordinado por la RNAO. Se ha evitado cualquier interferencia o influencia por parte del Gobierno de Ontario.

En abril de 2010, la RNAO reunió a un equipo de enfermeras y profesionales de la salud de distintos entornos de práctica con experiencia clínica, académica y de investigación con pacientes en riesgo de infligirse daño a sí mismos o a terceros y susceptibles de ser objeto de contenciones. El equipo discutió el propósito de su trabajo y llegó a un consenso sobre el alcance de esta Guía de buenas prácticas. El equipo se mostró de acuerdo en que, para desarrollar las recomendaciones de la Guía, es fundamental usar un modelo que conjugue los principios de fomento de la seguridad (Figura 1, pg. 20-21) con el desarrollo de estas siguientes siete preguntas clínicas:

1. ¿De qué **planteamientos e instrumentos de valoración** disponen las enfermeras para identificar a los pacientes susceptibles de contenciones?
2. ¿De qué **estrategias e instrumentos de prevención** disponen las enfermeras para atender a los pacientes susceptibles de contenciones?
3. ¿De qué **técnicas de distensión y gestión de crisis** disponen las enfermeras para atender a los pacientes susceptibles de contenciones?
4. ¿Qué **estrategias de seguridad y supervisión** deben tener en cuenta las enfermeras cuando se considera el uso de medidas de contención como último recurso?
5. ¿Qué **educación y formación** son necesarias para ayudar a las enfermeras a implantar planteamientos alternativos y/o a usar contenciones cuando atienden a pacientes susceptibles de las mismas?
6. ¿Qué **características institucionales** ayudan a las enfermeras de todos los contextos de práctica a trabajar por un entorno de práctica en el que no se usen las contenciones?
7. ¿De **qué estudios se dispone** acerca de los entornos que favorecen la práctica sin medidas de contención?

Posteriormente, se realizó una búsqueda de la literatura para identificar guías de buenas prácticas, revisiones sistemáticas, estudios de investigación de interés y sitios web. Se encontraron diecinueve guías de buenas prácticas sobre este tema. Se realizó una revisión sistemática de la literatura como parte del proceso de desarrollo de la guía dentro del Programa de Guías de buenas prácticas en enfermería. La estrategia de búsqueda recuperó más de 1308 resúmenes (abstracts) relativos a contenciones. Se puede consultar el Anexo C para obtener más detalles de la revisión sistemática y la estrategia y los resultados de la búsqueda.

El equipo se dividió en subgrupos de expertos por área de experiencia e interés clínicos y académicos para analizar por temas los resúmenes de evidencia de acuerdo con las preguntas clínicas con el objeto de redactar un borrador de las recomendaciones para la Guía. Los subgrupos vincularon la evidencia (que iba desde ensayos controlados aleatorizados a literatura gris) a los temas que conforman la base del desarrollo de las recomendaciones. Mediante un proceso de consenso y basándose en las siete preguntas clínicas, los subgrupos del equipo desarrollaron los temas principales de las recomendaciones. Las recomendaciones de la Guía se devolvieron entonces al equipo en su conjunto para ser consensuadas y aprobadas. Todo este proceso culminó en el desarrollo de recomendaciones para la práctica, para la formación y para la organización y sus directrices. El equipo en su conjunto revisó el primer borrador, se identificaron las carencias, se revisó la evidencia y se consensuó el contenido final de las recomendaciones. Se fue refinando el contenido del documento para facilitar su aplicación en la práctica clínica.

En reconocimiento de la importancia que tiene la colaboración entre las distintas disciplinas de los diferentes entornos de práctica, se pidió a un grupo de expertos externos que revisara y diera su opinión sobre el primer borrador; en las páginas 11 a 17 de este documento se reconoce el trabajo de estos colaboradores, que representaban a diferentes grupos de profesionales, a pacientes y familiares y a grupos de defensa de estos colectivos, así como a distintas sociedades científicas. A los revisores externos se les preguntó sobre cuestiones específicas, y se les dio la posibilidad de dar una opinión general y hacer aportaciones. El equipo de desarrollo recopiló y revisó los comentarios de estas partes interesadas, y la discusión y el consenso a que dieron lugar se tradujo en la revisión del borrador del documento antes de su publicación.

Anexo C: Proceso de revisión sistemática

La estrategia de búsqueda empleada en el desarrollo de esta Guía se centró en dos áreas clave: una búsqueda estructurada de sitios web para identificar las buenas prácticas publicadas en el ámbito de las contenciones a partir de enero de 2005; y una revisión de la literatura para identificar estudios primarios, metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre este tema desde enero de 2000 hasta abril de 2010.

Paso 1: Búsqueda de guías

Uno de los miembros del equipo buscó una lista de las páginas web de contenidos relacionados con la materia en enero de 2009. Esta lista de direcciones se confeccionó según los conocimientos existentes de páginas web sobre práctica basada en la evidencia, de los desarrolladores de otras guías y de las recomendaciones de la literatura. Se indicó si había o no guías en cada dirección y la fecha de búsqueda. Algunas veces estos sitios web no contenían guías, pero redirigían a otros sitios o fuentes en que sí estaban accesibles. Se descargaron las guías disponibles en su versión completa y el resto fueron solicitadas por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality (National Guideline Clearinghouse): <http://www.guidelines.gov/>
- Alberta Medical Association: <http://www.topalbertadoctors.org/>
- American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine: <http://www.med.umich.edu/AnesCriticalCare/Documents/Guidelines/SCCM/restraint.pdf>
- Bandolier Journal: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/>
- Brent Local Safeguarding Children Board (LSCB): <http://www.brentlscb.org.uk/>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: <http://www.bcguidelines.ca/gpac/>
- British Columbia Office of Health Technology Assessment: <http://www.chspr.ubc.ca/>
- Campbell Collaboration: <http://www.campbellcollaboration.org/>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA): <http://cadth.ca/>
- Canadian Health Network: <http://www.phac-aspc.gc.ca/chn-rcs/index-eng.php>
- Canadian Institute for Health Information: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/splash.html>
- Canadian Medical Association Infobase: Clinical Practice Guidelines: http://www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm
- Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/>
- Centers for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com/>
- Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy: <http://rodp.ridne.net/node-54615.html>
- Children Acts Advisory Board: <http://www.srsb.ie/>
- Clinical Evidence: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/index.jsp>
- College of Nurses of Ontario: Standards: <http://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/publications-list/standards-and-guidelines/>
- Commission on the Future of Health Care in Canada: <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
- Emergency Medical Services Guidelines: http://wearcam.org/decon/full_body_restraint.htm
- Evidence-based On-Call: <http://www.eboncall.org/>
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions World Health Organization: <http://www.who.int/chp/en/>
- Geriatric Nursing Resource: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;119/5/1018.pdf>
- Guidelines Advisory Committee: http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?pagepath=Resource_Centre/GAC_Publications&id=18876
- Health Care Association of New Jersey: http://www.hcanj.org/docs/hcanjbp_fallmgmt6.pdf
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement: http://www.icsi.org/guidelines_and_more/
- Irish Nurses Association: Guidelines on the Use of Restraint in Care of the Older Person: <http://www.inmo.ie/DesktopModules/articles/Documents/Guidelinesonrestraint.pdf>

- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery (Australia): <http://www.joannabriggs.edu.au/>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: <http://www.med.monash.edu.au/centres-institutes.html>
- National Health Service Centre for Reviews and Dissemination: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
- National Health Service R & D Health Technology Assessment Programme: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK16710/>
- National Institute for Clinical Evidence (NICE): <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp>
- National Institute of Health (US) Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov/>
- New Zealand Guidelines Group: <http://www.nzgg.org.nz/>
- Psychiatry Online: <http://www.psychiatryonline.com/resourceTOC.aspx?resourceID=5>
- The Physiotherapy Evidence Database: <http://www.pedro.org.au/>
- Registered Nurses' Association of Ontario, Nursing Best Practice Guidelines: www.rnao.org/bestpractices
- The Royal Children's Hospital Melbourne Clinical Practice Guideline: http://www.rch.org.au/clinicalguide/cpg.cfm?doc_id=5243
- Royal College of Nursing: <http://www.rcn.org.uk/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.sign.ac.uk
- Virginia Henderson International Nursing Library: <http://www.nursinglibrary.org/vhl/>

Paso 2: Motores de búsqueda

Además, se realizó una búsqueda en los sitios web para identificar las guías de práctica existentes sobre el tema de las contenciones mediante el motor de búsqueda “Google”, usando términos de búsqueda claves. Una persona fue anotando los resultados de dicha búsqueda, los sitios web revisados, la fecha y un resumen de los resultados. Posteriormente se integró el resultado de la búsqueda en la lista de sitios web de guías relacionadas con el tema de interés.

Paso 3: Búsqueda manual/contribuciones del equipo

Se solicitó a los miembros de equipo que revisasen sus archivos personales para identificar guías no registradas previamente con las estrategias de búsqueda ya citadas. Las guías así localizadas se contrastaron con la lista señalada de sitios web de guías y se integraron en ella si no habían sido identificados previamente y cumplían los criterios de inclusión.

Estas estrategias dieron lugar a la recuperación de 19 guías sobre el tema de interés que cumplían los siguientes criterios:

1. Publicadas en inglés, de ámbito nacional e internacional;
2. Desarrolladas a partir de enero de 2005;
3. Estrictamente referidas a los temas abajo referidos;
4. Basadas en la evidencia (con referencias, descripción de la evidencia, fuente de la evidencia)
5. Disponibles y accesibles para su consulta.

Como parte de la revisión de la evidencia, el equipo de desarrollo realizó una evaluación crítica de las 19 guías clínicas detectadas relativas al uso de contenciones, para lo que utilizó el Instrumento de evaluación de guías para investigación y valoración AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II, Brouwers, et al., 2010). Como resultado de este proceso se decidió que 10 de las guías eran relevantes para el ámbito del presente documento y se usarían como base para que el equipo desarrollara las recomendaciones con discusión de la evidencia de apoyo. Las 10 guías incluidas fueron:

- College of Nurses of Ontario (CNO). (rev. 2009c). *Restraints standard*. Toronto (ON): College of Nurses of Ontario.
- Futrell, M., Melillo, K. D. & Remington, R. (2008). *Evidence-based practice guideline. Wandering*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation Dissemination Core.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). (2008). *Prevention of falls (acute care). Health care protocol*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement.
- Lyons, S. S. (2004). *Fall prevention for older adults: Evidence-based protocol*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.
- McGongal-Kenney, M. L. & Schutte, D. L. (2004). *Non-pharmacological management of agitated behaviours in persons with Alzheimer Disease and other chronic dementing conditions*. University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.

- National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (NCCNSC). (2005). *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric in-patient settings and emergency departments*. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Self-harm: The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. Clinical guideline 16. London, UK: Gaskell & British Psychological Society.
- Park, M., Hsiao-Chen Tang, J. & Ledford, L. (2005). *Changing the practice of physical restraint use in acute care*. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (rev. 2011). *Prevention of falls and fall injuries in the older adult*. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario.
- Skemp Kelley, L., Pringle Specht, J. K. & Maas, M. L. (2001). *Family involvement in care for persons with Dementia*. Iowa City, Iowa: The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core.

Paso 4: Revisión de la literatura

Un documentalista universitario especializado en ciencias de la salud realizó una búsqueda en bases de datos para localizar evidencia relacionada con el uso de contenciones. En abril de 2010 se realizó una búsqueda inicial en las bases de datos MEDLINE, Embase, CINAHL de estudios primarios y revisiones sistemáticas publicados de enero de 2000 a abril de 2010 con los siguientes términos de búsqueda: “Restraint”, “Physical and Restrain”, “Mechanical and Restrain”, “Manual and Restrain”, “Physical and Immobilization”, “Chemical and Restrain”, “Pharmacological and Restrain”, “Environmental and Restrain”, “Seclusion and Restrain”, “Patient and Restrain”, “Patient Isolation and Restraint, Physical”, “Restrict and Device”, “Restrain and Free”, “Restrain and Minimization”, “Restraining and Restrain”, “Restrain and Reduction”, “Nursing”, “Nurses”, “Nurse or Nurses or Nursing”, “Nursing Practice”, “Nursing Assistants”, “Patient Care”, “Patient and Care”, “Immobilization and Stress”, “Physical and Immobilization”, “Treatments and Procedures and Restrain”, “Nursing Care Coordination”, “Suicide and Self Restraint”.

También se pidió a los miembros del equipo de desarrollo de la guía que revisasen sus archivos personales para identificar literatura clave relacionada con este tema y reflejarla así en la búsqueda de literatura y, según lo indicado por el grupo de consenso, se realizaron búsquedas adicionales cuando se consideró necesario. La búsqueda se estructuró para cumplir los siguientes criterios de inclusión/exclusión y para responder a las preguntas clínicas identificadas por el equipo de desarrollo de la guía. Las identificadas sobre el tema de contenciones se sometieron a una evaluación de su calidad para servir de base para el desarrollo de la presente Guía.

Criterios de inclusión:

1. Estudios centrados en uno o más de los siguientes temas:
 - a. Instrumentos de valoración,
 - b. Estrategias de prevención,
 - c. Estrategias alternativas al uso de contenciones,
 - d. Cuidados centrados en el paciente,
 - e. Programas de educación/formación,
 - f. Ética,
 - g. Seguridad del paciente,
 - h. Legislación/normativa sobre contenciones,
 - i. Uso de contenciones,
 - j. Factores de riesgo (rasgos clínicos) en el uso de contenciones (comportamientos, deterioros cognitivos, interferencias en el tratamiento, desencadenantes),
 - k. Tipo de contenciones (físicas/mecánicas, químicas/farmacológicas, ambientales/aislamiento)
 - l. Responsabilidades de la organización (institucionales).

2. Resultados de los estudios de intervención referidos al cuidado de los pacientes en riesgo de sufrir medidas de contención.
3. Fechas de publicación de los estudios de enero de 2000 a abril de 2010. (Nota: los artículos fundamentales publicados antes de enero de 2000 también se incluyeron en la revisión).
4. Publicaciones en inglés de los estudios.
5. Revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de investigación cualitativos y cuantitativos.

