

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA – GRADO EN ENFERMERÍA

CONTENCIONES FÍSICAS. REFLEXIÓN SOBRE SU VIGENCIA.

PHYSICAL RESTRAINTS. REFLECTION ON ITS VALID.



Autora: Julia Corral Cano

Directora: Noelia Mancebo Salas

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1. Estado actual del tema.....	5
1.1. Aspectos básicos.....	6
1.2. Tipos de sujeciones.....	8
1.3. Secuencia de actuación y procedimiento.....	10
1.4. Estadística mundial.....	12
1.5. Legislación Nacional, Europea, Mundial.....	14
1.6. Análisis coste- beneficio.....	17
Capítulo 2. El papel de la enfermera en la sujeción mecánica.....	19
2.1. Lesiones derivadas.....	20
2.2. Beneficios de las sujeciones.....	22
2.3. Alternativas a las sujeciones.....	23
Capítulo 3. Conclusiones.....	25
3.1. Conclusiones.....	26
Referencias bibliográficas.....	27
Anexo 1.....	29

Resumen

Español

En una sociedad como la actual, en un país desarrollado y en pleno siglo XXI, se hace difícil comprender qué nos puede llevar a seguir conteniendo a las personas, restringiéndoles hasta el más leve movimiento “si es necesario”.

Las estadísticas de personas mayores contenidas en residencias españolas son, cuanto menos, alarmantes. Hablamos de una media de un 25% de los ancianos institucionalizados. Este porcentaje genera una serie de complicaciones físicas y psicológicas que distan mucho de ser asumibles (lesiones en plexos nerviosos, úlceras por decúbito, aislamiento social, incontinencia e incluso la muerte). La legislación no es homogénea internacionalmente, pero tampoco a nivel estatal entre Comunidades Autónomas.

La base para la eliminación de las contenciones físicas, es la formación rigurosa del personal y la adaptación del entorno del paciente en las residencias. Estos cambios se pueden llevar a cabo sin un gran desembolso económico.

Inglés

In a society like today's, in a developed country and in the XXI century, it becomes difficult to understand what can bring us to still contain people, by restricting the slightest movement "if necessary".

The statistics of physical restraints in elderly people in the Spanish residences are, at least, alarming. We're talking about an average of 25% of the institutionalized elderly. This percentage generates a series of physical and psychological complications that are far from been bearable (nerve plexus injuries, decubitus ulcers, social isolation, incontinence and even death). The legislation is not internationally uniform, but neither at the state level between regions.

The basis for the elimination of physical restraints is rigorous staff training and adjustment of the patient environment in residences. These changes can be carried out without a large financial outlay.

- Restricción Física.
- Anciano.
- Residencia de ancianos.
- Enfermería geriátrica.

Palabras clave



- Physical Restraint.
- Aged.
- Nursing home.
- Geriatric nursing.

Key words



Introducción

Las contenciones mecánicas son un tema de máxima actualidad e importancia; pero al mismo tiempo, se remontan a siglos atrás, a los manicomios y casas de locos en los que se encadenaba a las personas que no podían controlarse. Chocan frontalmente con los Principios Éticos Básicos (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). Además, son una cuestión profundamente interdisciplinar; combinan Derecho, Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Psicología... La mayor parte de países e instituciones están legislando y actuando al respecto, movidos por una conciencia común de que hay, y debe haber, otras formas de actuar.

Ya es un hecho que pocos se atreven a discutir, que se “ata” demasiado y por motivos en exceso baladíes (sino puramente interesados), a la gente mayor. Que en el siglo XIII se encadenase a las personas que era difícil controlar, puede llegar a entenderse (desconocimiento absoluto de los procesos mentales y físicos, brutalidad, represión...); pero que en pleno siglo XXI continuemos haciéndolo, merece cuanto menos una profunda reflexión. Trataremos de entender de dónde viene esta costumbre y razonar por qué debe ser erradicada o al menos, muy limitada.

El **objetivo general o fundamental** de este trabajo, es analizar el uso que se hace en la actualidad de las contenciones físicas.

Los **objetivos secundarios o específicos** serían:

1. Describir brevemente la trayectoria histórica de las contenciones físicas.
2. Distinguir los diferentes tipos de contenciones y las lesiones que ocasionan.
3. Determinar las alternativas existentes.
4. Identificar el papel de la enfermería en las contenciones.

El trabajo, estructuralmente, se divide en tres capítulos bien diferenciados: el primero, estado actual del tema; el segundo, el papel de la enfermera en la sujeción mecánica y el tercero, las conclusiones obtenidas tras la realización del trabajo.

La **estrategia de búsqueda** que se ha llevado a cabo, ha sido a través de las bases de datos de Cochrane Library Plus, Medline, CUIDENplus, IBECS e IME, entre los meses de noviembre de 2013 y enero de 2014, utilizando los siguientes términos y operadores booleanos: physical restraint*AND (elderly OR old people OR geriatric* OR aged) AND (nursing home*OR care home*) AND (geriatric care OR geriatric nursing) AND adverse effects. Los criterios de selección fueron: que se tratara de artículos de menos de 10 años (salvo aquellos que tuvieran un especial valor para la revisión) y que hicieran referencia, fundamentalmente, al ámbito del trabajo, es decir a las residencias de ancianos. Se excluyeron aquellos que se centraban en países con un sistema sanitario muy distinto del nuestro o cuyos estándares no llegaran a un nivel básico. Finalmente la selección se realizó de entre 50 artículos.

CAPÍTULO 1. ESTADO ACTUAL DEL TEMA



1.1. Aspectos básicos.

La restricción física de individuos psicogerítricos, ha sido una constante en la historia de los hombres desde sus inicios. Se contenía mecánicamente a las personas que, por algún motivo, no se podía controlar.

Las primeras referencias fehacientes datan de los siglos XIII y XIV, en los que estuvieron en auge los manicomios y casa de locos en los que se confinaba y castigaba a los perturbados. Así, permanecieron en el olvido hasta finales del siglo XVIII. Fue en ese momento, cuando los psiquiatras ingleses comenzaron a desarrollar una filosofía contraria a la contención. Destacaron la importancia de una formación adecuada y rigurosa, así como de unos ratios mínimos para el personal que trataba a estos pacientes, que hicieran posible una vigilancia estricta que hasta entonces no se había podido desarrollar.



A pesar de esta mejoría, no fue hasta 1950, gracias al impulso de nuevos fármacos psicotrópicos y al amparo de las primeras directrices básicas sobre la protección de los derechos de los pacientes, cuando comenzaría a disminuir el número de seres humanos contenidos (1).

Los primeros programas estructurados y organizados como tal, para reducir el uso de las restricciones físicas en personas mayores, se introdujeron en EE.UU. en la década de los ochenta.

