

Contención mecánica en ancianos en el domicilio

Guía de recomendaciones para profesionales de
enfermería de Atención Primaria

AUTOR: Amaia Bermejo Arana

DIRECTOR: María Nelia Soto Ruiz

Grado en Enfermería, 4º curso
Curso académico 2014-2015
Convocatoria de junio de 2015, UPNA

Resumen

INTRODUCCIÓN: La contención mecánica se emplea en ancianos con la convicción de que mejora su seguridad, como método para prevenir las caídas o para el manejo de alteraciones conductuales. No obstante, se asocia a numerosas complicaciones pudiendo incluso producir la muerte por asfixia si no se toman las precauciones adecuadas. **OBJETIVO:** Desarrollar una guía de recomendaciones sobre el uso de contenciones dirigida a los profesionales de enfermería de atención primaria. **METODOLOGÍA:** Se realizó una revisión bibliográfica a fin de conocer la situación actual e indagar en las alternativas y recomendaciones que ofrece la literatura científica. **RESULTADOS:** Tratándose de un procedimiento que limita la libertad y autonomía del anciano, en España no existe legislación específica para reglamentar su utilización, a excepción del Decreto Foral 221/2011, en el cual se concreta la obligación de las residencias de ancianos a obtener un consentimiento informado y utilizarlas bajo prescripción facultativa. En el ámbito domiciliario, por el contrario, pueden emplearse sin supervisión de profesionales sanitarios y adquirir los dispositivos en tiendas de ortopedia sin prescripción médica. **CONCLUSIÓN:** Está demostrado que la formación puede reducir el uso de contenciones, además de prevenir la aparición de complicaciones en caso de utilizarlas, por lo que, además de la guía, se presenta un folleto informativo con ánimo de acercar la práctica de contenciones en el domicilio a los profesionales del centro de salud.

Palabras clave: Contención mecánica, Anciano, Guía de recomendaciones, Domicilio

Abstract

INTRODUCTION: Physical restraint is used in elderly with the conviction that improves the security of old people, as a method to prevent falls or to control behavior alterations. However, is associated with numerous complications and may even cause death by asphyxiation if proper precautions are not taken. **OBJECTIVE:** Develop a recommendations guide of the use of restraint aimed at primary care nurses. **METHODOLOGY:** It has been reviewed the literature in order to know the current situation and explore alternatives and recommendations offered by scientific literature. **RESULTS:** It highlights the fact that, in the case of a procedure that limits the freedom and autonomy of the elderly, in Spain there is no specific legislation to regulate its use, with the exception of the “Decreto Foral 221/2011”, which focuses the obligation of the home-nursing to obtain informed consent and use them with medical prescription. These devices can be used at home without supervision of health professionals and acquire restraining devices in orthopedics shop over-the-counter. **CONCLUSIONS:** It is shown that training can reduce the use of contentions, in addition to prevent the onset of complications in case of using them, so, besides the guide, it is a brochure with the aim of bringing practice contentions at home to professionals of the health center.

Key words: Physical restraint, Elder, Recommendations Guide, Home

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	3
3. METODOLOGÍA.....	4
4. MARCO CONCEPTUAL	8
Clasificación.....	9
Indicaciones.....	10
Contraindicaciones.....	11
Complicaciones.....	12
Aspectos legales.....	15
Aspectos éticos.....	17
Actitud de los agentes implicados.....	18
Alternativas de uso.....	20
5. GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA ANCIANOS CON CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL DOMICILIO	22
6. DISCUSIÓN.....	37
7. CONCLUSIONES	41
8. AGRADECIMIENTOS.....	42
9. BIBLIOGRAFÍA	43
10. ANEXOS	46
ANEXO 1: Folleto informativo.....	46

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población es una realidad patente en las sociedades desarrolladas del siglo XXI. En la actualidad, España es uno de los países con el índice de envejecimiento más alto en el mundo, además, se prevé que dentro de 50 años las personas mayores de 65 alcancen el 38,7 % de la población española⁽¹⁾.

A consecuencia de este fenómeno se pronostica, entre otros, el aumento exponencial del número de personas afectadas por enfermedades neurodegenerativas crónicas, como por ejemplo el Alzheimer⁽²⁾. Este tipo de enfermedades se asocian a trastornos de conducta como la agitación, desorientación, confusión y agresividad, las cuales pueden requerir el uso de procedimientos como la contención mecánica a fin de evitar caídas o conductas autolíticas.

No obstante, aunque sea una técnica destinada a evitar riesgos asociados a la demencia, no está exenta de complicaciones tanto físicas, psicológicas como emocionales, ya que atentan contra la dignidad, autoestima y libertad de la persona a la que se le aplican^(3,4). Aun así, no existe un marco legal concreto para su utilización, quedando su uso a merced de la voluntad y moral de los profesionales, y en manos del criterio de los jueces las consecuencias legales de la utilización incorrecta de las mismas⁽³⁾. En un estudio que compara la utilización de sujeciones físicas en residencias de ancianos en ocho países, se demuestra la falta de consenso sobre su uso. Se observa que España es el país que más sujeciones utiliza (39,6 % de prevalencia en la muestra seleccionada), seguido de Francia, Italia, Suecia y EE.UU. con el 15-17% y Dinamarca, Islandia y Japón con el 9 %⁽⁵⁾.

Siendo un tema tan controvertido tanto para los pacientes como para los profesionales que las aplican, no fue hasta finales del siglo pasado cuando se comenzó a prestar atención a este procedimiento y a sus consecuencias. Hasta entonces, se consideraba una práctica del cuidado como otra cualquiera, sin que precisase una indicación especial. Varios países comenzaron a plantearse su uso y empezaron a legislar la utilización de la contención. Ejemplo de ello es Alemania, emprendiendo una legislación restrictiva específica para las sujeciones físicas en 1996. No obstante, la ley no acompañó a la práctica, ya que la prevalencia del uso de esta técnica se mantuvo más elevada de lo deseado, cuestión preocupante para los profesionales del país⁽⁴⁾.

Japón fue otro de los países donde los profesionales dudaron acerca de los beneficios de su aplicación, comenzando los esfuerzos por unos cuidados libres de contenciones. En 1998 hicieron pública la "Proclamación de Fukuoka de cuidados libres de sujeciones", lo que promovió que en 1999 el Ministerio de Sanidad y Bienestar del Gobierno de Japón publicase una orden que prohibía el uso de sujeciones físicas en los cuidados prolongados públicos, disminuyendo la prevalencia de uso hasta el 9%⁽⁴⁾.

Al margen de estos dos países, EE.UU también destaca con una larga trayectoria en cuanto al uso de este procedimiento, pasando del abuso a una prevalencia de menos del 8 %. Esta cifra se consiguió gracias a la ley Nursing Home Reform Amendments of the

Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) de 1987 impulsada por el congreso, la cual demostró que con formación, control público y asesoramiento se puede lograr por un lado, la transparencia total en cuanto a la utilización de la técnica y, por otro, la disminución de la prevalencia⁽⁴⁾.

En el caso de España, llama la atención que la mayoría de los estudios realizados se remontan a la última década, a pesar de haber sido utilizado durante años⁽⁶⁾. En los años noventa no había ninguna normativa específica, por lo que su uso estaba sujeto al criterio de los profesionales que las aplicaban. La actitud frente a este procedimiento era totalmente opaca, utilizándose material no homologado y evitando informar a los familiares de la aplicación de la contención. Una vez puestas, no se realizaban seguimientos periódicos, ni evaluaciones del estado en el que se encontraban los pacientes contenidos⁽³⁾.

A principios del siglo XXI, comenzó a surgir una preocupación creciente relacionada con su uso. Por un lado, resultaban alarmantes los efectos que producían en los usuarios, por otro lado, se cuestionaban el supuesto efecto protector ante accidentes y caídas, y además, existía disparidad y contrariedad entre demandas y sentencias judiciales ante hechos similares. Esta situación impulsó que las organizaciones y los profesionales empezaran a publicar protocolos, procedimientos y guías sobre el tema, aunque en ocasiones suponen una mal entendida inmunidad, pudiendo ocasionar una “práctica asistencial defensiva”⁽³⁾.

Tras esta etapa, empiezan a considerarse las repercusiones éticas, morales, legales, sociales y jurídicas tanto de los profesionales como de las instituciones para el cuidado de mayores, ya que la contención mecánica puede comprometer el derecho a la libertad, al principio de autonomía, valores como la dignidad etc.^(3,6). Así, España se encuentra ahora en una época de cambio en este sentido, dado que encontramos movimientos de concienciación contra las sujeciones como por ejemplo el “Programa desatar al anciano”, con lo que se pretende generar actitudes que promuevan la calidad de vida y la dignidad de las personas atendidas, no obstante, la prevalencia actual de las residencias de ancianos se sitúa todavía en el 20 %^(7,8).

En lo que respecta al ámbito domiciliario, un estudio descriptivo realizado en 2007 en España indica que los familiares poseen una actitud positiva ante las sujeciones y consideran que su uso es apropiado, aunque los autores lo relacionan con el limitado conocimiento de las alternativas existentes y de las complicaciones que pueden originar⁽⁹⁾. A su vez, un estudio que analiza la vivencia de las enfermeras de atención domiciliaria de Bélgica, destaca la situación privilegiada que tiene la enfermera por su cercanía con el paciente y la familia, en cuanto a informar y aconsejar sobre el uso de este procedimiento en el domicilio⁽¹⁰⁾. Por ello se presenta el siguiente trabajo, con el fin de ayudar a los profesionales de enfermería de atención primaria en la concienciación y preparación de los cuidadores que atienden a ancianos dependientes en el domicilio y utilizan la contención mecánica.

2. OBJETIVOS

Principal

Desarrollar una guía de recomendaciones dirigida a los profesionales de enfermería de Atención Primaria sobre aspectos relativos al uso de contención mecánica en ancianos en el domicilio.

Secundarios

- Revisar la situación actual de la aplicación de contención mecánica en ancianos, atendiendo al concepto, complicaciones, alternativas y recomendaciones que se plantean ante su uso.
- Exponer la legislación en cuanto al uso de contención mecánica en el anciano, así como las implicaciones éticas que conlleva.
- Concretar las características que tienen las contenciones mecánicas cuando se aplican en el domicilio.
- Elaborar un folleto informativo sobre la contención mecánica dirigido a los cuidadores de personas ancianas a las que se les aplica este procedimiento en el domicilio.

3. METODOLOGÍA

El desarrollo del trabajo se ha basado en una revisión bibliográfica realizada entre los meses de noviembre de 2014 a marzo de 2015 acerca del tema expuesto: el uso de la contención mecánica en ancianos. Para ello, se han revisado bases de datos disponibles en la red y páginas web oficiales relacionadas con el cuidado de ancianos.

Estrategia de búsqueda

Se han consultado el portal de revistas electrónicas del catálogo de la biblioteca de la UPNA, y las bases de datos Dialnet plus, Scielo, Science Direct y Pubmed. Para dirigir la búsqueda y acotar resultados se han utilizado las siguientes palabras clave: *sujeción física, contención mecánica, restricción física, anciano, complicaciones, prevalencia, domicilio, personas mayores*. Además, también se han empleado las comillas y los operadores booleanos AND y NOT. En el caso de Pubmed se han utilizado los descriptores Mesh “*physical restraint*” y “*geriatric*”.

Las páginas web relacionadas con el cuidado de los ancianos que se han consultado han sido: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Al tratarse de páginas exclusivamente dedicadas al ámbito de la geriatría, no ha sido necesario acotar la búsqueda y se ha utilizado el término *contención mecánica* como palabra clave.

En tercer lugar, se han consultado algunas páginas web relacionadas con la Comunidad Foral de Navarra como son: Instituto Navarro de Estadística, navarra.es y lexnavarra.

Por último, cabe destacar que mediante la exploración de las listas de referencias de los artículos ya incluidos en la selección previa, se han conseguido artículos relevantes para el desarrollo del trabajo, no encontrados en las bases de datos consultadas.

Con todo ello, se han seleccionado un total de 31 documentos.