Criterios de exclusión:

1. El foco del estudio no se refiere al uso de contenciones físicas/mecánicas, químicas o ambientales.
2. El artículo no responde a los criterios de inclusión de uso de contenciones.
3. La valoración o las intervenciones no se encuadran en el ámbito de la práctica enfermera.
4. Las publicaciones de los estudios no están escritas en inglés.
5. Ponencias, comentarios y revisiones narrativas. (Nota: pueden incluirse como antecedentes o información de contexto).

Preguntas clínicas:

1. ¿De qué **planteamientos e instrumentos de valoración** disponen las enfermeras para identificar a los pacientes susceptibles de contenciones?
2. ¿De qué **estrategias e instrumentos de prevención** disponen las enfermeras para atender a los pacientes susceptibles de contenciones?
3. ¿De qué **técnicas de distensión y gestión de crisis** disponen las enfermeras para atender a los pacientes susceptibles de contenciones?
4. ¿Qué **estrategias de seguridad y supervisión** deben tener en cuenta las enfermeras cuando se considera el uso de medidas de contención como último recurso?
5. ¿Qué **educación y formación** son necesarias para ayudar a las enfermeras a implantar planteamientos alternativos y/o a usar contenciones en su actividad asistencial?
6. ¿Qué **características institucionales** ayudan a las enfermeras de todos los contextos de práctica a trabajar por un entorno de práctica en el que no se usen las contenciones?
7. ¿De qué **estudios se dispone** acerca de los entornos que favorecen la práctica sin medidas de contención?

Resultados de la búsqueda:

La estrategia de búsqueda descrita arrojó un resultado de 1312 resúmenes sobre el tema de “**fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones**”. Estos resúmenes fueron luego examinados por dos asistentes de investigación para identificar duplicidades y evaluar los criterios de inclusión y exclusión establecidos por el equipo, lo que dio como resultado un total de 290 artículos para incluir en la revisión sistemática.

Paso 5: Búsqueda manual

Se realizó una búsqueda manual de artículos publicados desde la búsqueda en base de datos que dio lugar a la revisión sistemática (de abril de 2010 a abril de 2011) para garantizar que ninguna investigación reciente sobre el tema del “**fomento de la seguridad: alternativas al uso de contenciones**” ofreciera nuevos resultados. Se identificaron veinticinco artículos, aunque solo tres resultaron aplicables según los criterios de inclusión y exclusión. El equipo se mostró de acuerdo en que no ofrecían nuevas conclusiones, aunque servían para reforzar más el contenido ya identificado en la revisión sistemática inicial. Se usaron los siguientes artículos para respaldar las conclusiones de la revisión sistemática inicial:

- Möhler, R., Richter, T., Köpke, S. & Meyer, G. (2011). Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, 2. Art. No.: CD007546. DOI: 10.1002/14651858.CD007546.pub2
- Sandhu, S., Mion, L., Khan, R., Ludwick, R., Claridge, J., Pile, J.,... Dietrich, M. (2010). Likelihood of ordering physical restraints: Influence of physician characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (7), 1272-1278. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02950.x
- Strout, T. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 19, 416-427. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x

Anexo D: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para este propósito, la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta de Implantación de Guías de práctica clínica* basadas en la evidencia disponible, las perspectivas teóricas y el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación en toda institución sanitaria de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La Herramienta orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, recomienda que se sigan los siguientes pasos principales en la adopción de una guía:

1. Identificación de guías de práctica clínica bien desarrolladas y basadas en la evidencia.
2. Identificación, valoración y compromiso de las partes interesadas.
3. Valoración de la adecuación del entorno para la implantación de la Guía.
4. Identificación y definición de las estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Planificación e implantación de la evaluación.
6. Identificación y disposición sostenible de los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La Herramienta constituye un recurso fundamental para gestionar este proceso, y puede descargarse en: www.rnao.org/bestpractices.



Anexo E: Ejemplo: Entrevista SEBR (Subjective Experience of Being Restrained) sobre la experiencia con contenciones

La entrevista SEBR (Subjective Experience of Being Restrained) sobre la experiencia subjetiva de ser sometido a contenciones es una guía para la realización de una entrevista estructurada a los pacientes, primero en un estudio hospitalario (Evans & Strumpf, 1987; Evans et. al., 1991), y después en un estudio posterior en residencias (Evans & Strumpf, 1987; Evans et. al., 1991). Este instrumento se utiliza para orientar la entrevista, pero se busca una discusión abierta y libre; las entrevistas se graban y se transcriben para analizar su contenido. No se ha realizado ningún estudio de validez y fiabilidad sobre este instrumento.

Su Guía de entrevista SEBR

Los autores permiten el uso de este instrumento.

Expte. nº _____

Fecha _____

Entrevistador _____

1. Mientras estuvo en (nombre de hospital/ residencia), ¿fue sometido/a en algún momento a algún tipo de limitación o restricción del movimiento? (Usar las propias palabras del paciente o enseñar los términos “estar atado”, “chaleco”, “barandillas”, “cinturón de seguridad”).

(Registrar las propias palabras del paciente)

Sí	(Tipo)
	cinturón/correa 1
	chaleco 2
	muñeca 3
	tobillo 4
	guante / manoplas 5
	barandillas 6
	otros 7
	8

En caso negativo, ir a nº14

No

2. En caso AFIRMATIVO, ¿puede describir lo mejor que recuerde las circunstancias que condujeron al uso de (nombre del dispositivo señalado en pregunta 1 anterior)?

(NOTA: Usar las propias palabras del paciente para los “dispositivos”; puede ayudarlo con el momento, el lugar, las personas participantes, la conducta del paciente, la situación –p. ej., si estaba en cama/silla/camilla, WC, etc.).

3. ¿Recuerda el momento en el que se le aplicó (dispositivo)?

Sí 1

No 2

4. ¿Alguien le informó de por qué se le estaba aplicando (dispositivo)?

Sí 1

No 2

En caso afirmativo, ¿qué le dijeron?

5. ¿Qué otras opciones cree que podrían haber ayudado a manejar (respuesta a pregunta nº 4) en vez del uso de (dispositivo)?

6. ¿Qué sintió cuando se le aplicó (dispositivo)?

7. ¿Qué hizo cuando se le aplicó (dispositivo)?

8. ¿Qué le impide hacer (dispositivo) que usted quiere o necesita hacer?

9. ¿Durante cuánto tiempo tuvo puesto (dispositivo)?

10. ¿Cómo encajó el hecho de (usar las propias palabras del paciente, o “estar atado”, “estar limitado”, “tener restringido el movimiento”)?

11. ¿Recuerda si en algún momento se le quitó (dispositivo)?

Sí 1

No 2

12. ¿Se le explicó por qué se le quitaba (dispositivo)?

13. (SI LA MEDIDA RESTRICTIVA CONTINÚA EN USO) ¿Cuánto tiempo cree que se le seguirá aplicando (dispositivo)?

14. ¿Recuerda haberse sentido confuso/a a lo largo de su estancia aquí en (nombre del hospital/residencia)?

En caso afirmativo, descríballo.

15. ¿Ha sufrido alguna vez algún efecto inmediato del uso de (dispositivo)? (p. ej., “molestias”). En caso afirmativo, descríballo.

Gracias por participar.

Lois Evans and Neville Strumpf

© 1986 University of Pennsylvania School of Nursing

Fuente: Evans, L. and Strumpf, N. (1986). Subjective Experience of Being Restrained. Penn Nursing Science: University of Pennsylvania School of Nursing.

Enlace web link: www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx

Anexo F: Ejemplo: Instrumento de valoración a corto plazo del riesgo y la tratabilidad (START)



Nombre: _____
 Apellidos _____ Nombre _____

Registro n°: _____

Hombre Mujer Fecha de Nacimiento _____
 Día/Mes/Año

Diagnóstico: DSM-IV TR CIE-10

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

ESTADO: HOSPITAL COMUNIDAD CORRECCIONES
 Estado: _____ Estado: _____ Estado: _____

OBJETO: DERIVACIÓN INGRESO REVISIÓN OTROS
 Especificar: _____ Especificar: _____

Plazos START: _____
 Días/Semanas/Meses

Elemento clave	Puntos Fuertes			Elementos START	Puntos Débiles			Elemento Crítico	SIGNOS DE RIESGOS CARACTERÍSTICOS						
	2	1	0		2	1	0		Hx*	Riesgos	T.H.R.E.A.T	Bajo	Mod	Alto	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Habilidades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relaciones (TA: S/N)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. De ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	ESTIMACIÓN RIESGOS ESPECÍFICOS						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Autocuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hx*	Riesgos	T.H.R.E.A.T	Bajo	Mod	Alto	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Estado mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Violencia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Estado emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autolesión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Consumo de estupefacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suicidio	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Control de impulsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ausencia no autorizada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Desencadenantes externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Consumo de estupefacientes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Apoyos sociales (PPS: S/N)‡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abandono de sí mismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Recursos materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ser objeto de abusos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Actitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Riesgo específico del caso: ____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Adherencia medicación (N/A <input type="checkbox"/>)†	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	MEDIDAS DE MANEJO ACTUALES					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Adherencia reglas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Percepción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Planes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Afrontamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tratabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Plan de manejo actual:					
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Elemento específico del caso: ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Elemento específico del caso: ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						

Problemas de salud / Pruebas médicas: _____

Formulación de riesgos: ¿Qué factores/predicen-explican/qué persona/realizará/qué acción/cuándo? _____

completado por: _____ fecha: _____

*TA - Alianza Terapéutica ‡PPS - Apoyo Positivo de Iguales †N/A – No Aplicable Hx - Histórico o Antecedentes **Version 1.1 © 2009**

El instrumento START valora siete riesgos dinámicos (violencia, suicidio, autolesión, ser objeto de abusos, consumo de estupefacientes, abandono de sí mismo, ausencias no autorizadas y tratabilidad) como de grado bajo, moderado o alto. También se valora la historia/ antecedentes de los siete riesgos. Se evalúan veinte puntos débiles y puntos fuertes de los pacientes con la calificación 0, 1 o 2 para indicar ausencia o presencia del valor. Se pueden identificar las vulnerabilidades críticas y las fortalezas clave, así como signos de riesgo característicos y formulación de riesgos. El instrumento START se diseñó para su uso con pacientes ingresados y ambulatorios de tipo psiquiátrico y forense (médico-legal). Se puede descargar una guía que detalla el uso del instrumento START y la evidencia de interés en: http://www.bcmhas.ca/Research/Research_START.htm.

Tanto los puntos fuertes como los puntos débiles se evalúan en una escala graduada en 0, 1, 2 en la que se usa un conjunto de términos con significado específico. Se subrayan los elementos clave y críticos. Los siete riesgos (violencia hacia terceros, autolesión, suicidio, ausencia no autorizada, consumo de estupefacientes, abandono de sí mismo y ser objeto de abusos por parte de terceros) se evalúan como de grado bajo, moderado o alto.

Reimpresión autorizada por British Columbia Mental Health & Addiction Services.



Anexo G: Ejemplo: Escala de violencia de Broset

Escala de violencia de Broset—instrucciones de consulta rápida: Puntúe al paciente a la hora predeterminada en cada turno. La ausencia de comportamiento se puntúa como 0. La presencia de comportamiento se puntúa como 1. La suma o puntuación máxima (SUMA) es 6. Si el comportamiento es normal en un paciente cuya conducta ya se conoce, solo una intensificación del comportamiento puntuaría como 1: p. ej., si dicho paciente normalmente mostrara confusión (durante un tiempo prologado) la puntuación en ese caso sería 0. Si aumentara la confusión, el resultado sería 1.

Datos del paciente

Lunes / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Martes / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Miércoles / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Jueves / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Viernes / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Sábado / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Domingo / /			
	Mañana	Tarde	Noche
Confuso			
Irritable			
Ruidoso			
Amenazas verbales			
Amenazas físicas			
Ataque con objetos			
SUMA			

Fuente: Almvik, R. & Woods, P. (April 1, 2003). Short-term risk prediction: The Broset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 236-238.

Reimpresión autorizada por John Wiley and Sons.

Anexo H: Ejemplo: escala HCR-20 de antecedentes-clínicos-de gestión de riesgos

Escala de 20 antecedentes-clínicos-de gestión de riesgos (HCR-20)

Escala Antecedentes

- H1 Violencia previa
- H2 Primer incidente violento a edad temprana
- H3 Inestabilidad en las relaciones
- H4 Problemas de empleo
- H5 Consumo de estupefacientes
- H6 Enfermedad mental grave
- H7 Psicopatía
- H8 Inadaptación durante la juventud
- H9 Trastorno de personalidad
- H10 Errores de supervisión en el pasado

Escala clínica

- C1 Falta de introspección
- C2 Actitudes negativas
- C3 Síntomas activos de enfermedad mental grave
- C4 Impulsividad
- C5 Falta de respuesta al tratamiento

Escala de gestión de riesgos

- R1 Planes irrealizables
- R2 Exposición a factores desestabilizantes
- R3 Falta de apoyos personales
- R4 Incumplimiento de las medidas curativas
- R5 Estrés

La escala HCR-20 se emplea en contextos psiquiátricos, médico-legales/forenses y penales. La presencia o ausencia de estos 20 factores de antecedentes, clínicos y de gestión de riesgos se identifica de acuerdo a 3 niveles: ausente [negativo], posiblemente presente [posiblemente positivo] y definitivamente presente [definitivamente positivo]. El riesgo de futuros episodios de violencia se estima con la evaluación de los 20 aspectos de riesgo. El “Mental Health, Law and Policy Institute” de la Simon Fraser University publica la escala HCR-20. La guía de acompañamiento “HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide” también está disponible y se puede obtener más información en: <http://kdouglas.wordpress.com/hcr-20/>

Reimpresión autorizada por: Ronald Roesch, Professor, Director of Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Anexo I: Ejemplo: Cuestionario CAQ de acuerdo de afrontamiento

Cuestionario CAQ de acuerdo de afrontamiento (Coping Agreement Questionnaire)

(Copyright NY State Psychiatric Institute-from Hellerstein et al., 2007)

New York State Psychiatric Institute

<p>PLAN DE TRATAMIENTO</p> <p>Cuestionario/acuerdo de afrontamiento</p>	<p>Nombre del paciente (apellidos, nombre) "C N°" _____</p> <p>Sexo _____ Fecha Nacimiento _____</p> <p>Planta / Unidad núm. _____</p>
---	--

La hospitalización puede ser motivo de estrés. Por lo tanto, a la enfermera que le hace las preguntas le gustaría conocer la mejor manera de atenderlo cuando haya un momento de enfado, así que necesita saber cómo manejar sus emociones. Le pedimos que responda algunas preguntas para ayudarnos a ayudarlo. Por favor, mantenga al personal informado sobre cómo se siente en todo momento.

