

Informe sobre el estudio de prevalencia y  
conocimiento del uso de contenciones en el  
Sistema Sanitario Público de Andalucía



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo



**ESTRATEGIA PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
del Sistema Sanitario Público de Andalucía

## Coordinación del proyecto

Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía (ESSPA)

## Participación en el proyecto

Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Estrategia de Cuidados de Andalucía

Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones

Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud

## Revisores:

Gobernanza de la Estrategia para la Seguridad del Paciente



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons  
Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

## Informe sobre el estudio de prevalencia y conocimiento del uso de contenciones en los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. 2023

Diseño y maquetación: ESSPA. Consejería de Salud y Consumo

ISBN:

Consejería de Salud y Consumo: [www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html](http://www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html)

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: [www.repositoriosalud.es](http://www.repositoriosalud.es)

Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se mencione explícitamente la fuente.

# Informe sobre el estudio de prevalencia y conocimiento del uso de contenciones en el Sistema Sanitario Público de Andalucía



### Grupo coordinador de la ESSPA

Elena Corpas Nogales  
Paloma Trillo López  
E. Eva Moreno Campoy

### Grupo de trabajo de la ESSPA para la prevención del uso de contenciones en el SSPA

Ángel Cobos Vargas. Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
Aurora Bueno Cavanillas. Universidad de Granada  
Carmen M<sup>a</sup> Alba Fernández. Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
Félix Igea Arisqueta. Área de Gestión Sanitaria del Norte de Córdoba.  
Ángel Bartolomé Sanz. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén.  
Inmaculada Moraga Ropero. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce.  
Ana Catalá Bas. Subdirectora operativa. Fundación Summa Humanitate.  
Almudena Alonso Ojembarrena. Hospital Universitario Puerta del Mar.  
Antonio M. Reyes Taboada. Hospital Universitario Virgen de la Victoria  
M.<sup>a</sup> del Carmen Lea Pereira. Hospital de Poniente.  
Elisa Lopera Lopera. Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba.  
Sonia Naranjo López. Hospital Virgen de la Macarena.

### Colaboradores del estudio

David Alcaide Carrillo. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur  
Inmaculada Alonso Araujo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla  
Laura Alonso López. Distrito Sanitario Poniente de Almería  
María Antonia Álvarez De Lara Sánchez. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba  
Carlos Bacilio Zerpa. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte  
Carmen Barroso Gutiérrez. Hospital Universitario Virgen de Macarena  
María Del Rosario Cabezas Robles. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba  
Sergio M. Calderón Domínguez. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este.  
Juan Manuel Caparros García. Distrito Sanitario Bahía de Cádiz-La Janda  
Ana Isabel Caro Cabello. Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería.  
Miguel Ángel Castellano Ortega. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

Estrella Castro Martín. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir  
 M<sup>a</sup> Ángeles Castro Vida. Hospital Universitario de Poniente. Almería  
 Ángel Cobos Vargas. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.  
 Laura Córdoba Garrido. Área De Gestión Sanitaria Norte de Málaga  
 María Del Mar Díaz Cortés. Hospital Universitario Torrecárdenas de Almería  
 Juan Manuel Diosdado Lozano. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste  
 Francisco José Domínguez Carrasco. Hospital Universitario Infanta Elena. Huelva.  
 Santiago Domínguez López. Área de Gestión Sanitaria Nordeste Granada  
 María del Carmen Duro López. Hospital de Alcalá la Real (Hospital Virgen de las Nieves). Jaén.  
 María Auxiliadora Fernández Gómez. Hospital Universitario Puertad Mar. Cádiz  
 Patricia Fernández Riejos. Hospital Universitario Virgen de Macarena  
 Patricia Ferre Curtido. Área de Gestión Sanitaria Nordeste Granada  
 Víctor Fuentes Gómez. Hospital Costa del Sol de Málaga.  
 Rafael Galisteo Domínguez. Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur  
 Susana Gallardo Cabrales. Área de Gestión Sanitaria De Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz  
 María Rocío Gamarro Pimentel. Área de Gestión Sanitario de la Serranía de Málaga  
 Ana Gómez Fuentes. Hospital Virgen de La Victoria De Málaga  
 María Dolores Gómez Malpartida. Área de Gestión Sanitaria Osuna. Sevilla  
 Rocío María González Blanco. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva  
 Triana González-Carrascosa Vega. Área de Gestión Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz.  
 Consuelo Hernández Pérez-Lanzac. Área de Gestión Sanitaria Este Málaga-Axarquía  
 Isabel Herrero Risquez. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén  
 María Del Pilar Higuera Hueso. Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén  
 Montserrat Hidalgo Hidalgo. Hospital Infanta Elena de Huelva  
 Rosario Jiménez Caro. Área de Gestión Sanitaria Osuna  
 M.<sup>a</sup> José Jiménez Liria. Distrito Sanitario Almería  
 José María Jover Casas Hospital Universitario de Jaén  
 Juan Manuel Laguna Parras. Hospital Universitario de Jaén  
 José Ángel Lázaro Mármol. Distrito Sanitario Córdoba-Guadalquivir  
 Begoña López Montes. Distrito Sanitario Bahía De Cádiz-La Janda  
 María Eulalia Macías Colorado. Distrito Sanitario Huelva Costa -Condado Campiña  
 Marcial Mariscal Ortiz. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur  
 Beatriz Martínez Sánchez. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.  
 Juan Javier Márquez Cabeza. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva  
 Pilar Márquez De Torres. Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba  
 Carmen Martínez Cara. Distrito Sanitario Poniente de Almería  
 Beatriz Martínez Larios. Distrito Sanitario Poniente de Almería

Ainhoa Mestraitua Vázquez. Distrito Sanitario Huelva Costa -Condado Campiña  
 Carlos Millán Cachinero. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva  
 Teresa Molina López. Distrito Sanitario Sevilla  
 Cinta Montilla López. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla  
 Ana María Mora Banderas. Hospital Costa del Sol de Málaga.  
 María Elena Morales Laborias. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada  
 Rosana Moreno Caballero. Hospital Universitario Reina Sofía  
 Andrés Morillo Martín. Área de Gestión Sanitaria Serranía Málaga  
 José Murillo De Llanos Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur  
 María De La O Soto Pérez. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano  
 Maximiliano Ocete Espínola. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada  
 Juana Olvera Calderón. Área de Gestión Sanitaria de Jerez, Costa Noroeste y Sierra de Cádiz.  
 Pablo José Ortega Morales. Distrito Sanitario Jaén-Jaén Sur  
 Felipe Ortiz Jiménez. Distrito Sanitario Almería  
 María Elena Pendón Nieto. Área de Gestión Sanitaria Este Málaga-Axarquía  
 Bartolomé Pérez Moreno. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén  
 David Paniagua Urbano. Área de Gestión Sanitaria Osuna  
 Javier Pérez de Rojas. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada  
 José Pérez Ronchel. Área de Gestión Sanitaria Osuna. Sevilla  
 Guadalupe Pino Merlo. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada  
 Juan Pedro Quesada Suarez. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén  
 Esperanza Quintero Pichardo. Hospital Universitario Infanta Elena. Huelva  
 Vicente Ramírez Tabernero. Área de Gestión Sanitaria Nordeste Granada  
 Amalia Ramos Cuadra. Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada  
 Inmaculada Ramon Macías. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste  
 Lourdes Raya Ortega. Hospital Universitario Virgen de La Victoria de Málaga  
 Araceli Rodríguez Morillo. Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur  
 Rafael Javier Romero De Castilla y Gil. Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba  
 Fernando Ruiz Medialdea. Área de Gestión Sanitaria Este Málaga-Axarquía  
 Adriano Sianes Blanco. Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur  
 José Sáenz Gómez. Centro de Emergencias Sanitarias 061. Jaén  
 José Luis Salazar Sánchez. Área de Gestión Sanitaria Nordeste Granada  
 Juan Antonio Sánchez Guerrero. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste.  
 María Teresa Segura García. Hospital Universitario de Poniente. Almería  
 Silvia Sicre Alonso. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte  
 Catalina Soriano Pinar. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería  
 Angélica Tejedor Sánchez. Centro de Emergencias Sanitarias 061. Málaga

Bárbara Torres Verdú. Hospital Universitario Regional de Málaga  
Luis Francisco Torres Pérez. Hospital Universitario Regional de Málaga  
Juana M<sup>a</sup> Vázquez Blanco. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz  
Rosaura Varo Baena. Área de Gestión Sanitaria Sevilla Sur  
Antonio Varo González. Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén  
Antonio Jesús Vázquez Luque. Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce  
Rocío Vela Gil. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva  
Rosa María Yang Lai. Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte

### Agradecimientos

Además de las personas relacionadas en este documento directamente implicadas, desde la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía queremos dar las gracias a todos los profesionales y equipos directivos de los centros sanitarios por su colaboración y apoyo para poder llevar a cabo este estudio, y en especial al equipo del Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada por su disponibilidad en el desarrollo del proceso y en el análisis de datos, demostrando su gran compromiso con la ESSPA.

# Índice

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>1. ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS .....</b>	<b>15</b>
<b>2. ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL USO DE CONTENCIONES .....</b>	<b>21</b>
<b>3. ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS HABITUALES .....</b>	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>66</b>



“El respeto a la autonomía y a la dignidad de cada uno es un imperativo ético y no un favor que podemos o no concedernos unos a los otros”

(Paulo Freire)

## PRESENTACIÓN

La Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía (ESSPA) apuesta por la máxima seguridad, profundizando en prácticas ya instauradas y emprendiendo líneas renovadoras, para contribuir, de manera directa o indirecta, a minimizar incidentes y eventos adversos, además de los riesgos presentes durante la asistencia sanitaria con la implicación y responsabilidad de todos los profesionales y el protagonismo de los pacientes en su propia seguridad, como actores principales.

En este sentido, focaliza también sus esfuerzos en el impacto que tiene sobre la seguridad del paciente en determinadas situaciones de vulnerabilidad, estableciendo objetivos específicos para sus poblaciones, y un análisis del riesgo específico que posee cada escenario asistencial, entre otros aspectos.

Una de las líneas propuestas en el plan de acción 2022-2023 fue la “Elaboración y difusión de una guía marco para la prevención y empleo de contenciones en el ámbito de los centros sanitarios, asistenciales y servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como en el ámbito de centros sociosanitarios”. Para dar respuesta a este objetivo se crearon alianzas con otras estrategias implicadas, Estrategia de Humanización, Estrategia de Bioética y Estrategia de Cuidados, así como con la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios y la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, organizándose un grupo de trabajo con profesionales expertos de diferentes perfiles y ámbitos.





---

## INTRODUCCIÓN

---

La restricción de la libertad de movimientos de las personas, forzada con medios mecánicos o farmacológicos, conocida como contención mecánica (CM) o contención farmacológica (CF) es frecuente en los centros sanitarios<sup>1-13</sup>.

Esta actividad que se suele realizar generalmente en poblaciones de especial vulnerabilidad, puede atentar contra las libertades y derechos individuales de las personas (<sup>13-15</sup>).

En la mayor parte de las situaciones, el uso de contenciones no está justificado, e implica riesgos significativos para la seguridad del paciente<sup>13, 16-18</sup>. A esto, y a pesar de que los centros dispongan de un procedimiento o protocolo al respecto, debe sumarse que en muchos casos no se cumplen dichos protocolos establecidos para el uso seguro de las contenciones, protocolos que están motivados por disposiciones legales<sup>15</sup>.

Aunque se puede encontrar alguna bibliografía sobre el uso de contenciones, realmente se desconoce la frecuencia real de su uso en los diferentes centros sanitarios, ya que los escasos estudios realizados suelen ser locales<sup>4, 19, 20</sup>, o se limitan a áreas asistenciales muy específicas como son las unidades de salud mental<sup>21, 22</sup> o las unidades de cuidados intensivos<sup>1, 23, 24</sup>.

En esta línea, el grupo de trabajo creado dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, antes de definir las recomendaciones básicas, consideró necesario conocer la situación de partida, no solo del uso de las contenciones, sino también de los conocimientos de los profesionales al respecto.

Para este análisis de situación, que servirá de base para la elaboración de recomendaciones para la prevención del uso de contenciones, se consideró oportuno establecer dos fases, la primera se centró

en los centros sanitarios públicos y cuyos resultados son los que se exponen en este informe; y en una segunda fase en los centros sociosanitarios.

Este estudio de situación se centró en tres elementos fundamentales:

- (1) Análisis de los incidentes notificados relacionados con el uso de contenciones mecánicas (CM).
- (2) Estudio de prevalencia del uso de CM en centros sanitarios del SSPA y centros residenciales y de día del SPSSA.
- (3) Análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas habituales de los profesionales en relación a las CM.



---

# 1. Análisis de incidentes notificados

---

*Análisis realizado por Carmen M<sup>ª</sup>. Alba Fernández.*

La notificación de incidentes relacionados con la Seguridad de los pacientes es fundamental como aprendizaje y mejora continua, por lo que su análisis y posterior gestión de los mismos se hace indispensable para poner en marcha mejoras. El tener una idea global del número y tipos de incidentes o eventos adversos notificados en el sistema de notificación corporativo a nivel andaluz (notificASP) facilita orientar los esfuerzos en la implementación de mejoras.

## 1.1. Objetivo

El objetivo de este análisis previo fue:

- Conocer los principales daños y factores contribuyentes de las notificaciones realizadas relacionadas con el uso de contenciones
- Detectar las principales unidades clínicas implicadas en los eventos adversos notificados y otras variables relevantes que puedan afectar a la producción de los incidentes.

## 1.2. Metodología

Se trató de un estudio descriptivo de todas las notificaciones recibidas en el Sistema de Notificación Corporativo de Andalucía (notificASP) y realizadas por los profesionales de los centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, durante el periodo de tres años (2018 – 2020). Para la búsqueda de las notificaciones relacionadas con las contenciones se consideró que alguna de las siguientes palabras clave estuvieran incluidas en alguno de los cuatro campos de texto libre que existen

en el formulario de notificación para profesionales: contención/contenciones; contenido/contenida; restricción/restricciones, sujeción / sujeciones; atado/atada; correas. Es decir, que alguna de estas palabras apareciera en los apartados: descripción del incidente, factores contribuyentes, factores atenuantes y acciones de mejora sugeridas.