En las siguientes tablas se presenta detalladamente la estrategia de búsqueda realizada.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica en catálogos y bases de datos. Elaboración propia

Catálogos	Palabras clave	Resultados	Artículos seleccionados
BUPNA (REGG)	Uso de sujeciones físicas en ancianos	5	-Fariña-López, E. (2011). -Fariña-López, E.; Camacho Cáceres, J.A.; Estévez-Guerra, J.G. et al. 2009)
Base de datos	Palabras clave	Resultados	Artículos seleccionados
DIALNET	Prevalencia “sujeción física” ancianos	2	-Burgueño Torijano, A.A.; Iborra Marmolejo, I.; Martínez Sánchez, P. et al. (2008) -Galán Cabello, C.; Trinidad Trinidad, D.; Ramos Cordero, P. et al. (2008)
	Contención física en ancianos Sujeción física en ancianos	6	-Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G.J.; Núñez-González, E.; et al. (2013) -Rodríguez Delgado, J. (2013) -Quintero-Urbe, L.C.; Blanco-Arriola, L.; Zarrabeitia, M.T. (2012)
	“Restricción física” en ancianos	11	-Alarcón Alarcón, T, (2008) -Gobert, M.; D’Hoore, W.; Mora-Fernández, J. et al. (2005)
	“Restricción física” en ancianos domicilio	1	-Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G.J.; Núñez González, E. et al. (2008)
Scielo	Restricción física	1	-Fernández Rodriguez, Á.; Zabala Blanco, J. (2014)
Base de datos	Palabras clave/Mesh	Resultados	Artículos seleccionados
Pubmed	“physical restraint” AND “older patient”	5	-Restraint and the older patient: complicated practical medicine
	“physical restraint” AND older patient in home	19	-Scheepmans, K.; Dierckx de Casterlé, B.; Paquay, L. et al. (2014) -Scherder EJ, Bogen T, Eggermont LH, et al.(2010)
	"physical restraint" geriatric NOT psychiatric	9	-Kong, E-I.; Evans, L.K. (2012)
	“physical restraint” geriatric	44	-Möhler, R.; Meyer, G. (2014) -Krüger, C.; Mayer, H.; Haastert, B. et al. (2013) -McCabe, D.; Alvarez, C.; McNulty, S.R. et al. (2011)

Tabla 2: Búsqueda bibliográfica en páginas web de interés. Elaboración propia.

Páginas web	Palabras clave	Resultados	Selección de documentos
SEGG	Contención mecánica	6	-Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. (2012)
SEEGG	Contención mecánica	6	-Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. (2006)
Páginas oficiales navarra	Palabras clave	Resultados	Selección de documentos
Navarra.es	Uso de “sujeciones físicas” en ancianos domicilio	6	-Burgueño Torijano, A.A. (2008) -García García, P.; Beltrán Aguirre, J.L. (2012)
Instituto de Estadística de Navarra	Población y demografía	-	-Instituto de estadística de Navarra. (2005)
Lexnavarra	Ley Foral 15/2006	1	-Boletín Oficial de Navarra (2006)
	Ley Foral 17/2010	1	-Boletín Oficial de Navarra (2010)

Tabla 3: Obtención de bibliografía mediante revisión de referencias en otros artículos. Elaboración propia.

Bibliografías revisadas en artículos	Artículos seleccionados
-Burgueño Torijano, A.A.; Iborra Marmolejo, I.; Martínez Sánchez, P. et al. (2008)	-CEOMA
- SEGG. (2012)	-Ljunggren, G. Phillips, C.; Sgadari, A. (1997)
	- Fundación cuidados dignos. (2012)
	-Decreto Foral de Navarra 221/2011
-Restraint and the older patient: complicated practical medicine	-Gastmans, C.; Milisen, K. (2006)
-Galán Cabello, C.; Trinidad Trinidad, D.; Ramos Cordero, P. et al. (2008)	- Alarcón Alarcón, T. (2001)

Criterios de selección

Tras la búsqueda realizada, se establecieron unos criterios de selección para la valoración de los estudios obtenidos, y así poder concretar la inclusión de los artículos más relevantes.

Criterios de inclusión:

Se han incluido los documentos que contengan temas relativos a:

- Contención mecánica en el ámbito de la geriatría.
- Estudios de prevalencia de uso de contenciones en España.
- Estudios de complicaciones descritas por la aplicación del procedimiento.
- Artículos relacionados con la calidad de los cuidados en ancianos.
- Artículos que propongan alternativas al uso de la contención mecánica.
- Estudios relacionados con la percepción de la sociedad sobre este procedimiento; familia, profesionales, sociedad.

Criterios de exclusión:

- Artículos en los que la contención mecánica no es el tema principal.
- Artículos en los que se relaciona la contención mecánica con pediatría o psiquiatría.

4. MARCO CONCEPTUAL

La contención mecánica es todavía en la actualidad un procedimiento ambiguo, a pesar de haber sido utilizado durante siglos. Este hecho se constata al comprobar que en la literatura científica no existe consenso ni en el término, ni en la definición. Varios autores coinciden en definir la contención mecánica como *“cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo pueda suprimir fácilmente y el cual restrinja la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo”*^(4,6-9,11). No obstante, a pesar de describirlo igual, algunos utilizan el término *“sujeción física”*^(4,7,8,11,12) y otros *“restricción física”*^(6,9,13-15).

La Fundación de Cuidados Dignos⁽¹²⁾ difiere en el significado de estas dos expresiones, entendiéndolo que la *“restricción física”* incluye *“cualquier acción (médica, química, física, psicológica, social o de cualquier otro tipo), 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 mismo o de una tercera persona”*. Este organismo opta en su texto por la definición consensuada internacionalmente por el Joanna Briggs Institute (JBI), utilizada también en la bibliografía revisada en inglés^(12,16,17):

“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 movimientos y/o el natural acceso a su cuerpo”.

Para acabar con las diferencias en los términos utilizados, cabe destacar que hay autores que prefieren referirse al procedimiento como *“contención mecánica”*⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Rodríguez Delgado⁽¹⁹⁾, el único autor que plantea la disparidad en el término utilizado, comenta que aunque la comunidad científica se decanta por utilizar los vocablos *“restricción”* y *“sujeción”*, la Real Academia de la Lengua Española hace una distinción, confiriéndole al verbo *“sujetar”* una connotación de dominación y poder.

Volviendo a la definición, algunos de los artículos revisados incluyen la finalidad en la misma^(15,20,21), lo que para Burgueño Torijano⁽⁴⁾ podría llevar a pensar que las contenciones son siempre utilizadas con fines terapéuticos, cuando en ocasiones no es así. Rodríguez-Delgado⁽¹⁹⁾ añade que en vez de centrarse en el uso de dispositivos, la definición debería hacer hincapié en la intencionalidad de la acción, ya que definir las contenciones mecánicas en función de los dispositivos puede crear ambigüedades tanto técnicas como éticas. Es decir, el uso de chalecos en las sillas de ruedas se consideraría una contención mecánica pero utilizar una mesa incorporada a la silla, que al fin y al cabo ejerce el mismo efecto restrictivo que el dispositivo tradicional, no se consideraría según esa definición. Por ello, propone ampliar el concepto de la contención mecánica a *“cualquier procedimiento, o dispositivo técnico, mobiliario o textil en contacto o muy cercano a la persona cuya intención sea la de restringir, limitar o dificultar la movilidad de una o varias partes de su cuerpo”*.

Con todo ello, algunos autores reflejan que desde la perspectiva jurídica todas las definiciones tienen en común la privación de la libertad del paciente, por lo que podría decirse que el punto en el que coinciden es la afectación del derecho fundamental reconocido en el artículo 17 de la Constitución Española: la libertad y la seguridad⁽³⁾.

Clasificación

Al igual que en la definición y la denominación, también existe ambigüedad en lo que respecta a la clasificación. Algunos coinciden en clasificar las contenciones en función del método de aplicación que se utiliza, distinguiendo así la contención física o mecánica y la contención química o farmacológica^(3,4,12). No obstante, este trabajo trata únicamente la contención mecánica, por lo que se desarrolla a continuación la parte que atañe únicamente a este aspecto.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG)⁽³⁾ utiliza los siguientes criterios para clasificar la contención mecánica: según la aceptación o no de la persona, coincide con la Fundación de Cuidados Dignos^(3,12) al diferenciar la contención voluntaria e involuntaria.

Dependiendo del dispositivo, utensilio o equipo que se utilice, identifica las contenciones como; muñequeras, tobilleras, cinturón abdominal o pelviano, peto torácico, cinturón de cama, barandillas de cama y sábanas^(3,19,21). A esta lista Rodríguez-Delgado⁽¹⁹⁾ añade las mesas incorporadas a la sillas, mientras que en el artículo de Gobert M et al.⁽²¹⁾ se separan las adyacentes al mobiliario (barandillas, mesa adaptada al sillón) y las no adyacentes al mobiliario (muñequeras, cinturón abdominal etc.).

En este punto, existe controversia a la hora de considerar ciertos métodos como dispositivos de contención mecánica. Este es el caso de las barandillas de cama y el mobiliario ergonómico adaptado (sillas, sillones geriátricos, mesas etc). La SEGG⁽³⁾ estima que forman parte de los dispositivos de contención mecánica, ya que todas limitan de alguna manera la libertad de movimientos. No obstante, gran parte de los entrevistados en el estudio de la familia no consideran las barras laterales como un mecanismo de contención mecánica⁽⁹⁾ y de hecho, el estudio realizado a las enfermeras de atención domiciliaria en Bélgica afirma que las valoran como medidas de seguridad, constituyendo, junto con los cinturones y sillas geriátricas, los dispositivos más utilizados en el domicilio⁽¹⁰⁾. Con todo ello, diversos estudios que analizan la prevalencia de uso de las contenciones ponen de manifiesto la falta de consenso, demostrando diferencias significativas en los datos ya que algunos autores las consideran contenciones y otros, por el contrario, no^(7,9,16).

La SEGG⁽³⁾ finaliza su clasificación atendiendo al criterio del tiempo que se van a aplicar consideradas algunas agudas, episódicas o esporádicas (menos de 2-3 días) y otras crónicas o permanentes (utilización superior a 2-3 días o una semana).

Rodríguez-Delgado⁽¹⁹⁾ propone aprovechar la riqueza de todos los ámbitos sociales y consensuar una clasificación donde además de las contenciones mecánicas, se tengan

en cuenta los demás tipos de contención: *Time out* (separación de una persona de un entorno que altera o puede alterar la conducta), contención espacial (o ubicación en salas o espacios amplios controlados), contención verbal (mediante el uso de la palabra) y contención física (la realizada cuerpo a cuerpo entre el cuidador y el usuario sin mediación de dispositivos).

Finalmente, la Fundación de Cuidados Dignos⁽¹²⁾ considera importante recalcar que según el carácter de la intencionalidad de acción deben distinguirse las contenciones con carácter restrictivo, cuando se utiliza como elemento que la persona no puede retirar fácilmente y restringe su libertad de movimientos; y con carácter no restrictivo, cuando se utiliza como elemento que permita mantener una posición corporal correcta y lo más fisiológica posible. Además, añade que pueden diferenciarse también, en función de lo limitantes que puedan resultar, en *minor* y *major*.

Indicaciones

En primer lugar, varios de los artículos revisados coinciden en incluir la prevención de caídas como indicación principal^(3,6,7,11,14,19). No obstante, algunos estudios identifican este hecho como contradictorio, ya que existe suficiente evidencia que demuestra que no resultan efectivas^(12,22), e incluso las incluyen en las contraindicaciones.

En segundo lugar, se habla de su aplicación para la instauración y aseguramiento de medidas terapéuticas^(3,6,12,14,16,19), aunque uno de los artículos asegura que la contención mecánica usada con este fin no debe superar los 3-5 días, ya que tras ese periodo es discutible que siga siendo la mejor alternativa para la persona⁽⁶⁾.

En tercer lugar, otro de los motivos de uso descritos en los diferentes textos es manejar situaciones que impliquen riesgo para el paciente, como pueden ser las alteraciones de conducta, identificando la contención mecánica como método para mejorar la seguridad del anciano^(3,6,7,11,12,14,19,22).

En cuarto lugar, se identifica también la indicación de garantizar la inmovilización y el control postural^(3,12,19).

Cabe destacar la apreciación de Alarcón Alarcón T⁽⁶⁾, Galán Cabello CM et al.⁽⁷⁾ y CEOMA^(6,7,11), que describen ocasiones en las que este procedimiento es utilizado por conveniencia de las personas a cargo del cuidado del anciano, por temas organizativos o por la falta de formación respecto al tema, recalcando además que en ocasiones el motivo para su utilización es incierta.

En lo que se refiere a la geriatría en concreto, Rodríguez Delgado⁽¹⁹⁾ reduce a tres las indicaciones; evitar las caídas, controlar los trastornos de conducta y manejar las salidas no controladas.

Por último, un estudio que recoge la percepción de los familiares que cuidan a ancianos en el domicilio⁽⁹⁾, aporta una lista de situaciones en las que, según el punto de vista de las personas entrevistadas, la contención mecánica estaría justificada. Ordenados del más contestado al menos contestado: Evitar caídas, controlar

agresiones, mantener dispositivos, manejar cuadros de agitación, riesgo de extraviarse, controlar riesgos durante el sueño, mantener el equilibrio corporal, para facilitar el descanso del anciano, falta de tiempo del cuidador.