Fue a finales de esta década, concretamente en 1989 en Auckland, cuando la Organización Mundial de la Salud, la OMS, definió las contenciones como un *«método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos»*. Como vemos, empieza a cobrar importancia el tema de la seguridad de los pacientes.

Diez años después, el Commonwealth National Restraint Minimization Project, de Nueva York, la definía como, la *aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea* (2).

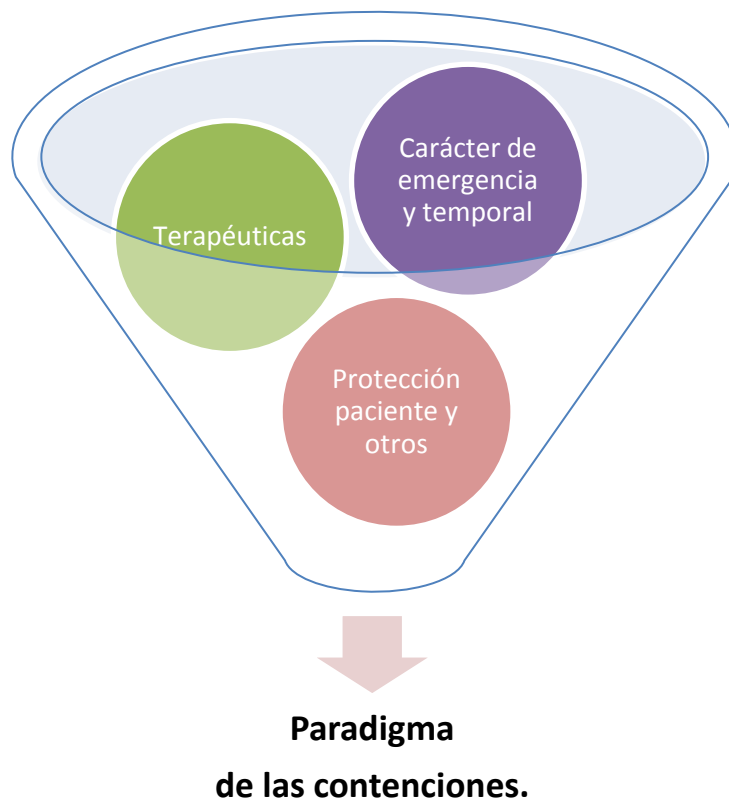
Por su parte, la Joint Comisión on the Accreditation of Healthahcare Organititions, (JCAHO), la define como: *“medida terapéutica excepcional, destinada a la restricción de movimientos y concretada en el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de todo o parte del cuerpo de un paciente”*.

Ya en España, y en el siglo XXI, el Servicio Andaluz de Salud, lo entiende como: *“...cualquier mecanismo, material o equipo atado al cuerpo o cerca del cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por él mismo y que impide o está pensado para impedir el movimiento libre del cuerpo de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal de una persona a su cuerpo”* (3).

Como vemos, todas las definiciones son muy similares y no han variado significativamente desde los ochenta. Resaltan su carácter extraordinario, de emergencia y temporal; así como exclusivamente terapéutico y de protección del paciente o terceros.

El concepto está definido desde hace décadas, las organizaciones implicadas tienen un acuerdo unánime y abalado por cuantiosos estudios y los principios éticos básicos no dejan lugar a duda.

A pesar de todo esto, en España, en el año 2011, el 25% de las personas mayores que vivía en residencias llevaba alguna sujeción restrictiva que les impedía moverse (4).



1.2. Tipos de sujeciones.

Aunque generalmente entendemos por sujeción o contención un dispositivo físico externo que impide movimientos voluntarios del paciente, hay más elementos que se engloban dentro de esa definición. Es necesario hacernos una idea clara de qué estamos hablando para entender por qué debe limitarse lo máximo posible.

Para comenzar, hay que señalar que existe una secuencia de actuación que, dependiendo del grado de agitación, no siempre se puede desarrollar íntegramente. Incluye en primer lugar, la *contención verbal o acompañamiento terapéutico*, que es una intervención calmada y no amenazadora pero firme, con la que se trata de identificar la causa de la agitación y detenerla. En segundo, un *tiempo muerto en habitación tranquila*, acompañado de algún miembro del personal sanitario y sin cerrar la habitación con llave (no es una reclusión). Se trata de que el paciente pueda deambular sin restricciones. El tercer y cuarto puntos son la *contención farmacológica* y la *contención física*, desarrolladas a continuación, de acuerdo con el protocolo del Servicio Cántabro de Salud vigente en la actualidad. (5).

Las **sujeciones químicas** se entienden como *“el uso de fármacos, fundamentalmente aquellos que actúan a nivel del Sistema Nervioso Central, que reducen la movilidad de la persona, de manera que quedan inhibidas sus actividades (salir de la cama, ir al cuarto de baño, participar en actividades sociales,...) con el objetivo de manejar o controlar una conducta inadecuada o molesta (vagabundeo, agresividad verbal, no colaboración en los cuidados, etc.), que no tiene base en un desorden psiquiátrico diagnosticado. O dicho de otro modo, es el uso de fármacos (psicotrópicos o no) para manejar un problema para el cual no existe un tratamiento mejor”* (6,7). El fármaco seleccionado debe tener las siguientes características: rápida acción, fácil administración y mínimos efectos secundarios e interacciones farmacológicas (5).



Las **sujeciones físicas** hacen referencia a *“cualquier dispositivo, material o equipo aplicado a una persona, unido a ella o cerca de su cuerpo, que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma y que deliberadamente evita o intenta evitar su libertad de movimiento y/o el natural acceso a su cuerpo”* (8).



Algunos autores hacen, además, una distinción entre: sujeción y restricción (4).

Sujeción: Se trata de cualquier método manual o físico, instrumento mecánico, material o equipamiento adjunto al cuerpo del paciente, que impide su movilidad y/o el acceso a parte de su cuerpo.

Restricción: Se trata de cualquier acción, palabra u obra que se utiliza con el propósito o la intención de limitar o constreñir la libre circulación o capacidad de toma de decisiones de uno/a mismo/a o de una tercera persona.



Dentro de las sujeciones existen, además, dos nuevos tipos dependiendo de la intencionalidad o carácter que tenga la contención (4).

1. **Sujeciones con Carácter Restrictivo:** Cuando se utilizan como elemento que la persona no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos o normal acceso a parte de su cuerpo.
2. **Sujeciones con Carácter No Restrictivo:** Cuando se utilizan como elemento que permita a la persona mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible. No tienen ánimo de restricción, si no de apoyo postural.

