

# CONTENCIONES MECÁNICAS EN GERIATRÍA: PROPUESTAS TÉCNICAS Y RECOMENDACIONES DE USO EN EL ÁMBITO SOCIAL.

Documento para el Grupo de Trabajo sobre Contenciones Mecánicas del Comité de Ética de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya.  
Fecha de envío al comité: 5 de septiembre de 2011.

**JOAN RODRÍGUEZ DELGADO.** Fisioterapeuta del Centre Gerontològic Montsacopa de Olot (Girona) y profesor de Fisioterapia Gerontológica y Geriátrica de la Facultad de Ciencias de la Salud y Bienestar de la Universitat de Vic (Barcelona).

Contacto: Centro Gerontológico Montsacopa. C/ Del rengle, 1. 17800, Olot (Girona). Teléfono: 972 26 02 02. Fax: 972 27 22 81. Correo electrónico: jrodriguez@montsacopa.com

## RESUMEN

El autor describe el estado actual del uso de las sujeciones mecánicas en ancianos basándose en una revisión bibliográfica de publicaciones estatales. Profundiza en su definición, prevalencia, marco político y legal, referencias éticas y en las principales indicaciones y efectos adversos de su uso y señala las ambigüedades, conflictos actuales y la ausencia de referencias éticas. A partir de su análisis y experiencia plantea: a) definir las contenciones como un procedimiento, más que como un dispositivo y en función de su intencionalidad; b) valorar la prevalencia de las contenciones en relación al perfil de los usuarios y del manejo de los riesgos y no como un dato aislado; c) dejar de considerar los dispositivos de contención a los utilizados en ancianos deteriorados con dependencia total y que ya no tienen autonomía ni libertad y considerarlos como dispositivos de seguridad si cumplen los siguientes requisitos: test de Tinetti entre 1 y 3/28, Escala de deterioro global (GDS) de Reisberg de 7/7 y Medida de la Independencia Funcional (FIM) igual o inferior a 35/126. Propone mejorar la precisión de los supuestos que permiten la contención en la ley catalana y que la prescripción de esta medida que plantea conflictos éticos sea responsabilidad de un equipo y no exclusivamente del médico. Finalmente hace una extensa lista de recomendaciones de uso de las contenciones en gente mayor en el ámbito social.

Palabras clave: contención mecánica, ancianos, conflictos éticos, ámbito social.

## MECHANICAL RESTRAINTS IN THE ELDERLY: TECHNICAL PROPOSALS AND RECOMMENDATIONS FOR USE IN THE SOCIAL SPHERE

### ABSTRACT

The author describes the current status of the use of mechanical restraints in the elderly, based on a literature review of state publications. It also examines the prevalence, political, legal framework, ethical standards, major indicators, and adverse effects of use. It also points out the uncertainty, current conflicts, and lack of ethical references. Based on his analysis and experience he suggests ways: a) to identify the confinement of the restraint more as a protective device according to its use and purpose, b) assess the prevalence of conflict in individual patients according to their needs and not a basic standard for all patients, c) stop to consider the confinement of restraints and protective devices used in totally dependent elderly and hold them in protective devices if they satisfy the following requirements: Tinetti test between 1 and 3/28, Global Deterioration Scale (GDS) of Reisberg of 7/7, Functional Independence Measure (FIM) equal to or less than 35/126. Further he aims to improve the accuracy of the assumptions that allow the confinement in the Catalan law and that the prescription of this measure that pose ethical conflicts should be the responsibility of a team and not just of the physician. Finally he gives an extensive list of recommendations for the use of restraints in elderly in the social sphere.

Keywords: mechanical restraints, the elderly, ethical conflicts, social sphere.