1. ¿Qué le molesta y le hace perder el control?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cansancio | <input type="checkbox"/> Demasiado ruido |
| <input type="checkbox"/> Hambre | <input type="checkbox"/> Sentirme solo |
| <input type="checkbox"/> Tener visitas | <input type="checkbox"/> No tener visitas |
| <input type="checkbox"/> Que me toquen | <input type="checkbox"/> Sentirme rechazado |
| <input type="checkbox"/> No poder irme a casa | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

2. ¿Qué ha hecho en situaciones en las que estaba molesto o ha perdido el control?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Llorar | <input type="checkbox"/> Tirar cosas |
| <input type="checkbox"/> Encerrarme en mí mismo | <input type="checkbox"/> Golpear a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Dar portazos | <input type="checkbox"/> Estallar de ira |
| <input type="checkbox"/> Hacerme daño a mí mismo | <input type="checkbox"/> Gritar |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |

3. Si estoy a punto de perder el control, por favor intente las siguientes opciones para tratar de calmarme.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hable conmigo | <input type="checkbox"/> Ayúdeme a participar en otra actividad |
| <input type="checkbox"/> Déjeme sentarme tranquilamente a solas en una habitación | <input type="checkbox"/> Deme un medicamento |
| <input type="checkbox"/> Haga que respire profundamente | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

4. Recomendaciones de la familia: _____

Si en algún momento, su estado emocional lo pone a usted o a otras personas en una situación insegura, y la información que nos ha proporcionado no le ha ayudado a lograr el control de usted mismo para garantizar su seguridad, el personal intervendrá utilizando una intervención alternativa. Solo se aplicará la intervención física como método de protección para ayudar a mantener su seguridad y la de terceros. Una vez que haya recuperado el control, el personal revisará con usted de nuevo su plan de tratamiento y el cuestionario de acuerdo de afrontamiento y juntos haremos los cambios necesarios en su tratamiento.

5. Si está clínicamente indicado, se plantearán las siguientes preguntas: No clínicamente indicado

A. Como último recurso, ¿qué tratamiento preferiría en una situación de crisis?

- Aislamiento Contención Ninguna preferencia

B. Si se emplean medidas de aislamiento o de contención, ¿desea que se les notifiquen a sus familiares/seres queridos?

- Sí No

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera: _____ Fecha: _____

Firma del médico responsable: _____ Fecha: _____

Historial de revisiones: Marcar con (X) si la revisión se produce tras el episodio de aislamiento/contención; documentar también la sesión informativa posterior en las notas sobre la evolución.

Fecha: _____ Revisión () _____ Firma del profesional _____


Fecha: _____ Revisión () _____ Firma del profesional _____

Fecha: _____ Revisión () _____ Firma del profesional _____

(Si es necesario, continúe el historial de revisiones en una nueva hoja)

Reimpresión autorizada por David J. Hellerstein, MD.

Anexo J: Ejemplo: Lista de alternativas

	<p>The Ottawa Hospital L'Hôpital d'Ottawa</p>	<p>The Ottawa Hospital Least Restraint Last Resort Policy ADM VIII 540_</p>
<p><i>Tabla con ejemplos/alternativas sugeridas y conductas del paciente</i></p>		
Conducta Presentada	Ejemplos de Alternativas Sugeridas	
<p>1. Caídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la medicación • Aseo regular • Ejercicio de piernas: movilidad/ ambulación • Rutina de cambios posturales (cada 2 horas) • Mayor participación en las actividades de la vida diaria • Medidas de alivio del dolor/confort • Horario normal/rutina individual • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano • Aumento de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Demostración de llamada con timbre • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Actividades de entretenimiento: mascotas, música, puzzles, manualidades, naipes, aperitivos • Horario de siestas diarias • Alarmas - cama/silla/ puerta • Habitaciones sin obstáculos • Colchón en el suelo/en cama baja • Tiras antideslizantes en el suelo • Luz nocturna • Casco • Aceptación de riesgos 	

Todas las solicitudes para usar o adaptar los planteamientos alternativos al uso de contenciones deben dirigirse al Ottawa Hospital, Department of Nursing Professional Practice.

Conducta Presentada	Ejemplos de Alternativas Sugeridas
<p>2. Deterioro cognitivo, p. ej. demencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo regular • Horario normal/rutina individual • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Letreros en el entorno (p. ej. puerta del aseo) • Aumento de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Contacto con delicadeza • Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Actividades de entretenimiento: mascotas, música, puzzles, manualidades, naipes, aperitivos • Reminiscencia • Horario de siestas diarias • Deambulación permitida (paseos cortos) • Alarmas - cama/silla/ puerta • Habitaciones sin obstáculos • Luz nocturna • Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano
<p>3. Confusión aguda/delirio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la medicación • Revisión de causas subyacentes – ver prescripciones preimpresas • Medidas de alivio del dolor/confort • Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano • Aseo regular (empezar con pauta cada 2 horas) • Horario normal/rutina individual • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Letreros en el entorno (p. ej. puerta del aseo) • Aumento/disminución de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Contacto con delicadeza • Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Horario de siestas diarias • Alarmas - cama/silla/ puerta • Habitaciones sin obstáculos • Luz nocturna

Conducta Presentada	Ejemplos de Alternativas Sugeridas
<p>4. Agitación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rutina de movilidad / ambulación / ejercicio • Rutina de cambios posturales (cada 2 horas) • Revisión de la medicación • Medidas de alivio del dolor/confort • Aseo regular • Horario normal/rutina individual • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Aumento de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Técnicas de relajación (cintas de audio, entornos en penumbra) • Contacto con delicadeza • Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Actividades de entretenimiento: mascotas, música, puzles, manualidades, naipes, aperitivos • Horario de siestas diarias • Deambulación permitida (paseos cortos)
<p>5. Deambulación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Coherencia entre el personal/sistema entre compañeros • Letreros en el entorno (p. ej. puerta del aseo) • Aumento de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Actividades de entretenimiento: mascotas, música, puzles, manualidades, naipes, aperitivos • Límites en el suelo marcados con cinta adhesiva - Alarmas - cama/silla/ puerta • Habitaciones sin obstáculos • Luz nocturna • Habitación cerca del control de enfermería • Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano
<p>6. Resbalones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con terapeuta ocupacional/fisioterapeuta • Rutina de cambios posturales (cada 2 horas) • Medidas de alivio del dolor/confort • Demostración de llamada con timbre • Uso de cojines de cuña / inclinaciones en silla de ruedas (consultar con terapeuta ocupacional/fisioterapeuta) • Cojín antideslizante (consultar con terapeuta ocupacional)

Conducta Presentada	Ejemplos de Alternativas Sugeridas
7. Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de la medicación • Medidas de alivio del dolor/comfort • Valoración de anteriores estrategias de afrontamiento • Horario normal/rutina individual • Evaluación de la sensación de hambre, dolor, calor, frío • Aumento/disminución de la interacción social • Técnicas de relajación (cintas de audio, habitación en silencio/penumbra) • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Deambulación permitida (paseos cortos) • Música relajante
8. Pacientes que se arrancan las sondas / vías	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de alivio del dolor/comfort • Aumento de la interacción social • Dirigir con instrucciones sencillas • Demostración de llamada con timbre • Estimulación/distracción de interés para el paciente • Explicación de los procedimientos/tratamientos • Contacto con delicadeza • Implicación de la familia en la planificación de los cuidados • Disimulación de tubos/sondas IV • Faja abdominal sobre GEP (gastrostomía endoscópica percutánea) • Cambio de IV a intermitente lo antes posible • Uso de férulas de brazo (para evitar flexionar la articulación del codo)
9. Inestabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad / ambulación / ejercicio • Revisión de la medicación • Aumento de la interacción social • Demostración de llamada con timbre • Horario de siestas diarias • Habitaciones sin obstáculos • Colchón en el suelo/ cama baja • Tiras antideslizantes en el suelo • Luz nocturna • Aceptación de posibles lesiones • Gafas, audífonos, ayudas a la deambulación siempre a mano

Para cualquier tipo de reproducción de este árbol de decisión se debe solicitar autorización al Ottawa Hospital, Department of Nursing Professional Practice.

Anexo K: Ejemplo: Cuestionario PRUQ de percepción de los cuidadores sobre el uso de contenciones

Perceptions of Restraint Use Questionnaire (PRUQ) Antecedentes e instrucciones de uso

Este cuestionario de percepciones sobre el uso de contenciones se ha desarrollado para determinar la importancia relativa que conceden los cuidadores a las razones para el empleo de medidas de contención física en personas mayores. La herramienta se ha desarrollado como una escala Likert (originalmente de 3 puntos, en la actualidad de 5 puntos) a partir de una revisión de la literatura que incluía las razones y las actitudes en torno al uso de contenciones. Un equipo de expertos en enfermería gerontológica ha estimado que tiene validez de criterio y de contenido. Obtuvo un coeficiente alfa de 0,80 con 18 enfermeras hospitalarias y de 0,74 con una muestra de 20 profesionales de residencias de tercera edad [Strumpf & Evans, 1987, 1988]. Tras ampliarlo a 11 conceptos, alcanzó un coeficiente alfa de 0,86 con 51 enfermeras que trabajaban con personas mayores en entornos geriátricos y geropsiquiátricos [Evans & Strumpf, 1987]. Desde entonces, hemos modificado la herramienta para incluir más aspectos relativos al riesgo de caídas y a la interferencia con el tratamiento; esta escala Likert de 5 puntos con 17 conceptos es la que actualmente usamos en nuestra investigación. Esta versión ha obtenido un coeficiente alfa de 0,96 entre 184 profesionales enfermeros europeos. En una muestra de 87 profesionales de residencias de tercera edad de Estados Unidos, la media fue de 3,65 y el coeficiente alfa de 0,94 [Evans & Strumpf, 1993].

Instrucciones de calificación del cuestionario PRUQ

Para asignar puntuaciones en el PRUQ, calcular una puntuación promedio en el total de la escala sumando los resultados de cada uno de los 17 conceptos dividido entre 5 (el número de posiciones en la escala Likert). Por ejemplo, el personal de tres centros residenciales de nuestro ensayo clínico [JAGS 1997] dio un promedio basal de 3,8 (+/- 0,86, n=55), 4,02 (+/- 0,68, n=29) y 3,64 (+/- 0,83, n=55).

Para el apartado “conocimiento de alternativas”, contar el número de intervenciones separadas sugeridas por el encuestado para obtener la puntuación total (suma). Las intervenciones designadas se pueden categorizar en cuatro tipos: fisiológicas, psicosociales, de actividad y ambientales. El cuadro de intervenciones conductuales (Matrix of Behavioral Interventions) (adjunta, y Strumpf et al., 1998, pp. 137-139) se usa para codificar los tipos de intervenciones identificadas. Se cuenta el número total de intervenciones y el subtotal para cada tipo y se derivan la media, la mediana y la moda para cada uno.

Ref.: FS: fisiológico; PS: psicosocial; AF: actividad física; AMB: ambiental; RF: contención física; RQ: contención química; RR: rieles; OII: otros, intervención inadecuada (p. ej., aislamiento, traslado a otro centro); OIA: otros, intervención adecuada (p. ej., ampliación de plantilla).

Esta versión del cuestionario PRUQ está pensada para entornos de cuidados agudos; se pueden introducir pequeñas variaciones en los conceptos demográficos (p. ej., nº 16, nº 19) para su aplicación en centros residenciales u otros contextos.

Referencias:

Evans, L.K., & Strumpf, N.E. (1987). Patterns of restraint: A cross-cultural view. *Gerontologist*, 27 (Supplement), 272A-273A.

Evans, L.K., & Strumpf, N.E. (1993). Frailty and physical restraint. In H.M. Perry, J.E. Morley, & R.M. Coe (Eds.), *Aging and musculoskeletal disorders*, pp. 324-333. New York: Springer.

Evans, L.K., & Strumpf, N.E. (1989). Tying down the elderly: A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 65-74.

Strumpf, N.E., & Evans, L.K. (1987). Patterns of restraint use in a nursing home (Abstract). *Proceedings of the American Nurses Association Council of Nurse Researchers Meeting*, 410. Kansas City: ANA.

Strumpf, N.E., & Evans, L.K. (1988). Physical restraint of the hospitalized elderly: Perceptions of patients and nurses. *Nursing Research*, 37, 132-137.

Strumpf, N.E., Robinson, J.P., Wagner, J.S., & Evans, L.K. (1998). *Restraint-free care: Individualized approaches for frail elders*. New York: Springer.

Desarrollado por Lois Evans and Neville Strumpf

© 1986. University of Pennsylvania School of Nursing; revisado 1990 & 2010.

Fuente: Evans, L. and Strumpf, N. (1986). Subjective Experience of Being Restrained. Penn Nursing Science: University of Pennsylvania School of Nursing. Enlace web: www.nursing.upenn.edu/cisa/Pages/Research.aspx

Cuestionario PRUQ de Percepción de los Cuidadores Sobre el Uso de Contenciones

Los autores permiten el uso de este instrumento.

FECHA ___/___/___

Se me ha explicado este estudio a mi entera satisfacción. Al completar este cuestionario, doy mi consentimiento para participar.

En el cuidado de una persona mayor a veces se emplean contenciones físicas. Dichas contenciones pueden ser chalecos, cinturones o correas (correillas para sábana) contenciones inguinales o pañales, sujeciones de muñeca o tobillo, guantes/mitones o sillas geriátricas bloqueables con bandejas fijas.