Centrándonos ahora en los tipos de contenciones mecánicas, estos serían los más importantes:

- Cinturón abdominal.
- Arnés.
- Tiras para cambios posturales.
- Muñequeras.
 - De velcro.
 - De anillas.
- Tobilleras.
- Petos.
 - Peto Clip Standard.
 - Peto Clip Perineal (para silla de ruedas).
 - Peto Velcro Standard.
 - Peto Velcro Perineal (para silla de ruedas).
- Chaleco.
 - Chaleco Clasic Standard
 - Chalecos de sujeción para silla de ruedas.
- Manoplas.
- Botones y llaves magnéticos.



Dentro de cada modelo hay múltiples posibilidades de marcas y tipos.

1.3. Secuencia de actuación y procedimiento.

Como vamos comentando, la contención física debe ser la última opción y llevarse a cabo solo en aquellos casos agudos y puntuales en los que no quepa otra actuación, tales como Servicios de Urgencias o Centros psiquiátricos, nunca en residencias de ancianos. Partiendo de esta base, lo primero que hay que señalar, es que la sujeción debe de ser autorizada por el médico del paciente y si esto no fuera posible, por el de guardia, que deberá hacerle una evaluación física y psicológica. No obstante, en situación de urgencia, puede iniciarse, y con frecuencia así ocurre, por el personal de enfermería, que posteriormente se lo comunicará al facultativo responsable a la mayor brevedad (5,9).

Habitualmente, dada la situación en la que se encuentra el paciente y que la familia no suele estar presente en el momento de agitación, no se puede obtener un consentimiento informado a tiempo. Se procederá a la contención y se informará a la familia y/o al paciente en cuanto sea posible. En todo caso, se le irán explicando las causas que motivan la contención y las condiciones en que será retirada, durante el procedimiento y posteriormente. Se trata de que el paciente pueda conocer y percibir, en la medida de sus posibilidades, que se trata de un procedimiento terapéutico (5,9).



Las consideraciones previas que hay que tener en cuenta antes de realizar el procedimiento, son las siguientes (9):

1. Distraer al paciente: se intervendrá cuando exista un número suficiente de personas. Mientras, se debe vigilar y distraer la atención del paciente, colocándonos a una distancia adecuada y siguiendo un plan de actuación pre-acordado. Se le informará en tono firme de que está perdiendo el control, pero que le vamos a ayudar. Un miembro del equipo, debería estar siempre visible para el paciente, tranquilizándolo. El número óptimo para realizar la contención, es de cinco personas.
2. Preparación del personal: nos despojaremos de los objetos peligrosos para su integridad física y para la nuestra (gafas, relojes, pulseras, pendientes...).
3. Evitar la presencia de público: si lo hubiera, el paciente puede adoptar una actitud más heroica y/o manipuladora que si está solo.
4. Actitud del personal: se va a reducir al paciente con intención terapéutica, no como un castigo. Por tanto, se actuará de forma profesional. Con actitud enérgica pero respetuosa.
5. Sujeción: cada miembro tiene asignada una extremidad. Se sujetarán en la zona más distal, evitando los huesos largos y tórax, por el riesgo de lesiones.
6. Respeto a los derechos legales del paciente.
7. Garantizar los cuidados.

8. Aplicar, con seguridad, el procedimiento de *sujeción terapéutica*, que consta de dos fases diferenciadas:
- **Fase de sujeción:** Si es posible, se debe iniciar la contención física del paciente en su propia cama o conducirlo a pie hacia ella, si no es posible, se realizará en la cama que haya más cerca. De ser necesario comenzar la sujeción en el suelo, se hará de la forma más breve posible y sosteniéndole fuertemente la cabeza para que no se golpee. Cada miembro del personal sujetará una extremidad. Debe ser trasladado a su habitación lo antes posible.
 - **Fase de inmovilización:** Deberán utilizarse correas de sujeción convencionales, con dispositivos magnéticos de cierre homologados. La posición del paciente será la de decúbito supino (salvo en intoxicados o cuando exista disminución de conciencia, que sería preferible la de decúbito lateral izquierdo) y con el cabecero ligeramente elevado. Además, se debe iniciar la inmovilización con la colocación de la faja abdominal, después con la sujeción de miembros inferiores y, por último, con los miembros superiores. Hay que señalar que, si la inmovilización es parcial, para evitar caídas, debe efectuarse en diagonal: brazo izquierdo - pierna derecha, o bien brazo derecho- pierna izquierda. En ningún caso se inmovilizará un único miembro (5).

Una vez instaurado y registrado el procedimiento en la historia clínica e informada la familia, si esta no estuviera de acuerdo, habría que notificarlo al juzgado (como en cualquier ocasión en la que se requiera un tratamiento urgente que la familia rechace). Por otra parte, si se prolonga la contención, se recomienda iniciar pauta de profilaxis anticoagulante.

Los objetivos de enfermería durante el procedimiento de la contención, son claros:

1. Mantener la dignidad y autoestima del paciente.
2. Preservar su intimidad.
3. Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras esté despierto.
4. Implicar al paciente en los cuidados.
5. Mantener la integridad física, porque no van a poder atender sus necesidades fisiológicas y puede sufrir los riesgos de la inmovilidad (9). Esto incluye, vigilar puntos de presión y zonas de fricción, controlar constantes vitales e hidratación, ventilar la habitación, proporcionarle ropa cómoda y holgada, tranquilizarle, retirar de su entorno elementos peligrosos y visitarle y revisar todos los elementos de la contención cada dos horas como máximo.
6. Tratar de tener al paciente contenido el mínimo tiempo posible. Han de buscarse otras alternativas.



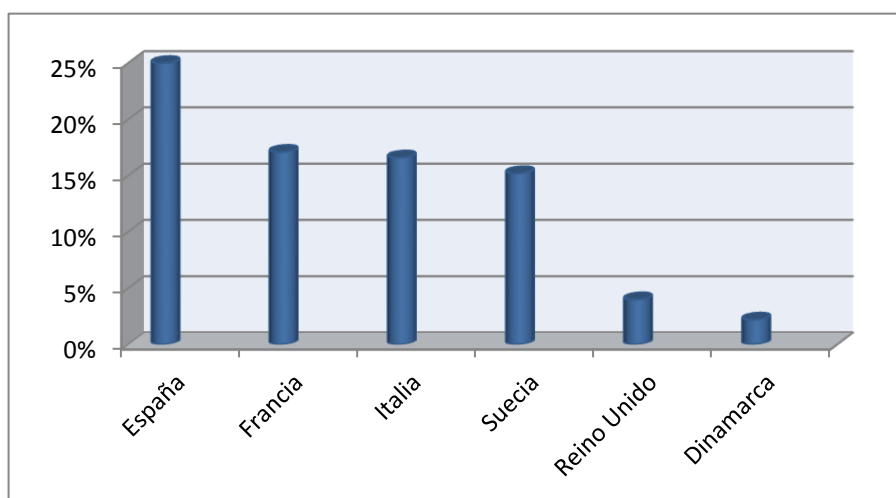
1.4. Estadística mundial.