### ÍNDICE

1. SITUACIÓN ACTUAL
  - 1.1. Definición
  - 1.2. Prevalencia
  - 1.3. Marco político y legal
  - 1.4. Referencias éticas
  - 1.5. Indicaciones y efectos adversos
  - 1.6. Resumen de la situación actual
2. ANALISIS Y DISCUSIÓN
  - 2.1. Sobre la definición
  - 2.2. Sobre la prevalencia
  - 2.3. Sobre el marco político, legal y las referencias éticas
  - 2.4. Sobre las indicaciones y efectos adversos
  - 2.5. Los elementos de conflicto
3. RECOMENDACIONES DE USO EN GERIATRÍA

## 1. SITUACIÓN ACTUAL

### 1.1. Definición

En Catalunya se utiliza el término “contener” (*contenir* en catalán) para referirse a algo que limita, retiene o impide que una persona salga o traspase un límite<sup>1</sup>, ya sea físico, psíquico o emocional y por tanto sugiere una connotación beneficiante a diferencia del término “sujetar” (*subjectar* en catalán) que se refiere a algo más físico y que contiene matices relacionados con la dominación y el poder<sup>26</sup>.

El término “sujeción” se utiliza en la literatura gerontológica estatal como sinónimo de “restricción”<sup>3,4, 8-10,12-16,20</sup> aunque no faltan autores muy críticos con la utilización de términos como eufemismos de la palabra “atar”<sup>17,18</sup>.

En este apartado merece también un pequeño apunte la inexactitud, incluso de algunos organismos de referencia<sup>22</sup> al identificar como sinónimos las contenciones “mecánicas” i las contenciones “físicas”. En el ámbito geriátrico como seguro en otros, hay contenciones que también se pueden considerar como físicas y que hacen referencia a un espacio, como por ejemplo una habitación o una unidad residencial. Es por este motivo que lo más entendedor y que más se aproxima a nuestro ámbito social y territorial para hablar de lo que hablamos es “contención mecánica” que se define habitualmente como:

“La utilización de un dispositivo físico o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo o su totalidad con el fin de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión a la persona enferma o a otras personas de su entorno”<sup>19</sup>.

Esta definición extraída del Documento de Consideraciones sobre el uso de las contenciones físicas i/o mecánicas del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona citando al organismo de acreditación internacional de calidad asistencial *Joint Commission International* hace referencia al dispositivo, aparato o utensilio para contener y es muy parecida a otras definiciones que con algunas pequeñas variaciones señalan la proximidad al cuerpo y la dificultad para retirarla<sup>8,10-12,14,18,20</sup>. Pero habitualmente cuando se habla de contenciones mecánicas se refiere a los cinturones de sujeción abdominal o pélvica, las armillas de sujeción integral y a los cinturones de cama.

A pesar de la aceptación de la definición existe una gran variabilidad respecto a qué dispositivos se pueden considerar o no como contención. El ejemplo más claro lo constituyen las barandillas de la cama: unos autores las consideran como una contención clara,<sup>11,14-16</sup> Gobert et al. especifica que es un tipo de restricción añadida al mobiliario<sup>8</sup>, Burgueño deja entrever que la baranda de la cama se puede considerar contención si existe una intencionalidad de levantarse de la cama<sup>17</sup> y otros autores y organismos de referencia no la consideran un método de sujeción<sup>19,21,22,25</sup>.

### 1.2. Prevalencia

La prevalencia de las contenciones es otro de los temas en los que hay ambigüedad. Muchos dicen que la prevalencia española es de la más altas del mundo, en un 39,6% pero se referencian en una publicación de Ljungren G. et al. del año 1997<sup>11-14,17,18</sup>. Actualmente no hay suficiente evidencia ni suficientes estudios que clarifiquen cual es la situación estadística en nuestro ámbito a nivel estatal, aunque existe un buen trabajo de campo<sup>2</sup> realizado por el Servicio de Inspección y Registro del *Departament de Benestar Social i Família* de la *Generalitat de Catalunya*, publicado recientemente en que dice que de una población de 8772 personas mayores que viven entre 164 residencias distribuidas por todo el territorio catalán, la prevalencia de las contenciones mecánicas es del 21,5% y que del total de residentes 4454, un 50%, tenían demencia, y de estos 1836 llevaban contención mecánica, lo que supone una

prevalencia entre personas mayores con demencia del 41,22%. Después de la realización del estudio y de las actividades de intervención se pudo reducir la prevalencia de personas con contención mecánica hasta el 17,8% y hasta el 34,55% si tenían demencia. Estos últimos son los datos más significativos y actualizados en Catalunya en el ámbito residencial.