Llama la atención la vivencia de las enfermeras belgas en el ámbito domiciliario, que identifican la necesidad de contención como medida para evitar que las personas mayores sean ingresadas en residencias o como forma de ofrecer un respiro a los cuidadores informales y que puedan así ir a comprar etc. dejando al anciano solo en el domicilio⁽¹⁰⁾.

Contraindicaciones

De los artículos revisados, solo cuatro hablan de las contraindicaciones de la contención mecánica, coincidiendo en que si existe alguna alternativa no debe aplicarse, ya que debe ser el último recurso. Además, comentan que nunca deben usarse por conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador, como sustitutivo de vigilancia^(3,12,15,20).

La SEGG⁽³⁾ concuerda con la Fundación de Cuidados Dignos^(3,12) en recalcar la importancia de efectuar una Valoración Geriátrica Integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología más adecuada, más digna y menos cruenta.

Además, la SEGG⁽³⁾ añade también contraindicaciones relacionadas con la prevención de complicaciones como son: Imposibilidad de prestar supervisión continuada y cuidados complementarios; material o dispositivos inadecuados, no homologados y que puedan poner en riesgo la seguridad de la persona a la que se le aplican; y falta de formación e información sobre el uso de sujeciones (beneficios/riesgos) en los profesionales, así como la falta de información a pacientes y familiares. Por último, destacan que no debe cederse ante presiones de las personas implicadas, ni utilizar el procedimiento como asistencia defensiva a las reclamaciones o demandas judiciales relacionadas con las caídas.

La Fundación de Cuidados Dignos⁽¹²⁾, Fernández Rodríguez⁽¹⁵⁾ y el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona^(12,15,20), coinciden en aclarar que nunca deben usarse como castigo ante una transgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.

Especial mención a la prevención de caídas, siendo consideradas por la Fundación de Cuidados Dignos⁽¹²⁾ dentro de las contraindicaciones mientras que el resto de autores las sitúan como una indicación^(3,6,7,11,14,16,19). En la historia de la utilización de este procedimiento, evitar las caídas ha sido uno de los principales motivos de aplicarlo, no obstante, se ha demostrado que la implantación de programas para disminuir el uso de sujeciones físicas en el anciano no se acompaña de un aumento en el número de caídas con efectos graves, si bien es cierto que otros estudios han constatado que se incrementan las caídas con consecuencias poco importantes^(4,6,12).

Complicaciones

Las complicaciones asociadas a la contención mecánica se mencionan ya en el siglo XIX, descritas en textos médicos como casos de muertes por asfixia. No obstante, es a partir de la década de 1980 cuando los profesionales de diversos países empiezan a tomar conciencia de los riesgos que entraña este procedimiento, comenzando así a publicarse periódicamente artículos relacionados con la materia ⁽¹⁴⁾. Hoy en día, son numerosos los estudios que afirman los efectos negativos sobre la salud tanto física como psicológica que tiene sobre las personas a las que se les aplica. Asimismo, está demostrado que aumentan la complejidad y el coste de la asistencia, incrementando a su vez la estancia media en unidades de hospitalización y los traslados a residencias de ancianos tras el alta hospitalaria. Son tales los efectos negativos, que se estima que solo en EE.UU. se producen 200 muertes al año por accidentes causados por la contención mecánica ^(3,13).

Además de complicaciones físicas, también tienen consecuencias psicológicas y emocionales graves, así como la pérdida de derechos y principios como la autonomía, dignidad y autoestima de los pacientes, resultando demoledores cuando se usan de forma diaria y rutinaria ⁽³⁾. Pueden separarse en dos grupos, teniendo en cuenta si se producen por el uso, o por el mal uso de los dispositivos.

Relacionadas con el uso del procedimiento

- *Complicaciones físicas*

La inmovilidad es el efecto deseado en un principio, pero si la contención mecánica se prolonga en el tiempo, las complicaciones pueden llegar a ser muy graves. Entre todas las consecuencias que tiene la inmovilidad prolongada (debilidad, atrofia muscular, pérdida de masa ósea, estreñimiento etc.), cabe destacar que el uso de contención por encima de cuatro días es un predictor independiente de infección nosocomial, con un riesgo relativo casi doble de que se produzcan ⁽⁶⁾.

También pueden aparecer complicaciones relacionadas con el roce continuo y la presión ejercida entre el dispositivo y el sujeto al que se le aplican. Así, podrían encontrarse laceraciones, erosiones, desgarros musculares y de los plexos nerviosos etc. Ejemplo de ello pueden ser los daños producidos en el plexo braquial debido a la presión de chalecos de restricción que se deslizan a la zona axilar, o en los nervios cubital y radial por el uso de muñequeras. Respecto a las úlceras por presión, existe evidencia de que el uso de este procedimiento puede llegar a multiplicar por cuatro el riesgo de desarrollarlas ⁽⁶⁾.

El artículo de Fariña-López ⁽¹⁴⁾ pone de manifiesto los resultados obtenidos por Hick JL et al. ⁽²³⁾, Mohr WK et al. ⁽²⁴⁾ y Pedal I et al. ⁽²⁵⁾, donde se demuestra que el uso de la contención mecánica puede producir estrés físico y emocional, ansiedad intensa y agitación que incrementan los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en sangre, las cuales provocan una sobre-estimulación del corazón y por tanto una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa. Otros autores consideran también la posibilidad de que la resistencia constante al dispositivo y la agitación que la acompaña podrían ser causantes de una acidosis metabólica con efectos

cardiovasculares negativos y difícil compensación fisiológica, debido a la dificultad ventilatoria del paciente sometido a restricción.

- *Complicaciones psicológicas*

Existe riesgo de padecer alteraciones sensoriales, relacionadas con el aislamiento social y del entorno. La relación con el personal sanitario o el cuidador puede verse alterada, ya que induce al personal a pensar que la persona no es capaz de comunicarse, disminuyendo así el trato natural con ella. También dificulta la rutina de la realización de los cuidados básicos y la adecuada exploración, lo que puede favorecer la aparición de los efectos adversos descritos en las anteriores líneas⁽²⁶⁾.

Además, la pérdida de autonomía y dignidad que pueden sufrir los pacientes tienen efectos muy desfavorables para la salud física y mental, produciéndose sentimientos y conductas de inquietud, agresividad, agitación, ira, miedo, pánico etc. Todo ello contribuye en la confusión de los ancianos y puede derivar en delirium⁽⁶⁾. De hecho, Scherder et al.⁽²⁶⁾ evidencia que el uso de contención mecánica incrementa el estado de agitación, pudiendo aparecer síntomas que también son observables en desórdenes post-traumáticos.

Asimismo, el estrés que genera no solo podría provocar la muerte súbita explicada anteriormente, sino que en estudios con animales sometidos a restricción (ratas introducidas en un tubo), se ha demostrado que el estrés intenso aumenta la tensión arterial, incrementa los esteroides adrenales y puede derivar en un síndrome de estrés crónico, siendo algunas de sus consecuencias la úlcera gastroduodenal y la depresión del sistema inmunitario⁽⁶⁾.

En este sentido, también hay estudios con ratas donde se objetiva un incremento de la pérdida de la memoria, incluyendo pérdida de las terminaciones nerviosas presinápticas en el hipocampo. Los datos que ofrece el estudio realizado con animales han podido ser comprobados, en cierta medida, en otro efectuado en una residencia de ancianos, donde encuentran asociación entre deterioro cognitivo, restricción física y uso de neurolépticos, mientras que no se encuentra relación entre el uso de neurolépticos sin restricción física y deterioro cognitivo⁽⁶⁾.

Por último, hay que tener en cuenta que los trastornos psico-afectivos que pueden producir como la depresión y la ansiedad, los sentimientos de humillación, retraimiento y vergüenza potencian, además de las complicaciones físicas, el sufrimiento de las personas a las que se les aplica la contención mecánica.

Relacionadas con el mal uso del procedimiento

Dependiendo de cómo se posicionen los dispositivos pueden darse complicaciones como la isquemia de miembros y otros accidentes con consecuencias fatales como es la muerte del paciente por asfixia⁽¹³⁾.

La mala colocación del mecanismo de contención podría causar una presión en el cuello, tórax o parte superior del abdomen, dificultando así la entrada de aire a los

pulmones. Las causas que se describen en uno de los estudios revisados son las siguientes⁽¹⁴⁾:

- Asfixia por estrangulamiento: El dispositivo comprime el conducto aéreo contra el plano prevertebral, causando una anoxia de origen respiratorio e incluso isquemia encefálica.
- Asfixia postural o posicional por suspensión: Ocurre cuando la persona queda colgada del mecanismo, a nivel del tórax o de la zona abdominal, dificultando la inhalación y provocando así la disminución del volumen pulmonar.
- Asfixia por sofocación por compresión toraco-abdominal: Puede darse cuando la persona queda atrapada en alguna parte de la cama (entre el colchón y la barra lateral, por ejemplo), lo que produce que el tórax no pueda expandirse durante la inspiración.

A continuación se expone una tabla a modo de resumen, donde se recogen las principales complicaciones asociadas al uso del procedimiento.

Tabla 4: Complicaciones asociadas al uso de contención mecánica. Elaboración propia.

COMPLICACIONES FÍSICAS	COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS
Inmovilidad <ul style="list-style-type: none"> - Debilidad - Pérdida de fuerza - Atrofia muscular - Rigidez, anquilosis - Pérdida de masa ósea - Aumento del riesgo de caídas - Disminución del apetito - Deshidratación - Estreñimiento - Hipotensión - Aumento del riesgo de síncope - Infecciones 	Alteraciones sensoriales Aislamiento social y del entorno Confusión, factor precipitante de delirium <ul style="list-style-type: none"> - Retiro/apatía - Estrés - Inquietud - Agitación - Agresividad - Ira - Miedo/pánico
Roce continuo del dispositivo <ul style="list-style-type: none"> - Erosiones, laceraciones - UPP - Desgarros musculares y de los plexos nerviosos - Isquemia de miembros 	Trastornos psico-afectivos <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad Humillación Retraimiento Vergüenza
Incontinencia urinaria y fecal	Incremento de pérdida de memoria
Aspiración <ul style="list-style-type: none"> - Neumonía - Edema de pulmón 	Pérdida de autoestima Pérdida de dignidad
Asfixia (estrangulamiento, por suspensión del cuerpo...)	
Riesgo de muerte súbita	

Aspectos legales

Actualmente en España no existe legislación específica que regule en profundidad el uso de las sujeciones en ancianos, no obstante, diversas leyes autonómicas hacen referencia a las mismas, estableciendo límites a su uso. Este es el caso de Cantabria, Valencia, Navarra, Cataluña, Islas Baleares, Asturias, País Vasco y La Rioja, que coinciden en destacar que para aplicar la sujeción física es necesario que sea prescrito por un facultativo y que se obtenga un consentimiento informado, exceptuando el caso de urgencia^(12,27).

En el caso de la Comunidad Foral de Navarra, en el año 2011 se publicó en el Boletín Oficial de Navarra el Decreto Foral 221/2011, del 28 de septiembre⁽²⁸⁾, siendo así la primera vez que se regula en España el uso de sujeciones físicas y farmacológicas que se aplican en el ámbito socio-sanitario. La finalidad es, además de promulgar una regulación respecto al tema, terminar con la “inercia” de prescribir el uso de sujeciones fundamentalmente para garantizar “la seguridad” de la persona y así evitar el riesgo de caídas, sin previamente haber tenido en cuenta y valorado otras alternativas existentes. Pretende también proteger los derechos fundamentales de las personas mayores en relación con el uso de sujeciones, determinando los principios básicos y derechos que deberán ser tenidos en cuenta. Además, establece garantías como la prescripción facultativa, el consentimiento informado, el cuidado de la persona en caso de aplicar sujeciones y los protocolos a seguir en cada caso⁽²⁷⁾.

A continuación, se desarrollan algunos puntos relevantes de la Ley Foral 15/2006 de Servicios sociales⁽²⁹⁾, Decreto Foral 221/2011(28) y la Ley Foral 17/2010 de derechos y deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra⁽³⁰⁾.

Las personas usuarias de servicios residenciales tienen 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”⁽²⁹⁾.

La aplicación de sujeciones solo es constitucionalmente legítima cuando, tras haber considerado todos los aspectos relevantes, se compruebe que la medida limitativa es proporcionada y absolutamente necesaria para conseguir el fin perseguido⁽²⁷⁾.