Para comenzar hay que señalar, que a pesar del auge de las corrientes “libre de contenciones” o “desatar a los ancianos”; en gran medida, se desconoce con precisión la cantidad y el tipo de restricciones físicas usadas en la atención geriátrica comunitaria.

No todas las residencias de mayores siguen un detallado, riguroso y actualizado registro de contenciones. De igual modo, en los domicilios particulares, no siempre se dispone de los conocimientos y del tiempo necesario para tratar con un paciente de características complejas o muy complejas.

Aunque Flaherty ya en el 2004, recomendó el ámbito de atención geriátrica sin restricciones como el estándar de atención, y cualquier otra práctica inferior se ha considerado subestándar; aún no hemos llegado en España al nivel de otros países.

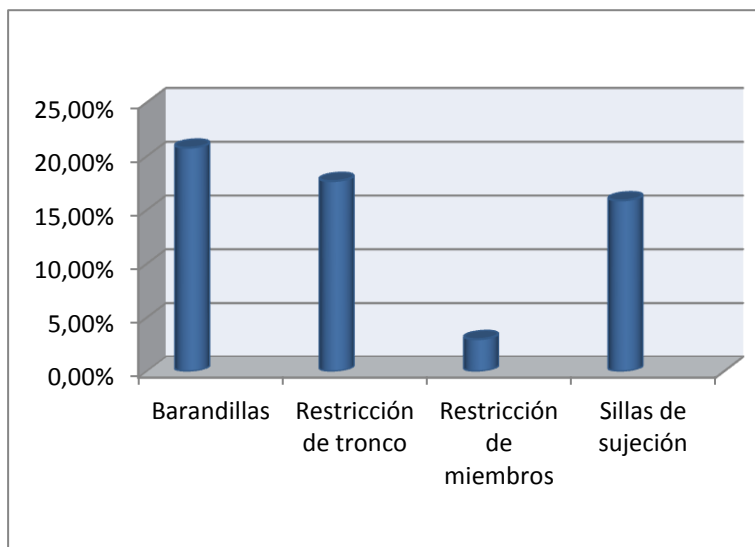
Según un estudio realizado por la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, aproximadamente, un 25% de los ancianos institucionalizados en España, son contenidos mecánicamente. La variabilidad es muy alta entre centros, oscilando del 0% al 90%. Si nos centramos en los ancianos que además tienen demencia, el porcentaje se eleva al 60%. Las medias de los países de nuestro entorno son muy inferiores, destacando entre ellos: Francia con un 17.1%, Italia un 16,6 %, Suecia un 15,2 %, Reino Unido un 4% o Dinamarca un 2,2 % (10).



Estos son algunos de los datos de los países que, por su nivel de desarrollo, mejor pueden legislar y controlar el tema de las contenciones físicas. Es evidente que otros estados con medios más limitados y menor acceso a la educación y a la sanidad, aún no pueden vigilar, ni intervenir en estos temas.

De un estudio publicado en el 2008 en la Revista Española de Geriátrica y Gerontología, se extraen los siguientes datos:

De 5.346 residentes en geriátricos españoles incluidos en el estudio; la prevalencia de contenciones mecánicas fue del 8,4%. Añadiendo el uso de barandillas en la cama, el porcentaje se eleva al 20,8%. El 63,4% de las sujeciones eran barandillas; había restricción de tronco en el 17,7%, restricción de miembros en el 3% y sillas de sujeción en el 15,9%. Sólo se utilizó un único dispositivo en el 62,6%, en el resto varios a la vez. Y, por último el 71,4% de las sujeciones se utilizó a diario y tan solo el 28,6% de forma no permanente (11).



A nivel autonómico, está proyectado que Cantabria elimine todos los elementos de sujeción físicos y farmacológicos en los centros de día y residencias de mayores de la región. Será posible a través del desarrollo de la Ley de Derechos y Servicios Sociales, tomando como referencia a Navarra, que es la comunidad pionera en España en la eliminación de las contenciones. De hecho, Cantabria ya tiene un centro acreditado como 'Centro Libre de Sujeciones'. Se trata de la residencia de mayores de Sanitas Residencial, en Santander. Tras este logro, hay otras residencias y centros de día que ya están preparándose para este cambio trascendental en la atención, como por ejemplo, la residencia y centro de día de La Fundación San Cándido.



1.5. Legislación Nacional, Europea, Mundial.

LEGISLACIÓN NACIONAL.

Para empezar, es necesario saber que la contención física no es un procedimiento que esté regulado específicamente por Ley; no hay ninguna Ley que legisle en concreto sobre ello. Si bien, algunas de las obligaciones legales que implica se derivan de la normativa general existente:

- Constitución Art. 17.1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley.
- Autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).
- Regulación legal de los internamientos psiquiátricos involuntarios: “Ley de enjuiciamiento civil 1/2000 de 7 de enero. Artículo 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”.

LEGISLACIÓN AUTONÓMICA

Es en el ámbito autonómico de los servicios sociales, donde se han ido desarrollando diferentes leyes y decretos que hacen referencia explícita a las sujeciones físicas, estableciendo límites a su uso:

Navarra: (Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales) TÍTULO I.

Artículo 8. *Derechos y deberes específicos de los usuarios de servicios residenciales.*

K. Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso, las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y constarán en el expediente del usuario, en la forma que se establezca reglamentariamente. Asimismo, se comunicarán al Ministerio Fiscal.

Artículo 87. *Infracciones muy graves.*

b) Someter a los usuarios de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión, excepto en el supuesto de que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas.

Cantabria: (Art. 6 s), Ley 2/2007 de 27 de marzo) *Derecho a no ser sujeto a ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas. En este supuesto, los motivos de las medidas adoptadas deberán recogerse de forma razonada en la historia personal, precisarán supervisión facultativa antes de veinticuatro horas y comunicarse a sus familiares más cercanos y al Ministerio Fiscal.*



Valencia: (Art. 47.2.i) de la Orden de 4 febrero 2005 de la Conselleria de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, 15 de febrero de 2005) *A los usuarios solamente les podrán ser aplicadas medidas de sujeción, por prescripción facultativa motivada y expresa, con indicación de las horas que ha de llevarse a efecto, el tipo de sujeción y duración del tratamiento. Habrá de concurrir el consentimiento expreso y por escrito del usuario, o su representante legal, en su caso, e informándose de ello a la familia. El medio utilizado para la sujeción deberá contar con la correspondiente homologación. Caso de que el usuario o su representante legal no preste su consentimiento, el centro podrá exigir que dicho rechazo conste por escrito.*

Cataluña: (Decreto 284/1996 modificado por el Decreto 176/2000, art. 5.1 g) *Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario.*

Baleares: (Ley de Servicios Sociales de Illes Balears 4/2009, de 11 junio. Artículo 9.1.n)

1. Las personas usuarias de servicios residenciales tienen, además de los derechos reconocidos en el artículo 7, los siguientes:

n) Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión.