A continuación se incluyen algunos argumentos con los que se justifica la contención de una persona mayor. En general, ¿qué importancia cree que tiene el uso de contenciones físicas para cada razón enumerada? (Rodear con un círculo el número que mejor represente su respuesta)

	No importante		Un poco importante		De suma importancia
1. Proteger a un anciano de:					
a. ¿Caerse de la cama?	1	2	3	4	5
b. ¿Caerse de la silla?	1	2	3	4	5
c. ¿Deambulación insegura?	1	2	3	4	5
2. ¿Evitar la deambulación errática de un anciano?	1	2	3	4	5
3. ¿Evitar que un anciano coja objetos de otras personas?	1	2	3	4	5
4. ¿Evitar que un anciano acceda a sitios o productos peligrosos?	1	2	3	4	5
5. ¿Evitar que un anciano desorientado moleste a otros?	1	2	3	4	5
6. Evitar que un anciano:	1	2	3	5	5
a. ¿Se arranque una sonda vesical?	1	2	3	4	5
b. ¿Se arranque una sonda de alimentación?	1	2	3	4	5
c. ¿Se arranque un catéter endovenoso?	1	2	3	4	5
d. ¿Manipule una herida o una sutura?	1	2	3	4	5
e. ¿Se quite un apósito o un vendaje?	1	2	3	4	5
7. ¿Proporcionar descanso a un anciano hiperactivo?	1	2	3	5	
8. ¿Proporcionarle seguridad cuando tiene las facultades mermadas?	1	2	3	4	5
9. ¿Sustituir la vigilancia del personal?	1	2	3	4	5
10. ¿Proteger al personal o a otros pacientes de maltrato físicos/agresiones?	1	2	3	4	5
11. ¿Controlar la agitación?	1	2	3	4	5

12. Señale qué medidas podrían usarse en vez de las contenciones físicas para las conductas o situaciones arriba indicadas. Utilice el reverso de esta hoja si es necesario.

13. Formación: Máster Grado Diplomatura Técnico

14. Edad: _____

15. Sexo: F M

16. Tipo de unidad: Médica Quirúrgica De agudos Otros

17. Duración total de empleo en este centro: _____ años _____ meses

18. ¿Formación especializada en geriatría? sí no

19. Puesto: Enfermera plantilla Jefe enfermería Enfermera práctica avanzada Auxiliar enfermería

Clave: Total _____ FS _____ PS _____ AF _____ AMB _____ RF _____ RQ _____ RR _____ OIIÚ _____ OIAFS _____

©1986, 1990 Evans & Strumpf

University of Pennsylvania School of Nursing

Última actualización 12 de mayo 2010



Cuadro de conductas e intervenciones*

Tipos de Intervención	Riesgo de Caídas	Interferencia con el tratamiento	Otras Conductas
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las razones de las caídas y valoración integral • Revisión de la medicación/ supresión de fármacos problemáticos • Evaluación y prescripción de fisioterapia/terapia ocupacional, etc. • Descanso • Eliminación programada 	<ul style="list-style-type: none"> • Confort • Alivio del dolor • Ayuda con la necesidad de eliminación • Evaluación de la necesidad de cambio del tratamiento (p. ej., retirada de tubos IV/NG, catéteres; abandono gradual de ventilación mecánica) 	<ul style="list-style-type: none"> • Confort • Alivio del dolor • Corrección de problema subyacente, p. ej., deshidratación • Cambios posturales • Atención/ayuda con la eliminación • Dispositivos de ayuda sensorial • Masaje/aromaterapia
Psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión • Autorización para “no usar contenciones” del paciente/la familia • Programa de caídas/riesgos • Anticipación de las necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y supervisión • Autorización para “no usar contenciones” del paciente /la familia • Fomento de directrices de acercamiento adecuado • Ofrecimiento de seguridad • Mantenimiento de la comunicación con la familia/el residente • Consulta ética si indicado • Exploración guiada del dispositivo • Acordar un uso a corto plazo (si se trata de dispositivo de tratamiento invasivo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento • Toque terapéutico • Escucha activa • Acercamiento tranquilo • Provisión de sensación de seguridad y protección/ validación de las preocupaciones • “Tiempos de descanso” (según sea necesario) • Coherencia entre cuidadores • Supervisión • Fomento de la confianza y sentido de finalidad/control • Atención a la planificación del paciente • Orientación en la realidad (si necesario) • Remotivación • Atención a sentimientos y preocupaciones • Facilidades para que los pacientes controlen las actividades de la vida diaria • Orientación pastoral/espiritual • Visitas familiares e intercambio de información • Comunicaciones sosegadas, sensibles a las señales, con uso de instrucciones/afirmaciones sencillas

Tipos de Intervención	Riesgo de Caídas	Interferencia con el tratamiento	Otras Conductas
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia / ambulación / bipedestacion • Entrenamiento de la marcha • Programa de prevención de caídas • Ayuda en los traslados • Programa de fortalecimiento • Distracciones / Actividades de interés 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracciones • Televisión, radio, música • Elementos de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Distracciones • Ocio planificado consecuente con intereses / habilidades • Ejercicio • Fisioterapia/terapia ocupacional/entrenamiento en actividades de la vida diaria • Actividad social • Desahogo de ansiedad, especialmente con actividades estructuradas • Actividades nocturnas, según sea necesario • Redirección hacia la unidad • Terapia con animales • Rutinas estructuradas • Actividad/desahogo espiritual
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas con inclinación o ajuste al cuerpo, cojines con forma de cuña, almohadas abductoras, otros asientos personalizados • Camas bajas, barandillas de cama bajadas, o una sola barandilla, almohadillas, luz de llamada accesible, colchones en el suelo, silla wc portátil junto a la cama, mesa frente a la silla • Ayudas a la movilidad y calzado cómodo • Formación en aspectos de seguridad, entornos seguros (caídas), sistemas de señalización de alarma, dispositivos de ayuda, asientos elevados en el aseo • Distintos lugares de asiento • Iluminación óptima 	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación cerca del control de enfermería • Luz de llamada accesible • Punto de tratamiento disimulado o acolchado • Guantes y ropa de protección, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menor uso de intercomunicador • Más o menos luz, según sea adecuado • Espacios en silencio o con música relajante de fondo • Mecedora • Área personalizada/entorno hogareño/objetos familiares • Puertas, salidas, ascensores disimulados • "Puertas"/entradas/señales de stop de velcro • Cinta adhesiva o plantillas en el suelo para indicar el final de un pasillo • Candados especiales • Sistemas de alarma • Áreas confinadas seguras e interesantes • Ropa especial • Variedad en asientos y mobiliario • Espacio personal • Entorno estructurado • Cambio de habitación si fuera necesario

*La lista ofrece ejemplos y no pretende ser exhaustiva.

Fuente: Modificado de Strumpf, et. al., (1998), pp. 137-139.

Reimpreso con autorización de Penn Nursing Science.

Anexo M: Ejemplo: Registro de control de conducta



Center for Integrative Science in Aging
Desarrollo de una ciencia integradora que aborde los problemas complejos y comunes asociados al envejecimiento

Registro de control de conducta

Antecedentes e instrucciones de uso

Objetivo:

Facilitar la observación y la documentación de las conductas de forma consistente para poder determinar patrones y significados.

Instrucciones de uso:

1. En el espacio junto al elemento etiquetado como “Conducta objetivo específica”, anotar la conducta bajo observación (p. ej., caídas de la cama, escaparse de la unidad, pegar a otros, arrancarse los vendajes).
2. Anotar el nombre del paciente y el número de habitación en los espacios previstos para ello.
3. Anotar observaciones específicas para cada episodio de la conducta indicada en las columnas correspondientes del registro:
 - a. En la Columna 1, anotar la fecha de observación de la conducta.
 - b. En la Columna 2, anotar la hora exacta en la que se ha observado la conducta (Ejemplo: 10:30 am).
 - c. En la Columna 3, anotar exactamente qué conducta se ha observado (Ejemplo: caída al intentar levantarse de una silla sin ayuda).
 - d. En la Columna 4, anotar lugar en el que se ha producido el episodio (Ejemplo: silla roja en la sala de estar).
 - e. En la Columna 5, anotar las personas que estaban presentes y qué estaban haciendo (Ejemplo: pacientes T. Jones y P. Smith; enfermera auxiliar F. Fox, que hablaba con el paciente T. Jones).
 - f. En la Columna 6, describir lo que podía estar pasando internamente (en el paciente) para precipitar la conducta (Ejemplo: la paciente indicó que necesitaba ir al servicio urgentemente; había tomado un diurético a las 9 am).
 - g. En la Columna 7, anotar lo que podía estar pasando externamente (alrededor del paciente) para precipitar la conducta (Ejemplo: nadie podía llevar a la paciente al servicio; el andador de la paciente estaba detrás de la silla fuera de su alcance; el suelo había sido pulido recientemente).
 - h. En la Columna 8, describir qué intervenciones ayudaron (o podrían haber ayudado) al paciente a evitar la conducta (Ejemplo: haber sido llevada al servicio cada hora de 9:30 a 12:30 am, y después cada dos horas hasta la hora de acostarse; dejar el andador cerca de la silla mientras permanezca sentada; facilitar nuevos zapatos con suela antideslizante).
4. Continuar con la observación y la documentación de las conductas indicadas hasta poder detectar un(os) patrón(es) (p. ej., la conducta parece producirse en momentos del día concretos; algunas personas en el entorno parecen desencadenar una respuesta en el paciente; la conducta corresponde con un hábito de deambulación nocturna; etc.).
5. Puede ser necesario mantener el registro a lo largo de varios episodios de la conducta y con seguimiento 24 horas para detectar los patrones. A medida que se vayan detectando intervenciones que alteren la conducta, pueden incorporarse al plan de cuidados individualizado.



Center for Integrative Science in Aging
Desarrollo de una ciencia integradora que aborde los problemas complejos y comunes asociados al envejecimiento

Registro de control de conducta

Los autores permiten el uso de este instrumento.

Conducta objetivo específica: _____

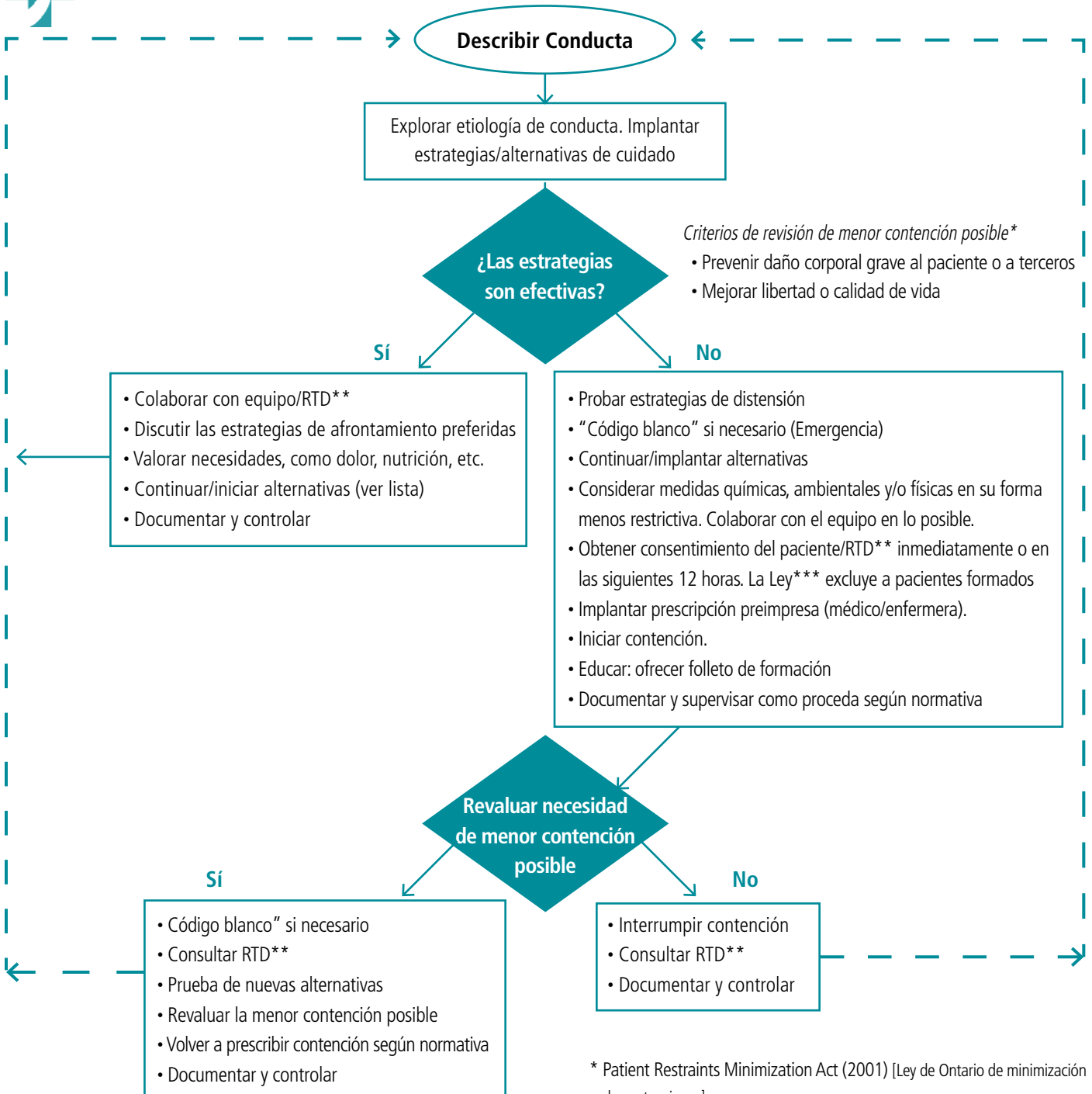
Nombre del paciente: _____ Habitación nº _____

Fecha	Hora Exacta	¿Qué ha sucedido?	¿Dónde?	¿Quién más estaba presente?	¿Qué podía estar pasando internamente (en el paciente) para precipitar la conducta?	¿Qué podía estar pasando externamente (alrededor del paciente) para precipitar la conducta?	¿Qué intervenciones ayudan (pueden ayudar) al paciente?