Previamente deben haberse ensayado otras alternativas válidas y haber hecho efectivo el derecho de la persona reconocido en la Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales a tener una valoración individualizada de sus necesidades y problemas, donde deben contemplarse los aspectos biopsicosociales. Todas las actuaciones relativas a la sujeción deben constar en el Plan de Atención Individualizada donde se recogerán la pauta de control de la persona y de la sujeción, las características de la persona, el objetivo perseguido y el plazo para lograrlo, así como los efectos negativos previsibles y evitables. Además, debe elaborarse una ficha de prescripción individual y de

seguimiento donde tiene que detallarse la sujeción o el fármaco prescrito, la motivación, indicación y objetivos, grado de sujeción necesario, duración, frecuencia, pauta de control, medidas que se deben adoptar durante la aplicación de sujeción, medidas alternativas ensayadas y efectos evidenciados, así como el consentimiento informado^(28,29).

La Ley Foral 17/2010 de derechos y deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra, en el artículo 49.9, establece la información que se debe proporcionar a la persona mayor, la cual deberá incluir al menos: Identificación y descripción del tipo de sujeción a aplicar, objetivos de la aplicación, beneficios que se esperan alcanzar, inexistencia de alternativas razonables a la aplicación, consecuencias previsibles de la aplicación, consecuencias previsibles de no utilizar sujeciones, riesgos frecuentes de la aplicación, riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados a la aplicación por criterios científicos, riesgos y consecuencias en función de la situación del afectado y sus circunstancias personales, contraindicaciones⁽³⁰⁾.

El consentimiento informado del afectado es obligatorio. Cuando el uso de sujeciones lo es sin consentimiento de la persona afectada (o de sus representantes) o en contra de su voluntad y no existen razones excepcionales que lo justifiquen (urgencia y gravedad), será una vulneración cierta y flagrante de los derechos. En el caso de las personas mayores que por incapacidad natural derivada de su estado no comprenden en qué consiste la sujeción, sus riesgos etc., pueden sustituir este derecho los familiares, pero siempre es necesaria la constancia documental del consentimiento⁽²⁷⁾. Cabe destacar una cuestión innovadora a este respecto, reflejada en el artículo 7 del Decreto Foral 221/2011, el cual establece que “cada tipo de sujeción y pauta de aplicación, será objeto de consentimiento informado por separado, no siendo válido un único consentimiento informado para que se considere que se han aceptado y consentido distintos tipos o pautas”⁽²⁸⁾.

También se contempla el derecho a rechazar la aplicación de sujeciones, ya que son técnicas que implican siempre unos riesgos físicos y psíquicos notorios. Utilizarlas sin consentimiento, además vulnerar el derecho de autodeterminación del anciano, también vulnera su derecho fundamental a la integridad física. Hay que tener en cuenta además, que el derecho no se basa simplemente en poder negarse, sino que implica que el equipo asistencial tenga previstas unas alternativas para continuar la atención adecuada del usuario y que no merme la calidad del cuidado⁽²⁷⁾.

Por último, en cuanto a la prescripción facultativa cabe destacar que si bien al médico le corresponde prescribir el uso de sujeciones, será el equipo asistencial del centro el que deberá valorar el problema de la persona de forma interdisciplinar y decidir la aplicación de estas medidas. Además, en el DF no solo se exige que todo el equipo asistencial haga una valoración individualizada, sino que obliga a que se garantice que se han estudiado otras alternativas posibles distintas a la sujeción⁽²⁹⁾.

Aspectos éticos

El quehacer de las enfermeras consiste en velar por la promoción, protección y cuidado de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo⁽²⁰⁾. La utilización de medidas de contención mecánica puede potencialmente, si no responden a una correcta indicación o la realización técnica es inadecuada, vulnerar derechos fundamentales de la persona. Por ello, es imprescindible reflexionar teniendo en cuenta los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia. Además, no se puede obviar el hecho de que las personas tienen derecho a ser tratadas dignamente, entendiendo que cada persona es un individuo único y que la dignidad no se pierde aunque se esté enfermo, discapacitado o la muerte sea inminente. En el respeto a la dignidad humana se centra la ética clínica, desarrollada a continuación en los principios básicos de la bioética⁽¹⁷⁾.

Beneficencia: Se entiende como la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, es decir, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y procurar el bienestar de la persona enferma⁽¹⁵⁾.

En el caso de las contenciones mecánicas en ancianos, este principio toma gran relevancia ya que se trata de personas vulnerables, que en muchas ocasiones no pueden llevar a cabo por sí mismos acciones que garanticen su bienestar. Cabe destacar que el concepto de bienestar es muy amplio, no solo se refiere a la integridad física, sino que al considerar a las personas como seres holísticos debe englobarse también el bienestar psicológico, social y moral. En ciertos casos la integridad física puede entrar en conflicto con el resto de aspectos comentados, no obstante, nadie salvo la persona misma puede priorizar cual es más importante.

En este sentido, la tendencia suele ser a pensar que las vidas de las personas mayores deben estar dominadas por la protección de su seguridad e integridad física, pero si se tiene en cuenta que durante la vida de las personas muchos persiguen actividades que pueden causarles daños físicos y, aun así, escogen hacerlo por el beneficio psicológico y emocional que les aporta, se entiende que las personas mayores también pueden preferirlo⁽¹⁷⁾. Con todo ello, si tenemos en cuenta el concepto de bienestar general, no puede considerarse la contención mecánica desde una perspectiva meramente de salvaguardar la integridad física, sino también como una medida que afecta a las personas desde una perspectiva social (el contacto interpersonal), psicológica (autoconcepto) y moral (respeto de la autonomía).

No maleficencia: Se refiere a la obligación de no hacer daño, es el principio básico de todo sistema moral, entendiendo por daño no únicamente el daño físico.

En el caso de la contención mecánica, no se trata solo de no hacer daño durante la técnica, sino también de si la técnica es la más adecuada para el paciente. Es decir, si la indicación no estuviera claramente justificada, debidamente indicada, o fuera claramente desproporcionada, este principio se vería vulnerado, lo cual supondría una mala praxis, moralmente inaceptable y judicialmente sancionable, puesto que los principios éticos de mínimos no admiten excepciones⁽¹⁵⁾.

Justicia: Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

En este caso, haría referencia también a la adecuada indicación de la técnica, y al hecho de que esa indicación no venga motivada por razones que puedan implicar una discriminación de cualquier tipo en el uso de los recursos apropiados^(15,20).

Autonomía: Entendido como el respeto a la capacidad que tienen las personas para autogobernarse, para actuar con conocimiento de causa y para dotarse de un proyecto de vida sin coerción⁽¹⁵⁾.

Los seres humanos son personas que normalmente actúan según su conciencia, en libertad y de una manera responsable. La capacidad de los seres humanos para tomar decisiones siempre debe respetarse, también en el contexto de contención mecánica en ancianos. La forma para facilitar la toma de decisiones por parte de la persona o sus allegados, en el caso de no poder hacerlo la persona afectada, es ofrecer información de la manera más comprensible y objetiva posible, sobre las distintas posibilidades de tratamiento, los riesgos y los beneficios etc. Se debe intentar llegar a una decisión consensuada entre los profesionales, las personas mayores y sus familiares, independientemente de que se trate de personas con capacidades cognitivas conservadas o deterioradas por una demencia. Es función de los profesionales ofrecer un apoyo óptimo a las personas fomentando sus capacidades para que puedan ser lo más independientes posibles (iluminación adecuada, habitación tranquila, contacto con familiares, mantenimiento de rutinas...). En el caso de la contención mecánica, la privación de la libre movilidad implica necesariamente limitación en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y cualquier otra actividad que requiera esa libertad de movilidad, por lo que este principio queda vulnerado⁽¹⁷⁾.

Actitud de los agentes implicados

Teniendo en cuenta que la contención mecánica es un procedimiento que limita la libertad y autonomía de la persona pudiendo poner en riesgo la dignidad de la misma, cabe mencionar las reflexiones de algunos estudios que analizan las percepciones que tienen las personas implicadas en su uso^(4,6,7,9,11,17,22,31,32,33).

Población anciana

Se identifican sentimientos variados entre las personas mayores que se han encuestado en los estudios. Algunos afirman sentirse más seguros, aunque en general, no son aceptadas de buen grado. Las personas que conservan sus capacidades cognitivas suelen aceptarlas en el caso de tener un miedo extremo a las caídas, considerando que de esa forma estarán más seguros⁽⁴⁾. No obstante, en opinión de varias personas tiene más efecto traumático que terapéutico. En muchas ocasiones es considerada como una experiencia de humillación, e incluso para algunos significa que

se acerca el final, el inevitable curso natural de la vida⁽¹⁷⁾. En el caso de las personas con demencia, que generalmente son a las que más se les aplica este procedimiento, si bien no pueden decir exactamente lo que piensan, es fácilmente observable si su actitud es de aceptación o negación, predominando la negación⁽⁴⁾.

Profesionales de enfermería

La actitud que muestran los profesionales de enfermería es ambigua. Hay estudios que demuestran que los profesionales mantienen una actitud ligeramente en contra de las contenciones, aunque al mismo tiempo, creen que son necesarias para garantizar la seguridad del anciano^(31,32). En estos casos, la necesidad percibida de sujeción tiene más influencia que los sentimientos negativos que experimentan, llegando a expresar sentimientos de culpabilidad, frustración y tristeza al aplicarlas, con comentarios como “Como enfermera me siento muy mal, esto es inhumano, descortés, y asustará al anciano...pero es mi responsabilidad y obligación proteger su seguridad”⁽²²⁾. Supone un conflicto moral para muchos profesionales, que dicen tener que elegir entre limitar el movimiento de la persona o evitar que se haga daño. Para salvar el conflicto, optan por redefinir el concepto de contención mecánica y centrarlo en el beneficio esperado y la buena intención de la acción, justificándolo así como un procedimiento realizado “por el propio bien del paciente”⁽²²⁾.

La seguridad del anciano junto con el aseguramiento del mantenimiento del tratamiento son las razones por las que se justifican con más frecuencia. En el caso de Estados Unidos, un estudio realizado en un hospital donde más del 60 % de pacientes eran mayores de 65 años, mantienen una actitud más positiva para el uso de la contención por motivos de tratamiento, mientras que en otro estudio realizado en Australia, señala que son las caídas^(22,33). En este sentido, algunos profesionales dicen que se sienten presionados por ciertas políticas del centro de reducción de caídas⁽²²⁾.

Por último, cabe destacar que el nivel de conocimientos que se observa acerca del tema es muy limitado. Fariña-López et al.⁽⁹⁾, en un estudio realizado en España afirma que el 69.8 % de las enfermeras reconocieron que su formación sobre la contención era limitada, aunque el 98.7 % las había aplicado en alguna ocasión. De esta misma muestra, el 69.1 % ignoraba que el uso de este procedimiento estuviese asociado con la muerte de los pacientes e incluso más de la mitad afirmó haber utilizado sábanas convencionales en sustitución de chalecos o cinturones abdominales. La falta de conocimientos respecto al manejo de problemas asistenciales, como los conductuales, provoca que este procedimiento se convierta en la única estrategia de cuidado, descrita por algunas enfermeras como una práctica rutinaria. De hecho, se observa que solo un 32 % confirma la existencia de buenas alternativas al uso de sujeciones físicas^(31,33).

Familiares

El estudio realizado por Fariña-López et al.⁽⁹⁾, el cual recoge las actitudes de 50 familiares ante el uso de sujeciones en personas mayores dependientes en el domicilio, afirma que las familias mantienen una actitud positiva ante la contención y consideran apropiado su uso. No obstante, también se objetiva que poseen un limitado conocimiento de las alternativas que pueden emplearse y de las

complicaciones que pueden originar. El 23.3 % no es consciente de las consecuencias negativas por la aplicación continuada de restricciones y contestó que éstas no originan ninguna complicación física o psicológica. El resto de la muestra sólo fue capaz de identificar una o dos complicaciones relacionadas con el uso de la restricción⁽⁹⁾.

Ninguno de los encuestados piensa que esta técnica sea inadecuada, de hecho, la mayoría de la muestra (73 %) afirma que la usaría según el caso. En opinión de los autores, al no existir una normativa legal específica, su uso puede resultar algo normal⁽⁹⁾.

Actitud de la sociedad

Existen ciertos mitos sobre la contención mecánica en la sociedad. Para empezar, se considera una medida inofensiva, aunque en realidad se asocia con numerosas complicaciones tanto físicas como psicológicas. En segundo lugar, se cree que siempre se utilizan por seguridad, pero diversos autores afirman que en muchas ocasiones son utilizadas por conveniencia de los profesionales o de la organización de los centros^(6,7,11). Para seguir, muchos opinan que evitar las sujeciones es una cuestión de dinero, no obstante, los estudios demuestran que las personas con contención mecánica precisan de más atención, ya que, entre otros aspectos, son totalmente dependientes para las actividades de la vida diaria, por lo que los profesionales deben dedicarles más tiempo. Por último, parece que el uso de barandillas es algo independiente a las sujeciones, pero lo cierto es que si se aplican para evitar que la persona se levante, resultan igual de limitantes que el resto, pudiendo producir los mismos efectos negativos en las personas a las que se les colocan⁽⁴⁾.