Por lo que solo se incluyeron las notificaciones que cumplieran estas condiciones.

De estas notificaciones se extrajo la información contenida en los campos relevantes y que no comprometieran la confidencialidad de las notificaciones.

Los campos seleccionados fueron:

- Centro (hace referencia al tipo de unidad donde se ha producido el incidente)
- Ámbito (atención primaria, atención hospitalaria)
- Paciente alcanzado (si se identifica un riesgo o un incidente)
- Grado de daño
- Rango de edad
- Hora del incidente
- Descripción
- Factores contribuyentes
- Factores atenuantes
- Acciones de mejora relativas al incidente

Se realizó un análisis estadístico descriptivo cuantitativo y cualitativo del contenido en los campos de texto libre.

### 1.3. Resultados

La base de datos identificó un total de 522 notificaciones. Tras la primera lectura, se descartaron 230, ya que, debido al carácter polisémico de los términos de búsqueda, éstos no se correspondían con incidentes relacionados con el uso de contenciones.

De las 292 notificaciones restantes, 56 de ellas eran eventos adversos, se habían comunicado con daños al paciente en relación al uso de contenciones mecánicas (Tabla 1).



Entre algunos de los factores contribuyentes que se detectaron (Tabla 2) destacan entre otros: ausencia de vigilancia o monitorización del paciente por un periodo mayor de 8 horas, déficit de valoración previa o exacerbación de la agitación.

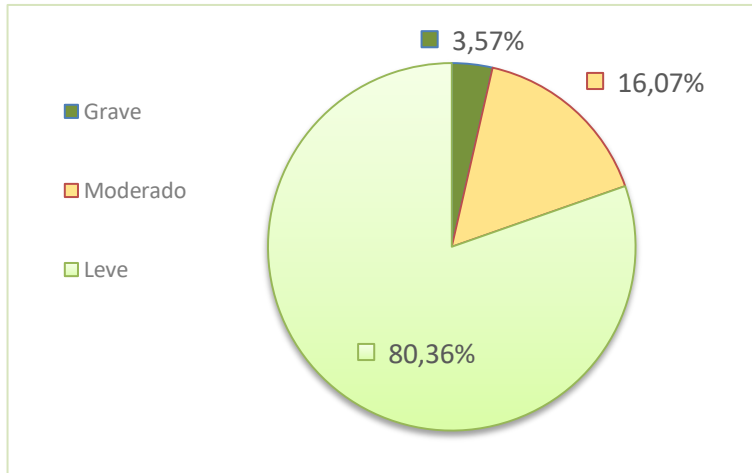
Tabla 1. Principales daños por el uso de contenciones.

Daños	%
Caídas	60
Autolesiones	8,6
Lesiones por el dispositivo usado	8,6
Extubación no programada	8,6
Auto-retirada de catéter venoso central	5,7
Auto-retirada de sonda nasogástrica	2,8
Otros	5,7

Tabla 2. Principales factores contribuyentes en la producción del incidente.

Principales factores	%
Ausencia de vigilancia o monitorización >8 horas	43,4
No valoración previa del estado del paciente	13,1
Por agresión al profesional por parte del paciente contenido	13,1
Exacerbación de la agitación	21,7
Contención farmacológica no monitorizada que requería una atención posterior	8,7

Respecto de la gravedad de los daños, de los casos descritos, en dos ocasiones se produjo un daño severo, es decir que han sufrido un daño permanente o por largo tiempo, de ellos uno requirió de intervención quirúrgica. Nueve pacientes sufrieron un daño moderado, por lo que precisaron procedimientos o tratamientos adicionales.



Esta valoración del daño únicamente contempla los daños físicos, sin valorar el daño moral y psicológico provocado a los pacientes.

Figura 1. Distribución de los eventos adversos en función de la gravedad de los daños.

Todos los incidentes hacen referencia al ámbito hospitalario, no ha aparecido ninguna notificación relacionada con Atención Primaria.

Entre las unidades con mayor número de incidentes notificados destacan las unidades de: Medicina interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Urgencias y Salud mental.

Cuando se analizan las notificaciones según el tramo horario en el que se produjo el incidente, se comprueba que no existe diferencia significativa del número de incidentes ocurridos por tramo horario.

Por otro lado, en el análisis de las acciones de mejora sugeridas por el notificante, se propone en 27 de los casos, la misma medida de acción de mejora para evitar incidentes que la que se notifica como incidente, es decir, la contención mecánica. Además, se propone la “necesidad” de contener al paciente

“siempre” que no esté acompañado, en 7 casos. Doce notificantes apuntan que las acciones de mejora deberían centrarse en el aumento del acompañamiento de los pacientes.

#### 1.4. Discusión y conclusiones

A tenor del número de notificaciones de eventos relacionados con las contenciones mecánicas, y considerando los estudios publicados al respecto, podría existir una infranotificación de eventos adversos derivados del uso de contenciones mecánicas.

Todos los eventos adversos notificados en notificASP tuvieron lugar en áreas de hospitalización. Las unidades principalmente implicadas fueron Medicina interna, Unidad de Cuidados Intensivos y urgencias.

Los principales eventos adversos ligados al uso de contenciones son las caídas, autolesiones, autoextubación o retirada de catéteres.

Llama la atención la propuesta incongruente de los notificantes respecto al uso de las contenciones argumentando el principal uso de las CM, es la prevención de estos eventos adversos, cuando ha sido el uso de dichas CM las que ha provocado el incidente notificado.

Con frecuencia, parece que el uso de las contenciones en las unidades de hospitalización responde, de forma equivocada, a la preocupación de los profesionales por la seguridad del paciente.

El daño moral o psicológico ocasionado a los pacientes como consecuencia del uso de contenciones mecánicas no es identificado por los profesionales como un evento adverso.



---

## 2. Estudio de prevalencia del uso de contenciones

---

*El informe del estudio de prevalencia ha sido elaborado por: Ángel Cobos Vargas, Carmen M<sup>ª</sup>. Alba Fernández, Javier Pérez Rojas y Aurora Bueno Cavanillas.*

Aunque pueda existir alguna bibliografía internacional sobre la prevalencia del uso de contenciones<sup>1,4,19-24</sup>, es necesario, para poner en marcha medidas y orientar las recomendaciones para la prevención en el uso de contenciones, conocer qué ocurre en nuestros centros de una forma más veraz.

### 2.1. Objetivo

El objetivo del estudio es doble:

- Analizar la prevalencia de pacientes con CM en los centros hospitalarios públicos de Andalucía.
- Analizar las características de las CM y el nivel de cumplimiento de buenas prácticas asociadas al uso de CM en pacientes contenidos.

### 2.2. Metodología

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo.

En el estudio se han incluido todos los centros hospitalarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Los coordinadores del estudio en cada centro fueron los Referentes de Seguridad apoyados por sus Direcciones-Gerencias.

La metodología desarrollada está basada en un estudio previo piloto realizado en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada.

El corte de prevalencia se realizó en un solo día entre el 9 y el 13 de mayo de 2022. Cada centro eligió el día en el que, por razones de operatividad, la realización resultaba más conveniente funcionalmente.

Las variables de estudio incluidas fueron:

a) Variables del centro:

- Código de hospital: número aleatorio asignado a cada hospital.
- Tipo de hospital: Regional, Especialidades y Comarcal. Inicialmente se recogieron también datos de los Hospitales de Alta Resolución (HAR), posteriormente no se incluyeron como categoría independiente por la ausencia de pacientes contenidos.
- Tipo de Unidad: Hospitalización COVID, Hospitalización médica, Hospitalización quirúrgica, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Reanimación, Urgencias, Salud mental, Hospitalización pediátrica, UCI pediátrica y neonatal, Urgencias de pediatría, otros (se incluyó hospital de día, y hospitalización en HAREs).
- Número total de pacientes ingresados por unidad.
- Número total de pacientes con CM por unidad. Se consideró paciente contenido cuando existía una limitación intencionada de movimientos debida a la sujeción de al menos un punto corporal (extremidades o cintura abdominal). No se consideraron como elementos de contención las barandillas de la cama, ni las inmovilizaciones por tracción terapéutica.

b) En relación a los pacientes contenidos, se recogieron las siguientes variables:

- Edad (en años; en días o meses para pacientes menores de 2 años)
- Sexo (hombre, mujer)
- N.º de puntos de CM:
  - (1) Un miembro superior o inferior
  - (2) Ambos miembros superiores

- (3) Ambos miembros inferiores
- (4) Miembros superiores e inferiores
- (5) Otros (especificar)

- Presencia de contención abdominal (SI/NO)
- Acompañamiento del paciente (SI/NO)
- Registro indicación/prescripción de la CM por el facultativo responsable: En la HC aparece la prescripción o indicación por parte del facultativo para la contención mecánica. (SI/NO).
- Registro motivos de la CM: En la HC aparecen anotados los motivos de la contención mecánica (Riesgo de autolesión, riesgo de lesión a terceros, agitación, delirio, riesgo de retirada de dispositivos, otros, no se registraron los motivos).
- Registro de intervención no farmacológica previa la CM: En la HC aparece anotada la realización de alguna intervención no farmacológica orientada a evitar la CM: Manejo ambiental, contención verbal, facilitar acompañamiento, otros, no se registra ninguna intervención.
- Registro de intervención farmacológica previa a la CM: En la HC aparece anotada la prescripción y administración de fármacos orientados a evitar la CM. (SI/NO)
- Registro de la situación cognitiva del paciente previa a la CM: En la HC aparece al menos una valoración cognitiva al paciente, previa a la contención, de la competencia puntual (nivel y contenido de conciencia). (SI/NO)
- Existencia de consentimiento informado: En la HC se encuentra el documento de consentimiento informado o bien, se registró el consentimiento verbal del paciente o familia. (SI/NO)
- Registro de fecha y hora de inicio de la CM: En la HC hay constancia de la fecha y hora de inicio de la contención. (SI/NO)

- Registro de constantes al menos cada 2 horas: Desde el inicio de la contención se registraron las constantes del paciente al menos cada 2 horas. (SI/NO)
- Registro de evaluación del estado del paciente durante el periodo de CM: En la HC aparecen reflejados aspectos relacionados con la seguridad y confort del paciente durante el periodo de CM (estado de las zonas donde se aplican las contenciones, valoración neurológica, dolor, necesidad de eliminación, sed...). (SI/NO)
- Registro de la reevaluación de la necesidad de CM: En la HC aparecen registradas las reevaluaciones de la necesidad de mantener la CM según las recomendaciones establecidas. Las recomendaciones indican que el facultativo debe reevaluar la indicación transcurridas las primeras 4 horas y si se mantiene la indicación, las siguientes reevaluaciones se realizarán al menos cada 8 horas. (SI/NO). Sólo contestar "sí" en caso de que se hayan registrado todas las reevaluaciones requeridas.

Se entregó a cada centro un archivo Excel con tres hojas: "Datos Observación Directa", "Datos historia clínica" y "Datos a enviar". Las dos primeras contenían una descripción detallada de cada variable de estudio, su definición y valores.

Todos los datos remitidos a la ESSPA estaban anonimizados, sólo se recogió el nombre del centro (codificado), el tipo de unidad y las variables de estudio, sin identificación alguna de los pacientes ni de los profesionales responsables.

La recogida de datos se realizó con la coordinación del referente de Seguridad del Paciente del centro. Cada centro designó un equipo de trabajo compuesto por Grupo de Coordinación de centro (GCC), liderado por el Referente de Seguridad del paciente y Grupo de observadores (GO), con funciones asignadas a cada uno de ellos:

a) Grupo Coordinador de Centro:

- Organizar y coordinar el proceso.
- Monitorizar y seleccionar el grupo de observadores y formarlos.
- Revisar historias clínicas.



- Cumplimentar la hoja Excel diseñada para la recogida de información de los pacientes contenidos.
- Anonimizar y remitir la información requerida a la ESSPA.

b) Grupo de Observadores:

- Observación directa del paciente. Se les pidió que informaran sobre el número de pacientes ingresados en la unidad, el número de pacientes con CM, y para cada uno de ellos, el código NUHSA, la presencia o no de acompañante y el número de puntos de contención aplicado.
- Completar hoja de “Datos de observación directa” y remitirla al GCC.

### 2.3. Resultados

Participaron un total de 35 centros, aportando datos referidos a 9831 pacientes hospitalizados, 9165 pacientes adultos y 666 pacientes pediátricos (Tabla 1).

En la población adulta se identificaron 466 pacientes con algún dispositivo de contención, lo que supone una prevalencia global del 5,1%, datos que oscilaron por hospitales entre un mínimo del 1,03% y un máximo de 10,99%; la mediana fue de 3,91% y el rango intercuartílico (RIQ) 2,35% – 5,60%.

En relación a los pacientes pediátricos, referidos a 26 hospitales que indican atención pediátrica, el 9,91% (n=66) presentaban algún tipo de restricción, siendo la mediana de 3,09% y el RIQ 0,00% - 20,00%.

Haciendo el análisis por tipo de hospital (Tabla 2) no se observaron diferencias significativas en el porcentaje de pacientes adultos contenidos, pero aparecía un menor porcentaje de restricciones en pacientes pediátricos en los hospitales regionales.

Cuando se estratificó por tipo de unidad (Tabla 3) pudo comprobarse que el menor porcentaje de pacientes contenidos correspondía a las unidades de salud mental, con sólo 7 pacientes con CM de un total de 411 pacientes ingresados (1,70%).

