



trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la contención mecánica sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas de seguridad para el o la paciente. Para que ésta condición de seguridad se cumpla, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los y las profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada a paciente y familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra.

En todo caso hay que seguir el principio de tratar a la persona atendida con el menor grado de restricciones posible, siempre garantizando también la suficiente seguridad para las personas de su entorno.

## OBJETIVO

Evaluar la calidad de los protocolos de contención mecánica existentes en hospitales generales o psiquiátricos españoles.

**» DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional con una duración de tres meses.

Se seleccionaron aquellos protocolos de actuación sobre restricción física a individuos que cumplieron los criterios de inclusión y no los de exclusión.

Criterios de inclusión:

Protocolos de contención, inmovilización, sujeción o restricción física.  
En vigor en el momento de la evaluación.  
Protocolos del ámbito hospitalario.

Criterios de exclusión:

Protocolos dirigidos a población anciana.

Para evaluar la calidad se elaboró un check-list basado en las recomendaciones del Emergency Care Research Institute (ECRI) sobre seguridad y vigilancia en el uso de la contención. El cual tenía en cuenta los siguientes ítems (5):

Definición de contención mecánica.  
Descripción de alternativas aplicables antes de la contención mecánica.  
Indicaciones de utilización de la contención mecánica.  
Contraindicación de la utilización de la contención mecánica.  
Profesional responsable de la indicación.  
Explicación detallada del procedimiento a seguir durante la contención mecánica.  
Composición y organización del equipo de profesionales participantes.  
Métodos de registro y evaluación de la contención mecánica.  
Duración de la contención mecánica.  
Frecuencia y forma de control del paciente con contención mecánica.  
Precauciones y cuidados del paciente con contención mecánica.  
Criterios para retirada de contención mecánica.  
Material utilizado para la contención mecánica.

Considerando que en España existe un marco legal estatal que protege los derechos de los pacientes en materia de seguridad y que toda práctica clínica debe respetar los principios éticos, se añadió otro ítem:

Incluir la legislación y la ética en el protocolo.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos en ciencias de la salud PubMed (introduciendo los descriptores españoles en el DeCS), Cochrane Databasa of Systematic Reviews, Lilacs y la biblioteca virtual SCIELO.

En Pubmed se limitó la búsqueda a revisiones, metanálisis, estudios controlados aleatorizados y estudios clínicos, de menos de cinco años, y en humanos, quedando 1963 artículos indizados. Se combinaron términos Mesh como Restraint, intervention, seclusion, mental health, physical examination arrojando un resultado de 34 artículos indizados. De los que se seleccionaron 6 artículos y se analizaron las referencias de cada uno de los artículos.

Para la obtención de los protocolos analizados en el estudio, un total de 19 protocolos, se procedió al contacto por vía telemática con los hospitales.

## RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo una lectura crítica del contenido de los protocolos de cada hospital. Tras la lectura se rellenó el check list en formato de tabla de Excel marcando con una cruz los ítems incluidos en el mismo.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo obteniendo frecuencia y porcentajes de los datos, mediante Excel.

**» RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergentes de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

## RESULTADOS

La definición de contención mecánica y las alternativas aplicables antes de la contención mecánica las incluyeron un 63% (n=12).

Las indicaciones de utilización de la contención mecánica estaban en el 95% (n=18), en cambio las contraindicaciones en el 68% (n=13).

El profesional responsable de la indicación estaba incluido en el 84% (n=16) y en el 95% (n=18) se explicó detalladamente el procedimiento.

La composición y organización del equipo de profesionales participantes se contempló en un 84% (n=16) y los métodos de registro y evaluación en el 58% (n=11).

La duración de la contención mecánica estaba incluida en un 26% (n=5) y la frecuencia y forma de control del paciente en un 68% (n=13).

Las precauciones y cuidados del paciente con contención mecánica se encontró en el 74% (n=14). En cuanto a los criterios de retirada de la contención mecánica en un 47% (n=9).

El material utilizado para la contención mecánica se mencionó en el 95% (n=18). Y la legislación vigente en el 63% (n=12).

Teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de los protocolos evaluados un 5% (n=1) cumplió todas las recomendaciones, el 58% (n=11) cumplió entre 10-14 recomendaciones y un 37% (n=7) cumplió menos de 10 recomendaciones.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la contención mecánica tiene contraindicaciones muy importantes se considera un dato negativo encontrar este aspecto en un 68% de los protocolos.