Alternativas de uso

Diferentes organismos abogan por lo que llaman “cuidados no sujeciones”, definidos como “atención asistencial en la que la sintomatología conductual problemática asociada al deterioro cognitivo, se aborda sin la utilización de medidas de sujeción restrictiva físicas o químicas, lo que favorece el desarrollo del paciente como persona LIBRE y con DERECHOS”. Aunque advierten que no garantizan automáticamente que los cuidados se realicen tratando a las personas como sujetos libres y con derechos, dicen que podría contribuir a promover el respeto hacia la persona cuidada^(11,12).

Hay autores que ofrecen alternativas respecto al uso del procedimiento, señalando algunas medidas generales y teniendo en cuenta que la contención siempre debe ser el último recurso^(4,14,17):

- Proporcionar una atención individualizada: continuidad de la atención, comunicación clara y significativa que refleje la cortesía y el respeto, escucha activa, documentación y análisis de comportamiento.
- Reconocer y responder a las necesidades de apoyo psicosocial, cuidados sanitarios, actividades de la vida diaria y ejercicio regular.
- Modificar el entorno para hacerlo más seguro

- Fomentar visitas de familiares y parientes, a la vez de participación en actividades físicas y estimulación cognitiva.
- Utilizar métodos menos invasivos de administrar medicamentos y alimentación
- Dotar de más trabajadores, voluntarios, familiares etc.

Al margen de estas alternativas generales, pueden concretarse algunas específicas referentes a las indicaciones más frecuentes para el uso de contenciones en ancianos:

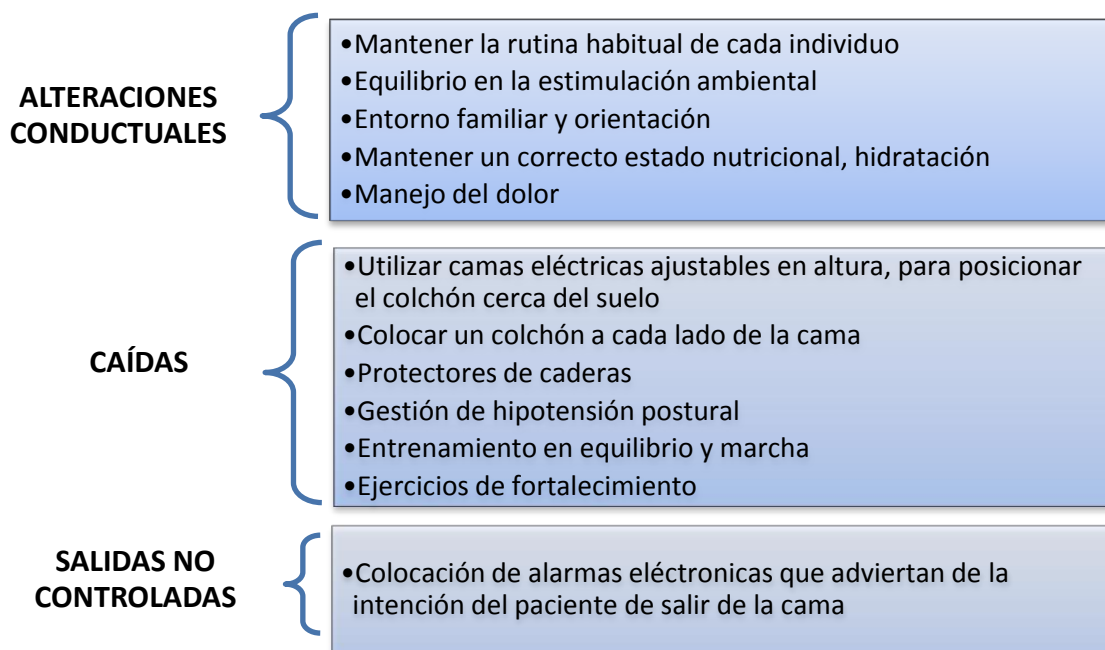


Figura 1: Alternativas de uso específicas para indicaciones más frecuentes de CM. Elaboración propia

De cualquier modo, diversos artículos destacan que los esfuerzos deben ir dirigidos a reducir el número de contenciones utilizadas, para lo que proponen como clave del cambio los programas de formación para los profesionales^(7,9,14,16,21,31,32). Hay estudios que demuestran que la formación adecuada del personal de atención directa consiguió una reducción del 56 % en su utilización, sin aumentar el número de empleados, el uso de fármacos psicotrópicos o la incidencia de caídas⁽⁷⁾. Asimismo, se explica que los programas de formación son más eficaces cuando se abordan en profundidad todos los factores relacionados (alternativas, modificaciones del entorno, cuestiones legales, aspectos organizacionales etc.)⁽³¹⁾.

Por su parte, Mölher et al.⁽²²⁾ consideran que además de la formación, debería cambiarse la filosofía y cultura de las organizaciones, dejando la actitud paternalista que en muchas ocasiones rige el cuidado de las personas mayores a un lado. Al mismo tiempo, Alarcón⁽³⁴⁾ destaca que en otros países la introducción de programas educativos para profesionales, donde se trabajan las alternativas de uso y el conocimiento de las consecuencias, combinado con el seguimiento de políticas de no contención han resultado muy útiles en la reducción de la prevalencia de contención.

5. GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA ANCIANOS CON CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL DOMICILIO

Guía de recomendaciones para ancianos con contención mecánica en el domicilio



*Amaia Bermejo Arana
Grado en enfermería. UPNA*

PRESENTACIÓN

El envejecimiento demográfico es una de las realidades de la sociedad actual. España, es uno de los países con el índice de envejecimiento más alto en el mundo, ocupando el séptimo lugar entre las naciones de Europa. En el caso de Navarra, la previsión es que la población sea ligeramente más envejecida que la actual, con un crecimiento de la población mayor de 65 años.

Debido a este fenómeno se vaticina un aumento exponencial del número de personas afectadas por la demencia, a las que se asocian trastornos de conducta como la agitación, desorientación, confusión y agresividad. Son situaciones complejas en las que los profesionales y cuidadores tienen la función de acompañar, cuidar y asistir a las personas, y la obligación de dirigir todos los esfuerzos a conseguir la mejor calidad de vida posible. Para ello, es imprescindible que la asistencia sea multidisciplinar y que las intervenciones sean consecuentes con la ética clínica.

Esta guía se centra en un procedimiento concreto que se utiliza en los ancianos, la contención mecánica. Hace referencia a los ancianos en el domicilio, ya que en ocasiones puede ser utilizada en casa de la persona sin que los profesionales del centro de salud tengan conocimiento. Pretende ofrecer a los profesionales de enfermería de Atención Primaria una visión de la importancia que tienen ciertos aspectos en esta técnica, de forma que surja en ellos una preocupación por el uso que se le puede estar dando en el ámbito domiciliario, sin ningún tipo de control ni prevención.

¹Imagen de portada

¹ Un anciano permanece atado a la cama en una residencia. Elcorreo.es EFE

ÍNDICE

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA ANCIANOS CON CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL DOMICILIO

PRESENTACIÓN

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS DE LA GUÍA.....	1
3. DISPOSITIVOS.....	2
4. PERFIL DE LAS PERSONAS EN LAS QUE SE UTILIZA.....	2
5. INDICACIONES.....	3
6. CONTRAINDICACIONES.....	4
7. COMPLICACIONES.....	5
8. RECOMENDACIONES.....	7
9. BIBLIOGRAFÍA.....	7
10. ANEXOS.....	8

INTRODUCCIÓN

La contención mecánica se conoce internacionalmente como “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 movimientos y/o el natural acceso a su cuerpo”.

Aunque se trata de un procedimiento utilizado en la sociedad española, es ambiguo, a lo largo de la historia ha sido un procedimiento oscuro, oculto, utilizado sin consentimiento de la persona afectada. No ha sido hasta el comienzo del siglo XXI cuando se han comenzado a realizar estudios e investigaciones al respecto en España.

La limitación de la libertad de la persona es el punto principal por el que se caracteriza, lo que desde la perspectiva jurídica se trata de una vulneración del derecho fundamental reconocido en la constitución española. Aun así, la legislación española no contempla una ley específica para las contenciones, Navarra es la primera comunidad que ha legislado entorno al tema, no obstante, no dice nada acerca de los domicilios. No obstante, centra el Decreto Foral 221/2011 (el que desarrolla la ley), únicamente en el ámbito asistencial de las residencias y centros hospitalarios. No existe legislación específica sobre el domicilio.

Atención Primaria se encarga de la atención a los ancianos en el domicilio, pero la utilización de contención en casa no es registrada. Esto no parece congruente con lo que aporta la Ley Foral 15/2006, de Servicios Sociales, en la cual se dice que todas las contenciones que se pongan deberán tener un consentimiento informado y por consenso entre los profesionales el afecto y/o sus familiares.

LA CONTENCIÓN MECÁNICA SIEMPRE DEBE SER LA ÚLTIMA OPCIÓN

OBJETIVOS DE LA GUÍA

Los objetivos de la guía de recomendaciones son:

- Informar a los profesionales del centro de salud sobre los dispositivos más utilizados, así como de los que más accidentes originan.
- Describir el perfil de las personas a las que se le aplican contenciones en el domicilio
- Exponer las indicaciones y contraindicaciones relacionadas con el procedimiento, además de algunas alternativas
- Explicar la forma de prevenir complicaciones físicas y psicológicas
- Motivar a los profesionales para implicarse en el uso de las contenciones mecánicas en los domicilios

DISPOSITIVOS

Existe una amplia gama de dispositivos en el mercado (ANEXO 1):

- Adyacentes al mobiliario: Barandillas de cama, mesas acopladas a la silla etc.
- No adyacentes al mobiliario: Muñequeras, tobilleras, cinturones abdominales, peto pélvico, etc. Todos ellos pueden encontrarse en las modalidades de sujeción con velcro o con imán, siendo las primeras consideradas “más suaves”.

En lo que respecta a los dispositivos más utilizados en el ámbito institucional, destacan las barras laterales de la cama. En segundo lugar, se sitúan los mecanismos de restricción del tronco (cinturones abdominales y chalecos), seguidas de las sillas de sujeción y en menor proporción los dispositivos de restricción de los miembros.

Los mecanismos más utilizados en el domicilio se presentan en la siguiente tabla, según un estudio que recoge la experiencia de cuidadores en el domicilio:

Tabla 5: Tipo de restricción más utilizada (Fariña-López et al. 2008)

Barras laterales en cama	37,21%
Cinturones	16,28%
Sábanas anudadas	11,63%
Muñequeras	9,30%
Vendas elásticas	6,98%
Chalecos	4,65%
Cinturones de bata	4,65%

PERFIL DE LAS PERSONAS EN LAS QUE SE UTILIZA

En base a las indicaciones anteriores, encontramos que el perfil del paciente al que se le aplica contención mecánica es el siguiente:

- Personas de edad avanzada, con alto riesgo de caídas
- Personas con alteraciones de conducta en relación a deterioro cognitivo
- Personas con deterioro funcional físico
- Personas a las que se le asocian psicotrópicos
- Personas con escaso apoyo social y dificultad por parte del cuidador de ser supervisada las 24 horas

Estas personas pueden tener dificultades para pedir ayuda en caso de necesitarlo, LA VIGILANCIA DEBE SER EXHAUSTIVA

INDICACIONES

A continuación se exponen las indicaciones de la contención mecánica en ancianos, junto con algunas recomendaciones o alternativas específicas. Cabe destacar que, aunque en algunas situaciones se consideran las contenciones como efectivas, la evidencia científica demuestra que no lo son.

Tabla 6: Indicaciones para la población general y recomendaciones relativas. Elaboración propia.

INDICACIONES	ALTERNATIVAS/RECOMENDACIONES
Prevención de caídas	No previene de las caídas. Las consecuencias pueden ser más graves
Instauración y aseguramiento de medidas terapéuticas	La CM no debe superar los 3-5 días, es discutible que siga siendo la mejor alternativa
Manejar situaciones de alteración de conducta	Orientar e informar en todo momento Manipulación medioambiental; dejar la luz encendida, disminuir el ruido etc.
Manejo de salidas no controladas	Control creativo mediante radio, televisión, ejercicio, terapia ocupacional... Colocar un brazalete de identificación
Garantizar la inmovilización y el control postural	Utilizar siempre la medida menos restrictiva posible

Un estudio en el que se recoge la percepción de los familiares que cuidan a ancianos en el domicilio, aporta una lista de situaciones en las se utiliza la contención mecánica.