Tabla 1. Número de pacientes ingresados y pacientes con contenciones mecánicas por hospital

Hospital	Pacientes Adultos			Pacientes Pediátricos		
	con CM	Total ingresados	% CM	con CM*	Total ingresados	% CM
1	12	453	2,65%	0	31	0%
2	6	157	3,82%	0	4	0%
3	7	125	5,60%	3	6	50,00%
4	20	298	6,71%	0	12	0%
5	2	41	4,88%	0	7	0%
6	7	210	3,33%	0	0	-
7	11	450	2,44%	0	27	0%
8	24	614	3,91%	7	56	12,50%
9	9	143	6,29%	1	2	50,00%
10	3	88	3,41%	0	4	0%
11	15	380	3,95%	1	25	4,00%
12	1	55	1,82%	0	4	0%
13	3	138	2,17%	1	5	20,00%
14	21	488	4,30%	14	72	19,44%
15	0	8	0%	0	0	-
16	0	9	0%	0	0	-
17	0	7	0%	0	0	-
18	0	5	0%	0	0	-
19	2	91	2,20%	0	2	0%
20	7	65	10,77%	0	0	-
21	3	78	3,85%	0	6	0%
22	10	137	7,30%	2	6	33,33%
23	12	228	5,26%	0	0	-

Hospital	Pacientes Adultos			Pacientes Pediátricos		
	con CM	Total ingresados	% CM	con CM*	Total ingresados	% CM
24	50	455	10,99%	3	29	10,34%
25	34	451	7,54%	6	26	23,08%
26	2	85	2,35%	0	5	0%
27	4	121	3,31%	0	0	-
28	32	673	4,75%	10	40	25,00%
29	9	191	4,71%	1	5	20,00%
30	3	292	1,03%	9	31	29,03%
31	31	631	4,91%	0	46	0%
32	42	414	10,14%	0	0	-
33	37	639	5,79%	2	92	2,17%
34	45	892	5,04%	6	117	5,13%
35	2	55	3,64%	0	6	0%
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>9167</b>	<b>5,08%</b>	<b>66</b>	<b>666</b>	<b>9,91%</b>

% CM = Porcentaje de pacientes bajo Contención Mecánica

\* Incluye todo tipo de restricciones

Tabla 2. Pacientes hospitalizados y contenidos en función del tipo de hospital

Tipo de Hospital	Pacientes Adultos			Pacientes Pediátricos		
	con CM	Total Ingresados	% CM	con CM*	Total Ingresados	% CM
H. Regional	169	3449	4,90%	25	351	7,12%
H. Especialidades	208	3679	5,65%	33	253	13,04%
H. Comarcal	89	2037	4,37%	8	62	12,90%

% CM = Porcentaje de pacientes bajo Contención Mecánica

\* Incluye todo tipo de restricciones

En el extremo contrario, con alto porcentaje de CM, aparecían las UCIs con 75 pacientes con CM de 398 (18,09%), seguidas de las Unidades de Hospitalización por COVID, con 75 pacientes contenidos entre 751 ingresados (9,99%). En la población pediátrica, existieron diferencias significativas entre las unidades de hospitalización, 7,77% y las UCIP y Neonatales y las Urgencias, con 15,18% y 19,23% respectivamente.

Tabla 3. Pacientes hospitalizados y contenidos en función del tipo de unidad de encamación

Unidad	Pacientes con CM	Pacientes Ingresados	% CM
Hospitalización COVID	75	751	9,99%
Hospitalización Médica	211	4006	5,27%
Hospitalización Quirúrgica	70	3058	2,29%
Unidad de Cuidados Intensivos	72	398	18,09%
Reanimación	6	87	6,90%
Urgencias	25	456	5,48%
Salud Mental	7	411	1,70%
Otros	0	18	0,00%
Pediatría - Hospitalización	39	502	7,77%
Pediatría - UCI	17	112	15,18%
Pediatría - Urgencias	10	52	19,23%
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>9851</b>	<b>5,40%</b>

% CM = Porcentaje de Pacientes bajo Contención Mecánica

La población de pacientes contenidos, clasificados como población adulta (Tabla 4) estuvo compuesta en un 68,52% por hombres, con una edad media de 73,9 años, significativamente mayor en mujeres que en hombres (78,5 vs 71,8;  $p < 0,001$ ).

Tabla 4. Características de los pacientes contenidos

Características		P. Adultos (N=466)		P. Pediátricos (N=66)		Total (N=532)	
Edad (Media; Desv. Estándar)		73,94	15,92	2,34	2,73	65,11	27,89
Sexo	Mujer	147	31,48%	22	34,38%	169	31,83%
	Hombre	320	68,52%	42	65,63%	362	68,17%
Paciente Acompañado		158	33,91%	53	85,48%	211	39,96%
Registro Indicación Contención		119	25,48%	0	-	119	22,50%
Puntos de Contención	Un miembro superior	111	23,87%	23	35,38%	134	25,28%
	Ambos miembros superiores	276	59,35%	9	13,85%	285	53,77%
	Todos los miembros	61	13,12%	0	-	61	11,51%
	Otros	17	3,66%	33	50,77%	50	9,43%
Contención Abdominal		15	3,21%	2	3,28%	17	3,22%
Motivo Contención	No consta	212	45,49%	60	96,77%	272	51,52%
	Riesgo autolesión	9	1,93%	0	-	9	1,70%
	Riesgo de lesión a terceros	4	0,86%	0	-	4	0,76%
	Agitación	118	25,32%	0	-	118	22,35%
	Delirio	25	5,36	0	-	25	4,73%
	Retirada de Dispositivos	60	12,88%	2	3,23%	62	11,74%
	Otros	38	8,15%	0	-	38	7,20%

Características		P. Adultos (N=466)		P. Pediátricos (N=66)		Total (N=532)	
Intervención Farmacológica Previa		236	50,75%	0	-	236	44,78%
Intervención No Farmacológica Previa	No registrada	411	88,20%	61	98,39%	472	89,39%
	Manejo ambiental	4	0,86%	0	-	4	0,76%
	Contención verbal	7	1,50%	0	-	7	1,33%
	Facilitar acompañamiento	22	4,72%	1	1,61%	23	4,36%
	Otros / No consta	22	4,72%	0	-	22	4,17%
Valoración Situación Cognitiva		310	66,52%	24*	38,71%	334*	63,26%
Consentimiento Informado		8	1,72%	0	-	8	1,52%
Registro en la Historia Clínica	Fecha Inicio	122	26,18%	0	-	122	23,11%
	Control de Constantes	101	21,81%	18	29,03%	119	22,67%
	Evaluación Estado del Paciente	234	50,32%	23	37,10%	257	48,77%
	Reevaluación de la necesidad de CM	67**	14,38%	0	-	67**	12,69%

\*Se indica no procede en 3 casos

\*\*Se indica no procede en 32 casos

En cuanto al tipo de contención, la más habitual fue la de ambos miembros superiores, el 59,35% de los casos, un 13,12% de los pacientes presentaban contención de todos los miembros y un 3,21% (15 de 466) contención abdominal. De todos ellos, 158 pacientes (33,91%) estaban acompañados.

La indicación o prescripción de la CM estaba registrada en la historia clínica en 119 casos (25,5%). Los motivos de indicación de las contenciones aparecían en poco más de la mitad de los casos (54,51%), destacando la agitación en 118 casos (25,32%), seguido del riesgo de retirada de dispositivos

(12,88%). El riesgo de autolesión constaba como causa de la contención en 9 casos (1,93%) y el riesgo de lesión a terceros en 4 (0,86%).

En 236 pacientes (50,75%) se realizó alguna intervención farmacológica previa a la contención mecánica. En 55 casos (11,8%) se registró la realización de alguna intervención no farmacológica previa a la CM, siendo la más frecuente el facilitar el acompañamiento, 22 de 55 (40%), seguida de la contención verbal, 7 de 55 (12,72%).

Del total de pacientes, el consentimiento informado constaba en 8 casos (1,7%), 7 en unidades de hospitalización médica (3,37% de los pacientes contenidos) y uno en salud mental (14,29% de los pacientes contenidos).

La situación cognitiva previa a la CM estaba anotada en 309 pacientes (66,3%). El registro de la fecha y hora de inicio de la CM en la HC figuraba en 122 casos (26,2%), y el control de constantes en 101 (21,9%), la evaluación del estado del paciente contenido se registró en 234 casos (50,32%), mientras que la reevaluación de la necesidad de contención sólo en 67 (14,4%).

Respecto a la población de pacientes pediátricos (Tabla 4) con una media de 2,23 años, y un 64% de sexo masculino, la mayor parte de las contenciones eran en realidad medidas restrictivas para evitar la retirada de dispositivos. En ningún caso aparecía registrada en la historia clínica ni se indicaba la fecha de inicio de la restricción, la necesidad de reevaluación, o la solicitud de consentimiento informado.

Las Tablas 5 y 6 contienen las características de los pacientes contenidos estratificadas respectivamente por unidad y tipo de hospital. En la Tabla 5 se puede apreciar como la mayor prevalencia de pacientes acompañados se produce en unidades pediátricas, afecta a la mitad de los pacientes en las unidades de hospitalización médica y quirúrgica y es mínima en el resto de unidades.

Excluyendo las unidades de pediatría, no se detectaron diferencias por unidades en la utilización de intervenciones farmacológicas previas a la CM ( $p=0,096$ ).

Respecto a la valoración del estado cognitivo, las diferencias estadísticas se mantienen cuando excluimos las unidades pediátricas ( $p<0,005$ ), debido al menor porcentaje de registro de valoración en las unidades de hospitalización quirúrgicas y salas COVID.

Tabla 5. Características de los pacientes contenidos estratificadas por Unidad

Unidad	Paciente Acompañado		Intervención Farmacológica Previa		Valoración del Estado Cognitivo		Consentimiento Informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hosp. COVID	14	18,67%	31	41,33%	38	50,67%	0	0,00%
Hosp. Médica	105	50,72%	99	47,83%	149	71,63%	7	3,37%
Hosp. Quirúrgica	37	52,86%	37	53,62%	39	56,52%	0	0,00%
Reanimación	0	0,00%	5	83,33%	5	83,33%	0	0,00%
UCI	1	1,33%	46	61,33%	56	74,67%	0	0,00%
Urgencias	0	0,00%	12	48,00%	15	60,00%	0	0,00%
Salud Mental	0	0,00%	5	71,43%	7	100,00%	1	14,29%
Pediatría	54	85,71%	1	1,59%	25	39,68%	0	0,00%
Significación estadística		P<0,001		P<0,001		P<0,001		-
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>39,96%</b>	<b>236</b>	<b>44,78%</b>	<b>334</b>	<b>63,26%</b>	<b>8</b>	<b>1,52%</b>

De los 8 casos en los que constaba el consentimiento informado, 7 corresponden a hospitalización médica, lo que supone un 3,37% de los pacientes contenidos en estas unidades, y el caso restante pertenece a salud mental. En la estratificación por tipo de hospital, tabla 6, destacó una frecuencia significativamente menor de pacientes acompañados en los hospitales regionales y la utilización de contención farmacológica previa a la CM con mayor frecuencia en los hospitales comarcales.



Tabla 6. Características de los pacientes adultos contenidos estratificadas por Tipo de Hospital

Tipo Hospital	Pac. Acompañado		Intervención Farmacológica Previa		Valoración del Estado Cognitivo		Consentimiento Informado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital Regional	42	24,85%	90	53,25 %	113	66,86 %	1	0,59 %
Hospital Especialidad	80	38,46%	87	42,23 %	125	60,39 %	5	2,42 %
Hospital Comarcal	36	40,45%	59	65,56 %	72	80,00 %	2	2,22 %
Significación estadística		p<0,01		p<0,005		p<0,005		P=0,367
Total	158	33,91%	236	50,75 %	310	66,52 %	8	1,72 %

Las Tablas 7 y 8 se refieren al registro de variables en la historia clínica, estratificadas por tipo de unidad y tipo de hospital respectivamente.

En la Tabla 7 se puede apreciar un porcentaje de registro de la indicación muy superior en salud mental (71,43%) que en el resto de unidades, las UCIs presentaron la menor tasa de registro de indicación con un 17,33%, si bien, sin diferencias significativas con las restantes unidades de hospitalización de adultos, una vez excluida la categoría de salud mental ( $p=0,310$ ). Para el resto de las variables se comprobó igualmente un mayor porcentaje de registro en las unidades de salud mental, mientras que el menor porcentaje de registro se encontró en los servicios de urgencias. Cuando se analizó la influencia del tipo de unidad sobre el motivo de indicación (resultados no mostrados) se comprobó una mayor representación del motivo “Agitación” en UCI y hospitalización quirúrgica y una mayor prevalencia del riesgo de retirada de dispositivos en hospitalización COVID y quirúrgica, con diferencias significativas ( $p<0,005$ ).

Por tipo de hospital (Tabla 8), el porcentaje de registro de indicación fue muy superior en el caso de los hospitales regionales en relación a los de especialidades o comarcales (41,4% versus 16,4% y 16,7% respectivamente;  $p < 0,001$ ), mientras que en estos hospitales fue inferior el registro de la evaluación del estado del paciente (35,50% versus 59,42% y 57,30% respectivamente;  $p < 0,001$ ). El registro de la fecha de inicio mostró diferencias significativas debido a un menor porcentaje en los hospitales comarcales ( $p < 0,05$ ), y, por último, para el registro de constantes ( $p < 0,001$ ) y de la reevaluación de la necesidad de CM ( $p < 0,05$ ) se observó un porcentaje significativamente superior en los hospitales de especialidades.

