

## **Medidas de sujeción en el paciente agitado, ¿seguridad o peligro?**

María del Mar García Andreu, Jesús Díez-Manglano

Servicio de Medicina Interna

Hospital Royo Villanova. Zaragoza

### **Autor de correspondencia**

Jesús Díez-Manglano

Duquesa Villahermosa nº 163, 8º D

50009 Zaragoza

[jdiez@aragon.es](mailto:jdiez@aragon.es)

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés

En la actualidad son muchos los profesionales sanitarios que en su práctica diaria se ven abocados a indicar medidas de sujeción mecánica para garantizar la seguridad de los pacientes. Sin embargo, a pesar de lo frecuente que es su uso, no existe una normativa específica reguladora a nivel estatal ni un posicionamiento científico-técnico basado en la evidencia que ayuden al clínico a aplicar esta medida con seguridad y proporcionalidad. La contención física que empezó a utilizarse con pacientes psiquiátricos por riesgo de autolesión o heteroagresividad, hoy en día es muy utilizada especialmente en Unidades de Cuidados intensivos (UCI) y en plantas de hospitalización convencional, pero también fuera del ámbito sanitario en centros residenciales de ancianos. A pesar de ello existen pocos estudios que analicen la prevalencia real hospitalaria y las cifras son muy variables. Algunos estudios han comunicado una utilización en el 11,8% de los pacientes hospitalizados, en el 32,9% de los pacientes ingresados en UCI y en el 68% de los pacientes agitados que acuden a un servicio de urgencias no psiquiátrico (1-3). En España, en residencias de ancianos el uso de restricciones físicas es muy superior. A un 84,5% de los residentes se les colocan barandillas en la cama y a un 26,9% cinturones en las sillas. (4). Aunque el objetivo principal de cualquier sanitario que aplica esta medida es proteger al paciente de posibles daños, su uso es un tema éticamente controvertido ya que no es una intervención inocua, sino que conlleva cierto trauma físico y psicológico hacia el paciente (5).

La contención mecánica o física según la definición de la OMS consiste en el uso de dispositivos para inmovilizar a alguien o restringir la capacidad de mover parte de su cuerpo libremente (6). El comité de Bioética de España define un concepto más amplio en el que se incluye cualquier contención física o farmacológica que está destinada a

privar a una persona de su libertad de movimiento(7). El objetivo de la sujeción física es proteger al paciente y por ello solo debe utilizarse en situaciones de riesgo real cuando existe una amenaza para la integridad física en situaciones de riesgo de caídas o de golpes, para impedir vicios posturales o lesiones, ante situaciones de amenaza para la integridad física de las demás personas y para garantizar el entorno terapéutico en cuanto a evitar la manipulación o arrancamiento de vías venosas, sondas o catéteres así como cuando el reposo es un objetivo terapéutico necesario. La contención puede ser parcial si se limita únicamente la movilidad del tronco o de una extremidad, o total cuando se utilizan métodos que limitan la mayoría de movimientos del paciente (8). Existen diferentes dispositivos que pueden ser empleados entre los que destacan las barandillas laterales de las camas, chalecos, cinturones abdominales y las sujeciones de extremidades. Además de la contención mecánica también existe la contención química o farmacológica con medicamentos antipsicóticos o benzodiazepinas y que en la mayoría de las ocasiones se utilizan de manera conjunta.

Recientemente la Fiscalía General del Estado ha dado una instrucción para orientar sobre el uso de los medios de contención en unidades psiquiátricas y en centros residenciales de personas mayores o con discapacidad (9). En ella se recogen los principios básicos necesarios para garantizar que su uso respeta la dignidad, la privacidad y la autonomía de la persona, y estos son el cuidado, la excepcionalidad, la individualización, la necesidad apreciada por prescripción facultativa, la proporcionalidad, la idoneidad, la graduación, la mínima intensidad posible, la provisionalidad y la prohibición del exceso. Se recoge también la obligatoriedad por parte de los centros de tener un protocolo de contención específico y un adecuado sistema de registro basado en la transparencia.

Las sujeciones mecánicas privan de libertad y atentan contra la dignidad de la persona. Para aplicar la contención de manera correcta está debe estar realmente indicada por el beneficio del paciente cuando no existe ninguna otra posibilidad más para conseguir los objetivos terapéuticos, debe ser lo más breve posible y lo menos restrictiva posible, y para ello se debe tener un seguimiento adecuado una vez que se pautó. La prescripción médica es necesaria en todo caso y siempre debe existir consentimiento informado al paciente, familiar o tutor legal excepto en situaciones de urgencia vital. También es necesario contar con materiales eficaces y seguros, así como con una formación de calidad de los profesionales implicados en su aplicación para minimizar el riesgo de eventos adversos (10). Además es imprescindible reflejar todos estos aspectos en la historia clínica del paciente. Aplicar la sujeción mecánica sin seguir estos principios puede tener repercusiones legales al privar a los pacientes de la libertad, uno de los derechos fundamentales reconocidos por nuestra Constitución.

En las plantas de hospitalización cada vez es más frecuente la presencia de pacientes con diagnóstico previo de demencia o deterioro cognitivo que tienen más riesgo de presentar episodios de desorientación durante el ingreso y también son frecuentes los episodios de *delirium* en pacientes con alteraciones orgánicas. En estos pacientes y en los supuestos en los que está bien indicada y justificada, la contención puede ser eficaz y segura y estar justificada ya que facilita el diagnóstico y el tratamiento del paciente y le previene de sufrir lesiones o de provocárselas al personal sanitario (11).