Adaptado de: Strumpf, N., Robinson, E.J.P., Wagner, J.S., & Evans L.K. (1998). *Restraint-free care: Individual approaches for frail elders*. New York: Springer Publishing, pp. 44-46.

Reimpresión autorizada por Penn Nursing Science.

Anexo N: Ejemplo: Árbol de decisión de alternativas a las contenciones



*Criterios de revisión de menor contención posible**

- Prevenir daño corporal grave al paciente o a terceros
- Mejorar libertad o calidad de vida

ANEXOS

* Patient Restraints Minimization Act (2001) [Ley de Ontario de minimización de contenciones]

*** RTD = representante del paciente para la toma de decisiones

*** Mental Health Act [Ley de Ontario sobre salud mental]

Las solicitudes para usar o adaptar este árbol de toma de decisiones deben dirigirse al Hospital de Ottawa (Ottawa Hospital, Department of Nursing Professional Practice).

Anexo O: Ejemplo: Perfil de comportamiento MAP

Perfil de Comportamiento MAP (plan de acción mutuo)

Nombre del paciente: _____

Fecha de inicio: _____

* Fecha inicial y fecha de cada nueva entrada (DD/MM/AA)

<p>¿Cómo aprende mejor el paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el estilo de aprendizaje del paciente y adaptar la educación • Dar flexibilidad en la toma de decisiones compartiendo el poder 	
<p>¿Cómo se comunica mejor el paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de un intérprete, herramientas de comunicación o de signos • Identificar cualquier conexión entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas del paciente. Conectar el estilo comunicativo del paciente y los episodios de conducta agresiva/inadaptada. 	
<p>Conductas agresivas, autolesivas y/o inadaptadas del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precisar los detalles sobre estas conductas • Determinar si la conducta es esporádica o recurrente • Garantizar la precisión al documentar los incidentes; los incidentes que raramente ocurren se deben documentar como “muy infrecuente” 	
<p>Antecedentes y desencadenantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislar cualquier desencadenante de conductas agresivas, autolesivas y/o inadaptadas y reconocer las medidas preventivas. • Considerar cualquier posible desencadenante del entorno • Cómo prevenir la retraumatización (ser sensible al trauma) 	
<p>Primeras señales de alerta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las primeras señales de conductas agresivas, autolesivas y/o inadaptadas • Remitirse al continuo de intensificación (sutil, intensificada, inminente o física) • Reconocer el retraimiento social, el movimiento agitado y el aumento de verbalización como primeras señales de mayor agresividad. 	
<p>Preferencias y técnicas de distensión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalizar las estrategias de acuerdo con las preferencias de distensión del paciente • Identificar el uso de técnicas y herramientas verbales, relacionales o sensoriales • ¿Tiene el paciente algún trauma previo conocido? • ¿Cómo prevenir la retraumatización (ser sensible al trauma)? 	
<p>Describir las intervenciones terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener el conocimiento para posibilitar la intervención interprofesional y oportuna y el uso de estrategias relacionales. • Personalizar las estrategias de acuerdo con los valores, los puntos fuertes, la historia y el recorrido vital del paciente. 	

<p>¿Qué conductas pueden supervisarse a una distancia segura?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer que no todas las conductas requieren intervención física; p. ej., el lanzamiento de objetos blandos y algunos daños en el entorno. • Tener en cuenta que estas conductas pueden ir a más. 	
<p>¿Qué conductas requieren intervención física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas que requieren intervención física inmediata por el daño que pueden causar a sí mismo o a otros, como golpes y patadas. • Identificar específicamente la intervención de seguridad en cuestión. 	
<p>Responsabilidades de supervisión del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar, evaluar y contrastar de forma continuada el comportamiento del paciente y su estado físico y mental para decidir cuándo interrumpir la intervención física o el aislamiento. • Identificar la formación individual y las habilidades de intervención físicas y clínicas del personal, así como la disponibilidad y naturaleza de las medidas de contención física. 	

Actualizar el perfil MAP del paciente con la información necesaria del perfil de comportamiento

Perfil de comportamiento MAP – borrador 2009/11/18 Adaptado de Safe Management Group Inc. 2008. Copyright 2009, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences. Todos los derechos reservados. Queda prohibida por la ley la reproducción total o parcial por cualquier medio sin expreso consentimiento escrito de Ontario Shores.





Anexo P: Ejemplo: Intervenciones del plan de seguridad

Intervenciones del plan de seguridad

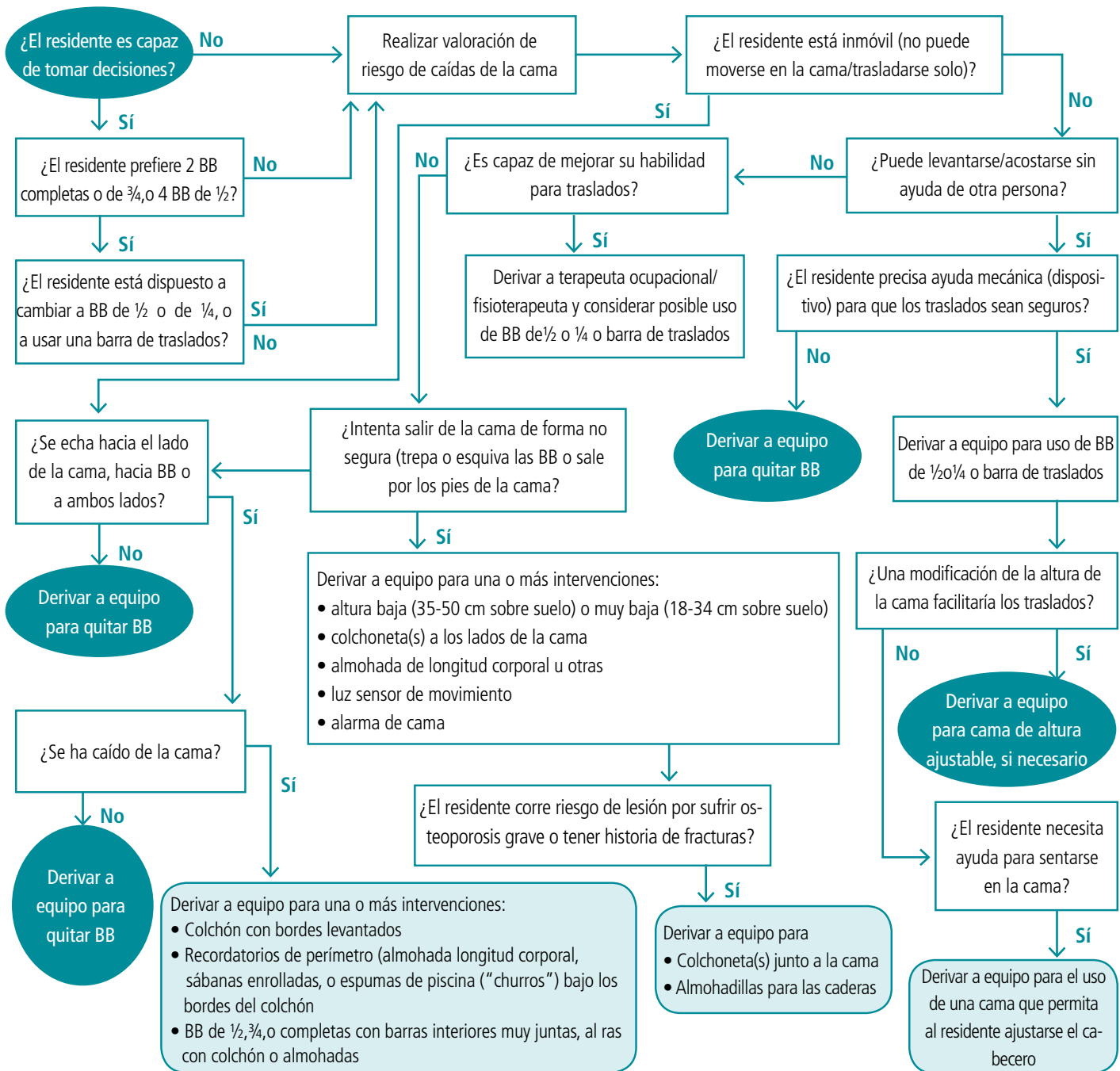
Objetivo: para residentes que muestren signos de agresividad, desorientación, caídas frecuentes o conductas inapropiadas se sugiere probar las siguientes intervenciones y evaluar los problemas identificados: _____

Intervenciones Terapéuticas	Fecha Intento	Efectivo	No Efectivo	Iniciales del Profesional
Orientación en el entorno				
Mayor supervisión visual				
Mejora de la iluminación/iluminación nocturna				
Ajuste de la temperatura ambiental				
Asiento elevador motorizado (si disponible)				
El cojín del asiento se ha revaluado				
Cama baja				
Sistema de alarma de cama				
Sistema de alarma de silla				
La rutina de aseo se ha individualizado y revisado				
¿El baño es fácilmente localizable? – uso de dibujos				
Protectores de cadera, ¿se han probado?				
Reubicación más cerca del control de enfermería				
Los periodos de sueño y descanso se han individualizado y revisado				
Timbre de cama aceptable y en buen uso instalado/disponible				
Uso de calzado correcto				
Revisión de ingestión de sólidos & líquidos, revisar problemas de hambre/sed				
Revaluación y reajuste de actividades				
Abordaje de cuestiones relacionadas con el dolor comunicado				
Evaluación y tratamiento de factores contribuyentes, p. ej. infección				
Actividades implantadas 1:1				
Programas para el aumento del ejercicio/la ambulación				

Intervenciones Terapéuticas	Fecha Intento	Efectivo	No Efectivo	Iniciales del Profesional
Revisión de la medicación - ajuste de dosis/pauta				
Implantación de terapia de entretenimiento				
Uso de sillas robustas				
Acceso a dispositivos de ayuda				
Silla wc portátil junto a la cama				
Disponibilidad de trapecio/poleas en la cama				
Alfombra				
La cama está contra la pared				
Rieles/barandillas (especificar número y tipo)				
Se intentado/aplicado el uso de rodilleras/coderas				
Se ha completado un estudio conductual				
Derivaciones externas (terapia ocupacional/fisioterapia, etc.)				
Se ha probado la musicoterapia				
Cojines antideslizantes en los asientos				
Cojines cuña para cama				
Cinturones de seguridad con alarma				
Placas de espuma en perímetro del colchón				
Fecha finalización				

Reimpresión autorizada por Caressant Care.

Anexo Q: Ejemplo: Árbol de decisión para el uso de barandillas de cama y otros equipamientos



*BB=barandillas. "Equipo" se refiere a la persona/el grupo de personas responsable de la toma de decisiones tal y como designe la institución: un equipo multidisciplinar de reducción de las contenciones, un equipo geriátrico de consulta, el departamento de rehabilitación, la dirección o supervisión de enfermería o una enfermera de práctica gerontológica avanzada.

Adaptado de: Talerico, K.A. & Capezuti, E. (2001). Myths and facts about side rails. *Am J Nurs*, 101:43-48. Resumen disponible en PubMed.

Fuente: Talerico, K. & Capezuti, E. Myths and facts about side rails: Despite ongoing debates about safety and efficacy, side rails are still a standard component of care in many hospital. So how do you determine their safe use? *AJN: American Journal of Nursing*, Volume 101, Issue 7, pp. 43-48.

Reimpresión autorizada por Wolters Kluwer Health

Anexo R: Ejemplo: Plan de distensión personal

Plan de distensión personal

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

PROBLEMAS CONDUCTUALES: ¿Qué tipo de comportamientos considera que son un problema?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Perder el control | <input type="checkbox"/> Comportamientos de agresión | <input type="checkbox"/> Contenciones/Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Sentirme inseguro | <input type="checkbox"/> Huir | <input type="checkbox"/> Tener pensamientos suicidas |
| <input type="checkbox"/> Autolesionarme | <input type="checkbox"/> Llevar a cabo intentos de suicidio | <input type="checkbox"/> Abusar de estupefacientes o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

DESENCADENANTES: ¿Qué tipo de cosas (desencadenantes) le hacen sentir inseguro o molesto?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No ser escuchado | <input type="checkbox"/> Sentirse presionado | <input type="checkbox"/> Ser tocado |
| <input type="checkbox"/> Falta de privacidad | <input type="checkbox"/> Personas gritando | <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes |
| <input type="checkbox"/> Sentirme solo | <input type="checkbox"/> Discusiones | <input type="checkbox"/> No tener el control |
| <input type="checkbox"/> La oscuridad | <input type="checkbox"/> Ser aislado | <input type="checkbox"/> Ser mirado fijamente |
| <input type="checkbox"/> Contacto con la familia | <input type="checkbox"/> Que me tomen el pelo o me importunen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Momento del día/noche en concreto: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Momento del año en concreto: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

SEÑALES DE ALERTA: Describa cuáles son sus señales de alerta; por ejemplo, ¿qué observan otras personas cuando Vd. empieza a perder el control?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sudoración | <input type="checkbox"/> Respiración fuerte | <input type="checkbox"/> Pulsaciones aceleradas |
| <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes | <input type="checkbox"/> Puños apretados | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento en la cara |
| <input type="checkbox"/> Retorcimiento de manos | <input type="checkbox"/> Tono de voz alto | <input type="checkbox"/> Muchas horas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Movimiento de piernas | <input type="checkbox"/> Balanceo | <input type="checkbox"/> Deambulación |
| <input type="checkbox"/> Posición en cuclillas | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de sentarse quieto | <input type="checkbox"/> Palabrotas |
| <input type="checkbox"/> Llanto | <input type="checkbox"/> Aislamiento/conducta evasiva | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Abandono de mí mismo | <input type="checkbox"/> Daño a mí mismo | <input type="checkbox"/> Daño a terceros |
| <input type="checkbox"/> Canto de forma inadecuada | <input type="checkbox"/> Menos horas de sueño | <input type="checkbox"/> Menos apetito |
| <input type="checkbox"/> Más apetito | <input type="checkbox"/> Conducta grosera | <input type="checkbox"/> Risa fuerte/atolondrada |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