Tabla 7. Registro en la Historia Clínica de las variables relacionadas con la Contención Mecánica

Unidades	Indicación CM		Fecha Inicio CM		Registro Constantes		Evaluación estado		Reevaluación Necesidad CM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hosp. COVID	19	25,33%	14	18,67%	12	16,00%	30	40,00%	9	12,00%
Hosp. Medica	51	24,52%	62	29,81%	43	20,67%	109	52,40%	29	13,94%
Hosp. Quirúrgica	22	31,43%	25	36,23%	15	21,74%	27	39,71%	7	10,14%
Reanimación	3	50,00%	3	50,00%	4	66,67%	4	66,67%	1	16,67%
UCI	13	17,33%	9	12,00%	19	25,33%	50	66,67%	14	18,67%
Urgencias	6	24,00%	2	8,00%	2	9,09%	7	28,00%	1	4,00%
Salud Mental	5	71,43%	7	100,00%	6	85,71%	6	85,71%	6	85,71%
Pediatría	0	0,00%	0	0,00%	18	28,57%	24	38,10%	0	0,00%
Significación estadística		$P < 0,05$ †		$P < 0,001$		$P < 0,001$ †		$P < 0,001$		$P < 0,001$
Total	119	22,50%	122	23,11%	119	22,67%	257*	48,77%	67	12,69%

\* En 32 casos se especifica que No procede (3 en H. COVID, 17 H. Médica, 4 H. Quirúrgica, 3 Reanimación y 5 UCI)

† Las diferencias dejan de ser significativas cuando se excluyen las unidades de Salud mental

Tabla 8. Registro en la Historia Clínica de las variables relacionadas con la Contención Mecánica (Pacientes adultos), estratificado por tipo de hospital

Tipo de Hospital	Indicación CM		Fecha Inicio CM		Registro Constantes		Evaluación estado		Reevaluación Necesidad CM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital Regional	70	41,42 %	51	30,18 %	22	13,02 %	60	35,50 %	19	11,24 %
Hospital Especialidad	34	16,35 %	58	28,02 %	67	32,37 %	123	59,42 %	38	18,36 %
Hospital Comarcal	15	16,67 %	13	14,44 %	12	13,79 %	51	57,30 %	10	11,11 %
Significación estadística		p<0,001		p<0,05		p<0,001		p<0,001		p<0,05
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>25,48 %</b>	<b>122</b>	<b>26,18 %</b>	<b>101</b>	<b>21,81 %</b>	<b>234</b>	<b>50,32 %</b>	<b>67*</b>	<b>14,38 %</b>

\* En 32 casos se especifica que No procede (8 en H. General, 21 en H. Especialidades)

## 2.4. Discusión

De los resultados obtenidos, tras evaluar a 9831 pacientes, cabe destacar que la prevalencia de uso de CM en la población adulta es de 5,1% (1,03%-10,99%), siendo especialmente baja en las unidades de salud mental. El tipo de contención más habitual fue el de ambos miembros superiores, siendo el motivo de indicación registrado con mayor frecuencia, la agitación del paciente. Es importante resaltar que el consentimiento informado estaba reflejado sólo en 8 ocasiones de 532 posibles, y que se han detectado carencias importantes en el registro en la historia clínica de la prescripción de la contención mecánica, así como de su fecha de inicio, el control de constantes, la evaluación del estado del paciente o la reevaluación de la necesidad de la CM. Igualmente escaso fue el registro de abordajes alternativos previos a la CM, aunque en la mitad de las ocasiones si constaba el uso de contención farmacológica previa a la CM.

La interpretación de los resultados referidos a los ingresos pediátricos, aportados por 26 hospitales, es más compleja debido a que la mayor parte de las CM referidas corresponden a restricciones sobre

uso de férulas para evitar tracciones, acodamientos o retirada de dispositivos. La prevalencia global fue 9,91%, con una mediana de 3,09% y oscilaciones muy amplias (RIQ 0% - 20%), con escasa precisión debido al bajo número de ingresos pediátricos en la mayor parte de los hospitales.

Se trata del primer estudio multicéntrico realizado en España que recoge datos sobre la prevalencia puntual de CM en hospitales de agudos, y que no se limita a unidades de salud mental o de cuidados intensivos. Como fortaleza destacar que se ha utilizado un procedimiento estandarizado, con un protocolo común. En la recogida de información participaron en primer lugar profesionales con responsabilidades asistenciales directas, que indicaron el número de pacientes ingresados y contenidos en cada sala, así como las características de la contención y el NUHSA del paciente contenido. Posteriormente, los coordinadores del proyecto en cada hospital, siguiendo el procedimiento establecido, revisaron las historias clínicas para evaluar los indicadores de proceso previamente seleccionados y definidos.

Las comparaciones con otros estudios están limitadas por la ausencia de una definición común, así como por las diferencias en el procedimiento, en muchos casos proporcionan cifras de prevalencia a lo largo de periodos de tiempo, en las que se adopta una definición amplia de restricción física<sup>3,13</sup>.

En el presente estudio se ha adaptado la definición de CM dada por el International Physical Restraint Workgroup: «Cualquier acción o procedimiento que impide el movimiento libre de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal a su cuerpo mediante el uso de cualquier método adjunto o adyacente al cuerpo de una persona que él/ella no puede controlar ni retirarse fácilmente»<sup>26</sup>. Esto comporta que el material o dispositivo debe estar sujeto al cuerpo y que la persona no se lo puede retirar fácilmente, lo que no incluye el uso de barandillas. Finalmente, hay que tener en cuenta que se trata de un estudio transversal, de corte o prevalencia. Cortes repetidos en el tiempo permitirán consolidar la información recogida y evaluar la tendencia de esta práctica.

La prevalencia de pacientes con CM detectada es inferior a la descrita en Australia (entre el 8,5 y el 18,5%)<sup>27</sup> o en Estados Unidos y Canadá, donde oscila entre el 6 y el 25% en hospitales de agudos<sup>28</sup>, con una prevalencia incluso mayor en unidades determinadas como las de Cuidados Intensivos, al mismo tiempo que señalan una menor utilización en las unidades de salud mental, datos ambos coincidentes con los detectados en el presente estudio<sup>23</sup>. Otros estudios limitan el análisis a las personas mayores, en las que el uso de contenciones es más frecuente, con prevalencias en torno al 8%<sup>20</sup>. En este estudio

se han incluido todos los pacientes hospitalizados y carecemos de la información necesaria para analizar la prevalencia de CM estratificada por edad, pero los datos sugieren que la gran mayoría de los pacientes contenidos son mayores (casi el 70% tenían más de 70 años) y si se excluyen las UCIs y las Unidades de Salud Mental, el percentil 25 de los pacientes contenidos se sitúa en 71 años, es decir, 3 de 4 pacientes ingresados era mayor de 70 años. Todo ello hace suponer, que la prevalencia de CM en personas mayores es muy superior a la media observada.

Uno de los argumentos utilizados con frecuencia para justificar el mayor uso de contenciones es la imposibilidad o dificultad para facilitar el acompañamiento familiar<sup>29</sup>. No obstante, si esto puede utilizarse para justificar la mayor prevalencia de uso de CM en Unidades de Cuidados Intensivos o en Salas COVID, hay que recordar que menos frecuente aún es el acompañamiento en las Unidades de Salud Mental, y sin embargo en estas unidades las CM se reservan para casos excepcionales. Por otra parte, los datos recogidos sugieren que no se agotan los abordajes alternativos a la CM, entre ellos el más eficaz es el acompañamiento familiar, lo que refuerza la idea de impulsar protocolos de acompañamiento de pacientes de riesgo.

En cuanto a los motivos registrados para el uso de las contenciones, básicamente coinciden con los descritos previamente<sup>19,29</sup>, aunque no siempre en el mismo orden, la agitación del paciente, y la necesidad de evitar la retirada de dispositivos, no obstante, la situación más frecuente es que no se haga constar el motivo para la indicación de la CM.

Los resultados referidos a las unidades pediátricas son difíciles de interpretar. En algunos casos, 39 de 66, se especificaba que son restricciones, en su mayor parte férulas para evitar tracciones o retirada de vías, sin embargo, en ningún caso se hacía referencia en la historia clínica al uso de restricciones o contenciones, figuraba consentimiento o una evaluación específica<sup>30,31</sup>. Fuera del ámbito de los cuidados intensivos pediátricos no se encuentra ninguna referencia al uso de CM, si bien los datos muestran claramente que este existe y lo hace a pesar de que en su mayor parte los menores están acompañados durante todo el proceso de hospitalización.

Los datos mostrados sugieren que el uso de CM constituye una práctica rutinaria en nuestros hospitales, en la que con excesiva frecuencia se obvian los estándares exigidos por el Comité de Bioética de España<sup>15</sup>, el Comité Interdisciplinar de Sujeciones<sup>14</sup> o el Protocolo de Contención mecánica de Andalucía<sup>32</sup> (documento guía sobre el que se basan los protocolos de CM de los distintos hospitales de

Andalucía), esto es, la utilización de abordajes alternativos, prescripción médica, solicitud del consentimiento informado al paciente o sus familiares, registro del motivo de la CM, de su fecha de inicio, evaluación periódica del estado del paciente o reevaluación de la necesidad de CM. Es precisamente en las Unidades de Salud Mental, donde tradicionalmente ha sido más habitual el uso de CM<sup>33,34</sup>, dónde más y mejor se respetan los estándares recogidos en los protocolos, y con ello dónde menos prevalente es, en la actualidad, su utilización.

Aun cuando se puede asumir que en la mayor parte de los hospitales andaluces los protocolos están actualizados de acuerdo a las recomendaciones del documento guía<sup>32</sup>, a la vista de los resultados, la difusión de estos protocolos ha sido totalmente insuficiente, o al menos no ha trascendido a la práctica clínica. Es necesario incidir en la difusión de las buenas prácticas relacionadas con el empleo de las CM, e incluir criterios operativos de evaluación<sup>35</sup> que puedan incluirse entre los objetivos a nivel individual y de servicios. La evaluación del cumplimiento de estos objetivos requiere tanto la observación directa como la revisión de las historias clínicas, lo que supone una auditoría externa a la que hay que asignar recursos. Al mismo tiempo, sería interesante promocionar la realización de rondas de seguridad e incluir en ellas estas variables, de forma que se ponga en marcha un proceso interno de mejora continua. Indudablemente, también esto requeriría la dotación adecuada de recursos y en gran medida la estabilización de las plantillas.

Para completar este estudio es preciso hacer una evaluación seria de las causas por las que no se llevan a la práctica los protocolos, y detallar los factores asociados a nivel individual, profesional e institucional que puedan ser susceptibles de modificación. El cuestionario sobre los conocimientos, actitudes y prácticas habituales en el uso de contenciones mecánicas de los profesionales sanitarios, recientemente difundido en el contexto de este proyecto, puede contribuir a clarificar parte de estos factores.

## 2.5. Conclusiones

El uso de procedimientos de contención mecánica en los Hospitales Andaluces afecta en promedio a 1 de cada 20 pacientes adultos y en algún hospital hasta 1 de cada 10, aunque existen diferencias

importantes en función del tipo de unidad. Exceptuando las unidades de salud mental y las de hospitalización quirúrgica, todas las restantes unidades superan el 5% de pacientes contenidos.

Los principios enunciados como fundamentales por el Comité de Bioética de España en relación al uso de CM, en muchas ocasiones, no se llevan a la práctica. La prescripción médica de la contención se registra en 1 de cada 4 pacientes adultos contenidos, en ningún caso en niños. Con menor frecuencia aún (menos de 1 de cada 50 pacientes adultos contenidos), se deja constancia de que se haya realizado consentimiento informado.

Los procesos de monitorización y reevaluación de los pacientes a los que se aplican contenciones mecánicas, así como su registro en la historia clínica, muestran un amplio margen de mejora. La ausencia de monitorización y registro no solamente supone un riesgo directo para la seguridad del paciente, sino que puede afectar a otros procedimientos futuros.





## 3. Análisis de conocimientos, actitudes y prácticas habituales

*El informe del análisis de conocimientos, actitudes y prácticas habituales ha sido elaborado por: Ángel Cobos Vargas, Carmen M<sup>o</sup>. Alba Fernández, Aurora Bueno Cavanillas, Beatriz Martínez Sánchez y Félix Igea Arisqueta.*

Tras realización del estudio de prevalencia de contenciones mecánicas (CM) en los centros hospitalarios públicos de Andalucía, se difundió el “Cuestionario sobre conocimientos y uso de contenciones en los centros sanitarios públicos de Andalucía”, con la intención de identificar aquellas áreas relacionadas con la formación, las actitudes y las prácticas que pueden ser susceptibles de introducir acciones de mejora para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención prestada<sup>18,25</sup>.

### 3.1. Objetivo

El objetivo de este estudio es doble:

- Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas.
- Identificar y proponer áreas de mejora.

### 3.2. Metodología

El cuestionario se distribuyó entre todos los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (atención primaria y hospitalaria). Estuvo disponible desde el 17 de mayo hasta el 20 de junio de 2022.

Se ha utilizado un cuestionario diseñado “ad hoc”, que fue pilotado y validado, durante el desarrollo del Proyecto para la mejora de la seguridad de los pacientes hospitalizados en relación al uso de las

contenciones mecánicas, en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio<sup>36</sup> y posteriormente durante el I Congreso de Seguridad del Paciente de la Estrategia de Seguridad del Paciente de Andalucía [<https://congreso.seguridadpaciente.es/2021/>]

Las preguntas que lo integran tienen en consideración las guías de buenas prácticas en el uso de contenciones y las recomendaciones del Comité de Bioética de España. Las preguntas seleccionadas abordan aspectos relacionados con los motivos de uso de las contenciones, aspectos éticos y legales, buenas prácticas en el uso de contenciones, consecuencias de su uso y actitud de los profesionales ante las contenciones. El cuestionario fue totalmente anónimo, recogándose exclusivamente las siguientes variables:

**a) Variables sociodemográficas y profesionales:**

- Provincia
- Nivel Asistencial:
  - Atención Primaria
  - Atención Hospitalaria
  - Centro de emergencias Sanitarias 061
  - Otros
- Centro sanitario de adscripción
- Ámbito de trabajo (sólo para el entorno hospitalario):
  - Hospitalización especialidades médicas
  - Hospitalización especialidades quirúrgicas Hospitalización COVID
  - Unidad de Cuidados Intensivos
  - Salud mental
  - Urgencias
  - Reanimación
  - Consultas externas
  - Quirófano Hospital de día
  - Pediatría hospitalización
  - Pediatría Unidad de Cuidados Intensivos
  - Pediatría Urgencias

- Otro
- Categoría profesional:
  - Enfermería
  - P. Médico
  - Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)
  - P. Farmacéutico
  - Otro
- Años de experiencia:
  - 1-5 años
  - 6-10 años
  - 11-15 años
  - > 15 años
- Actualmente, ¿desempeña alguna actividad asistencial?
  - Si
  - No

**b) Variables sobre conocimiento:** Estas preguntas, diseñadas de acuerdo con las recomendaciones vigentes tienen las opciones de respuesta de Verdadero/Sí, Falso/No o NS/NC. Entre paréntesis se indica la opción considerada como correcta, y sobre la que se muestran los porcentajes. Se añade un asterisco en las preguntas que abordan actitudes, por tanto, sin una opción correcta o falsa.