Durante la práctica clínica diaria existen situaciones urgentes de peligro para el paciente como es el caso de la agitación psicomotriz intensa en las que hay un claro

riesgo de daño y en las que la necesidad de contención tanto farmacológica como mecánica es evidente. Sin embargo, fuera de estas situaciones de peligro la sujeción mecánica no ha conseguido demostrar beneficio para el paciente y no existe suficiente evidencia científica de calidad sobre este tema, probablemente por la dificultad para llevar a cabo estudios de diseño experimental por las evidentes limitaciones éticas.

Dada la sensibilización que hay sobre este tema, existen estudios observacionales que describen complicaciones físicas derivadas de su uso que en algunos casos pueden llegar a ser graves, pero en cualquier caso son muy poco frecuentes, dada la elevada prevalencia de su uso (12). Por tanto, el principal inconveniente y limitación del uso de la contención mecánica es la vulneración de la libertad y la autonomía de las personas (13). Es por ello, que aplicarla cuando no está bien indicada o mantenerla más allá de lo estrictamente necesario puede ser un error grave con importantes consecuencias físicas y psíquicas para el paciente así como legales para el personal sanitario.

Estudios llevados a cabo en residencias de ancianos han señalado que su uso a largo plazo no consigue reducir el número de caídas y sin embargo sí pueden aumentar la aparición de distonías y de úlceras por presión, empeorar la pérdida de masa ósea y el descenso del tono muscular (12,14,15). Hay otros estudios observacionales que describen complicaciones graves como problemas de atrapamiento y asfixia o muerte súbita que afortunadamente son muy poco frecuentes y que se han descrito con mayor frecuencia en centros gerontológicos que en hospitales (15). La contención nunca debe ser pautada para reducir la carga del personal sanitario, de hecho, el paciente que está

contenido necesita más atención mientras presenta el episodio agudo, y la vigilancia es la mejor medida para prevenir accidentes y complicaciones relacionados su uso.

Dada la concienciación de los últimos años sobre este problema también se han llevado a cabo estudios con programas que intentan evitar o reducir el uso de la contención mecánica obteniendo resultados modestos, consiguiendo mejoras en movilidad y actividades básicas de la vida diaria durante el ingreso, sin aumentar el número de caídas pero sin lograr influir en la mortalidad aunque en algunos casos consiguiendo reducir la estancia hospitalaria especialmente en pacientes con deterioro cognitivo (16).

En resumen, el uso de la contención mecánica puede suponer graves problemas para el paciente si se usa de manera indiscriminada y a largo plazo especialmente fuera del hospital donde no supone un beneficio para los pacientes e incluso puede aumentar el riesgo de complicaciones por inmovilización además de vulnerar su libertad, dignidad y autonomía. En el contexto de un ingreso hospitalario agudo la sujeción física puede ser una medida de seguridad beneficiosa para el paciente si se aplica respetando los principios de su utilización, en los momentos de riesgo real, cuando no existen otras alternativas y, si se reevalúa con frecuencia para garantizar que no se prolonga innecesariamente en el tiempo, y que se lleva a cabo de manera segura. Para alcanzar este objetivo es necesario elaborar protocolos basados en la mejor evidencia disponible y llevar a cabo estudios para conocer mejor su uso y encontrar los puntos a mejorar (17,18).

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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; 50: 1599-606.
2. Kawai Y, Hamamoto M, Miura A, Yamaguchi M, Masuda Y, et al. Prevalence of and factors associated with physical restraint use in the intensive care unit: a multicenter prospective observational study in Japan. *Intern Emerg Med* 2021; 17: 37-42.
3. Khalid Z, Fana M, Payea R, Rutledge K, Shah B, Janssen F, et al. Disparities and variables associated with physical restraints for acute agitation in a nonpsychiatric emergency department. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2019; 21: 19m02471.
4. Estévez-Guerra GJ, Fariña-López E, Núñez-González E, Gandoy-Crego M, Calvo-Francés F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2017; 17:29.
5. Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVaney C, et al. Experiences of individuals who were physically restrained in the emergency department. *JAMA Network Open* 2020; 3: e1919381.
6. World Health Organization. (2019). Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training: course slides. World Health Organization. Disponible en: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/329747>. Último acceso: 26-05-2022.
7. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/>. Último acceso: 26-05-2022.
8. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist* 2017; 32: 172-7.
9. Ministerio Fiscal. Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad. BOE 11-02-2022.
10. Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. *Syst Rev* 2021; 10: 129.
11. Hall H, Smithard DG. A principlist justification of physical restraint in the Emergency Department. *New Bioeth* 2021; 27: 176-84.
12. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry* 2019; 10: 400.
13. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "Contención mecánica de pacientes". Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion\\_ccd\\_contencion\\_mecanica\\_de\\_pacientes\\_19\\_06\\_15.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/declaracion_ccd_contencion_mecanica_de_pacientes_19_06_15.pdf). Último acceso: 11/03/2022.

14. Sze TW, Leng CY, Lin SKS. The effectiveness of physical restraints in reducing falls among adults in acute care hospitals and nursing homes: a systematic review. *JBI Libr Syst Rev* 2012; 10: 307-51.
15. Fariña López E. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46: 36-42.
16. Lachance C, Wright M-D. Avoidance of Physical Restraint Use among Hospitalized Older Adults: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 [consultado el 9 de marzo de 2022]. (CADTH Rapid Response Reports). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545889/>.
17. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Milisen K. Reducing physical restraints by older adults in home care: development of an evidence-based guideline. *BMC Geriatr* 2020; 20: 169.
18. Lach HW, Leach KM, Butcher HK. Evidence-based practice guideline: changing the practice of physical restraint use in acute care. *J Gerontol Nurs* 2016;42: 17-26.