Asturias: (Decreto 79/2002, de 13 junio, que aprueba el Reglamento de Centros de Atención de Servicios Sociales de Asturias. Artículo 17.2)

2. El contenido mínimo de las programaciones en lo que se refiere a servicios asistenciales para todos los centros de atención a servicios sociales será el siguiente:

c) Medidas de sujeción mecánica aplicadas a las personas usuarias: Al efecto de evitar autolesiones, dichas medidas deberán contar con la debida indicación facultativa o técnica documentada. No obstante, esta medida también podrá ser aplicada ante casos excepcionales y situaciones de emergencia con la autorización del director o directora o del responsable autorizado para atender a eventualidades, registrando documentalmente la aplicación y dando cuenta ulteriormente al correspondiente facultativo o técnico responsable para que decida sobre su prescripción. Los elementos utilizados para la sujeción mecánica serán de tipo homologado y cuando a una persona usuaria se le apliquen estas medidas será preciso intensificar la función de acompañamiento y de observación por parte del personal asistencial.

País Vasco: (Ley 12/2008, de 5 diciembre de Servicios Sociales del País Vasco de 2008. Artículo 91.1.) Tipifica como infracción muy grave:

e) Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

La Rioja: (Ley 7/2009, de 22 diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja. Artículo 85 b) Tipifica como infracción muy grave:

b) Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la integridad física de éstas o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones.

LEGISLACIÓN EUROPEA

En el ámbito de la Unión Europea tenemos la Recomendación de 22 de septiembre de 2004, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la protección de los derechos y de la dignidad de las personas con enfermedades mentales, en la que se regulan las sujeciones mecánicas, aunque no las sujeciones farmacológicas (12).



LEGISLACIÓN MUNDIAL

Entre los países que poseen legislación restrictiva en cuanto al uso de sujeciones, podemos destacar los casos de Canadá, Estados Unidos y Japón, como ejemplos de movimientos de racionalización del uso de sujeciones que han derivado en un cambio en la legislación:

Canadá: La Asamblea Legislativa de Ontario en colaboración con la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario), en el Proyecto de Ley 85: Patient Restraints Minimization Act, 2001; ya legisló para reducir al mínimo las contenciones en los hospitales y residencias del país. *“Se prohíbe a los hospitales y centros el uso de contenciones o asilamiento a pacientes, así como la utilización de aparatos de monitorización, excepto en las circunstancias descritas en dicha ley”* (13).

Estados Unidos: Tras la presentación del Nursing Home Reform Amendments of the Omnibus Budget Reconciliation Act de 1987 (OBRA'87), que establece las bases para que se controlen los centros de cuidados prolongados americanos de una forma efectiva, en aras a garantizar unos mínimos en la calidad de los cuidados. Teniendo como base esta ley, se desarrollan diferentes normas federales en las que se regula, entre otras cuestiones, el uso de sujeciones físicas y químicas, con el objetivo de generar un cambio de cultura en el país para eliminar por completo las sujeciones. Los datos concretos que avalan esta medida, son los siguientes: la prevalencia en el uso de sujeciones en 1980 era de aproximadamente el 41%, sin embargo en 1991 era de 21,1% y ha descendido hasta un 5% en 2007.

Japón: Profesionales del Hospital Kamikawa de Tokio desarrollan métodos de cuidados a personas mayores dependientes y en 1998 elaboran el “Free Care Fukuoka Proclamation” con el que se involucran todos los centros del Consejo Nacional de Centros de Cuidados Prolongados a Personas Mayores, empujando al Ministerio de Sanidad y Bienestar a publicar una orden prohibiendo el uso de sujeciones físicas en instituciones públicas de cuidados prolongados (1999).

Otros países como Austria, Dinamarca, Alemania y Países Bajos también disponen de legislación que restringe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores.

1.6. Análisis coste – beneficio.

A estas alturas, ya podemos partir de la idea de que las contenciones tienen muchos efectos perjudiciales sobre las personas sometidas a estas prácticas; tales como caídas, lesiones, traumas psicológicos e incluso la muerte (más adelante, desarrollaremos los tipos de lesiones derivadas). Además, también hay una serie de efectos negativos que hay que tener en cuenta, en las organizaciones y los trabajadores de los centros que utilizan estas prácticas (14).

Estudios realizados en Estados Unidos por el QIO (Organización de Mejora de la Calidad) y el Dr. Jan PH Hamers de la Universidad de Maastricht, ponen de manifiesto que los trabajadores de centros en los que se utilizan sujeciones, muestran mayor grado de desmotivación por el uso de estos métodos para el control de conductas inapropiadas.

Los resultados del Estudio Libera-Ger 2006 – 2008, cuya Filosofía enseña que *las sujeciones deberían ser la excepción y no la regla, y la movilidad, su mantenimiento y potenciación, la verdadera regla de funcionamiento de las organizaciones*, exponen que:

- Los resultados de Burnout, mejoran drásticamente por parte de quienes trabajan en un centro en el que se siguen estos principios.
- Los trabajadores refieren “sentirse” más satisfechos porque perciben que su trabajo tiene más sentido.

Estos son algunos de los testimonios recogidos en el Best Practice del Instituto de Joanna Briggs (8):

“...me volvía loco.”

“...simplemente entraron, pusieron la sujeción y no dijeron ni una palabra.”

“Lloré, y después me sentí culpable.”

“Prefiero morir que estar así.”

Como vemos, las experiencias descritas fueron muy negativas, degradantes y de profundo enfado. Dos cuestiones destacan en los testimonios: ira e incomodidad.

En 1999, “The Commonwealth National Restraint Minimization Project”, señalaba que:

- Las personas a las que se les restringe la movilidad sufren mayor número de caídas y sus consecuencias suelen ser más graves que en personas a las que no se les restringe la movilidad.
- Los centros que han reducido el uso de sujeciones restrictivas han podido observar que no aumenta el número de caídas o incluso han experimentado un descenso de ellas.
- En centros en los que ha aumentado el número de caídas tras la retirada de sujeciones, se ha podido observar que no ha aumentado la gravedad de las lesiones producidas como consecuencia de ellas (2).



Por otra parte, las conclusiones de un gran ensayo clínico publicado por el Instituto de Joanna Briggs, sacaron a la luz que, en residencias de mayores, el uso de las contenciones mecánicas puede ser reducido con seguridad. En este estudio, se redujo el uso de la sujeción un 56 % sin aumento de caídas o lesiones derivadas. Se basaba en un programa de educación sobre la contención, apoyado por una enfermera especialista en gerontología y experta en este ámbito. Estas conclusiones han sido apoyadas, por un gran número de publicaciones (8).