- 1) El uso de contenciones mecánicas es la primera opción para prevenir la autorretirada de dispositivos en las personas hospitalizadas (sondajes, catéteres, tubo endotraqueal...). (F)
- 2) El uso de contenciones mecánicas disminuye el riesgo de caídas. (F)
- 3) Pacientes y familiares pueden rechazar el uso de contenciones mecánicas. (V)
- 4) La contención mecánica requiere de una prescripción médica. (V)
- 5) La presencia continua de un familiar con el paciente es más eficaz que la contención mecánica para evitar incidentes en seguridad del paciente. (V)
- 6) La agitación psicomotriz es la principal razón para usar contenciones mecánicas. (V)

- 7) El uso de contenciones mecánicas provoca agitación física, depresión y ansiedad en el paciente. (V)
- 8) La aparición de complicaciones asociadas al uso de contención mecánica debe evaluarse cada 2 horas. (V)
- 9) El personal de enfermería responsable del paciente puede indicar y aplicar las contenciones mecánicas en caso necesario. (F)
- 10) El uso de contenciones mecánicas durante el ingreso se asocia al desarrollo de estrés postraumático tras el alta. (V)
- 11) La prescripción de contención tiene validez durante todo el ingreso del paciente. (F)
- 12) Debe evaluarse la necesidad de suspender la contención mecánica cada 8 horas. (V)
- 13) El tromboembolismo pulmonar, la trombosis venosa profunda, el aumento del riesgo de broncoaspiración, lesiones por presión y muerte súbita son complicaciones asociadas a la contención mecánica. (V)
- 14) El uso y monitorización de las contenciones mecánicas debe quedar registrado en la Historia Clínica del paciente. (V)
- 15) El uso de contenciones mecánicas disminuye la probabilidad de que el paciente sufra lesiones. (F)
- 16) El uso de contenciones mecánicas requiere del consentimiento informado por parte de Pacientes o Familiares. (V)
- 17) En mi opinión, el uso de contenciones es inevitable. \*
- 18) Para mí, es fácil tomar la decisión de usar contenciones mecánicas. \*
- 19) La contención farmacológica debe ser siempre precedida por las medidas de contención verbal y medidas ambientales, y ser utilizada sólo en caso de que éstas fracasen. (V)
- 20) El uso de un fármaco con el objetivo de contener o restringir la libertad de movimientos de los pacientes requiere de consentimiento informado. (V)
- 21) Los pacientes con contención farmacológica requieren: Intensificación de los cuidados y de la monitorización para el control del nivel de sedación; Asegurar vía aérea; Controlar signos vitales y monitorización cardiovascular mediante electrocardiograma de forma periódica. (V)

**c) Variables sobre la experiencia del profesional encuestado relacionada con el uso de contenciones:** Este conjunto de preguntas tiene como opciones de respuesta: Si, No o NS/NC

- ¿Utilizan en su unidad medidas de contención farmacológica?
- En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención farmacológica?
- ¿Se ha producido en su unidad en el último año algún evento adverso relacionado con la contención farmacológica?
- ¿Utilizan en su unidad medidas de contención mecánica?
- En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención mecánica?
- ¿Se ha producido en su unidad en el último año algún evento adverso relacionado con la contención mecánica?

Para terminar el cuestionario, éste contempla un espacio para comentarios y observaciones.

La recogida y análisis de datos se realizó a través del cuestionario diseñado usando la herramienta LimeSurvey. Éste se difundió utilizando los canales habituales de la Estrategia para la Seguridad del Paciente de Andalucía.

El volcado de datos se realizó de forma automática desde la plataforma LimeSurvey a una hoja de Excel. Posteriormente se analizaron los datos con el paquete estadístico Stata 15.0.

Para el análisis se dicotomizaron las respuestas a las variables anteriores, dando un valor de “0” a la opción incorrecta y “1” a la opción correcta. Finalmente se sumaron todas las variables, para estimar una puntuación global que oscila entre 0 y 19 (no se contabilizaron para esta suma las preguntas 17 y 18).

Se estimaron porcentajes, medias y rangos, tanto globales como estratificados por las variables sociodemográficas recogidas. Se utilizó el Test de Chi-Cuadrado para comparar proporciones y el análisis de varianza de una vía para comparar medias.

### 3.3. Resultados

Se recogieron 6.259 respuestas (Tabla 1), de un total de 119.698 profesionales sanitarios del SSPA, lo que supone una tasa de respuesta global del 5,2%. Para cada pregunta hubo un número de respuestas diferente, por lo que se indica en cada caso los totales. 5.084 profesionales (81.2%) contestaron todas las preguntas sobre conocimientos.

Tabla 1. Características de los profesionales que respondieron y distribución de las respuestas obtenidas

Variables	N	%	Tasa de Respuesta*
<b>Categoría Profesional</b>			
• P. Enfermería	3.346	53,5%	10.0%
• P. Médico	1.042	16,7%	5.2%
• TCAE	1.440	23,0%	6.9%
• Otros	428	6,8%	0.9%
• Total	6.256	100,0%	5.2%
<b>Actividad Asistencial directa</b>			
• NO	530	8,5%	-
• SI	5.716	91,5%	-
• Total	6.246	100,0%	-
<b>Años de Experiencia</b>			
• 1 - 5 Años	948	15,2%	-
• 6 - 10 Años	680	10,9%	-
• 11 - 15 Años	654	10,5%	-
• Más de 15 Años	3.969	63,5%	-

Variables	N	%	Tasa de Respuesta*
• Total	6.251	100,0%	
<b>Nivel Asistencial</b>			
• Atención Hospitalaria	4.282	68,4%	4.8%
• Atención Primaria	1.649	26,4%	5.4%
• Centro Emergencias Sanitarias 061	120	1,9%	-
• Otro	208	3,3%	-
• Total	6.259	100,0%	
<b>Ámbito de trabajo (Sólo para Atención Hospitalaria)</b>			
• Consultas Externas	271	6,4%	-
• Hospital de Día	52	1,2%	-
• Hospitalización COVID	140	3,3%	-
• Hosp. especialidades médicas	1.080	25,4%	-
• Hosp. especialidades quirúrgicas	581	13,7%	-
• Quirófanos	173	4,1%	-
• Reanimación	68	1,6%	-
• Unidad de Cuidados Intensivos	385	9,1%	-
• Salud Mental	204	4,8%	-
• Urgencias	587	13,8%	-
• Pediatría	228	5,4%	-
• Otros	533	12,5%	-
• Total	4.250	100,0%	-

\*Estimado respecto a la Media anual de efectivos mes del SAS 2021

<https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/plantilla-del-servicio-andaluz-de-salud-3>

Algo más de la mitad de los cuestionarios fueron respondidos por profesionales de enfermería, el colectivo médico aportó un 16,7% de las respuestas y el personal farmacéutico un 0,8% por lo que fueron agrupados en la categoría de “otros”. La tasa de respuesta del personal de enfermería prácticamente duplicó a la del personal médico. El 91,5% de los profesionales que contestaron tenían actividad asistencial directa y el 63,5% más de 15 años de experiencia profesional, con un 15,2% con 5 años o menos de experiencia.

En cuanto al nivel asistencial, el 68,4% de las respuestas correspondió a Atención Hospitalaria, un 26,4% a Atención Primaria y un 1,9% a Centros de Emergencias Sanitarias 061. El ámbito de trabajo mayoritario, recogido sólo para la asistencia hospitalaria, correspondió a hospitalización médica, con un 25,4%, seguido de Urgencias con un 13,8% y hospitalización quirúrgica con un 13,7%.

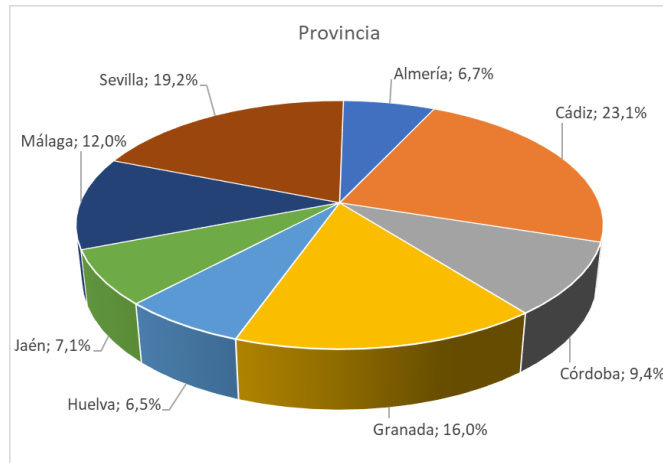


Figura 1. Distribución de las respuestas por Provincia

En la figura 1 se muestra la distribución de encuestas contestadas por provincias, correspondiendo el porcentaje mayoritario, en números absolutos, a la provincia de Cádiz, que aportó el 23,1% de las respuestas.

La tabla 2 muestra las respuestas obtenidas para las preguntas relacionadas con los argumentos utilizados para el empleo de contenciones, la necesidad de valoración y monitorización, los aspectos éticos y legales, y los efectos adversos o riesgos relacionados con el uso de contenciones. Las celdas sombreadas indican las respuestas consideradas correctas, el último apartado corresponde a las preguntas de actitudes, para las que no hay una respuesta que se pueda considerar correcta o incorrecta.

Se reconoce mayoritariamente que el uso de las CM no es la primera opción para evitar la autoretirada de dispositivos, sino que es mucho más eficaz la presencia de un familiar, y que la agitación es la razón



principal para el uso de la CM. Sin embargo, sólo un 36,4% reconoce como falso que el uso de contenciones disminuya el riesgo de caídas y un 35,0% que reduzca la probabilidad de que el paciente sufra lesiones. Las respuestas relacionadas con la valoración y monitorización o los aspectos legales son mayoritariamente correctas, los valores más bajos obtenidos corresponden a la indicación de la CM por parte del personal de enfermería, acertada por el 41,0% y la necesidad BORRADdOR e consentimiento informado para la contención farmacológica, contestado correctamente solo por el 51,6% de la muestra. En cuanto a los efectos adversos, el 86,5% reconocen correctamente la asociación entre CM y agitación física, depresión y ansiedad, pero sólo un 51,4% lo hacen para el riesgo de estrés postraumático tras el alta, y un 59,2% para el aumento de riesgo de complicaciones tromboembólicas, úlceras por presión, broncoaspiración o muerte súbita

Tabla 2. Distribución de las respuestas obtenidas

Ítems del cuestionario	Falso		Verdadero		NS/NC		Total
<b>Argumentos utilizados para el uso de las contenciones</b>							
P1. El uso de contenciones mecánicas es la primera opción para prevenir la autorretirada de dispositivos en las personas hospitalizadas (sondajes, catéteres, tubo endotraqueal...)	3.895	75,4%	1.012	19,6%	257	5,0%	5.164
P2. El uso de contenciones mecánicas disminuye el riesgo de caídas	1.878	36,4%	2.999	58,1%	288	5,6%	5.165
P5. La presencia continua de un familiar con el paciente es más eficaz que la contención mecánica para evitar incidentes en seguridad del paciente	783	15,2%	4.059	78,7%	316	6,1%	5.158
P6. La agitación psicomotriz es la principal razón para usar contenciones mecánicas	1.235	24,0%	3.493	67,8%	426	8,3%	5.154
P15. El uso de contenciones mecánicas disminuye la probabilidad de que el paciente sufra lesiones	1.795	35,0%	2.910	56,7%	429	8,4%	5.134

Ítems del cuestionario	Falso		Verdadero		NS/NC		Total
<b>Valoración y Monitorización</b>							
P8. La aparición de complicaciones asociadas al uso de contención mecánica debe evaluarse cada 2 horas	462	9,0%	3.928	76,2%	762	14,8%	5.152
P12. Debe evaluarse la necesidad de suspender la contención mecánica cada 8 horas	844	16,4%	3.306	64,3%	990	19,3%	5.140
P19. La contención farmacológica debe ser siempre precedida por las medidas de contención verbal y medidas ambientales, y ser utilizada sólo en caso de que estas fracasen	466	9,1%	4.145	80,8%	519	10,1%	5.130
P21. Los pacientes con contención farmacológica requieren: Intensificación de cuidados y monitorización para el control del nivel de sedación; Asegurar vía aérea; Controlar signos vitales y monitorización cardiovascular mediante ECG de forma periódica	212	4,1%	4.562	89,0%	351	6,8%	5.125
<b>Aspectos éticos y legales</b>							
P3. Pacientes y familiares pueden rechazar el uso de contenciones mecánicas	351	6,8%	4.508	87,3%	306	5,9%	5.165
P4. La contención mecánica requiere de una prescripción médica	882	17,1%	3.931	76,2%	347	6,7%	5.160
P9. El personal de enfermería responsable del paciente puede indicar y aplicar las contenciones mecánicas en caso necesario	2.112	41,0%	2.482	48,2%	555	10,8%	5.149
P11. La prescripción de contención tiene validez durante todo el ingreso del paciente	3.932	76,5%	767	14,9%	443	8,6%	5.142
P14. El uso y monitorización de las contenciones mecánicas debe quedar registrado en la Historia Clínica del paciente	49	1,0%	4.918	95,8%	169	3,3%	5.136
P16. El uso de contenciones mecánicas requiere del consentimiento informado por parte de Pacientes o Familiares	1.138	22,2%	3.348	65,2%	646	12,6%	5.132
P20. El uso de un fármaco con el objetivo de contener o restringir la libertad de movimientos de los pacientes requiere de consentimiento informado	1.654	32,3%	2.643	51,6%	829	16,2%	5.126

Ítems del cuestionario	Falso		Verdadero		NS/NC		Total
<b>Eventos adversos y riesgos relacionados con las contenciones</b>							
P7. El uso de contenciones mecánicas provoca agitación física, depresión y ansiedad en el paciente	384	7,5%	4.460	86,5%	310	6,0%	5.154
P10. El uso de contenciones mecánicas durante el ingreso se asocia al desarrollo de estrés postraumático tras el alta	1.244	24,2%	2.645	51,4%	1.254	24,4%	5.143
P13. El tromboembolismo pulmonar, la trombosis venosa profunda, el aumento del riesgo de broncoaspiración, lesiones por presión y muerte súbita son complicaciones asociadas a la contención mecánica	1.076	21,0%	3.041	59,2%	1.018	19,8%	5.135

Ítems del cuestionario	No		Si		NS/NC		Total
<b>Actitudes</b>							
P17. En mi opinión el uso de las contenciones es inevitable	3.360	65,4%	1.202	23,4%	572	11,1%	5.134
P18. Para mí, es fácil tomar la decisión de usar contenciones mecánicas	4.168	81,2%	605	11,8%	360	7,0%	5.133

La tabla 3 recoge las preguntas sobre experiencia en el uso de contenciones, refirieron el uso de contenciones farmacológicas o mecánicas el 56,2% y el 59,7% respectivamente. Entre aquellos que contestaron afirmativamente, conocían la existencia de un protocolo específico el 35,3% en el caso de las contenciones farmacológicas y el 53,5% en el caso de las contenciones mecánicas. Finalmente, refirieron algún evento adverso ocurrido en el último año relacionado con contenciones farmacológicas el 8,4% de los encuestados y relacionado con contenciones mecánicas el 7,9%.