Tabla 7: Situaciones que justificarían el uso de sujeciones físicas (Fariña-López et al. 2008)

Controlar agresiones	60,47%
Mantener dispositivos (p. ej., sondas)	53,49%
Manejar cuadros de agitación	51,16%
Riesgo de extraviarse	37,21%
Controlar riesgos durante el sueño	30,23%
Mantener el equilibrio corporal	27,91%
Para facilitar el descanso del anciano	25,58%
Falta de tiempo del cuidador	23,26%

CONTRAINDICACIONES

Contraindicaciones generales

- **Si existe alguna otra alternativa, siempre debe ser el último recurso.**
- Por conveniencia, comodidad o dejadez de los profesionales o personal cuidador, como sustitutivo de vigilancia.
- Como castigo ante una transgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada

CUIDADO con personas que toman DIURÉTICOS, las ganas de orinar combinadas con la contención podrían agravar las alteraciones de conducta

Caso especial de las caídas

Evitar las caídas ha sido uno de los principales motivos de aplicarlo, no obstante, se ha demostrado que la implantación de programas para disminuir el uso de sujeciones físicas en el anciano no se acompaña de un aumento en el número de caídas con efectos graves, si bien es cierto que otros estudios han constatado que se incrementan las caídas con consecuencias poco importantes.

Existe evidencia científica que demuestra que no es un método efectivo para prevenir las caídas.

COMPLICACIONES

Antes de aplicar contención mecánica a una persona se precisa una Valoración Geriátrica Integral que permita detectar el origen de los trastornos de conducta y corregirlos con otra metodología, siempre que sea posible.

En caso de no existir otra alternativa, y utilizar la contención mecánica, debe recordarse que la utilización de este procedimiento no exime de la necesidad de vigilar a la persona, por el contrario, será necesario efectuar ciertos cuidados dirigidos a la prevención de complicaciones tanto físicas como psicológicas. Deben valorarse los siguientes aspectos:

- Estado de ánimo
- Necesidad de ir al baño
- Temperatura de manos y pies
- Aparición de rigideces musculares
- Existencia de posturas perjudiciales (torsiones, etc.)
- Existencia de compresión de algún miembro
- Otras necesidades

En la tabla se exponen las complicaciones potenciales tanto físicas como psicológicas descritas, las relacionadas con su uso y con el uso incorrecto de las mismas:

Tabla 8: Complicaciones asociadas a la contención mecánica y relación de recomendaciones para prevenirlas. Elaboración propia

COMPLICACIONES FÍSICAS		RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN
RELACIONADAS CON EL USO	<p><u>Inmovilidad:</u> Debilidad, pérdida de fuerza, atrofia muscular, rigidez, anquilosis, pérdida de masa ósea, aumento del riesgo de caídas, disminución del apetito, deshidratación, estreñimiento, hipotensión, aumento del riesgo de síncope, infecciones, incontinencia urinaria y fecal, aspiración; Neumonía, edema de pulmón</p> <p><u>Roce continuo del dispositivo:</u> Erosiones, laceraciones, UPP</p> <p><u>Muerte súbita</u></p>	Cambios posturales cada 2 horas para evitar que se desarrollen úlceras por presión
		Intervención diaria de un fisioterapeuta para evitar rigideces y la atrofia muscular
		Dar friegas en la piel, especialmente en las zonas de apoyo
		Llevar al enfermo al baño cuando lo precise o, como mínimo, cada 2 horas. Si la persona es incontinente, revisar cada 2 horas la eliminación
		Hacer caminar al paciente entre 5-10 minutos aproximadamente cada 30 o 60 minutos
RELACIONADAS CON EL MAL USO	<p>Asfixia (estrangulamiento, por suspensión del cuerpo...)</p> <p>Desgarros musculares y de los plexos nerviosos</p> <p>Isquemia de miembros</p>	<p>Utilizar siempre material homologado</p> <p>Vigilar exhaustivamente a la persona</p> <p>Colocar bien los dispositivos</p>

PSICOLÓGICAS	RECOMENDACIÓN DE PREVENCIÓN
<p><u>Deterioro de las relaciones:</u> Alteraciones sensoriales, aislamiento social y del entorno, confusión (factor precipitante de delirium), retiro/apatía, estrés, inquietud, agitación, agresividad, ira, miedo/pánico</p> <p><u>Pérdida de memoria</u></p> <p><u>Estrés Crónico:</u> Úlcera gastroduodenal, depresión del sistema inmunitario</p> <p><u>Trastornos psico-afectivos:</u> Depresión, ansiedad, humillación, retraimiento, vergüenza</p> <p><u>Pérdida de autoestima</u></p> <p><u>Pérdida de dignidad</u></p>	Darle conversación, leer en voz alta etc., cada poco tiempo. Es imprescindible la visita regular de la familia.
	Realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y el mal olor
	Evitar las sujeciones en el momento de la comida y mientras realice otras actividades semejantes
	Facilitar alguna actividad de entrenamiento (manualidades, música, etc.)
	Ubicarlo en zonas tranquilas pero frecuentadas por más personas (evitar el aislamiento)
	Recurrir a las intervenciones que sean necesarias para retirar en su momento la sujeción.

RECOMENDACIONES

La recomendación principal es:

INDIVIDUALIZAR LOS CUIDADOS, CREAR UN ENTORNO SEGURO Y CONFORTABLE

Secuencia de pasos para la aplicación del procedimiento

A la hora de decidir aplicar una contención mecánica, deben tenerse en cuenta lo siguiente:

- Antes de decidir su utilización, debe considerarse el nivel de riesgo existente:
 - Identificar los tipos y niveles de riesgo que puedan sufrir los usuarios.
 - Revisar y tratar los factores de riesgo de caídas, tanto intrínsecos como extrínsecos.
 - Promocionar las actividades preventivas, cuidadoras, rehabilitadoras y las medidas de seguridad: trato humano, agradable y respetuoso basado en los principios fundamentales, exhaustivo control de la polifarmacia y los psicofármacos, fisioterapia y rehabilitación de la marcha y el equilibrio, actividades físicas destinadas a la prevención de caídas, adaptación del entorno arquitectónico y mobiliario.
- Tras considerar el nivel de riesgo existente, a continuación se concreta el proceso de toma de decisión en la aplicación del dispositivo se describe a continuación:

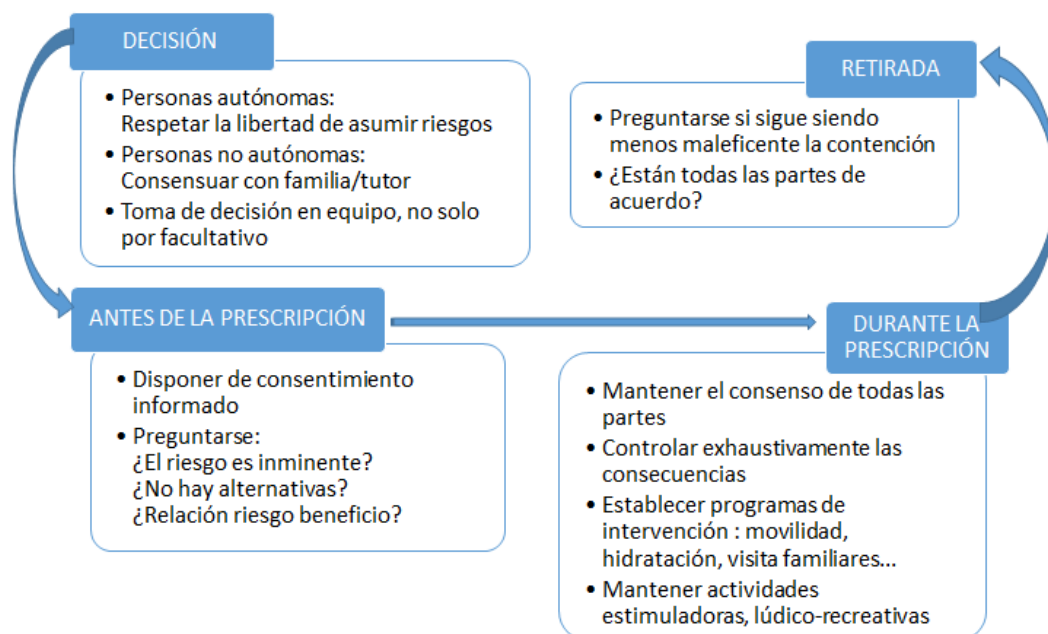


Figura 2: Recomendaciones para el proceso de toma de decisión de aplicación de contención mecánica. Elaboración propia

- Por último, deben considerarse en la gestión del proceso en su conjunto:
 - Que la prescripción sea consensuada por el equipo
 - Disponer de la información y formación suficiente
 - Fomentar la participación y actividades educativas para familiares y cuidadores
 - Control continuado y revisión mensual de los indicadores del proceso de contención relacionado con otros procesos como el de riesgos, caídas y movilidad.

Recomendaciones para los dispositivos más asociados a accidentes

Para finalizar, se presentan a continuación algunas recomendaciones específicas dirigidas al correcto uso de los dispositivos más utilizados y los que más accidentes originan:



BARRAS LATERALES: La persona puede quedar atrapada entre la barra y el colchón

- Cumplir exigentes controles ergónomicos (ANEXO 2)
- Revisar las indicaciones del fabricante al adquirir nuevo equipamiento
- Mantenimiento regular de los dispositivos
- Tener en cuenta la diferencia de altura entre la parte superior del colchón y la barra protectora (debe ser >220mm)
- Recordar que las barras laterales no están diseñadas para impedir que la persona salga si esa es su voluntad



CHALECOS Y CINTURONES ABDOMINALES: la persona puede quedar colgada de la cama si no se ajustan bien

- Combinarlos con barras laterales
- Colocar la cama lo más baja posible, para permitir que, en caso de quedarse colgado de la cama, el paciente pueda apoyarse en el suelo
- Colocar las tiras para cambios posturales de forma adecuada
- Colocar dispositivos en alguna zona de enganche de los cinturones, que en caso de detectar un aumento de fuerza prolongado activen alguna alarma



DISPOSITIVOS CASEROS DE SUJECCIÓN

- Utilizar siempre material homologado, que cumpla las normas de seguridad y contenga el distintivo CE en su etiquetado

Figura 3: Recomendaciones para el uso de los dispositivos que originan más accidentes. Elaboración propia

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España 2014-2064. Notas de Prensa. 28 de octubre de 2014. [último acceso el 7 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- García García FJ, Sánchez Ayala MI, Pérez Martín A, Martín Correa E, Marsal Alonso C, Rodríguez Ferrer G et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. *Med Clin*. 2001; 116(11): 401-407.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas [Monografía en internet]* Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2012 [último acceso 16 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.segg.es/busqueda.asp?busqueda=contencion+mecanica>
- Burgueño Torijano AA. Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados [monografía en internet]* 2008. [último acceso 20 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
- Alarcón Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36(1): 46-50
- Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(4): 208-213.
- Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Montilla Fernández M, Santana Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(4): 201-207.
- Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*. 2014; 14(17).
- Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Guía para personas mayores y familiares. Fundación Iberdrola y CEOMA. España. 2014. [último acceso 27 de mayo de 2015] Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf
- Fundación Cuidados Dignos. Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación de Cuidados Dignos. Ararteko. S.f.[último acceso el 3 de junio de 2015] Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_2719_1.pdf
- Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(1): 36-42.
- Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 63-67

- Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2013; 1599-1606.
- Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(4): 185-189.
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. 2006. [último acceso el 16 de abril de 2015] Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_311.pdf
- Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(2): 274-288.

ANEXOS: Anexo 1: Dispositivos de contención mecánica disponibles en el mercado.

Se presenta un ejemplo de los dispositivos que pueden encontrarse en el mercado, al alcance de cualquier persona que quiera obtenerlos.

SUJECIÓN MODERADA - SISTEMA VELCRO

Aplicación Muñequeras

- 1 Coloque la muñeca del paciente sobre la cara de color blanco dejando las cintas caer por ambos lados.
- 2 Ajuste y fije la muñequera con el cierre de velcro.
- 3 Tense y anude las cintas a ambos lados del bastidor de la cama.