Como vamos viendo, las caídas y la gravedad de estas, se puede disminuir de forma efectiva reduciendo las contenciones. Para valorar mejor el coste económico y social que suponen, veamos algunos de los datos de Canadá que maneja la RNAO (Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario):

- Para las personas mayores de 65 años, las caídas supusieron el 84,8% de los ingresos por lesiones.
- Entre los años 1.999 y 2.000; de las 6.663 muertes intrahospitalarias de pacientes ingresados por lesiones, el 75,7% fue desencadenado por una caída.
- Al año, más del 50% de las personas mayores que viven en residencias, sufren caídas.
- Cerca del 40% de los ancianos que son hospitalizados tras una caída, ha sufrido fractura de cadera y de ellas, el 7% fallece.
- Los costes directos de la atención sanitaria relacionada con las caídas de personas de edad avanzada, se estiman en 750 millones de euros al año (sólo en Canadá).
- La población de ancianos aumenta progresivamente en los países desarrollados, desequilibrando aún más la pirámide de población.

La identificación de los factores de riesgo y la implantación de programas de prevención de caídas y de eliminación de contenciones, puede eliminar de forma efectiva la mayor parte de las caídas, y además, reducir su gravedad. Una reducción de tan solo del 20% de estas, se traduciría en una disminución de 7.500 ingresos y 1.800 personas mayores menos con discapacidad permanente. El ahorro total en un país como Canadá ascendería, aproximadamente, a 104 millones de euros al año.

Como conclusión, el coste-beneficio, es claramente positivo hacia la eliminación de contenciones. Con una pequeña inversión en personal y en formación, se pueden eliminar todos los efectos negativos de las contenciones, incluso las lesiones derivadas (que, como veremos a continuación, suponen un elevadísimo coste para la sociedad).

CAPÍTULO 2. EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA SUJECIÓN MECÁNICA.



2.1. Lesiones derivadas.

La aplicación de restricciones físicas en ancianos frágiles, tiene a menudo importantes efectos negativos en su salud. El papel de la enfermería es clave tanto en la prevención como en el tratamiento de estos problemas asociados. Además de las graves complicaciones por inmovilización prolongada, el uso de estos procedimientos se relaciona con otros efectos adversos, que ocurren cuando las personas quedan atrapadas por los dispositivos en una posición que genera un riesgo de asfixia o estrangulamiento. Los más frecuentemente implicados en este tipo de incidentes son las barras laterales, los chalecos y los cinturones de sujeción (como hemos visto, la medida de contención más habitual, son las barras laterales de la cama). La restricción física estaría también asociada con la muerte súbita de pacientes, debido al estrés que produce, y con lesiones por caídas (15). Además, la trombosis venosa profunda y la embolia pulmonar se reconocen como un factor de riesgo irrefutable para la restricción física prolongada (16).



Los efectos negativos documentados del uso de las restricciones físicas o mecánicas, sobre todo si se trata de una restricción prolongada en el tiempo, son de dos grandes tipos y ambos implican plenamente a las enfermeras:

- Físicos: úlceras por presión, infecciones, incontinencias, disminución de apetito, estreñimiento, atrofia y debilidad.
- Psicológicos: miedo, vergüenza, agresividad, depresión, apatía, aislamiento social (12).

Según un estudio alemán publicado en el 2012, de las 27.353 autopsias que se realizaron; hubo 26 casos de muertes en los que el individuo estaba restringido físicamente. Aunque se trate de un estudio realizado en Alemania, cuyo Sistema Sanitario difiere considerablemente del nuestro, sirve para hacernos una idea de cifras concretas. En tres de estos casos se trataba de pacientes que murieron por causas naturales, y uno era un suicidio. Las 22 muertes restantes fueron causadas exclusivamente por la restricción física. Todas ellas ocurrieron en pacientes bajo cuidados de enfermería, que no fueron observados de forma continua y exhaustiva. La causa inmediata de la muerte fue estrangulamiento (11 casos), la compresión torácica (8 casos), o quedar colgando en la posición de la cabeza hacia abajo (3 casos). En 19 de estos 22 pacientes, las limitaciones se fijaron de forma incorrecta, incluyendo dos casos en los que se utilizaron restricciones no estándar (17).

Según el Best Practice sobre sujeciones mecánicas del Instituto de Joanna Briggs, los tipos de lesiones físicas derivadas de las contenciones mecánicas, son dos (8): El primer tipo, engloba las lesiones causadas directamente por la presión externa del sistema de sujeción; incluyendo laceraciones, hematomas o estrangulamiento. Y el segundo tipo comprende las lesiones indirectas o efectos adversos. Estas lesiones indirectas están ligadas a la inmovilización forzosa de una persona, e incluyen el aumento de la tasa de mortalidad, el desarrollo de úlceras por presión, caídas, o imposibilidad de dar el alta.

Comenzamos por el primer tipo de lesiones, las directas:

- **Lesiones en plexos nerviosos.** Se producen al combinar las sujeciones de chaleco y muñequeras, en pacientes encamados con el cabecero elevado. La presión de la contención de las muñecas, causa que se deslice hacia arriba el chaleco, llegando a comprimir las axilas y presionando el plexo braquial distal (8).

- **Lesión isquémica.** Contractura isquémica de los músculos de los miembros superiores, tras de 48 horas de contención de ambas manos a un cinturón pélvico (8).
- **Asfixia.** El paciente se “enreda” en el sistema al tratar de liberarse de la sujeción. En ocasiones, es encontrado colgando del mismo (11).
- **Muerte súbita.** Suele producirse tras un prolongado periodo de fuerte agitación y forcejeo con las sujeciones (17).



El segundo tipo de lesiones, son las indirectas:

Al tratarse de lesiones no directamente relacionadas con los eventos adversos, se hace más complejo y difícil, demostrar la relación entre los mecanismos de sujeción y este tipo de lesiones, por lo que hay que tener una precaución especial a la hora de interpretar esta información.

Diversos estudios, relacionan la inmovilización forzosa y prolongada con un declive del comportamiento social, cognición y movilidad, y un aumento de la desorientación, desarrollo de úlceras por presión e incontinencia urinaria y/o fecal (8). Por otra parte, y aunque las contenciones tienen el propósito de reducir y evitar caídas; la realidad es que los ancianos inmovilizados tienen el mismo o mayor riesgo de caer que los que no lo están. Además, las lesiones causadas por estas caídas, también son más frecuentes y de mayor gravedad, como hemos comentado previamente. Para colmo, los pacientes que están inmovilizados de forma continua tienen un mayor riesgo de lesión que los residentes inmovilizados intermitentemente. Por lo tanto, la intermitencia de la sujeción reduce el riesgo de lesiones ligadas a las caídas (8).