Tabla 3. Distribución de las respuestas relacionadas con el uso de contenciones

Ítems del cuestionario	No	%	Sí	%	NS/NC	%	Total
¿Utilizan en su unidad medidas de contención farmacológica?	1.724	34,7	2.795	56,2	453	9,1	4.972
En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención farmacológica?	1.321	47,3	987	35,3	485	17,4	2.793
¿Se ha producido en su unidad en el último año algún Evento Adverso relacionado con la contención farmacológica?	3.316	66,7	418	8,4	1.237	24,9	4.971
¿Utilizan en su unidad medidas de contención mecánica?	1.743	35,1	2.967	59,7	262	5,3	4.972
En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención mecánica?	982	33,1	1.587	53,5	397	13,4	2.966
¿Se ha producido en su unidad en el último año algún Evento Adverso relacionado con la contención mecánica?	3.457	69,5	394	7,9	1.121	22,5	4.972

En la tabla 4 se recogen las respuestas consideradas como correctas estratificadas por categoría profesional. En general, el mayor porcentaje de respuestas correctas corresponde a los profesionales de enfermería, con diferencias claramente significativas respecto al resto de profesionales. Para las preguntas referidas a los argumentos para utilizar las contenciones, sólo en la pregunta 6, “la agitación psicomotriz es la principal razón para el uso de contenciones”, el porcentaje de respuestas correctas fue superior para el personal médico. En el bloque de preguntas relacionadas con la monitorización, la necesidad de monitorización y reevaluación de la indicación de la contención fue acertada con mayor frecuencia por el personal de enfermería, mientras que las referidas a contención farmacológica

fueron contestadas correctamente con mayor frecuencia por el personal médico que por el de enfermería.

Para las preguntas relacionadas con los aspectos éticos y legales, sólo la referida a la duración del periodo de validez de la prescripción de la contención fue mejor contestada por los profesionales médicos, mientras que las preguntas 4 (necesidad de prescripción médica) y 9 (profesional responsable de la prescripción) las contestaron significativamente mejor los TCAE, destacando en el caso de la pregunta 9 que el porcentaje de respuestas correctas en ningún caso supera el 45%. El resto de preguntas en este apartado las contestan mejor los profesionales de enfermería.

El bloque de preguntas relacionadas con el riesgo fue mejor contestado por el personal médico (preguntas 10 y 13, referidas a complicaciones a medio o largo plazo), y por el personal de enfermería (pregunta 7, referida a efectos inmediatos).

Respecto a las preguntas 17 y 18, que valoran actitudes, los profesionales de enfermería consideraron evitables las CM y opinaron que no es fácil tomar la decisión de colocar CM a un paciente con una frecuencia significativamente superior al resto de colectivos.

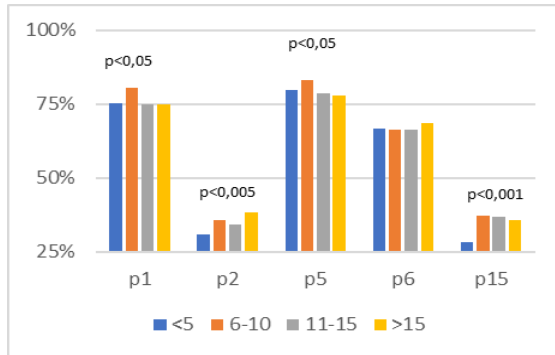
Tabla 4. Distribución de las respuestas correctas por categoría profesional

	<b>P. Enfermería (%; IC 95%)</b>	<b>P. Médico (%; IC 95%)</b>	<b>TCAE (%; IC 95%)</b>	<b>Otros (%; IC 95%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Argumentos utilizados para el uso de las contenciones</b>					
p1	81,6% (80,1%-82,9%)	72,70% (69,6%-75,6%)	67,50% (64,7%-70,3%)	50,60% (44,5%-56,6%)	p<0,001
p2	44,4% (42,6%-46,2%)	32,40% (29,3%-35,6%)	21,20% (18,8%-23,7%)	24,70% (19,9%-30,3%)	p<0,001
p5	83,6% (82,2%-84,9%)	77,60% (74,7%-80,3%)	71,90% (69,2%-74,5%)	59,30% (53,2%-65,1%)	p<0,001
p6	66,8% (65,1%-68,5%)	72,00% (68,9%-75,0%)	68,50% (65,6%-71,2%)	62,40% (56,3%-68,0%)	p<0,005
p15	42,3% (40,5%-44,1%)	38,50% (35,2%-41,8%)	15,00% (13,0%-17,3%)	24,70% (19,9%-30,3%)	p<0,001

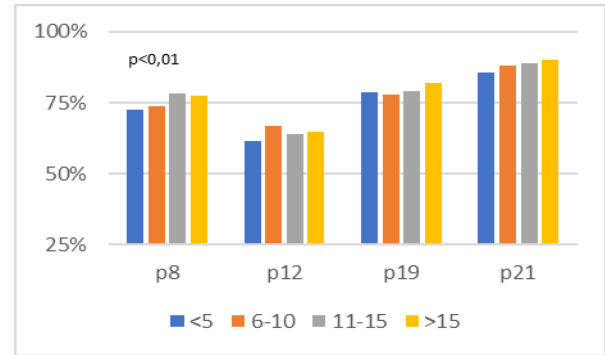
	<b>P. Enfermería (%; IC 95%)</b>	<b>P. Médico (%; IC 95%)</b>	<b>TCAE (%; IC 95%)</b>	<b>Otros (%; IC 95%)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Valoración y Monitorización</b>					
p8	80,6% (79,1%-82,0%)	70,50% (67,3%-73,5%)	73,30% (70,6%-75,9%)	60,10% (54,0%-65,8%)	p<0,001
p12	67,7% (66,0%-69,4%)	65,20% (61,9%-68,4%)	57,10% (54,1%-60,0%)	52,90% (46,8%-58,8%)	p<0,001
p19	82,8% (81,4%-84,1%)	89,00% (86,7%-91,0%)	71,60% (68,9%-74,3%)	70,30% (64,5%-75,6%)	p<0,001
p21	91,6% (90,5%-92,5%)	94,50% (92,8%-95,9%)	80,00% (77,5%-82,3%)	79,80% (74,5%-84,3%)	p<0,001
<b>Aspectos éticos y legales</b>					
p3	90,3% (89,2%-91,3%)	87,70% (85,3%-89,8%)	83,10% (80,8%-85,2%)	71,10% (65,3%-76,3%)	p<0,001
p4	75,1% (73,5%-76,6%)	73,60% (70,5%-76,4%)	83,70% (81,3%-85,8%)	66,90% (61,0%-72,4%)	p<0,001
p9	41,9% (40,2%-43,7%)	37,00% (33,8%-40,3%)	44,30% (41,4%-47,3%)	29,30% (24,1%-35,1%)	p<0,001
p11	78,5% (77,0%-80,0%)	82,90% (80,2%-85,3%)	68,20% (65,3%-70,9%)	67,30% (61,4%-72,7%)	p<0,001
p14	97,6% (97,0%-98,1%)	96,10% (94,5%-97,2%)	93,10% (91,4%-94,5%)	85,90% (81,2%-89,6%)	p<0,001
p16	69,8% (68,1%-71,5%)	65,10% (61,8%-68,3%)	55,40% (52,4%-58,4%)	54,80% (48,7%-60,7%)	p<0,001
p20	52,1% (50,3%-53,9%)	48,30% (45,0%-51,7%)	52,70% (49,7%-55,7%)	51,30% (45,3%-57,4%)	NS
<b>Eventos adversos y riesgos relacionados con las contenciones</b>					
p7	89,9% (88,7%-90,9%)	85,20% (82,7%-87,5%)	82,60% (80,2%-84,7%)	72,20% (66,5%-77,3%)	p<0,001
p10	56,6% (54,8%-58,4%)	64,20% (60,9%-67,3%)	29,90% (27,3%-32,8%)	43,70% (37,8%-49,8%)	p<0,001
p13	66,5% (64,7%-68,1%)	71,80% (68,6%-74,7%)	32,60% (29,9%-35,5%)	48,30% (42,3%-54,4%)	p<0,001
<b>Actitudes</b>					
p17	69,3% (67,6%-70,9%)	63,10% (59,8%-66,3%)	60,10% (57,1%-63,0%)	52,10% (46,0%-58,1%)	p<0,001
p18	84,2% (82,9%-85,5%)	79,20% (76,3%-81,8%)	78,50% (75,9%-80,8%)	65,80% (59,8%-71,3%)	p<0,001

Figura 2. Porcentaje de respuestas correctas estratificadas por Años de Experiencia

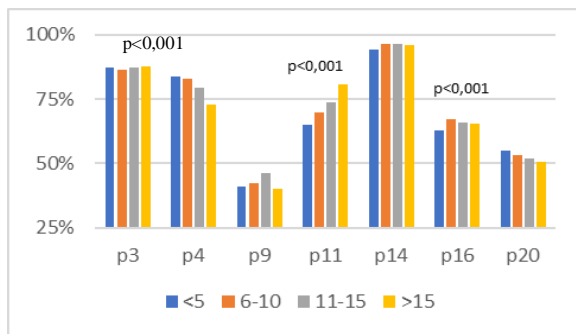
2.a) Preguntas relacionadas con el argumento utilizado para justificar el uso de CM



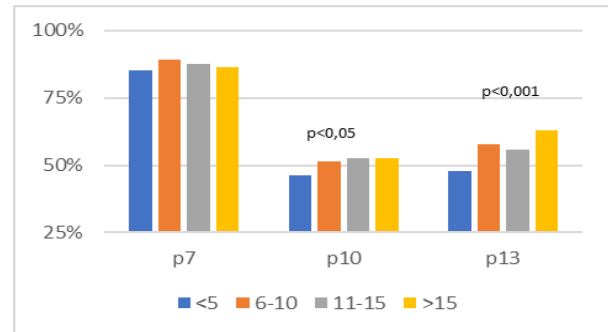
2.b) Preguntas relacionadas con la valoración y monitorización del paciente contenido



2.c) Preguntas relacionadas con los aspectos éticos y legales de las contenciones



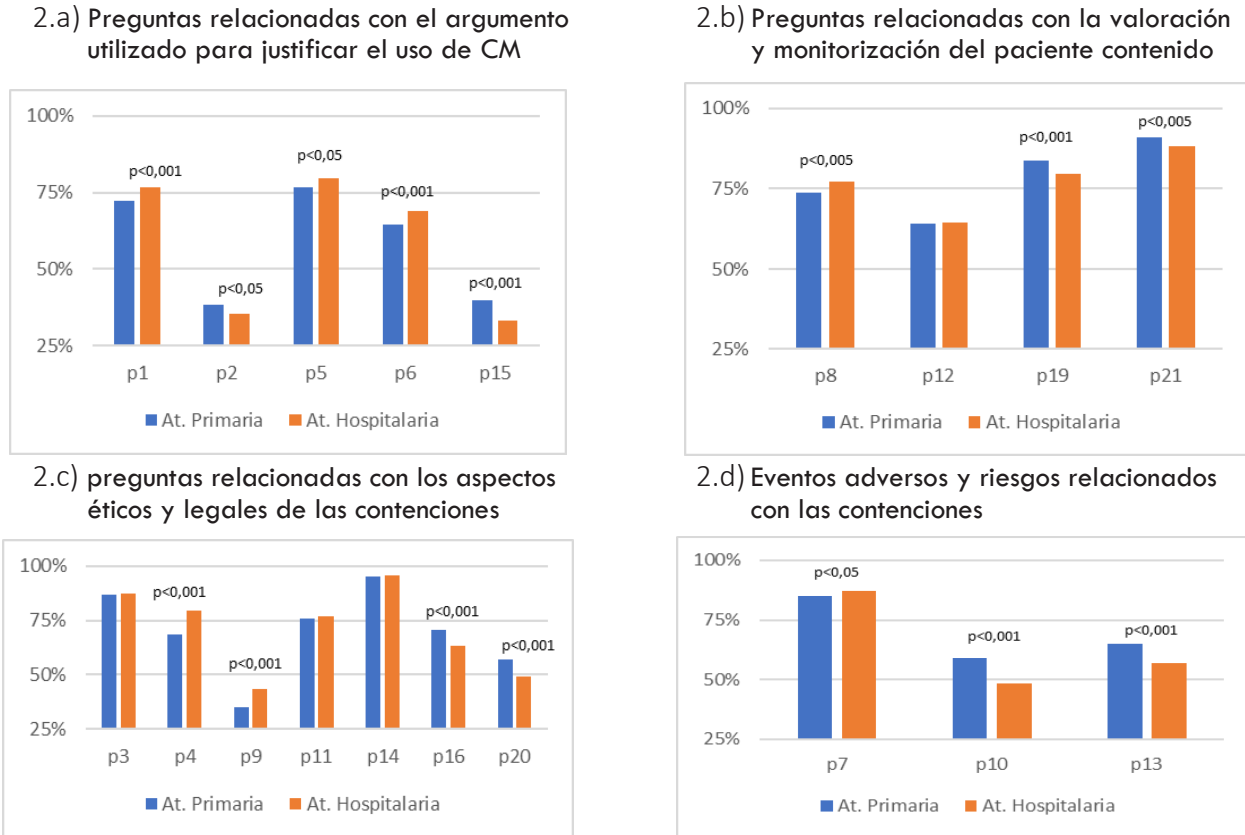
2.c) Eventos adversos y riesgos relacionados con las contenciones



La figura 2 muestra la distribución de los porcentajes de respuestas correctas en función de los años de experiencia. Destaca que los profesionales son más conscientes de los riesgos asociados a la CM conforme aumenta la experiencia profesional (figura 2.a (p2 y p15); y la figura 2.d (p10 y p13)). Por el contrario, la necesidad de prescripción médica es conocida con mayor frecuencia por los

profesionales más jóvenes (figura 2.c; p4) mientras que se observa el fenómeno contrario para el conocimiento de la duración de la validez de la prescripción (figura 2.c; p11).