### 1.3. Marco político y legal

En la actualidad y desde 2002 nos movemos en un marco político que promueve la salud y el envejecimiento activo con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen<sup>24</sup>. Este planteamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud se fundamenta en el reconocimiento de los Derechos Humanos de la gente mayor y los Principios de las Naciones Unidas como la dignidad, la independencia, la autonomía, etc. A partir de aquel momento se modifica la planificación estratégica basada en las necesidades por una basada en los derechos, lo cual puede apreciarse en el territorio catalán por los progresivos cambios en el uso de los instrumentos de evaluación y planificación de las actividades, inicialmente afinados para la detección de las necesidades físicas, psíquicas, educativas, etcétera y ahora como muestra la Encuesta Gencat de Calidad de Vida<sup>31</sup> más enfocada en la evaluación y planificación de las actividades en función de la satisfacción de los derechos como la autonomía, la autodeterminación, el desarrollo personal, el bienestar físico, emocional y otros. Pero no hemos encontrado ni de antes ni ahora ningún instrumento que nos dé referencias orientativas o evalúe directamente la necesidad del uso de medidas restrictivas.

En lo que respecta al marco legal algunos artículos expresan la escasa regularización internacional e incluso la ausencia de estándares de calidad y legislación sobre el tema<sup>8-10,12,14</sup>, pero coinciden en su importancia por su efecto sobre la optimización y reducción del uso de las contenciones tal como sucedió con la ley norteamericana OBRA (*Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1987 que obtuvo como consecuencia una reducción de una prevalencia del 41% en 1988 a un 25% en el año 1992 y a un 20% en 1997. En Catalunya los efectos de la aplicación de la ley y el asesoramiento en la mejora del uso de las contenciones del *Servei d'Inspecció i Registre del Departament de Benestar Social i Família* queda bien demostrado con su estudio<sup>2</sup>.

En nuestro ámbito disponemos de buenas referencias: en lo que respecta a los estándares, la Generalitat de Catalunya en su "Guía para la aplicación de los indicadores y procesos para la mejora continua de la calidad asistencial"<sup>21</sup> el indicador 8.1. está destinado a que la utilización de la contención mecánica se haga de manera segura y sólo cuando es estrictamente necesario; y la *Joint Commission International* en su manual del evaluador contempla tres indicadores de calidad que hacen referencia al uso de las contenciones<sup>22</sup>. En lo que respecta a la ley las referencias más citadas<sup>2,19</sup> son el *Decret 176/2000* de 15 de mayo de modificación del *Decret 284/1996*, de regulación del *Sistema Català de Serveis Socials*, donde se especifica la exigencia de controles y la supervisión a la gente mayor que lleva contenciones y la *Llei 12/2007 d'11 d'octubre de Serveis Socials de Catalunya*<sup>2,19,27</sup> en la que en el artículo 5 se especifica como principio el siguiente:

"Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, excepto que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas tendrán que justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario".

Aunque el anterior artículo tal como está escrito puede crear cierta ambigüedad en si el derecho es a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción o si es disponer de prescripción médica y supervisión, nuestro marco legal da opciones a contener si se dispone de un documento facultativo y si existe peligro inminente para la seguridad del usuario o de terceras personas.

Para acabar también quiero considerar en este apartado como elementos legales de referencia a la Constitución Española de 1978<sup>2,19,29</sup> y la Ley catalana de consentimiento informado 21/2000<sup>2,19,28,34</sup>.