En la literatura se identifican muchas sugerencias sobre cómo reducir el riesgo de lesión, las cuestiones más frecuentes son:

- Seguir detalladamente las instrucciones del fabricante y asegurar la correcta aplicación del mecanismo de sujeción.
- Orientación y formación interna del personal sobre el uso correcto de los mecanismos de sujeción y sus peligros, incluyendo la supervisión estricta por parte de una enfermera.
- Evitar el aislamiento del paciente inmovilizado.
- Reducir el uso de sujeciones mecánicas.
- Mantener la observación adecuada durante el periodo en que la persona está inmovilizada (8).

2.2. Beneficios de las sujeciones.

Las sujeciones se han usado históricamente como “mal menor”, como única forma de controlar aquellas personas, cuya agitación no podía ser manejada de otro modo.

Algunas de las razones para la utilización de sujeciones físicas son, o pueden ser en ocasiones:

- Por disciplina, es decir, para castigar una conducta y controlar un comportamiento que se quiere eliminar (12).
- Para controlar la agitación y la agresividad de forma rápida (3).
- Para evitar que el paciente deambule erráticamente y mantener así, un entorno social cómodo (7, 11).
- Por conveniencia, es decir, para controlar a un paciente con menor esfuerzo o con menos personal, ayudando a la consecución de los objetivos organizativos de la institución (7, 11).
- Como medida terapéutica preventiva. Esto es, para prevenir lesiones y evitar alteraciones del programa terapéutico (retirada de vías intravenosas, sondas nasogástricas, etc.) (3, 5).
- Por razones de seguridad, es decir, para prevenir lesiones a la misma persona o a terceros (8,12).

La prevención de caídas es identificada como la razón principal para el uso de medios de contención en la mayor parte de las publicaciones (18). Aunque como exponen infinidad de estudios (4,12), la retirada reglada de las mismas, no supone un incremento en el número de caídas, sino todo lo contrario; disminuyendo además su gravedad.

Según un estudio realizado en España por Fariña-López publicado en el 2013, sobre los conocimientos del personal sanitario a cerca de las contenciones físicas, en el que se incluyeron 94 enfermeras y 284 auxiliares de enfermería, la mayoría eran contrarias a la aplicación de restricciones físicas, si bien, estaban a favor de su uso para evitar caídas (19).

Estos son algunos de los datos más interesantes:

- Sólo el 32% sabía que existieran alternativas a las sujeciones.
- El 69,1% desconocía que estos procedimientos pudieran causar la muerte de los pacientes.
- El 69,8% reconocía que su formación en relación con la restricción física era limitada o nula.
- El 61,9% pensaba que no era necesario obtener el consentimiento informado de la familia para proceder a la contención.
- Sólo el 47,1% de las enfermeras dejaba constancia, por escrito, de su uso en la historia clínica del paciente (19).

Parece probado que las contenciones se usan en muchos casos más por desconocimiento que por motivos fundados. Es necesario intensificar las campañas de información y concienciación, sobre todo en las residencias de mayores. Aunque, por otro lado, el auge de las campañas “libre de contenciones”, indican que se está yendo en la buena dirección.

Es necesario implementar el papel de la enfermera especialista en la eliminación de contenciones.

2.3. Alternativas a las sujeciones.

La primera entidad que ha trabajado en programas para eliminar las contenciones en los centros residenciales en España, ha sido la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), liderada por el Dr. Antonio Burgueño y su programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”, a partir del cual, empezó el cambio cultural de las residencias españolas.

A nivel internacional, el Instituto de Joanna Briggs, publicó ya en el 2002 un Best Practice en el que se resumía la evidencia existente. Concretamente, un ensayo evaluó el impacto de un programa de formación sobre sujeciones mecánicas para el personal, combinado con una consulta de enfermeras especialistas en geriatría; comparado con sólo la formación sobre sujeciones mecánicas. Los resultados son reveladores: la formación apoyada por la consulta tuvo como resultado la reducción del 56% de las sujeciones mecánicas en un periodo de, tan solo, 12 meses; mientras que la formación sin consulta produjo una reducción del 23%. En conclusión: Si bien es cierto que cualquier tipo de intervención controlada centrada en reducir las contenciones, resulta rentable; la diferencia entre que intervenga una enfermera especialista, o no, es reveladora. (20).

Otras actuaciones que está documentado que disminuyen las caídas son: el fortalecimiento muscular unido al reentrenamiento del equilibrio, con deportes como el Tai Chi, la evaluación y corrección de los riesgos en el hogar (alfombras, iluminación insuficiente, superficies deslizantes...) por parte de un profesional sanitario y la retirada o disminución, cuando sea posible, de fármacos psicotrópicos (4, 7).

En la parte dos del Best Practice del Instituto Joanna Briggs que hemos citado anteriormente, hacen una serie de propuestas, alternativas a las sujeciones y lideradas por enfermeras, de las que citamos las más relevantes.

Cambios en el entorno:

- Mejorar la iluminación.
- Tiras antideslizantes en el suelo y suelos antideslizantes.
- Asegurar que no hay ningún mueble que obstaculice el paso.
- Zonas de actividades al final de cada pasillo.

Seguridad en la cama:

- Colchones cóncavos.
- Colocar cojines para evitar el movimiento del cuerpo hacia los bordes de la cama.
- Utilizar almohadas de la misma longitud que el cuerpo para ayudar a los cambios posturales.
- Colchones en el suelo.
- Individualizar la altura de las camas según las necesidades.
- Trapecio que cuelgue del techo para facilitar la movilidad en la cama.
- Recordatorios visuales para animar al paciente o al residente a que utilice el timbre de llamada.

Asientos e higiene postural en sillas:

- Sillas con asientos profundos.
- Mecedoras o asientos reclinables.
- Sillas con la espalda alta y resistente.
- Asientos personalizados (cojines en cuña o fenestrados).
- Cojines en los apoyabrazos de las sillas de ruedas para evitar caídas por los lados e inclinación involuntaria del cuerpo.

Actividades y Programas:

- Desarrollar programas de rehabilitación y ejercicios que incluyan enseñar al residente técnicas seguras de movilización.
- Desarrollo de un programa seguro de deambulación.
- Terapias físicas, ocupacionales y recreativas.
- Incorporar el ejercicio en el plan diario de cuidados.
- Rutinas diarias estructuradas.

Aseo y Continencia:

- Ayuda frecuente en el aseo.
- Patrón de eliminación individualizado.
- Programación del aseo.
- Evaluación de la incontinencia.