INTERVENCIONES: ¿Hay algo que le ayude a calmarse o sentirse a salvo?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso en mi habitación | <input type="checkbox"/> Escuchar música | <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso en la sala de reposo |
| <input type="checkbox"/> Leer | <input type="checkbox"/> Sentarme con el personal | <input type="checkbox"/> Ver la TV |
| <input type="checkbox"/> Dar paseos | <input type="checkbox"/> Hablar con compañeros | <input type="checkbox"/> Hablar con el personal |
| <input type="checkbox"/> Colorear | <input type="checkbox"/> Hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Llamar a un amigo (¿quién?) |
| <input type="checkbox"/> Abrazar un peluche | <input type="checkbox"/> Escribir en un diario | <input type="checkbox"/> Llamar a un familiar (¿quién?) |
| <input type="checkbox"/> Darme una ducha caliente | <input type="checkbox"/> Darme una ducha fría | <input type="checkbox"/> Modelar arcilla |
| <input type="checkbox"/> Envolverme en una manta | <input type="checkbox"/> El humor | <input type="checkbox"/> Poner los manos bajo el chorro de agua fría |
| <input type="checkbox"/> Tumbarme | <input type="checkbox"/> Romper papel | <input type="checkbox"/> Gritar contra una almohada |
| <input type="checkbox"/> Ponerme un paño frío sobre la cara | <input type="checkbox"/> Usar hielo | <input type="checkbox"/> Darle puñetazos a una almohada |
| <input type="checkbox"/> Hacer respiraciones profundas | <input type="checkbox"/> Que me cojan la mano | <input type="checkbox"/> Llorar |
| <input type="checkbox"/> Recibir un abrazo | <input type="checkbox"/> Salir a pasear | <input type="checkbox"/> Hablar con un terapeuta |

INTERVENCIONES (continuación):

- Pintar
- Hacer un collage
- Jugar a las cartas
- Videojuegos
- Otros:
- Apretar plástico de burbujas
- Estar con otras personas
- Contar con apoyo del personal masculino
- Gimnasio
- Que me lean una historia
- Botar una pelota [en sala de reposo]
- Contar con apoyo del personal femenino
- Realizar tareas/trabajos especiales

¿Hay algo que NO le ayude a calmarse o sentirse a salvo?

- Estar solo
- Que no me escuchen
- Que me falten al respeto
- Otros:
- Tono de voz alto
- Tener mucha gente a mi alrededor
- Burlas
- Humor
- Ser ignorado

PUNTOS FUERTES: ¿Cuáles son sus puntos fuertes cuando siente que pierde el control?

HABILIDADES: ¿Qué habilidades tiene / en qué es bueno?

OTROS:

¿Es capaz de comunicarse con el personal cuando pasa por un mal momento? Si no es así, ¿qué puede hacer el personal para ayudarlo en esos momentos?

¿Qué tipo de incentivos le funcionan?

PLANES ESPECIALES: Haga una lista de planes especiales que le ayuden (cosas que ya ha probado en el pasado o que le gustaría probar).

Firma paciente: _____

Fecha: _____

Firma profesional: _____

Fecha: _____

Boston Medical Center
Intensive Residential Treatment Program
85 E. Newton St.
Boston, Ma. 02118

Reimpresión autorizada por The Massachusetts Department of Mental Health.

Anexo S: Ejemplo: Programa para mujeres: plan de seguridad



Etiqueta de identificación del paciente

PLAN DE SEGURIDAD PROGRAMA PARA MUJERES

Nombre de la paciente: _____
(apellidos, nombre)

Nº Historia: _____

Unidad/Clinica/Servicio: _____

Quando siento...	Tengo estas sensaciones corporales, pensamientos y/o sentimientos...	... así que hago esto para sentirme mejor y recobrar la seguridad	Recursos
Ansiedad Leve			
Ansiedad Moderada			
Ansiedad Fuerte			

© Centre for Addiction and Mental Health (2008)

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Este material se ha preparado exclusivamente para uso interno del CAMH. El CAMH no se hace responsable del uso que haga cualquier persona o institución no asociada al CAMH. No se puede reproducir ninguna parte de este documento en ningún tipo de publicación sin el consentimiento del CAMH. Este documento queda bajo supervisión; cualquier documento que aparezca en formato papel no se encuentra bajo supervisión y deberá comprobarse siempre frente a la versión electrónica antes de su uso.

Pág. 137 de 146 – Safety Plan – Women’s Program

F0458-20110419

Chart Tab: Assessments/ Plans

Reimpresión autorizada por: tCenter of Addiction and Mental Health

Anexo T: Ejemplo: Plan de confort - Programa de salud mental y adicciones

PLAN DE CONFORT

He desarrollado este plan con mi enfermera _____ u otro prestador de cuidados _____
(nombre de la enfermera) (nombre de la persona)

Etiqueta de identificación (no etiquetar la copia personal del individuo)

Me gusta que me llamen: _____

Mis señales de estrés:

Las señales de alerta que pueden ver los demás cuando estoy molesto o perdiendo el control son:

- Sudar
- Llorar
- Respirar fuerte
- Dar gritos
- Hacer daño a otros
- Lanzar objetos
- Dar paseos
- Hacerme daño a mí mismo
- Rechinar los dientes
- Descuidarme
- Echar a correr
- Apretar los puños
- Decir palabrotas
- No comer
- Comer demasiado (darme atracones)
- Ser grosero
- Otros _____

Medidas de alivio y confort:

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

- Escuchar música
- Leer un libro
- Envolverme en una manta
- Escribir en un diario
- Ver la TV
- Hablar con el personal
- Hablar con compañeros de la unidad
- Llamar a un amigo o familiar
- Darme una ducha o un baño
- Hacer ejercicio
- Dar paseos por los pasillos
- Irme de paseo
- Beber algo
- Comer ciertas cosas
- Hacer manualidades
- Medicación
- Leer textos religiosos/espirituales
- Escribir una carta
- Abrazar un peluche
- Pasar tiempo en habitación de reposo
- Otros _____

Mis desencadenantes (cosas que me irritan):

Algunas cosas me irritan, me molestan mucho o me hacen tener una crisis:

- Que me toquen
- Personas de seguridad con uniforme
- Que me griten
- Los ruidos fuertes
- Que me apliquen contenciones
- Tener hambre
- Estar cansado
- Que el personal me diga que vuelva más tarde
- Que me llamen cosas, me hagan burla
- Que me obliguen a hacer algo
- La fuerza física
- El aislamiento
- Las amenazas
- La ansiedad
- La soledad
- La violación del espacio personal
- El contacto con personas que me molestan
- Que mientan sobre mí
- Otros _____

Aislamiento y contenciones:

En caso de emergencia, se puede usar el aislamiento y/o la contención como último recurso. En emergencias, creo que estas medidas son útiles para intentar evitar el aislamiento/las contenciones.

- Sala de reposo
- Sala de ejercicio
- Medicamentos orales
- Inyección de emergencia
- Otros _____

Ya he sido sometido a medidas de aislamiento y/o contención anteriormente.
____sí ____no

Medicamentos:

Si necesito o quiero medicación para calmarme, estos son los fármacos de mi preferencia:

Contacto físico:

Me ayuda que me toquen cuando estoy molesto:

- sí
 - no
- Comentarios _____

Soy consciente de que los empleados pueden preferir no tocarme.

Cuestiones de género:

Soy consciente de que el género del personal está fuera de mi control, pero en una emergencia prefiero hablar con:

- un profesional
 - una profesional
- si es posible.

Anexo U: Ejemplo: Consejos de distensión e intervenciones de ayuda al afrontamiento

De Milwaukee County Mental Health Division
Milwaukee, WI

Consejos de distensión

1. Identifíquese siempre.
2. Hable y piense con tranquilidad.
3. Pregunte al paciente cómo se encuentra o qué le pasa.
4. Pregunte al paciente si le duele algo (evaluar problemas médicos).
5. Pregunte al paciente si tiene algún problema o qué ha pasado antes de que se alterase.
6. Recuérdele por qué está en el hospital.
7. Localice a una persona de la plantilla que tenga buena relación con el paciente y haga que hablen. Asegúrese de que el paciente sepa que Vd. está aquí para escuchar.
8. Ofrezca medicación si corresponde.
9. Ayude a los pacientes a recordar y a usar los mecanismos de afrontamiento que ellos mismos señalaron en la encuesta de intervenciones terapéuticas informada por el paciente.
10. Si el paciente grita y dice palabrotas, responda asintiendo tranquilamente, no reaccione.
11. Use un planteamiento de equipos o de apoyo en terceros. Si el paciente agota a un miembro del personal, otro se hace cargo de su atención (10 minutos de conversación pueden evitar un episodio de contención).
12. Tranquilice al paciente y mantenga los límites profesionales (indique al paciente que quiere velar por su seguridad, que está ahí para ayudarle).
13. Dé tiempo a los pacientes para responder: el silencio en las pausas es importante.
14. Pregunte al paciente si estaría dispuesto a hablar con Vd. (pregúntele en distintas ocasiones, repetidamente pero con amabilidad).
15. Respete los esfuerzos de comunicación de formas distintas (es preciso reconocer que hay posibles diferencias lingüísticas/culturales y que el paciente puede sentir miedo, pudor o vergüenza).
16. Empodere al paciente. Anímele a seguir los pasos que sean necesarios para lograr calmarse.
17. Haga que sea más fácil el intento de hablar de la situación molesta aunque resulte doloroso o difícil.
18. Reconozca la importancia de la situación para el paciente.
19. Pregúntele en qué más le puede ayudar.
20. Pida permiso al paciente para compartir con otros cuidadores conversaciones importantes con el objeto de discutir las.

De Milwaukee County Mental Health Division
Milwaukee, WI

Intervenciones de ayuda al afrontamiento

- a. Escuche la preocupación del paciente incluso si no la entiende.
- b. Pídale al paciente que le diga cuál es el problema, y ESCÚCHELE de verdad.
- c. Reconozca y admita el derecho del paciente a albergar esos sentimientos.
- d. Siéntese si es posible (vigilar la seguridad) e invite al paciente a hacer lo mismo.
- e. Invite al paciente a hablar en la sala de reposo o en una zona donde haya menos personas alrededor y menos estimulación.
- f. Pídale disculpas si por descuido le ha molestado. Reconozca sus sentimientos (no las razones) y especifique que no ha sido intencionado.
- g. Deje que el paciente le sugiera alternativas y opciones.
- h. Para salvaguardar la seguridad del paciente y del personal, recurra a personal adecuado para situaciones de crisis.
- i. Emplee un tono de voz tranquilo, equilibrado, no amenazador. Utilice un lenguaje sencillo, claro y conciso.
- j. Utilice gestos y actitudes no verbales que no resulten amenazantes.
- k. Tenga en cuenta el uso del lenguaje y los posibles problemas de audición, y sea consciente de las diferencias culturales.
- l. Asegure al paciente que se encuentra en un sitio seguro y que está ahí para ayudarlo.
- m. Reconozca sus propias sensaciones sobre la violencia y los castigos y cómo le afectan cuando un paciente se muestra violento.
- n. Observe cómo otros empleados interactúan de forma positiva con pacientes enfadados y tome como modelo sus intervenciones.

Adaptado de Dr. Gudeman's interaction with patient on interventions with de-escalating patient 10/99

Reimpresión autorizada por: the Milwaukee County Mental Health Division.

Anexo V: Lista de recursos en sitios web

Prevención, valoración y planteamientos alternativos	Sitio	Enlace web
	BC Mental Health and Addictions Services <ul style="list-style-type: none"> • Short-Term Assessment of Risk and Treatability (instrumento START) 	http://www.bcmhas.ca/Research/ResearchSTART.htm
	COMBI - The Centre for Outcome Measurement in Brain Injury: <ul style="list-style-type: none"> • Formularios ABS & formación, pruebas. 	http://tbims.org/combi/abs/index.html
	Sala de reposo [Comfort Rooms] - Instrumento preventivo para reducir el uso de medidas de contención y aislamiento en centros de trabajo con personas con enfermedades mentales <ul style="list-style-type: none"> • Ideas e instrucciones de implantación 	http://www.omh.state.ny.us/omhweb/resources/publications/comfort_room/comfort_rooms.pdf
	Consulta en GeriRN.org - Contenciones físicas <ul style="list-style-type: none"> • Protocolos y temas • Publicación “try this: Avoiding Restraints in Older Adults with Dementia” 	http://www.hartfordign.org/practice/consultgerirn/
	Gentle Persuasive Approach Curriculum <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de informes 	http://www.marep.uwaterloo.ca/research/GPAProjectFinalReportJuly2005.pdf.pdf
	Ontario Association of Non Profit Homes and Services for Seniors(OANHSS): Paquetes de formación en políticas y procedimientos (ejemplos) para: <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas y programa de gestión • Comportamientos reactivos • Minimización de contenciones y uso de dispositivos de servicio auxiliar personal 	http://www.oanhss.org/AM/Template.cfm?Section=Home
	Massachusetts Department of Mental Health (DMH) (Adult/Child/Adolescent) <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativa de reducción de las contenciones / el aislamiento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas graduadas por edad (niños, adolescentes, adultos) 	http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/
	Putting the P.I.E.C.E.S TM Together <ul style="list-style-type: none"> • Marco de trabajo (valoración, herramientas, formación) 	http://www.piecescanada.com/