#### 1.4. Referencias éticas

De la cuestión ética de la literatura consultada se pueden destacar tres aspectos:

- a. La escasez de referencias éticas sobre el uso de las contenciones<sup>2,3,14,19</sup>;
- b. La asociación directa que algunos autores hacen entre el uso de los dispositivos de contención y el maltrato físico y psíquico y la vulneración de derechos como la autonomía, la dignidad y la libertad; y
- c. La ausencia de referencia positivas de su uso.

Algunos documentos de relevancia por su representatividad profesional dicen de manera generalizada que atentan contra las bases del cuidado y que las restricciones y sus alternativas limitadoras son una “forma clara de maltrato” o incluso que son “un acto de violencia en sí mismo”<sup>3,17</sup> o que atentan contra la autonomía, la libertad y la dignidad<sup>2,3,14,17,18</sup>.

La presunta vulneración de los derechos, la dignidad, la libertad y la autonomía es la que mayor conflicto ético plantea en el ámbito de la gente mayor por la utilización de los dispositivos que nos ocupan.

Por último es necesario añadir la notable generalización de las afirmaciones en contra de las contenciones y la escasez de supuestos y circunstancias específicas y la ausencia de referencias positivas sobre su uso, a pesar de su elevada prevalencia.

#### 1.5. Indicaciones i efectos adversos

Gran parte de la literatura consultada<sup>3,11-13,16,19,25</sup> identifica de manera parecida las principales indicaciones de uso de las contenciones mecánicas en gente mayor:

- Disminuir o prevenir el riesgo de caídas o lesiones.
- Controlar las conductas de riesgo para la seguridad propia y de terceros.
- Proteger la manipulación de equipos médicos.
- Mantener la posición anatómica.

Hay autores<sup>3,12</sup> que enumeran otros argumentos esgrimidos para su utilización: prevenir el estado de confusión y agitación, eliminar las conductas de vagabundeo, impedir movimientos repetitivos, vencer la resistencia a tratamientos o alimentación, controlar el riesgo ante las alteraciones del sueño o por deseo de los familiares.

Sobre las justificaciones del uso de las contenciones mecánicas en ancianos en el ámbito familiar, nos parece especialmente interesante un pequeño estudio descriptivo que Fariña-López et al.<sup>14</sup> realiza a cincuenta familiares, donde en la tabla 4 cita por orden de porcentaje los diferentes motivos de uso: el 90,70% para evitar caídas, el 60,47% para controlar las agresiones, el 53,49% para mantener dispositivos médicos (sondas), el 37,23% por riesgo de perderse en la calle, el 30,23% para controlar riesgos durante el sueño, el 27,91% para mantener el equilibrio postural, el 25,58% para facilitar el descanso del anciano y el 23,26% por falta de tiempo del cuidador.

Los efectos adversos para la salud, tanto físicos como psíquicos, por el uso indebido de los dispositivos de restricción son ampliamente conocidos tal como demuestran muchos de los trabajos consultados<sup>3,10-18,20</sup> y son el argumento de mayor peso para promover su reducción o retirada. Entre los **efectos físicos negativos** cabe destacar: la pérdida de estabilidad y equilibrio, incontinencia de esfínteres, problemas circulatorios, lesiones en la piel, infecciones, pérdida de hambre, restreñimiento, pérdida de tono muscular, atrofia y debilidad, y otros. Y entre los **efectos psíquicos negativos**: el estrés, el aumento de miedo y pánico, aumento de la agresividad, sentimientos de vergüenza y/o de humillación, pérdida de autoestima, aislamiento social, apatía, depresión y otros. Hay artículos<sup>12,13,15,16</sup> que también hablan de muertos por asfixia relacionados con el uso de contenciones mecánicas y barandas.