Alternativas Psicosociales:

- Aumentar las visitas y la interacción social.
- Actitud empática del personal.
- Contacto físico como tratamiento terapéutico.
- Orientar al paciente en tiempo, espacio y persona.
- Estímulos sensoriales que faciliten el descanso.
- Habitaciones tranquilas.
- Disminución de ruidos ambientales.



CAPÍTULO 3. CONCLUSIONES.



3.1. Conclusiones

Tras la lectura de innumerables artículos, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y publicaciones en general, necesaria para la realización de este trabajo, queda aún más justificada la idea de la que partimos: Las contenciones físicas aplicadas al ámbito que se desarrolla en este trabajo, es decir al de las residencias de mayores, no sólo no son necesarias, sino que además son profundamente perjudiciales y, desde luego, no tienen cabida en una sociedad como la nuestra y en pleno siglo XXI.

Los Principios Éticos Básicos son claros, aluden de forma directa a las sujeciones y no dejan lugar a duda: Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia (21). Los cuatro tienen que ver con la restricción de libertad que suponen estas prácticas anacrónicas.

Además, la totalidad de países desarrollados y gran parte de los que están en desarrollo, tienen una postura común con respecto a este tema. Todos coinciden en que hay que erradicar o en todo caso limitar a lo estrictamente indispensable, las contenciones físicas. Que naciones tan diferentes como Japón, Canadá, Brasil, Reino Unido, España o Estados Unidos, tengan una postura común con respecto a un tema, da fe de lo trascendental, justificado y fuera de duda que está.

De igual modo, las organizaciones de salud más prestigiosas, como la Organización Mundial de la Salud, la Registered Nurses Association of Ontario, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations o el Instituto de Joanna Briggs, tienen también un criterio común. Así mismo, dentro de España, todas las Comunidades Autónomas están legislando en una misma dirección.

Las contenciones físicas deben pasar a ser, en términos generales, un recuerdo superado del pasado. Deben verse circunscritas a situaciones puntuales y pacientes muy concretos. Y queda fuera de todo debate, que las residencias de mayores deben verse libres de esta lacra que las ha caracterizado durante siglos.

Referencias bibliográficas

- (1) Fariña-López E EG. Physical restraint of patients: historical notes relating to the nineteenth and twentieth century. *Rev Enferm.* 2011;34(3):22-9.
- (2) Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C, Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. The Commonwealth National Restraint Minimization Project, New York. *J Am Geriatr Soc.* 1999;47(10):1202-7.
- (3) Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Sanidad. 1ª ed. Almería; 2010.
- (4) Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación cuidados dignos. 1ª ed. Huesca; 2012.
- (5) Guía para la contención física de Pacientes. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicio Cántabro de Salud. 1ª ed. Cantabria; 2011.
- (6) Tideiksaar R. Caídas en ancianos. Prevención y tratamiento. 1ª ed. Masson; 2005.
- (7) Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer. Fundación Cuidados Dignos. 1ª ed. Guernika; 2011.
- (8) JBI. 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 3. Australia: Blackwell Publishing Asia.
- (9) Protocolo general de Sujeción mecánica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2005.
- (10) Burgueño Torijano A. Guía para personas mayores y familiares. Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de alzhéimer. 1ª ed. Madrid; 2005.
- (11) Galán Cabello C, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández J, Alastruey Ruiz J, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Geriatr Gerontol.* 2008;43(4):208-213.
- (12) Beltrán Aguirre J L. Sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos y derechos fundamentales afectados. Criterios de conciliación. 1ª ed. Navarra; 2010.
- (13) Prevención de caídas y lesiones derivadas de caídas en personas mayores. RNAO. Ontario. Canadá; 2005.
- (14) Chan J, LeBel J, Webber L. The dollars and sense of restraints and seclusion. *J Law Med.* 2012;20(1):73-81.
- (15) Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Geriatr Gerontol.* 2011;46(1):36-42.
- (16) Dickson BC PM. Fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. *J Forensic Leg Med.* 2009;16(5):284-6.

(17) Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. Dtsch Arztebl Int. 2012;109(3):27-32.

(18) Möhler R MG. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. Int J Nurs Stud.2013;7489(13):279-4.

(19) Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Pérez Hernández Dde G, Gandoy Crego M. Use of physical restraints on the elderly: attitudes, knowledge and practice among nursing staff. Geriatr Gerontol.2013;48(5):209-15.

(20) JBI. 2002 Physical Restraint - Pt 2: Minimisation in Acute and Residential Care Facilities, Best Practice Vol 6 Iss 4, Australia: Blackwell Publishing Asia.

(21) Cudney P. What really separates casuistry from principlism in biomedical ethics. Theor Med Bioeth.2014 May 21.

Anexo 1. Registro de Contención Física del Servicio Cántabro de Salud.



REGISTRO DE CONTENCIÓN FÍSICA

Nº HC:	_____
1º APELLIDO:	_____
2º APELLIDO:	_____
NOMBRE:	_____
EDAD:	_____

UNIDAD: _____ SERVICIO: _____

CONTENCIÓN		Fecha	Hora
<input type="checkbox"/> Continua	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__h
<input type="checkbox"/> Intermittente	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__h
<input type="checkbox"/> Puntual	<input type="checkbox"/>	__/__/__	__h
<input type="checkbox"/> Indicación médica		__/__/__	__h
<input type="checkbox"/> Inicio contención		__/__/__	__h
<input type="checkbox"/> Retirada contención		__/__/__	__h

ESTADO DEL PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Desorientado/confuso	
<input type="checkbox"/> Agitado	
<input type="checkbox"/> Agresivo/violento	

MOTIVO DE LA CONTENCIÓN	
<input type="checkbox"/> Riesgo de interrupción de tto	
<input type="checkbox"/> Riesgo de caídas	
<input type="checkbox"/> Riesgo de autolesiones	
<input type="checkbox"/> Riesgo de lesiones a otros	
<input type="checkbox"/> Daños a otros	
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

LOCALIZACIÓN	
EE.SS.	
EE.II.	
1 E.S. + 1 E.I.	
Torax/abdomen	

- ¿Se han aplicado medidas previamente a la contención física? SI NO

En caso afirmativo, indicar:

- Abordaje verbal: SI NO
- Contención farmacológica: SI NO

MEDICACIÓN	VIA	FECHA Y HORA
		__/__/__ h
		__/__/__ h
		__/__/__ h
		__/__/__ h

- ¿El paciente está acompañado? Siempre A veces Nunca
- ¿Se ha informado a: Paciente Familia ¿Quién? _____ No fue posible
- ¿Se han producido lesiones durante la contención? SI NO

En caso afirmativo, especificar: _____

SEGUIMIENTO DE LA INDICACIÓN DE LA CONTENCIÓN FÍSICA

FECHA	TURNO	OBSERVACIONES	FIRMA
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		