Figura 3. Porcentaje de respuestas correctas estratificadas por Nivel Asistencial



En la figura 3 se estratifica por nivel asistencial, destacando una respuesta significativamente mejor por parte de los profesionales de atención primaria para las preguntas P2 y P15, que hacen referencia



al riesgo de caídas y otras lesiones, así como para la p16 y p20, referidas respectivamente a la necesidad de consentimiento informado para CM y CF. En la figura 3c puede apreciarse cómo las complicaciones inmediatas (p7) son más frecuentemente identificados por los profesionales hospitalarios ( $p < 0,05$ ) mientras que las complicaciones a medio y largo plazo las identifican correctamente con mayor frecuencia los profesionales de atención primaria ( $p < 0,001$ ).

En la tabla 5 se muestra la estratificación en función del desarrollo o no de actividad asistencial directa, se han encontrado diferencias significativas para algunas de las preguntas, en general, aquellas más relacionadas con los aspectos prácticos las contestan mejor los profesionales con actividad asistencial, mientras que las referidas a conocimientos teóricos como las preguntas 2, 15, 4, 9 y 16 las contestan correctamente con mayor frecuencia los profesionales sin actividad asistencial directa.

Tabla 5. Comparación de respuestas “Correctas” en función del desempeño o no de Actividad Asistencial

ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIRECTA					
ítem	NO		SÍ		Valor P
<b>Argumentos utilizados para el uso de las contenciones</b>					
p1	69,9%	(65,2%-74,2%)	76,1%	(74,8%-77,3%)	$p < 0,005$
p2	44,4%	(39,5%-49,4%)	35,9%	(34,6%-37,3%)	$p < 0,005$
p5	79,1%	(74,8%-82,8%)	78,9%	(77,7%-80,0%)	NS
p6	68,4%	(63,6%-72,8%)	67,7%	(66,4%-69,1%)	NS
p15	43,9%	(39,0%-48,8%)	34,3%	(32,9%-35,6%)	$P < 0,001$
<b>Valoración y Monitorización</b>					
p8	74,7%	(70,2%-78,8%)	76,5%	(75,2%-77,7%)	NS
p12	63,0%	(58,1%-67,7%)	64,4%	(63,1%-65,8%)	NS
p19	76,0%	(71,5%-80,0%)	81,2%	(80,1%-82,3%)	$p < 0,01$
p21	87,5%	(83,8%-90,4%)	89,2%	(88,3%-90,0%)	NS

<b>ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIRECTA</b>					
<b>ítem</b>	<b>NO</b>		<b>SÍ</b>		<b>Valor P</b>
<b>Aspectos éticos y legales</b>					
p3	83,4%	(79,4%-86,8%)	87,7%	(86,7%-88,6%)	p<0,05
p4	82,4%	(78,3%-85,9%)	75,7%	(74,5%-76,9%)	p<0,01
p9	46,7%	(41,8%-51,7%)	40,5%	(39,1%-41,9%)	p<0,05
p11	78,8%	(74,5%-82,6%)	76,3%	(75,1%-77,5%)	NS
p14	93,4%	(90,4%-95,5%)	96,0%	(95,4%-96,5%)	p<0,05
p16	70,9%	(66,2%-75,2%)	64,8%	(63,4%-66,1%)	p<0,05
p20	55,6%	(50,6%-60,5%)	51,2%	(49,8%-52,7%)	NS
<b>Eventos adversos y riesgos relacionados con las contenciones</b>					
p7	86,0%	(82,2%-89,1%)	86,7%	(85,7%-87,7%)	NS
p10	53,3%	(48,3%-58,2%)	51,4%	(50,0%-52,9%)	NS
p13	64,0%	(59,1%-68,6%)	58,9%	(57,5%-60,3%)	NS
<b>Actitudes</b>					
p17	66,3%	(61,5%-70,8%)	65,4%	(64,0%-66,7%)	NS
p18	77,6%	(73,1%-81,4%)	81,5%	(80,4%-82,6%)	p<0,05

Finalmente, cuando se suman todas las respuestas correctas se obtiene un valor medio de 13,0 (12,9-13,1) sobre 19. Expresado sobre 10 puntos, la media sería 6,9, la mediana 6,8 y el rango intercuartilico 5,8 - 7,9.

Al comparar por categoría profesional (tabla 6) se obtienen valores significativamente superiores para personal de enfermería y personal médico (7,2 y 7,0 respectivamente) que para TCAE

y otras categorías (6,1 y 6,0 respectivamente). No se detectaron diferencias significativas en relación al nivel asistencial, pero sí con los años de experiencia, es decir, a mayor experiencia mayor puntuación o el hecho de conocer eventos adversos relacionados con la contención, tanto mecánica como farmacológica. La realización de actividad asistencial directa se asoció a menor puntuación (6,8 frente a 7,1;  $p < 0,01$ ). En la tabla 7 se han incluido las medias realizando la estratificación en función de las respuestas proporcionadas a las variables relacionadas con el uso de contenciones.

Tabla 6. Puntuación media estratificada según características de los encuestados

Característica	Media	IC 95%	Significación estadística
<b>Categoría Profesional</b>			$p < 0001$
P. Enfermería	7.2	(7.1 - 7.2)	
P. Médico	7.0	(6.9 - 7.1)	
TCAE	6.1	(6.0 - 6.2)	
Otros	6.0	(5.7 - 6.3)	
<b>Actividad Asistencial directa</b>			$p < 01$
NO	7.1	(6.9 - 7.3)	
SI	6.8	(6.8 - 6.9)	
<b>Años de Experiencia</b>			$p < 0001$
1 - 5 Años	6.6	(6.5 - 6.7)	
6 - 10 Años	6.9	(6.8 - 7.0)	
11 - 15 Años	6.9	(6.7 - 7.0)	
Más de 15 Años	6.9	(6.9 - 7.0)	
<b>Nivel Asistencial</b>			NS ( $p = 0,0536$ )
Atención Primaria	6.9	(6.8 - 7.0)	
Atención Hospitalaria (1)	6.8	(6.8 - 6.9)	

Característica	Media	IC 95%	Significación estadística
Ámbito de trabajo (Sólo para Atención Hospitalaria)			NS
Hosp. COVID	6.6	(6.3 - 7.0)	
Hosp. Médica	6.9	(6.8 - 7.0)	
Hosp. Quirúrgica	6.9	(6.8 - 7.0)	
Quirófanos y Reanimación	6.6	(6.4 - 6.9)	
Unidades de Cuidados Intensivos	7.0	(6.8 - 7.1)	
Unidades de Salud Mental	6.7	(6.5 - 6.9)	
Pediatría	7.1	(6.8 - 7.3)	
Urgencias	6.8	(6.6 - 6.9)	
Otros	6.9	(6.8 - 6.9)	

(1) Incluye 120 respuestas procedentes del Centro Emergencias Sanitarias, tras comprobar que no existen diferencias significativas con ninguno de los grupos alternativos.

Tabla 7. Puntuación media estratificada en función de las respuestas proporcionadas a las variables relacionadas con el uso de contenciones

Ítems	Media	IC 95%	Significación estadística
¿Utilizan en su unidad medidas de contención farmacológica?			p<0,0001
No	6.9	(6.8 - 7.0)	
Sí	7.0	(6.9 - 7.0)	
NS/NC	6.2	(6.0 - 6.3)	

Ítems	Media	IC 95%	Significación estadística
En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención farmacológica?			p<0,0001
No	7.2	(7.1 - 7.3)	
Sí	6.8	(6.7 - 6.9)	
NS/NC	6.7	(6.5 - 6.8)	
¿Se ha producido en su unidad en el último año algún Evento Adverso relacionado con la contención farmacológica?			p<0,0001
No	6.9	(6.9 - 7.0)	
Sí	7.3	(7.2 - 7.5)	
NS/NC	6.6	(6.5 - 6.7)	
¿Utilizan en su unidad medidas de contención mecánica?			p<0,0001
No	7.0	(6.9 - 7.1)	
Sí	6.8	(6.8 - 6.9)	
NS/NC	6.3	(6.0 - 6.6)	
En caso de respuesta afirmativa a la anterior, ¿existe en su unidad un procedimiento establecido de contención mecánica?			p<0,0001
No	6.9	(6.8 - 7.0)	
Sí	6.9	(6.8 - 7.0)	
NS/NC	6.4	(6.2 - 6.6)	
¿Se ha producido en su unidad en el último año algún Evento Adverso relacionado con la contención mecánica?			p<0,0001
No	6.9	(6.8 - 7.0)	
Sí	7.2	(7.0 - 7.4)	
NS/NC	6.7	(6.6 - 6.8)	

### 3.4. Discusión

Se trata de la primera encuesta realizada a escala autonómica sobre conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en relación con el uso de contenciones. Se consiguió una tasa de respuesta, referida al total de profesionales sanitarios del SSPA, del 5,2%, muy superior para el personal de enfermería que para el resto de los colectivos profesionales. Los resultados revelan que los profesionales tienen un conocimiento notable para parte de los conceptos y riesgos asociados al uso de contenciones, en particular para el hecho de que la CM y la monitorización asociada debe estar registrada en la historia clínica, contestado correctamente por el 95.8% de ellos. No se superó el 50% de las respuestas correctas para las preguntas dirigidas a valorar el efecto de la CM sobre el riesgo de caídas (p2), o la aparición de lesiones asociadas (p15).

Tampoco se identificó correctamente al profesional responsable de la indicación de la CM (p9), a pesar de que se conoce la necesidad de prescripción médica (p4). Algo más de la mitad de los profesionales reconocían el uso de CM o CF, si bien de estos, sólo la mitad afirmó disponer de un procedimiento de CM y tan sólo una tercera parte para el caso de CF.

Como principal limitación hay que señalar que se ha utilizado un cuestionario diseñado ad hoc, aunque fue pilotado meses antes, primero en un hospital (36) y posteriormente entre los asistentes al Congreso de Seguridad del Paciente [<https://congreso.seguridadpaciente.es/2021/>], reuniéndose un total de 1363 respuestas, lo que permitió comprobar la correcta comprensión de las preguntas, proporcionar una serie de parámetros de referencia. Una segunda limitación fue la baja tasa de respuesta, a pesar de la utilización de los canales oficiales de difusión de la Estrategia de Seguridad del Paciente, y de que se solicitó a los mandos intermedios el envío del link de acceso a través de los sistemas de comunicación informal utilizados habitualmente, tan sólo un 5% de los profesionales sanitarios contestó. No puede afirmarse que esta muestra sea representativa. Cabe asumir que han contestado y completado el cuestionario preferentemente las personas más interesadas en el tema o más implicadas en los aspectos de seguridad del paciente, por lo cual los resultados deben mostrar un conocimiento sobre el tema superior a la media, o al menos no inferior. Otra explicación plausible sería que hayan contestado preferentemente aquellos profesionales cuyos mandos intermedios han estado más implicados, sin embargo, no se apreció ningún cluster de hospitales y servicios.

No obstante, el número de profesionales que responden en los ámbitos de asistencia primaria y hospitalaria y dentro de este último, en cada uno de los servicios y categorías profesionales, es suficiente como para realizar estimaciones razonablemente precisas y que nos permitan tener información para avanzar.

De los resultados obtenidos cabe comentar algunos aspectos. Al valorar la puntuación media, como cabría esperar, se encuentran resultados más elevados entre los profesionales de enfermería y médicos que en los restantes colectivos, aunque sin diferencias significativas entre ellos. Al comparar los porcentajes de aciertos para preguntas específicas entre estos dos estamentos se observó un porcentaje ligeramente superior de aciertos para el personal de enfermería. Un resultado interesante es el relativo a los riesgos, mientras que la respuesta del personal de enfermería a la pregunta 7, referida a efectos inmediatos, es acertada con mayor frecuencia, para las preguntas 10 y 13, referidas a efectos a medio y largo plazo son los profesionales médicos los que mejor responden. La percepción del personal de enfermería en relación al uso de CM para evitar retirada de dispositivos, contestada correctamente por más del 80% de estos profesionales, o su utilidad para la prevención de caídas, asumida por dos terceras partes de ellos, fue coherente con los estudios que mencionan como principal justificación del uso de CM la necesidad de prevenir caídas y retirada de dispositivos, siendo estas creencias las que permiten asumir que el uso de la CM supone un incremento de la seguridad superior al exceso de riesgo asociado<sup>13, 37</sup>. Esta percepción es errónea puesto que además de vulnerar los derechos fundamentales del paciente, el uso de CM se asocia a un incremento del riesgo de complicaciones a corto, medio y largo plazo<sup>22, 38-40</sup>.

Llamó también la atención que fuesen los TCAE los profesionales que mejor contestaban sobre la necesidad de prescripción médica y el hecho de que es incorrecto asumir que el personal de enfermería pueda indicar la contención. Estos resultados, en general, refuerzan la percepción generalizada, aunque contraria a la evidencia y a los principios ético-legales, de que los aspectos de seguridad del paciente relacionados con los cuidados son problema exclusivo del personal de enfermería. De hecho, la mayor parte de los documentos encontrados que abordan conocimientos y actitudes sobre el uso de contenciones se limitan al personal de enfermería<sup>5, 7, 25, 41-46</sup>.