En este apartado merece un apunte especial la relación entre las caídas y el uso de contenciones mecánicas, ya que para prevenir aquellas o reducirlas es el primer argumento y más utilizado para justificar su uso. Al respecto hay autores<sup>5-7</sup> que declaran que las caídas son la primera causa de lesiones, incapacidad y pérdida de autonomía y que incluso pueden ser causa de muerte, aunque también hemos encontrado un estudio<sup>36</sup> que no ve ninguna relación entre el número de caídas y la incapacidad motora. Siguiendo con el tema, una revisión epidemiológica realizada en el año 2007 en España<sup>6</sup> cita entre el 30 y el 35% la incidencia de caídas en la comunidad y el 40% en las instituciones donde más del 50% caen repetidamente como también confirman otros autores<sup>7,25</sup>. Las caídas suponen un elevado coste por la gravedad de las consecuencias físicas, funcionales, psicológicas, sociales y económicas<sup>7</sup> y un verdadero problema de salud pública de primera magnitud<sup>37-39</sup>, que motivan una importante atención y la sugerencia de más y mejores estudios y campañas preventivas<sup>5-7,35,39</sup>.

Los temores a las caídas y a sus consecuencias parece justificado y está bien documentado pero no se pueden considerar según Tideiksaar<sup>25</sup> motivo suficiente como para contener mecánicamente, ni incluso cuando hay riesgo de sufrir daño inmediato. El conflicto está garantizado.

## 1.6. Resumen de la situación actual

A la luz de la literatura consultada podemos resumir la situación actual sobre el uso de las contenciones mecánicas en el ámbito de la gente mayor en estos puntos:

- Hay ambigüedad en la significación del término “contener” y en la diferencia entre “contener” y “sujetar”.
- Hay ambigüedad en el uso del sobrenombre de contención “mecánica” o “física”.
- La definición de contención mecánica más aceptada internacionalmente se refiere a los dispositivos pero en algunos casos no queda claro cuáles se pueden considerar como tales o no, por ejemplo como pasa con las barandillas de la cama o las mesas incorporadas a las sillas de ruedas.
- Los datos de prevalencia de las contenciones en gente mayor en el ámbito social son escasas y como a menudo no es claro a qué dispositivos se refiere ni a qué ámbito pertenecen, los datos estadísticos parecen poco consistentes.
- A pesar de la ausencia de datos se dice que en el Estado Español hay un exceso de contenciones mecánicas basándose en una publicación extranjera de 1997 o en trabajos que hacen referencia a la ley norteamericana OBRA de 1987. La referencia más fiable de la prevalencia en Catalunya nos la da el trabajo de campo sobre una población de 8772 personas distribuidas en 164 residencias que hizo el *Servei d'Inspecció i Registre de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya* publicado recientemente y que es alrededor del 20%.
- El marco político, legal y los estándares de referencia en Catalunya son válidos pero tal como está escrito el artículo 5 de la Llei 12/2007 de *Serveis Socials* no deja claro si el acento se pone en el derecho a la justificación documental y médica de la contención o en el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización.

- Las referencias éticas son escasas, los diálogos éticos ausentes y cuando se nombran se hace de manera generalizada sin contemplar ningún supuesto o circunstancia específica. No se ha encontrado ningún artículo donde se aborde de manera consistente el tema de los conflictos éticos que sugieren el uso de las contenciones.
- Hay autores<sup>3,17</sup> que relacionan directa y generalmente el uso del dispositivo al maltrato y a la vulneración de los derechos. Se confunde el material con el uso que se le da.
- Los derechos a la dignidad, la libertad y la autonomía son los más nombrados y que más se identifican como motivo de conflicto.
- Aún y la elevada prevalencia no hemos encontrado ningún artículo que justifique positivamente el uso de las contenciones mecánicas. Faltan elementos de juicio.
- Las indicaciones más frecuentes y repetidas en los trabajos sobre el uso de contenciones son: prevenir o reducir el riesgo de caídas y lesiones, controlar conductas de riesgo para la propia seguridad y terceros, proteger la manipulación de los aparatos médicos y mantener la posición anatómica.
- Existe un trabajo<sup>17</sup> que acusa de la utilización de mentiras y de hipocresía institucional i corporativa, y del abuso de las contenciones por conveniencia de los profesionales y la utilización de eufemismos de la palabra “atar”.
- Hay acuerdo generalizado entre la mayoría de los autores consultados en cuanto los efectos adversos tanto físicos como psíquicos del uso indebido de los dispositivos e incluso del peligro de muerte en algunos casos cuando coinciden tres factores como demencia, buena movilidad y trastornos de conducta nocturnos con el uso de barandillas de cama y cinturón nocturno.
- La prevención de caídas es el argumento mayoritariamente utilizado para justificar el uso de las contenciones. Y como contrapartida la literatura especializada también señala las caídas como un problema de salud pública de gran magnitud que es necesario prevenir.
- La prevención de caídas es el elemento de mayor discusión y conflicto técnico entre los profesionales tanto por su justificación a favor como en contra del uso de las contenciones mecánicas.