	<p>Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) toolkit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Herramientas de formación para personal asistencial con contacto directo con pacientes adultos con enfermedad mental/trastornos emocionales, para: <ul style="list-style-type: none"> La prevención y eliminación de contenciones y de aislamiento Planteamientos centrados en el bienestar de la persona Atención específica de trauma & Servicios de trauma 	<p>http://store.samhsa.gov/product/SMA06-4055</p> <p>http://www.samhsa.gov/nctic/trauma.asp</p>
	<p>Te Pou- The National Centre of Mental Health Research, Information & Workforce:</p> <ul style="list-style-type: none"> Información sobre modulación sensorial y herramientas de prevención para ayudar a limitar el aislamiento y las contenciones. 	<p>http://www.mhrds.govt.nz/page/398-seclusion-reduction-and-sensory-modulation</p>
	<p>Tidal Model</p> <ul style="list-style-type: none"> Filosofía, información marco 	<p>http://www.tidal-model.com/</p>
	<p>Texas Medical Foundation: TMF Health Quality Institute (Long Term Care)</p>	<p>http://www.tmf.org/</p>
	<p>Wellness Recovery Action Plan® (WRAP®) – Mary Ellen Copeland</p>	<p>http://www.mentalhealthrecovery.com/aboutwrap.php</p>
Distensión & gestión de crisis		
	Sitio	Enlace web
	<p>Chief Psychiatrist, Victoria, Australia</p> <ul style="list-style-type: none"> Recursos de formación en línea sobre aislamiento/contención, atención específica de trauma, liderazgo y cambios institucionales. 	<p>http://www.health.vic.gov.au/chiefpsychiatrist/creatingsafety/index.htm</p>
	<p>CPI: Crisis, Prevention, Intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> Institución de formación internacional sobre buenas prácticas de manejo conductual centradas en la prevención y en la intervención de crisis no violenta. 	<p>https://www.crisisprevention.com/Specialties</p>
Contenciones		
	Sitio	Enlace web
	<p>FDA Food and Drug Administration</p> <ul style="list-style-type: none"> Guía de seguridad en la cama Definiciones de contenciones físicas 	<p>http://www.fda.gov/default.htm</p>
	<p>Health Canada:</p> <ul style="list-style-type: none"> Guía de camas hospitalarias para adultos: riesgos de atrapamiento, fiabilidad del bloqueo de barandillas y otros riesgos. Información de seguridad sobre el uso de contenciones en cintura y torso 	<p>http://www.hc-sc.gc.ca</p>
	<p>Psychiatric Patient Advocacy Office (PPAO)</p> <ul style="list-style-type: none"> Contenciones físicas, químicas, aislamiento 	<p>http://www.sse.gov.on.ca/mohltc/ppao/en/default.aspx</p>

	The University of Iowa: • Folleto de atención al residente sin contenciones	http://www.healthcare.uiowa.edu/igec/publications/info-connect/assets/restraint_free_care.pdf
Legislación	Sitio	Enlace web
	Canadian Mental Health Association • Ministry of Health and Long Term Care: ▪ Ontario Mental Health Act (1990) ▪ Health Care Consent Act (1996)	http://www.ontario.cmha.ca/legislation.asp
	College of Nurses of Ontario • Estándares sobre contenciones	http://www.cno.org/
	Ministry of Health and Long-Term Care Long-Term Care Homes Act, 2010 • Legislación relativa a las medidas de contención en centros de larga estancia (long-term care) (MOH-LTC- Ontario, Canada) Apartados: 30-36	http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_07108_e.htm#BK38
	Ministry of Health and Long-Term Care Patient's Restraint Minimization Act (2001) • Legislación sobre el uso de contenciones en hospitales y centros (Ministry of Health and Long Term Care [MOH-LTC] – Ontario, Canada)	http://www.e-laws.gov.on.ca/html/source/statutes/english/2001/elaws_src_s01016_e.htm
Otros	Sitio	Enlace web
	Advancing Excellence in Americas Nursing Homes • Recursos de mejora de la calidad – herramientas de seguimiento del uso de contenciones	http://www.nhqualitycampaign.org/
	National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHD) • Organización de Estados Unidos que representa a 50 estados, 4 territorios y el distrito de Columbia, y ofrece: ▪ Políticas, publicaciones y enlaces a agencias de salud mental. ▪ Herramientas: Six Core Strategies© (seis estrategias básicas) de planificación para reducir el uso del aislamiento y las contenciones ▪ Guía de manejo de las contenciones y el aislamiento	http://www.nasmhpd.org/publicationsOTA.cfm
	Hogg Foundation for Mental Health • Impulso del bienestar en salud mental en Texas, EE. UU. ▪ Biblioteca de recursos, incluye instrumentos de información sobre herramientas de aislamiento y contención, referencias y presentaciones de formación	http://www.hogg.utexas.edu/index.php

Anexo W: Ejemplo: Registro de Observación y documentación: Registro de uso de emergencia 12h de medidas de contención química, mecánica y de aislamiento

12-HOUR EMERGENCY USE OF CHEMICAL RESTRAINT,

SECLUSION & MECHANICAL RESTRAINT RECORD

Completar cuando se utilicen medidas de emergencia de contención química, mecánica y/o aislamiento
Consultar la siguiente política del CAMH: Política de uso de emergencia de contenciones químicas, de aislamiento y mecánicas

Requisitos de emergencia para el uso de medidas de contención y aislamiento

- 1) Se precisa una prescripción médica para el uso de contenciones como medida de emergencia.
- 2) Si no hay un médico disponible en una emergencia:
 - a) Una enfermera debe obtener una prescripción telefónica inmediatamente tras la aplicación de medidas de emergencia de contención mecánica o de aislamiento.
 - b) Un médico debe valorar al paciente dentro de las siguientes 2 horas desde el uso de las medidas de cocontención, y añadir su firma a la prescripción.
- 3) La prescripción de contención mecánica o aislamiento no debe superar las 12 horas.
- 4) En caso necesario, la contención mecánica o el aislamiento deberán volver a prescribirse cada 12 horas tras una valoración del médico en persona.
- 5) Se debe preguntar al paciente al que se le han aplicado estas medidas si quiere que se contacte con un abogado de la PPAO [en Ontario, Oficina del Defensor del paciente psiquiátrico]. Una vez obtenido el consentimiento, llamar a la PPAO al 416-535-8501, x 3099.
- 6) La enfermera debe cumplimentar los Apartados I y II del Registro de uso de emergencia 12h de medidas de contención química, mecánica y de aislamiento.

Apartado I: Valoración de inicio o valoración de nueva prescripción

- 1) Completar cuando se inician o se vuelvan a prescribir medidas de contención químicas, mecánicas y/o de aislamiento.
- 2) La enfermera completa este apartado y firma el formulario al pie de la página.
- 3) La enfermera también anota sus iniciales y la fecha en cualquier documentación realizada en el apartado de Comunicación (abajo a la derecha).
- 4) Si se realiza cualquier comunicación (según lo especificado) dentro de un plazo de 12 horas tras completar el Apartado I, se deberá añadir al apartado de Comunicación.
- 5) Cualquier añadido al apartado de Comunicación deberá consignarse con las iniciales y la hora en que se incluyó.

Apartado II: Elegir a) 'Registro de valoración –Contenciones mecánicas', o b) 'Registro de valoración–Aislamiento'

- 1) Utilizar cualquiera de los dos formularios para la monitorización y el cuidado continuos del paciente durante el episodio de contención mecánica o aislamiento.
- 2) Plazos de registro en cada formulario:
 - a) En el de contención mecánica, cada bloque representa un plazo de 30 minutos.
 - b) En el de aislamiento, cada bloque representa un plazo de 15 minutos.
- 3) El símbolo del reloj indica que la enfermera debe prestar atención obligatoria y poner las iniciales.
- 4) Si se administra alguna medida de contención química al paciente mientras está sujeto a medidas mecánicas o aislamiento, dejarlo registrado tanto en el Apartado I como en el Apartado II.

- 5) Cualquier cambio en el estado del paciente y/o las observaciones de interés deberá quedar señalado en la correspondiente nota de progreso. Marcar con un asterisco (*) cualquier elemento para el que se haya escrito una nota de progreso.
- 6) La “enfermera asignada” es la enfermera a la que se le ha confiado el cuidado del paciente o que está cubriendo el turno de enfermería (p. ej. para cubrir descansos). La enfermera asignada se encarga de revisar y garantizar que se cumple con los estándares asistenciales, lo que incluye evaluaciones, monitorización, uso de alternativas y cumplimiento de normativa. La enfermera sigue teniendo esta responsabilidad incluso si algún aspecto de la atención asistencial se asigna a otros miembros del equipo (que marcan con su inicial las casillas para indicar los cuidados prestados y/o sus observaciones). La enfermera asignada se responsabiliza firmando con sus iniciales como mínimo cada 3 horas en la casilla correspondiente.

7) Notas:

- Por lo general, al cabo de dos horas se realiza una prueba de levantamiento de estas medidas; si resulta satisfactoria se debe interrumpir la contención mecánica y/o el aislamiento.
- Indicar con las iniciales que se inicia la observación cara a cara para indicar supervisión continuada. Se debe firmar con las iniciales al menos una vez cada hora.

Uso de herramientas electrónicas además de las Notas de progreso para el uso de emergencia de medidas de contención: Todos los episodios de medidas de contención química, aislamiento y medidas de contención mecánica deberán quedar reflejados en la herramienta de valoración electrónica TREAT en el momento de su comienzo y en el de la suspensión.

Formularios de uso: (a fecha de junio de 2009/Actualizado enero 2010) Formulario de prescripción médica; Registro de administración de medicación; Registro de uso de emergencia 12h de medidas de contención química, mecánica y de aislamiento; Monitorización física de constantes vitales y de ingesta/evacuación.

<p>© Centre for Addiction and Mental Health (2009). Adaptado de The Ottawa Hospital (2003) y Trillium Health Centre(2006) AVISO LEGAL: Este material se ha preparado únicamente para uso interno del CAMH. El CAMH no asume ningún tipo de responsabilidad por el uso de este material por parte de cualquier persona u organismo no asociados al CAMH. No está permitida la reproducción de ninguna parte de esta publicación en ningún formato sin el consentimiento del CAMH. Este documento se encuentra bajo supervisión. Cualquier documento que se publique en formato papel no está supervisado y deberá contrastarse siempre frente a la versión electrónica antes de su uso.</p>	<p>Página de instrucciones – Registro de contenciones F0475-2011110 Esta página no se debe incluir en la historia médica del paciente.</p>
---	--



Etiqueta de identificación del paciente

REGISTRO DE USO DE EMERGENCIA 12H DE MEDIDAS DE CONTENCIÓN QUÍMICA, MECÁNICA Y DE AISLAMIENTO

Nombre del paciente: _____ (apellidos, nombre) Historia #: _____ Unidad/Clínica/Servicio: _____

VALORACIÓN DE INICIO O VALORACIÓN DE NUEVA PRESCRIPCIÓN

Marcar todas las casillas aplicables. Marcar con asterisco (*) los elementos que tengan una nota de progreso relacionada.

ALTERNATIVAS & INTERVENCIONES PROBADAS		CONDUCTA OBSERVADA Y RIESGO INMINENTE DE DAÑO FÍSICO GRAVE	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	POSTERIOR
<input type="checkbox"/> Compromiso 1:1 <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Familia/amigos <input type="checkbox"/> Participación en terapia ocupacional/fisioterapia/ onda de choque/de reminiscencia/terapia respiratoria <input type="checkbox"/> Especialista en grupos de apoyo entre pares <input type="checkbox"/> Asistencia espiritual <input type="checkbox"/> Valoración de comunicación lingüística y comunicativa, problemas de vista y oído	<input type="checkbox"/> Preguntar por factores HALT (hambre, ira, soledad, cansancio) <input type="checkbox"/> Música <input type="checkbox"/> Manejo del dolor <input type="checkbox"/> Apoyo/seguridad <input type="checkbox"/> Separar de situación <input type="checkbox"/> Otros _____ Medicación según sea necesario (necesario consentimiento)	<input type="checkbox"/> Hacia sí mismo* Descripción: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Hacia terceros* Descripción: _____ _____ _____	Nombre del médico _____ (apellidos, nombre) <input type="checkbox"/> Cont. química– especificar medicación <input type="checkbox"/> Aislamiento <input type="checkbox"/> Cont. mecánica # de puntos _____ Fecha/Hora de inicio _____ (día/mes/año – 24 hr) <input type="checkbox"/> Registro en herramienta TREAT de eventos de contención	<input type="checkbox"/> Episodio cont. química # 2 (TREAT) Nombre médico _____ (apellidos, nombre) Fecha/Hora _____ (día/mes/año – 24 hr) <input type="checkbox"/> Episodio cont. química # 3 (TREAT) Nombre médico _____ (apellidos, nombre) Fecha/Hora _____ (día/mes/año – 24 hr)

ESTADO DE SALUD INICIAL / DURANTE APLICACIÓN / EN NUEVA PRESCRIPCIÓN	COMUNICACIÓN *documentar detalles de comunicación en Notas de progreso
<p>Problemas médicos, discapacidades físicas, dolor</p> <p>_____ Dificultad para respirar (S*/N) _____ Malestar respiratorio (S*/N) _____ Cambio observable de color de piel (S*/N) _____ Estado de la piel (p. ej., caliente, seca, fría y húmeda) _____ Lesión producida por cont. química/aislamiento/cont. mecánica(S*/N) _____ Lesiones debidas a cont. química/aislamiento/cont. mecánicas (S*/N) _____ Hemorragia(S*/N) _____ Cortes(S*/N) _____ Arañazos(S*/N) _____ Hematomas(S*/N) _____ Otros (Y*/N) _____ Descripción estado emocional: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Notificación a familiar/responsable toma decisiones/otro, con consentimiento del paciente* (Fecha/Hora/Iniciales) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Notificación a la Oficina del defensor del paciente psiquiátrico (PPAO), con consentimiento del paciente* (Fecha/Hora/Iniciales) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Renuncia del paciente a notificación a Oficina del defensor del paciente psiquiátrico (PPAO) (Fecha/Hora/Iniciales) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Actualización del plan de cuidados interdisciplinar electrónico (eIPCC) (Fecha/Hora/Iniciales) _____</p> <p>Comentarios (incluir fecha/hora/iniciales): _____ _____ _____</p>
<p>Consideraciones sobre el trauma:</p>	

Enfermera a cargo del Apartado I en su inicio (otros que añadan datos tras inicio, nombre al final del Apartado II)

Fecha: _____ (día/mes/año)