No fueron muchas las respuestas procedentes de atención primaria, por lo que no se hicieron más estratificaciones. Destacar la percepción ligeramente inferior sobre las complicaciones agudas, pero

significativamente superior sobre las complicaciones a medio y largo plazo por parte de los profesionales de atención primaria

Otro resultado que pudiera resultar sorprendente es el hecho de que desempeñar una actividad asistencial directa se asocie a puntuación significativamente menor, lo que sugiere que aun cuando la teoría se conozca, la práctica asistencial no siempre es coincidente con las recomendaciones. Una explicación alternativa, dado que la realización del cuestionario fue inducida por el grupo de trabajo de Prevención de las Contenciones de la Estrategias de Seguridad del Paciente, de Bioética y de Cuidados, es que los profesionales sin actividad asistencial directa que contestan el cuestionario sean preferentemente aquellos que están más implicados en la gestión de riesgos para la seguridad del paciente y en la implementación de buenas prácticas basada en la evidencia.

Igualmente se debe tener en cuenta la escasa conciencia sobre la existencia de protocolos o procedimientos relacionados con el uso de CM o CF. Demasiados profesionales desconocían la existencia de dichos protocolos, e incluso cuando eran conscientes de su existencia, desconocían sus contenidos. De hecho, cuando se compararon las puntuaciones globales en función de la existencia de un procedimiento de CM en la unidad, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos que respondían afirmativa o negativamente. Esto debe tenerse muy presente a la hora de formular recomendaciones, en muchos casos habrá que actualizar los protocolos existentes, pero esto no tendrá excesivo impacto si en primer lugar no se aumenta la difusión y la accesibilidad de los protocolos para todos los profesionales, y, en segundo lugar, no se vincula de alguna manera la utilización de las contenciones a la utilización efectiva del protocolo.

Existe poca literatura científica que aborde los conocimientos y actitudes de los profesionales en relación al uso de contenciones; las referencias identificadas en este sentido corresponden a estudios locales, con tamaños de muestra inferiores a 250, centrados en unidades de cuidados intensivos, de salud mental o de centros sociosanitarios, y en general dirigidos exclusivamente a evaluar los conocimientos del personal de enfermería<sup>5, 34, 42, 43, 46-48</sup>. Son por otra parte difíciles de comparar debido a que utilizan diferentes herramientas. No obstante, hay que destacar las conclusiones relacionadas con la necesidad de incrementar la formación específica en estos aspectos<sup>49-51</sup> y sobre la vinculación entre actitudes y prácticas<sup>25, 52</sup>.



A nuestro juicio, los resultados globales identifican directa y claramente algunos errores de concepto, susceptibles de corrección mediante una formación adecuada. Destacan las preguntas relacionadas con las complicaciones inmediatas: Sólo una tercera parte de los profesionales son conscientes de que la CM no disminuye el riesgo de caídas (p2) o de otras lesiones (p15). Respecto a la indicación, tan sólo el 40% reconocen que el personal de enfermería no es quien debe indicar la contención (p9). Es posible que la redacción de esta pregunta se haya prestado a confusiones, puesto que sí lo podría hacer en caso de emergencia, y aun así debería solicitarse de forma inmediata la valoración y prescripción por parte del facultativo responsable. También resultó llamativo que sólo la mitad de los profesionales reconociese correctamente la necesidad de CI cuando se utiliza una contención farmacológica.

### 3.5. Conclusiones

La evaluación de las respuestas obtenidas nos permite concluir que existe una necesidad evidente de formación de todos los estamentos profesionales, particularmente relevante en lo que se refiere a los aspectos ético-legales y de seguridad del paciente relacionados con el uso de contenciones, sean mecánicas o farmacológicas. Aun cuando es preceptiva la existencia de un protocolo que regule el uso de contenciones, estos protocolos no son suficientemente conocidos, lo que obliga a cuestionar su utilización en la práctica clínica. Las estrategias de formación y entrenamiento deben abordar las principales deficiencias identificadas, pero siempre orientadas hacia el uso de abordajes alternativos y al correcto uso de las contenciones cuando estas sean estrictamente necesarias, siempre como último recurso, y sometido a registro y evaluación.

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Kawai Y, Hamamoto M, Miura A, Yamaguchi M, Masuda Y, Iwata M, et al. Prevalence of and factors associated with physical restraint use in the intensive care unit: a multicenter prospective observational study in Japan. *Internal and Emergency Medicine*. 2022;17(1):37-42.
2. Okuno T, Itoshima H, Shin JH, Morishita T, Kunisawa S, Imanaka Y. Physical restraint of dementia patients in acute care hospitals during the COVID-19 pandemic: A cohort analysis in Japan. *PLoS ONE*. 2021;16(11 November).
3. Thomann S, Zwakhalen S, Richter D, Bauer S, Hahn S. Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;114.
4. Akpınar Söylemez B, Küçükgüçlü Ö, Özkaya B, Özgül E. Prevalence of physical restraint: A cross-sectional observational study. *Türk Geriatri Dergisi*. 2020;23(3):384-92.
5. Kısacık ÖG, Sönmez M, Coşğun T. Use of physical restraints in critical care units: Nurses' knowledge, attitudes, and practices. *Critical Care Nurse*. 2020;40(3):37-48.
6. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Incidence Rate and Patterns of Physical Restraint Use Among Adult Patients in Malaysia. *Clinical Nursing Research*. 2018;27(3):278-95.
7. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Polo-Luque ML, Hanzelíková Pogrányivá A, Penelo E. Physical Restraint Use with Elderly Patients: Perceptions of Nurses and Nursing Assistants in Spanish Acute Care Hospitals. *Nursing Research*. 2018;67(1):55-9.
8. Nakanishi M, Okumura Y, Ogawa A. Physical restraint to patients with dementia in acute physical care settings: Effect of the financial incentive to acute care hospitals. *International Psychogeriatrics*. 2018;30(7):991-1000.
9. Azizpour M, Moosazadeh M, Esmaeili R. Use of physical restraints in intensive care unit: A systematic review study. *Acta Medica Mediterranea*. 2017;33(1):129-36.
10. Kalula SZ, Petros SG. Use of physical restraint in hospital patients: A descriptive study in a tertiary hospital in South Africa. *Curationis*. 2016;39(1):e1-e8.
11. Raguan B, Wolfowitz E, Gil E. Use of physical restraints in a general hospital: A cross-sectional observational study. *Israel Medical Association Journal*. 2015;17(10):633-8.
12. Gerace A, Mosel K, Oster C, Muir-Cochrane E. Restraint use in acute and extended mental health services for older persons. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22(6):545- 57.

13. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(12):1599-606.
14. Sujeciones Cld. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2014.
15. López-López M, Montalvo-Jääskeläinen F, Alonso-Bedate C, Comité de Bioética E. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. In: España CdBd, editor. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>: Comité de Bioética de España; 2016.
16. García Andreu MDM, Díez-Manglano J. Restraint measures in the agitated patient, safety or danger? *Medicina Clinica*. 2022.
17. Soeno S, Takada T, Takeshima T, Kaneyama M, Sagawa M, Hayashi M, et al. Association between the use of physical restraint and functional decline among older inpatients admitted with pneumonia in an acute care hospital: A retrospective cohort study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2021;94.
18. Abraham J, Hirt J, Richter C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022;2022(8).
19. Quintana S, Font R. Physical restraint measures in an acute care center and in two medium and long-stay centers: Study of prevalence and analysis of ethical considerations related to indications and implementation. *Revista de Calidad Asistencial*. 2003;18(1):33-8.
20. Ang SY, Bakar Aloweni FA, Perera K, Wee SL, Manickam A, Lee JHM, et al. Physical restraints among the elderly in the acute care setting: Prevalence, complications and its association with patients' characteristics. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2015;24(3):137-43.
21. Gowda GS, Lepping P, Noorthoorn EO, Ali SF, Kumar CN, Raveesh BN, et al. Restraint prevalence and perceived coercion among psychiatric inpatients from South India: A prospective study. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018;36:10-6.
22. Funayama M, Takata T. Psychiatric inpatients subjected to physical restraint have a higher risk of deep vein thrombosis and aspiration pneumonia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;62:1-5.
23. Menier C, Rodriguez B, Lassaunière JM, Langlade A, Stambouli A. Physical restraint: A survey of prevalence in an acute care teaching hospital. *Medicine Palliative*. 2010;9(5):232-41.
24. Suliman M. Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(19-20):3490-6.
25. Ahmadi M, Bagheri-Saweh MI, Nouri B, Mohamadami O, Valiee S. Effect of interventional educational programs on intensive care nurses' perception, knowledge, attitude, and practice about physical restraints: A pre-/postclinical trial. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2019;42(1):106-16.

26. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP, Workgroup IPR. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(11):2307-10.
27. Irving K. Inappropriate restraint practices in australian teaching hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing.* 2004;21(4):23-7.
28. Fogel JF, Berkman CS, Merkel C, Cranston T, Leipzig RM. Efficient and accurate measurement of physical restraint use in acute care. *Care Management Journals.* 2009;10(3):100-9.
29. Font R, Quintana S, Monistrol O. Impact of family restrictions during COVID-19 pandemic on the use of physical restraint in an acute hospital: An observational study. *Journal of Healthcare Quality Research.* 2021;36(5):263-8.
30. Bosch-Alcaraz A, Via-Clavero G. Can we justify the use of physical and mechanical restraint in pediatric patients admitted to the Intensive Care Unit? *Med Intensiva (Engl Ed).* 2020;44(3):192-5.
31. Dolz-Alabau C, Martínez-Dolz J, Soriano-Prats M. Contención física y/o mecánica: Plan terapéutico de seguridad en el paciente crítico pediátrico. XXXIV Congreso de la Asociación Nacional de Enfermería de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales; 23 de mayo de 2013; Punta Umbría (Huelva)2013.
32. GdTsmda. Protocolo de Contención Mecánica. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2021/ProtocoloCM\\_Nov\\_2010.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/ProtocoloCM_Nov_2010.pdf); Consejería de Salud. Junta de Andalucía.; 2010. Contract No.: ISBN 978-84-693-4562-7.
33. Allen DE, Fetzer S, Siefken C, Nadler-Moodie M, Goodman K. Decreasing Physical Restraint in Acute Inpatient Psychiatric Hospitals: A Systematic Review. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association.* 2019;25(5):405-9.
34. Duxbury J, Baker J, Downe S, Jones F, Greenwood P, Thygesen H, et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *International Journal of Nursing Studies.* 2019;95:40-8.
35. Rubio Domínguez J. [Patient mechanical restraint. Current situation and help for healthcare professionals]. *Rev Calid Asist.* 2017;32(3):172-7.
36. Alba C. Proyecto para la mejora de la seguridad de los pacientes hospitalizados en relación al uso de las contenciones mecánicas en el Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Fase I. 2021.
37. Siegrist-Dreier S, Barbezat I, Thomann S, Richter D, Hahn S, Schmitt KU. Restraining patients in acute care hospitals—A qualitative study on the experiences of healthcare staff. *Nursing Open.* 2022;9(2):1311-21.
38. Lachance C, Wright MD. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. 2019.
39. Rijken D, Milisen K, Christiaens A, D'Hondt D, Jacobs W, Voorde WV. [Death due to physical restraint in healthcare institutions]. *Tijdschr Gerontol Geriatr.* 2020;51(1).

40. Sørensen PS. [Deaths related to physical restraint of very agitated persons should be possible to avoid]. *Ugeskr Laeger*. 2012;174(40):2367.
41. Bártlová S, Hajduchová H, Prajsová J. Nurses' opinions regarding patient safety in connection with the use of restraints in patients in Czech hospitals. *Kontakt*. 2015;17(2):e73-e9.
42. Canzan F, Mezzalira E, Solato G, Mortari L, Brugnolli A, Saiani L, et al. Nurses' views on the use of physical restraints in intensive care: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(18).
43. Lee TK, Välimäki M, Lantta T. The Knowledge, Practice and Attitudes of Nurses Regarding Physical Restraint: Survey Results from Psychiatric Inpatient Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(13).
44. Redmond LG, Hyland PK, Orr PM, White M. Title of research article: An exploration of nurses' knowledge, attitudes and intentions regarding restraint use in elderly residential care facilities. *J Nurs Scholarsh*. 2022;54(6):750-61.
45. Via-Clavero G, Sanjuán-Naváis M, Romero-García M, de la Cueva-Ariza L, Martínez-Estalella G, Plata-Menchaca E, et al. Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nursing Ethics*. 2019;26(5):1458-72.
46. Almomani MH, Khater WA, Qasem BAA, Joseph RA. Nurses' knowledge and practices of physical restraints in intensive care units: An observational study. *Nurs Open*. 2021;8(1):262-72.
47. Chuang YH, Huang HT. Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(3):486-94.
48. Hsieh CJ, Lu MS, Lin CF. The effects of a physical restraint education program on the knowledge, attitudes, and behaviors of nursing staff. *Journal of Nursing and Healthcare Research*. 2014;10(4):265-75.
49. Lach HW, Leach KM. Evidence-based practice guideline: Changing the practice of physical restraint use in acute care. *Journal of Gerontological Nursing*. 2016;42(2):17-26.
50. Lei R, Jiang X, Liu Q, He H. Nurse education to reduce physical restraints use in ICU: A scoping review. *Nursing in Critical Care*. 2020.
51. Smith NH, Timms J, Parker VG, Reimels EM, Hamlin A. The impact of education on the use of physical restraints in the acute care setting. *Journal of continuing education in nursing*. 2003;34(1):26-33; quiz 46.
52. Suzuki M, Sunaga S, Yoshimura H, Munakata M, Morimoto T, Ito Y. Factors related to the physical restriction practiced by nurses in acute care hospitals: An analysis using nurses' self- assessment. *Japanese Journal of Geriatrics*. 2019;56(2):146-55.



**ESTRATEGIA PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
del Sistema Sanitario Público de Andalucía



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Consumo