Muñequera anilla nylon
Ref. 504431
Medidas: 2 UNIDADES

Muñequera VELCRO adulto
Ref. 571752
Medidas: 2 UNIDADES

Muñequera anilla metálica
Ref. 544247
Medidas: 2 UNIDADES

Muñequera VELCRO pediátrica
Ref. 571760
Medidas: 2 UNIDADES



Tobillera de sujeción VELCRO
Ref. 205420
Medidas: 2 UNIDADES



Cinturón abdominal svc2200
Ref. 573998
Medidas: 68-122cm

SUJECIÓN LIGERA - SISTEMA CLIP



Cinturón silla/sillón CLIP T/L 4300
Ref. 173899
Medidas: 120-165cm
Cinturón silla/sillón CLIP T/M 4300
Ref. 574004
Medidas: 100-160cm



Peto-chaleco CLIP standard 4100
Ref. 546234
Medidas: 75-185CM



Peto-chaleco CLIP perineal 4150
Ref. 544254
Medidas: 78-185CM

SUJECCIÓN FUERTE - SISTEMA IMÁN



Cinturón Salvafix silla ruedas M
Ref. 3001269
Medidas: 68-108cm Ancho 8cm

Cinturón Salvafix silla ruedas L
Ref. 204477
Medidas: Perim. 74-114cm Ancho 8cm



Cinturón silla/sillón con imán Talla S
Ref. 3001927
Medidas: 70-115cm

Cinturón silla/sillón con imán Talla L
Ref. 3001928
Medidas: 115-140cm

Reconocido sistema de imanes recomendado por los profesionales sanitarios como el sistema de contención terapéutica más cómodo, rápido y seguro. Pensado para pacientes con agitación psicomotriz, facilita el autocontrol y evita el riesgo de autolesión o lesión a terceros y caídas de la cama, camilla, silla o sillón.



Salvafix standard cinturón cama talla G
Ref. 559179
Medidas: 95-135cm
Incluye: 1 cinturón 2 bandas laterales

Salvafix standard cinturón cama talla M
Ref. 547240
Medidas: 68-108 cm



Cinturón sujeción cama imán Talla 1
Ref. 166364
Medidas: 70-115cm

Cinturón sujeción cama imán Talla 2
Ref. 3002184
Medidas: 115-140cm



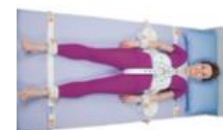
Salvafix arnés torax
Ref. 575456



Salvafix muñequera
Ref. 575217
Medidas: 15-20cm
2 uds. Incluye: 2 muñequeras, 4 botones magnéticos, 2 llaves magnéticas



Salvafix tobillera
Ref. 575225
Medidas: 18-24cm
2 uds. Incluye: 2 tobilleras, 1 cincha especial pies, 4 botones magnéticos, 2 llaves magnéticas



Salvafix complet
Ref. 574822
Incluye: 1 cinturón, 2 bandas laterales, 1 arnés de sujeción torax, 1 muñequera, 1 tobillera, 12 botones magnéticos, 3 llaves magnéticas

SUJECCIÓN MODERADA - SISTEMA VELCRO



Cinturón cama articulada hebilla-velcro
Ref. 571562
Medidas: 80-105cm



Peto chaleco 1001 sin cremallera
Ref. 3001671



Peto chaleco con cremallera
Ref. 301536
Medidas: 79-162CM



Cinturón sujeción cama Talla 1
Ref. 301534
Medidas: 70-115cm

Cinturón sujeción cama Talla 2
Ref. 3002170
Medidas: 115-140cm



Cinturón abdominal
Ref. 223926
Medidas: 94-182cm



Cinturón abdominal con perineal
Ref. 301535
Medidas: 86-164cm



Peto-chaleco VELCRO 4200 Talla M
Ref. 546549
Medidas: 76-185cm



Peto-chaleco VELCRO perineal 4250
Ref. 544262
Medidas: 75-185CM



Cinturón VELCRO perineal Talla M
Ref. 544205
Medidas: 100-160cm

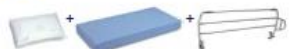
Peto-chaleco velcro 4200 Talla L
Ref. 3001551

Cinturón VELCRO perineal Talla L
Ref. 301670
Medidas: 120-165cm

CAMA



PACK
AITANA



Cama Eléctrica ADRIANA Articulada y Elevable	
Referencia	589929
Descripción	Somier articulable eléctrico de 4 planos. Cabecero y piecero de haya. Barandillas laterales con sistema de deslizamiento. Con carro elevador eléctrico en cruz, que permite regular la altura de la cama para facilitar la asistencia o las transferencias
Medidas	Altura regulable: 41-75cm Peso máximo paciente: 150kg Longitud total 201 cm. Longitud del somier 196cm Ancho total 101 cm Anchura del somier 90 cm

PACK CAMA AITANA	
Incluye	Barandillas deslizantes + Colchón Viscoelástico + Almohada viscoelástica
Referencia	3002375
Descripción	Somier partido, articulable eléctrico de 4 planos. Con carro elevador eléctrico en cruz para regular la altura de la cama. Cabecero y piecero de madera DM de alta calidad, en color haya o cerezo.
Especificaciones Técnicas	Longitud total 201 cm (196 cm somier) Anchura total 91,5 cm (90 cm somier) Altura del somier (con carro elevador) 39,5 a 83,5 cm Peso cama completa 80 kg Carga máxima soportada en funcionamiento 170 kg Peso máximo de usuario 135 kg Dimensiones de la caja 100 x 144 x 43,5 cm

PACK CAMA ELÉCTRICA 3 ARTICULACIONES	
Incluye	Barandillas deslizantes + Colchón poliuretano+ Cabecero y piecero
Referencia PACK	3002405
Medidas	90x190 cm

Ref. 545343 Barandillas
Ref. 548515 Colchón Poliuretano



Cama Eléctrica Articulada 4 Planos	
Referencia	552547
Medidas	90x190 cm
Referencia	3002208
Medidas	135x190 cm
Referencia	528224
Medidas	150x190 cm



Barandilla Deslizante Telescópica	
Referencia	547422
Descripción	Una unidad. Liberando el sistema de sujeción la barandilla se desliza hacia abajo. Elevándola manualmente vuelve a su posición inicial quedando bloqueada. Barandillas de acero cromado. Adaptables a todo tipo de somier
Medidas	Altura barandillas bajadas 62 cm Altura máxima barandillas subidas 89 cm Largo 180 cm

Barandilla Plegable Extensible	
Referencia	3002045
Descripción	Esta barandilla de la cama ajustable se puede utilizar en 2 maneras: tanto como asidero para facilitar la entrada y salida a la cama y como barandilla para evitar caídas. Desde la cama se puede extender la barandilla fácilmente a 86 y 107 cm. Las barandillas pueden instalarse en cualquier lado de la cama, y pueden ser abiertas hacia abajo. Con una doble cinta de seguridad se puede fijar firmemente la barandilla a la cama.
Medidas	Medidas: 66 cm, 86cm y 107cm. Altura desde debajo del colchón: 58cm. Longitud de la barandilla lateral plegada hacia abajo: 47cm.

Barandillas Plegable Abatible Par	Barandilla Plegable Izquierda 300530
Referencia	545343
Medidas	Largo total 165 cm Alto 50 cm
Descripción	Se pliega muy fácilmente dando lugar a una superficie totalmente lisa para mover o atender al paciente con total comodidad

Barandilla Asidero Cama	
Referencia	225988
Medidas	Altura regulable de 45.5 a 53.5 cm Ancho 51 cm Largo 94cm

Protector Barandilla	
Referencia	175902
Medidas	135x33 cm

6. DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica realizada se observa que la situación actual de la contención mecánica está repleta de ambigüedades, siendo utilizada en los ancianos tanto en el ámbito hospitalario como en el residencial. No existe consenso en diversos aspectos relacionados con el procedimiento, lo que crea confusión en el estudio. Aunque se utilizan indistintamente los términos “restricción”, “sujeción” y “contención” para referirse a la misma técnica, lo cierto que es la Real Academia de la Lengua Española señala el verbo “sujetar” como una acción que conlleva dominación y poder⁽¹⁹⁾, por lo que la utilización de este término podría inducir a pensar que se trata de un procedimiento aplicado por conveniencia o como castigo, más que en favor de la persona.

En cuanto a la definición, los autores coinciden en incluir que se trata de un método que “restringe la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte del cuerpo”^(4,6-9,11), pero no está claro si solo deben considerarse contenciones cuando se aplican dispositivos. Rodríguez Delgado⁽¹⁹⁾ opta por el diálogo ético y plantea si no se restringe igualmente la libertad de movimientos poniendo un cinturón abdominal o colocando a la persona en un sillón bajo del cual no pueda levantarse. Lo cierto es que en el caso de centrar la definición en el uso de los dispositivos se dejarían de lado acciones que igualmente vulneran el derecho fundamental de libertad reconocido en el artículo 17 de la Constitución Española, como puede ser poner una silla de ruedas frenada ante una mesa⁽¹⁹⁾.

Respecto a la clasificación de los dispositivos, también existe falta de consenso, lo que dificulta el estudio de la magnitud real del uso de contenciones⁽³⁾. Las barras laterales de la cama son el caso más conflictivo, cambiando los datos de prevalencia de un 8,4 % a un 20,8% en función de si se consideran dispositivos de contención o no⁽⁷⁾. Teniendo en cuenta que las barras laterales son los dispositivos más frecuentemente utilizados^(7,10), parece necesario llegar a un consenso en cuanto a considerarlas contenciones o no. A este respecto, la SEGG⁽³⁾ estima que el determinante para incluir un dispositivo como mecanismo de contención mecánica reside en si resultan limitantes para la persona, es decir, si impiden que en una situación de peligro, por ejemplo, pudieran librarse de la contención.

En relación a las indicaciones y contraindicaciones, las caídas suponen el punto más conflictivo, ya que aunque la evidencia científica demuestra que no resulta efectivo, siguen siendo la indicación por la que más se utilizan⁽⁶⁾. Además, las caídas producidas estando la persona con contención mecánica tienen consecuencias muy graves, ya que en el caso de las barras laterales, por ejemplo, el traumatismo que sigue al intento del anciano de salir de la cama por encima de la barra es peor al encontrarse a más distancia del suelo. Lo mismo ocurre con el uso de cinturones o chalecos en usuarios sentados, donde determinados movimientos del anciano pueden producir el cambio

del centro de gravedad hacia delante, provocando el vuelco de una silla inestable ⁽¹⁴⁾. Aun así, el estudio de Fariña-López et al. ⁽⁹⁾, demuestra que el 23,3 % de los familiares no perciben que este procedimiento entrañe riesgo alguno, siendo la evitación de las caídas el primer motivo para utilizarlas. Al hilo de esta contradicción, se observa que otra de las indicaciones principales de la contención en ancianos es el manejo de alteraciones de conducta, no obstante, la evidencia demuestra que puede agravar el estado de agitación, mientras que la actividad física podría resultar beneficiosa ⁽²⁶⁾. Por ello, la agitación no debería ser tratada con la inmovilización, sino aumentando la actividad física, participando en un programa de ejercicios por ejemplo ⁽²⁶⁾.

En lo referente al marco legislativo de la contención mecánica, llama la atención que no exista una ley específica en España para su regulación, teniendo en cuenta las implicaciones éticas que entraña el procedimiento. Puede inducir a pensar que se trata de una técnica sin riesgos, pero lo cierto es que entraña complicaciones tales como la muerte súbita relacionada con el estrés o las UPP por la inmovilidad, entre otras muchas. Éstas, a su vez, pueden agravarse si el material utilizado no está homologado, lo que en ocasiones ocurre al no haber una norma oficial para ello. Aunque los estudios hablan de la importancia de realizar una valoración individualizada de la persona y de estudiar todas las alternativas de forma interdisciplinar, la única comunidad que regula en profundidad este aspecto es la Comunidad Foral de Navarra en el Decreto Foral 221/2011 ⁽²⁷⁾. Aun así, solo se dirige al ámbito residencial, dejando de lado los domicilios, donde también se utilizan ^(9,10). Los cuidadores pueden acudir a una tienda de ortopedia y adquirir un dispositivo de contención, sin la valoración previa de alternativas por parte del equipo multidisciplinar del centro de salud, ni fichas de registro donde se realice el seguimiento oportuno.

La decisión de aplicar este método debe estudiarse teniendo en cuenta la relación entre riesgos y beneficios, enfrentando los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, cosa que en el domicilio genera interrogantes éticos, donde no existe obligación de realizar un seguimiento continuo y documentado ⁽¹⁰⁾. La decisión debe ser consensuada entre todos los implicados, valorando exhaustivamente cada caso, teniendo en cuenta que si se aplican requieren una supervisión exhaustiva.

En el caso de España, la preocupación por el uso de este procedimiento surgió a finales del siglo pasado, siendo la mayoría de artículos de la última década. En la actualidad, son varias las organizaciones que trabajan para racionalizar o incluso eliminar el uso de contenciones mecánicas, preocupados por la opacidad y controversia que existe en cuanto a su uso. Este es el caso del Programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” y la Fundación de Cuidados Dignos, entre otros. Destacan que no se trata únicamente de limitar su utilización, sino que es necesario un cambio de cultura hacia lo que denominan “Cultura no sujeciones” ^(4,12).