Como aspecto positivo es que el 95% incluyeron la explicación detallada del procedimiento y del material utilizado, lo cual ayuda a que los profesionales implicados conozcan de antemano la secuencia de la técnica de contención mecánica, incrementando la seguridad en la realización de la misma.

Respecto al registro y evaluación de la técnica de contención mecánica cabe resaltar que sólo el 58% incluye la obligación de registrar la técnica y contempla la evaluación posterior de la misma, sólo en el 26% de los protocolos menciona la duración máxima de la técnica y sólo el 47% incluyen los criterios para retirar la contención mecánica. Éstos datos se consideran negativos respecto a la seguridad del paciente, ya que, por una parte, el registro y la evaluación de la técnica debería ser utilizado para realizar una mejora continua de la calidad de la misma, así como para ser utilizado como una herramienta para las posibles auditorías internas de los servicios y, la duración máxima y los criterios de retirada se consideran imprescindibles para garantizar la cesión de la técnica respetando los principios éticos y legales que amparan al paciente, limitando así la variabilidad de la utilización de la técnica por parte de los profesionales que en algunos casos puede llevar a situaciones de mala praxis. En la muestra obtenida sólo un 63% incluye las consideraciones éticas y legales en las que se basa la realización de dicho protocolo.

En general, un 63% de los protocolos recogieron más de 10 recomendaciones, y sólo un protocolo recoge el 100% de los mismos. Teniendo en cuenta que todos los protocolos del estudio deberían incluir el 100% de los recomendaciones, se considera que la calidad es insuficiente, puesto que carecen del mínimo de recomendaciones que están estipuladas por organismos internacionales implicados en el uso de la contención mecánica para garantizar el mayor grado de calidad de realización de la técnica y de seguridad para el paciente.

Por último mencionar que la utilización del término contención mecánica se solapa con el de sujeción mecánica e inmovilización, utilizando estos términos como sinónimos. Algunos de los protocolos incluyen también términos como liberar o soltar al referirse al cese de la contención mecánica, así como indicaciones para los profesionales que son contrarias a la legislación vigente en el momento actual en España respecto a los derechos de los usuarios de los servicios públicos de salud.

### » APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Teniendo en cuenta los resultados se recomienda tener en cuenta para mejorar la seguridad del paciente con contención mecánica:

A los hospitales que los apliquen este tipo de técnica, que revisen y adapten sus protocolos a las recomendaciones internacionales para que cumplan los requisitos necesarios que garanticen la seguridad del paciente en todo momento.

Por otra parte, también se recomienda que formen a sus profesionales en métodos alternativos a la contención mecánica (contención verbal y/o farmacológica) y, que además, los contemplen en sus protocolos de contención mecánica explicando su realización de manera detallada, favoreciendo así su uso prioritario.

Por último invitar a los profesionales, que se ven implicados en el uso de esta técnica, a potenciar el diálogo con el paciente cuando éste se encuentre en mejor situación de salud sobre las vivencias y los sentimientos manifestados para asegurar el apoyo emocional al mismo y para buscar alternativas propias de cada paciente.

### » PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) posee una serie de objetivos sobre seguridad del paciente. Se propone en materia de uso de contención mecánica impulsar la elaboración y el uso de un documento de consenso que aúne la difusión de las prácticas clínicas seguras basadas en la evidencia científica.

Se necesita abrir una nueva línea de investigación para desarrollar, implementar y evaluar un documento de consenso (Guía de Práctica Clínica) desde del SNS que respalde ética y legalmente al paciente y que se asegure el cumplimiento de una práctica clínica

que vele por la seguridad del paciente.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

- 1) Mayoral F. et al. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33(5):331-33.
- (2) Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Organización de Naciones Unidas, Auckland, 1989. Disponible en: <http://www.wfmh.org/PDF/DeclarationHR&MH.pdf>
- (3) Joint Commission. Comprehensive accreditation manual for hospitals (CAMH). Oakbrook Terrace: Joint Commission; 2007
- (4) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC). Barcelona: Elsevier; 2009
- (5) ECRI. Restraints. Healthcare Risk Control. Safety and Security. Vol 2 March 2008 ECRI. Emergency Care Research Institute.