Firma _____ Nombre y credenciales

<p>A. Conductas observadas en el paciente (registrar de 1 a 3 conductas reseñables)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitación 2. Combativo 3. Desorientado/confuso 4. Incapaz de seguir instrucciones 5. Dormido 6. Tranquilo/cooperativo 7. Otros* _____ 	
<p>B. Alternativas o intervenciones implantadas (registrar de 1 a 3 alternativas o intervenciones primarias)</p> <p>Intervenciones de contención:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Compromiso 1:1 b. Intento de interrumpir contenciones* c. Ejercicios respiratorios d. Técnicas de distensión e. Actividades de entretenimiento f. Presencia de familiares/amigos g. Revisión de medicación h. Orientación x 3 i. Terapia ocupacional/fisioterapia/terapia respiratoria/ondas de choque j. Manejo del dolor k. Prescripciones según sea necesario (con consentimiento) l. Intervenciones sensoriales m. Apoyo/seguridad n. Otros _____ o. Ajuste correas cont. mecánicas * p. Aumento de puntos* (mín. 3 puntos) q. Disminución de puntos* r. Contención química *(pg 1) s. Intento de liberación t. Interrumpir contención* (TREAT) 	

Nombre / Designación	Iniciales	Nombre / Designación	Iniciales	Nombre / Designación	Iniciales

<p>A. Conductas observadas en el paciente (registrar de 1 a 3 conductas reseñables)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agitación 2. Combativo 3. Desorientado / Confuso 4. Incapaz de seguir instrucciones 5. Dormido 6. Tranquilo / cooperativo 7. Otros* _____ 	<p>B. Alternativas o intervenciones implantadas (de 1 a 3 alternativas o intervenciones primarias anteriores)</p> <p>Intervenciones de contención:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Compromiso 1:1 b. Intento de interrumpir contenciones* c. Ejercicios respiratorios d. Técnicas de distensión e. Actividades de entretenimiento f. Presencia de familiares/amigos g. Revisión de medicación h. Orientación x 3 i. Terapia ocupacional/fisioterapia/terapia respiratoria/ondas de choque j. Manejo del dolor k. Prescripciones según sea necesario (con consentimiento) l. Intervenciones sensoriales m. Apoyo/seguridad n. Otros _____ o. Ajuste correas cont. mecánicas * p. Aumento de puntos* (mín. 3 puntos) q. Disminución de puntos* r. Contención química *(pg1) s. Intento de liberación t. Interrumpir contención* (TREAT)
---	--

Nombre / Designación	Iniciales	Nombre / Designación	Iniciales

Todas las reproducciones contienen la nota: "Los derechos de este documento/formulario pertenecen al Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Ontario"

Anexo X: Ejemplo: Formulario de información: Instrumento de intercambio de información con el paciente tras un episodio de contención/ aislamiento

Ofrecido por el Stone Institute of Psychiatry
Northwestern Memorial Hospital
Chicago, IL

Instrumento de Intercambio de Información Tras un Episodio de Contención / Aislamiento

(completar en un plazo de 4-24 h desde que la enfermera asignada suspende la contención/el aislamiento)

1. ¿Hay algo que el personal podría haber hecho para ayudarle a recobrar el control antes de recurrir a la contención/el aislamiento?
2. ¿Intentó indicar a otras personas que necesitaba ayuda especial o que empezaba a sentir que “perdía el control”?
3. ¿Sabe por qué el personal ha determinado que a Vd. se le deben aplicar contenciones/aislamiento?
4. En su opinión, ¿el tiempo que pasó bajo medidas de contención/aislamiento fue adecuado? Sí No (marcar uno) ¿Cree que podría haber regresado a la unidad antes? Sí No (marcar uno)
5. La duración de la contención/el aislamiento fue de _____ horas. ¿Cómo sintió que transcurría ese periodo?
6. ¿Qué opina de los cuidados que se le ofrecieron?
¿Satisficieron sus necesidades? Sí No (marcar uno)
¿Se le trató con respeto? Sí No (marcar uno)
¿Se preservó su privacidad? Sí No (marcar uno)
7. ¿Qué le resultó más útil durante la intervención?
¿Y lo menos útil?
8. ¿Cómo podríamos haber hecho que su vuelta (a la unidad, el grupo de sus compañeros) le hubiera resultado más fácil?

Uso autorizado, Northwestern Memorial © Hospital

Anexo Y: Ejemplo: Formulario de auditoría de la institución: Programa de uso de la menor forma de contención como último recurso (LRLR): Formulario de recogida de datos por unidad para la verificación de la adherencia a este Programa

Recopiladores de datos: _____ Unidad: Tamaño Muestral: Total camas/unidad: Fecha:

INDICADORES:	Único	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totales		Resultados
Completar para todos los pacientes ingresados que cumplan los criterios del programa LRLR - Medidas de Contención Física / Ambiental												+	-	+ =% + & -
1. ¿Se ha documentado la conducta del paciente en el Formulario LRLR de documentación enfermera (u otro específico de la unidad)?														
2. ¿Se han documentado las intervenciones dirigidas a tratar la causa subyacente de la conducta (Formulario LRLR o notas interprofesionales)?														
3. ¿Se han documentado las alternativas/intervenciones antes de aplicar la medida restrictiva?														
4. ¿Se ha documentado una prescripción? (Formulario de prescripción médica)														
5. ¿La prescripción es específica del tipo y duración de la medida restrictiva? (Prescripción médica o formulario LRLR)														
6. ¿Existe una prescripción de contención física cada 24 h en caso necesario?														
7. ¿Consta el consentimiento del paciente o la notificación a los familiares/representante del paciente dentro de las siguientes 12 h?														
8. ¿Se detallan claramente los requisitos de monitorización inicial en el gráfico? ¿Cada 15 min, cada 1 h, cada 2 h?														
9. ¿Consta el intento de suspensión cada 2 horas con las intervenciones?														
10.														

ANEXOS

Sección A

Unidad: _____ Censo Unidad: _____ Recopiladores de datos: _____ 2. _____
 Unidad Cerrada S N Programa / Expediente: _____ Comunitario ; General ; HI ; TRC

Sección B

I. COMPLETAR PARA TODOS LOS PACIENTES:	Paciente 1	Paciente 3	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Información demográfica:					
a) Número habitación paciente					
b) Edad					
c) Sexo: indicar Masculino (M) o Femenino (F)					
d) Servicio (usar clave Código A #)					
2 COMPLETAR PARA TODOS LOS PACIENTES: Valoración riesgo de caídas					
a) ¿Se ha valorado el riesgo de caídas del paciente (Perfil de riesgo de caídas o protocolo específico de la unidad relleno-ICU/HI)? (S o N)					
b) ¿Se han documentado las Intervenciones universales para caídas? (S o N)					
c) ¿Se han documentado las Intervenciones personalizadas para caídas? (S o N)					
3 COMPLETAR PARA TODOS LOS PACIENTES: Valoración del menor grado de contención					
a) ¿Existe una prescripción de contenciones físicas y/o químicas? (S o N)					
b) Marcar según sea el tipo de contención prescrita Química (C), Física (P) o Ambas (B); o N/A si la respuesta es “no” en 3a) y continuar en “Sección C”					
4 RESUMEN DE LA TABLA para pacientes bajo contención física / ambiental (si no aplicable, ir a pregunta 5)					
a) ¿Existe un formulario de prescripción médica? (S o N)					
b) ¿Se describe la prescripción en el Registro LRLR? (S o N)					
c) ¿La prescripción se aplica según sea necesario? (S o N)					
d) ¿Se documenta la discusión sobre el consentimiento? (S, N, o F*) (tanto aceptada como rechazada) *F= pacientes bajo la ley de salud mental (MHA)					
e) Valoración & conducta documentados (selec. Cód. B#)					
f) Alternativas/ Intervenciones probadas & documentadas (seleccionar Cód. C#)					
g) ¿Prescripción específica de dispositivo de contención? (S o N)					
h) ¿Se ha aplicado la prescripción? (S o N)					
i) Tipo de dispositivo de contención física (selec. Cód. D #)					
j) ¿Se monitoriza al paciente según el protocolo? (S o N)					
k) Existe una nueva prescripción cada 24 h para un uso continuado de la contención. (S, N o N/A)					

5. Resumen de la Tabla Para pacientes Bajo Contención Química (si no Aplicable, ir a Sección C)					
a) Tipo de contención química (seleccionar Cód. E#)					
b) ¿Se ha prescrito la contención química según sea necesario? (S o N)					
c) ¿Se documenta la discusión sobre el consentimiento? (S, N, o F*) (tanto aceptada como rechazada) *F= pacientes bajo la ley de salud mental (MHA)					
d) Valoración & conducta documentados (selec. Cód. B#)					
e) Alternativas/ Intervenciones probadas & documentadas (seleccionar Cód. C#)					
h) ¿Se ha aplicado la prescripción? (S o N)					
Sección C: Guía: Observación de todos los pacientes según el Código D y la Hoja de Intervenciones universales para el riesgo de caídas					
a) Contención física/ambiental observada en el paciente (S o N); si no es el caso, terminar cuestionario aquí.					
b) En caso afirmativo, identificar tipo (Código D #)					
c) ¿Se aplica correctamente la medida restrictiva? (S o N)					
d) ¿Están en marcha 3 o más Intervenciones universales para el riesgo de caídas? (S o N)					

Comentarios

CLAVE CÓDIGOS Código A: Código de servicios

Servicio	Código de Sevicios	Código Numérico
Trasplante médula ósea	BMT	1.
Atención cardiaca (cardiología, cirugía cardiaca, cuidados coronarios)	CAR, CSG (sóloHI), CCH es cuidado coronario	2.
Dermatología	DER	3.
Medicina familiar & medicina general	FAM	4.
Cirugía general	GSA, GSB, GSC, GSU	5.
Geriatría / Unidad atención geriátrica	GER	6.
Ginecología / Obstetricia	GYN	7.
Hematología	HEM	8.
Cuidados intensivos / críticos	ICU	9.
Medicina general (endocrinología, alergología, gastroenterología, reumatología, nefrología)	ME, MEA, MEB, MEC, MEO, NEP, GI	10.
Neurociencia	NLA, NLB, NRL NRS	11.
Oncología (Oncología GYN, oncología médica, radioterapia)	G/O, ONC, RAD	12.
Ortopedia	ORT	13.
Perinatología (parto)	PER	14.
Psiquiatría	PSY	15.
Rehabilitación a corto plazo (comunitaria)	REH	16.
Rehabilitación a largo plazo: Nuevas líneas TRC: <ul style="list-style-type: none"> • LCM: Locomotora anteriormente agrupada como “MRS (Musculoesquelética) & RSP (Respiratoria)” • NMS: Neuromuscular anteriormente agrupada como “NSP (Neurospinal) & STR (Infarto)” • NCS: Neurocognitiva anteriormente agrupada como “ABI (Daño cerebral adquirido) & BRS (Servicio Rehab Conductual)” 	LCM: Unidad A NMS: Unidad B NCS: Unidad C	17.
Cirugía (Oftalmología, Otorrinolaringología, Odontología, Anestesiología, Cirugía plástica, Urología)	DEN, EST, OPH, ENT, PLA, URO	18.
Cirugía torácica	THO	19.
Trauma	TRA	20.
Vascular	VAS	21.
Cuidados paliativos (solo Queensway-Carleton)	PAL	22.
Pacientes en servicio de urgencias a la espera de cama - sin código de servicio aún asignado	ER	23.
Neumología	RES	24.
Procedimientos ambulatorios/otro nivel de cuidados	ACS, ACM	25.
Otros (gine)		26.

CLAVE CÓDIGOS

Cód. B: Razones para el Uso de Contenciones	
(Se puede elegir más de una)	
1.	Agitación
2.	Problemas de movilidad
3.	Incapacidad para seguir instrucciones
4.	Desorientación/ confusión
5.	Trastorno del movimiento
6.	Déficit de memoria
7.	Actitud combativa
8.	Arranque de sondas/drenajes
9.	Otros: especificar en comentarios*
10.	Solicitud de la familia
11.	Sin motivo

Cód. D: Tipo de contención física:	
(Se puede elegir más de una)	
1.	Guantes / mitones
2.	Silla de ruedas con cinturón
3.	Correa blanda a la cintura
4.	Soporte pélvico
5.	Soporte de extremidades, férulas (muñeca/ tobillo)
6.	Medidas de contención de 4 o 5 puntos
7.	Otros: especificar en comentarios* (incluidos los aparatos caseros, las sábanas, etc.)
8.	Barandillas/rieles de cama con objeto restrictivo
9.	Silla geriátrica con bandeja ajustable

Cód. C: Alternativas & Intervenciones Probadas:	
(Se puede elegir más de una)	
1.	Terapeuta ocupacional / fisioterapeuta
2.	Aseo regular
3.	Observación (p. ej., cada 1h o cada 2h)
4.	Familia junto al paciente en cama
5.	Actividades de entretenimiento
6.	Dispositivos de ayuda sensorial
7.	Explicación del procedimiento / tratamiento
8.	Cuidador junto al paciente en cama
9.	Orientación / seguridad
10.	Manejo del dolor
11.	Revisión de la medicación
12.	Cambio de habitación
13.	Mayor nivel de movilidad / actividades de la vida diaria
14.	Cambios posturales
15.	Nutrición
16.	Solicitudes de la familia
17.	Otros: especificar en comentarios*
18.	Distensión
19.	Alternativas (p. ej. brazo en cabestrillo, colchoneta Posey, sistema de alarma de cama, dispositivos de ayuda a la deambulación, etc.)
20.	Sin alternativas documentadas
Cód. D: Tipo de contención física:	
1.	Ansiolíticos (p.ej., lorazepam, diazepam, etc.)
2.	Antipsicóticos (haloperidol, tioridazina, risperidona, etc.)

Todas las solicitudes que reciba la RNAO para la autorización de uso o adaptación del presente Anexo deberán dirigirse al Ottawa Hospital, Department of Nursing Professional Practice.

Fomento de la Seguridad: Alternativas al Uso de Contenciones

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de Buenas
Prácticas Clínicas

FEBRERO 2012

Fomento de la seguridad: Alternativas al uso de contenciones

ISBN 978-1-926944-46-3



9 781926 944463



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