La fundación de Cuidados Dignos ⁽¹²⁾ recalca en su guía que primero debe alcanzarse una “Cultura de controlar las sujeciones y gestionarlas”, para así poder avanzar hacia la “Cultura de no utilizar sujeciones y de generar alternativas a ellas”. De esta forma, los

propios profesionales serán los que dejen de percibir las contenciones como necesarias en el cuidado de las personas mayores. Ante la indicación de evitar caídas, la principal hoy en día, proponen la creación de un “Comité de movilidad y caídas”, el cual deberá encargarse de evaluar en qué condiciones se ha dado la caída, valorar los factores extrínsecos e intrínsecos y generar una cultura de movilidad en la que se promueva el mantenimiento y potenciación de la movilidad de las personas. En el caso de los centros socio-sanitarios, destaca que la organización deberá realizar un esfuerzo encaminando la cultura de trabajo hacia la percepción de las sujeciones como última alternativa. En el caso de los domicilios, insisten en la necesidad de mantener una buena comunicación entre los cuidadores informales y los profesionales, ya que de esa forma se podrán generar estrategias del cuidado y consensuar el modo en el que pueden manejarse las diferentes situaciones en casa.

Por otro lado, Burgueño⁽⁴⁾ añade en el “Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” que existe una cultura profesional en cuanto a las caídas en las personas mayores que empuja a los profesionales a ver como buenas las contenciones, debido a la responsabilidad que tienen ante ello.

Para llegar a ese planteamiento, el primer aspecto a trabajar es la formación de los profesionales en este ámbito, ya que su percepción continúa siendo que se trata de un método que protege al anciano de las caídas, aumentando su seguridad^(22,31-33). Muchos afirman no tener conocimientos suficientes respecto al tema, aunque las han aplicado alguna vez⁽³¹⁾. Gastmans et al.⁽¹⁷⁾ opina que los motivos que pueden aumentar su uso son la ignorancia de las consecuencias y de las alternativas, además de la actitud paternalista ante las personas mayores, lo que conduce a anteponer su seguridad a todo lo demás. En esta línea se posicionan gran parte de los artículos revisados, considerando que la reducción del uso de contención podría lograrse con mejor formación de los profesionales y cuidadores y la puesta en marcha de alternativas, entre otros^(7,9,14,16,21,31).

En el caso de los domicilios, los profesionales del centro de salud pueden no conocer el uso de las contenciones en este entorno. La necesidad de prescripción facultativa para la compra de los dispositivos de contención podría obligar a los familiares de las personas mayores y al equipo sanitario del centro de salud a llevar un seguimiento de las contenciones, supervisando su uso e intentando retirarlas lo antes posible. Así, se propone ofertar folletos informativos a los familiares de personas que puedan ser susceptibles de usar contenciones, y de esa forma poder captar, no solo a las personas que acuden a una tienda de ortopedia, sino también aquellas que lo realizan por libre, siendo, de hecho, más peligroso.

Por último, cabe destacar que la falta de estudios relacionados con el uso de contenciones en el domicilio supone una limitación para el estudio del procedimiento en este ámbito. Los datos referentes a este tema se han extraído por un lado, de un artículo que contempla la percepción de 50 familiares, una muestra poco representativa. Por otro lado, se ha utilizado un estudio realizado en Bélgica para

conocer las vivencias de las enfermeras de cuidados domiciliarios en relación a la contención mecánica. No obstante, los resultados obtenidos animan a pensar en la necesidad de analizar la situación de las contenciones en el domicilio, ya que se observa como los familiares tienen una actitud positiva ante las mismas, acompañado de poca formación sobre alternativas y complicaciones y ambigüedad por parte de las enfermeras en cuanto al concepto. Teniendo en cuenta que aunque las circunstancias en las que se emplean son diferentes a las de una residencia donde el cuidado es profesional, las precauciones y complicaciones a vigilar no difieren de un ámbito al otro.

7. CONCLUSIONES

1. La revisión bibliográfica ha puesto de manifiesto la ambigüedad que rodea al uso de la contención mecánica en la actualidad. La falta de consenso entorpece los estudios de prevalencia, por lo que es preciso llegar a un acuerdo en la comunidad científica.
2. La ausencia de legislación específica no ayuda en el seguimiento necesario y control del buen uso de las mismas. A su vez, puede facilitar el uso normal del procedimiento, verlo como algo rutinario.
3. Siempre que sean aplicadas deberán haberse estudiado todas las alternativas posibles, constituyendo ésta la última opción, asimismo, deberá ser aplicada por personas experimentadas que puedan identificar las necesidades de la persona.
4. La contención en el domicilio no está regulada y puede aplicarse por personas no formadas en la materia, constituyendo un riesgo para la persona a la que se le aplica.
5. El desarrollo de una guía de recomendaciones que puedan manejar las enfermeras del centro de salud puede contribuir en la racionalización y supervisión de contenciones mecánicas en los domicilios, así como la elaboración de un folleto que puedan entregar a los familiares susceptibles de usar algún mecanismo de contención (ANEXO1).

8. AGRADECIMIENTOS

Para empezar, me gustaría agradecer el esfuerzo realizado a la directora del Trabajo Fin de Grado, María Nelia Soto Ruíz, ya que sin su labor no habría sido posible avanzar en el desarrollo del mismo.

Agradecer también el apoyo de la gente que ha estado a mi lado en la realización del trabajo, sin la cual el camino para habría sido más duro.

Por último, me gustaría dar las gracias a mi familia por haber hecho posible mis estudios en el grado de enfermería de la Universidad Pública de Navarra.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la población de España 2014-2064. Notas de Prensa. 28 de octubre de 2014. [último acceso el 7 de abril de 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
2. García García FJ, Sánchez Ayala MI, Pérez Martín A, Martín Correa E, Marsal Alonso C, Rodríguez Ferrer G et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. *Med Clin*. 2001; 116(11): 401-407.
3. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas [Monografía en internet]* Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2012 [último acceso 16 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.segg.es/busqueda.asp?busqueda=contencion+mecanica>
4. Burgueño Torijano AA. Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados [monografía en internet]* 2008. [último acceso 20 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
5. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age and Ageing*. 1997; 26(2): 43-47.
6. Alarcón Alarcón T. Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36(1): 46-50
7. Galán Cabello CM, Trinidad Trinidad D, Ramos Cordero P, Gómez Fernández JP, Alastruey Ruiz JG, Onrubia Pecharroman A, et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(4): 208-213.
8. Burgueño Torijano AA, Iborra Marmolejo I, Martínez Sánchez P, Pérez Cano V. Prevalencia comunicada de sujeciones físicas. Resultado de la aplicación de un sistema de información para un benchmarking anónimo entre residencias españolas del Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer. *Agathos Atención Sociosanitaria y Bienestar*. 2008; 1: 4-11.
9. Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ, Núñez González E, Montilla Fernández M, Santana Santana E. Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008; 43(4): 201-207.
10. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*. 2014; 14(17).
11. Confederación Española de Organizaciones de Mayores. Guía para personas mayores y familiares. Fundación Iberdrola y CEOMA. España. 2014. [último acceso

- 27 de mayo de 2015] Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf
12. Fundación Cuidados Dignos. Cómo se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación de Cuidados Dignos. Ararteko. S.f.[último acceso el 3 de junio de 2015] Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/1_2719_1.pdf
 13. Fariña-López E, Camacho Cáceres AJ, Estévez-Guerra GJ, Bros i Serra M. Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009; 44(5): 262-265.
 14. Fariña-López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46(1): 36-42.
 15. Fernández Rodríguez A, Zabala Blanco J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos.* 2014; 25(2): 63-67.
 16. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2013; 1599-1606.
 17. Gastmans C, Milisen K. Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations. *J Med Ethics.* 2006; 32: 148-152.
 18. Quintero-Uribe LC, Blanco-Arriola L, Zarrabeitia MT. Muertes provocadas por cinturones de contención en ancianos encamados. *Rev Esp Med Legal.* 2012; 38(1): 28-31.
 19. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(4): 185-189.
 20. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. 2006. [último acceso el 16 de abril de 2015] Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_311.pdf
 21. Gobert M, d'Hoore W, Mora-Fernández J, Moldes-Rodríguez MP, Tilquin C. Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Quebec y la Suiza Romana, implicaciones en nuestro medio. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005; 40(01): 7-17
 22. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51(2): 274-288.
 23. Hick JL, Smith SW, Lynch MT, Metabolic acidosis in restraint-associated cardiac arrest: a series. *Acad Emerg Med.* 1999; 6: 239-243
 24. Mohr WK, Mohr BD. Mechanisms of Injury and death proximal to restraint use. *Arch Psychiatr Nurs.* 2000; 14: 285-295.

25. Pedal I, Mattern R, Reibold R, Schmidt V, Oechmichen M, Gerling I, et al. Sudden fatalities in mechanically restrained patients. *Z Gerontol Geriatr.* 1996; 29: 180-184
26. Scherder E, Bogen T, Eggermont L, Hamers J. The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics.* 2010; 22(8).
27. García García P, Beltrán Aguirre JL. El uso de contenciones en el ámbito de los servicios sociales de Navarra. *Revista Jurídica de Navarra.* 2012; 53-54: 71-112.
28. Boletín Oficial de Navarra (BON). Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. 14 de octubre de 2011; 204
29. Boletín Oficial del Estado. Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. 2007; 27.
30. Boletín Oficial de Navarra. Ley Foral 17/2010, e 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. 15 de noviembre de 2010; 139.
31. Fariña-López E, Estévez Guerra GJ, Núñez González E, Pérez Hernández DG, Gandoy Crego M. Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013; 48(5): 209-215.
32. Kong E-H, Evans LK. Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. *Asian Nursing Research.* 2012; 6: 173-180.
33. McCabe DE, Alvarez CD, McNulty SR, Fitzpatrick JJ. Perceptions of physical restraints use in the elderly among registered nurses and nurse assistants in a single acute care hospital. *Geriatr Nurs.* 2011; 32(1): 39-45.
34. Alarcón Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(4): 197-198.

10. ANEXOS

ANEXO 1: Folleto informativo

Se presenta a continuación un folleto informativo dirigido a los familiares de personas susceptibles de ser contenidas en el domicilio, con el fin de promover un uso responsable de los dispositivos de contención y alentar a los cuidadores a pedir asesoramiento a los profesionales referentes.

El folleto está pensado para ofrecerlo en el Centro de Salud a los pacientes y familiares susceptibles de utilizarlas, como por ejemplo un paciente con Alzheimer avanzado y alteraciones conductuales.

SERVICIOS EN LOS QUE PUEDES PEDIR ASESORAMIENTO

CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA



FOLLETO INFORMATIVO PARA FAMILIARES

CONTENCIÓN MECÁNICA EN ANCIANOS EN EL DOMICILIO

Algunos aspectos que hay que saber antes de
utilizar dispositivos de contención

El cuidado de una persona mayor en el domicilio puede conllevar situaciones difíciles como: alteraciones de conducta, aumento de riesgo de caídas etc.

Entre las medidas que se utilizan para ello, se encuentran los cinturones, barras laterales para la cama y otros dispositivos que pueden producir diversas complicaciones, sobre todo si no se utilizan bien y no se llevan a cabo unos cuidados adecuados.

Estas medidas SIEMPRE son la última opción

¿QUÉ ES LA CONTENCIÓN MECÁNICA?

Se conoce como “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 movimientos y/o el natural acceso a su cuerpo”.

¿PARA QUÉ SE UTILIZA?

Estas medidas son utilizadas en España por motivos como:

- Evitar caídas
- Mantener dispositivos terapéuticos
- Ante cuadros de agitación
- Manejar salidas no controladas

¿QUÉ SE UTILIZA HABITUALMENTE EN EL DOMICILIO?

- Cinturones abdominales
- Barras laterales
- Sábanas anudadas

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES?

Las complicaciones son variadas, algunas relacionadas con el simple uso del dispositivo y otras con el mal uso de los mismos. Puede aparecer:

- Mayor riesgo de caídas por debilidad relacionada con la inmovilidad
- Úlceras por presión
- Mayor riesgo de infecciones
- Alteración de las relaciones sociales
- Exacerbación de los estados de agitación
- Etc.

La INCORRECTA UTILIZACIÓN del dispositivo puede producir la MUERTE

¿CÓMO SE PREVIENEN LAS COMPLICACIONES?

- Correcta manipulación de los dispositivos
- Realizar unos cuidados específicos
- Contar con el asesoramiento de profesionales que sepan acerca del tema, como pueden ser los referentes del Centro de Salud

ANTES DE DECIDIR USAR LA CONTENCIÓN...