## 2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 2.1. Sobre la definición

Entendemos la palabra “contener” como sinónimo de “poner un límite”, no desde el poder o la dominación sino como algo bien intencionado que es más beneficioso que perjudicial. Nos es difícil ver la connotación terapéutica que algunos le quieren dar pero tampoco compartimos la opinión de los que lo comparan con “atar”. Para nosotros no es lo mismo. Estamos hablando de contener mediante medios mecánicos con el objetivo de limitar algo que es “más malo que bueno”, no de sujetar o restringir por gusto o conveniencia de familiares o profesionales.

Incidimos en esta base porque sobre ella se sustenta nuestro discurso: estamos hablando de procedimientos más que de dispositivos que limitan algunos derechos de manera temporal con una intención beneficiante.

Tampoco nos gusta la definición habitualmente aceptada por la comunidad científica y profesional porque sólo hace referencia a los dispositivos materiales como los cinturones y los chalecos. No es extraño que aparezcan ambigüedades en el hecho de considerar si las barandillas de cama o las mesas incorporadas a la silla son contenciones, porque la realidad es que **el dispositivo en sí puede ser una medida de contención o no en función de la intencionalidad**. Burgueño<sup>17</sup> aporta luz en este mismo sentido cuando habla de las barandillas de cama, a las que considera

contenciones en función de si limitan o no el deseo del anciano de levantarse de la cama. ¿Por qué no plantear lo mismo con el resto de dispositivos?

Creemos fundamental un cambio en el enfoque de la definición dirigido **desde el dispositivo a su intencionalidad**, ya que en la realidad para restringir la movilidad y la libertad de un anciano no son necesarias las contenciones mecánicas. Si nos enfocamos en los cinturones como la “cosa *non grata*” surgirán otros dispositivos o medidas pero estaremos en el mismo lugar y se podrían vulnerar igualmente los derechos. Aporto el caso real de una persona que se quería levantar de la silla pero que debido a su gran inestabilidad en bipedestación caía en los primeros pasos incluso utilizando ayudas técnicas, con la cual se planteó restringir su movilidad autónoma; al margen de otras alternativas se propusieron dos maneras de hacerlo: un cinturón abdominal o sentarla en un sillón bien bajo y cómodo para que no se pudiera levantar. Se optó por la segunda opción, el efecto conseguido era el mismo pero ella seguía teniendo ganas de levantarse y andar. En este caso, aún y no llevando un dispositivo de contención ¿se vulneraron sus derechos?

Por todo lo dicho, inspirándonos en ley catalana de servicios sociales 12/2007<sup>27</sup>, proponemos que la definición de contención mecánica sea la siguiente: **“Procedimientos mecánicos que limitan de manera temporal la autonomía, la independencia y la libertad con tal de proteger al paciente y a otras personas de actos o conductas que comporten daño o peligro inminente para la seguridad”**.

A partir de aquí la pregunta es ¿qué pasa con el anciano que no tiene autonomía, ni libertad ni independencia? Pienso en ancianos con dependencia prácticamente total y demencia en fases avanzadas que muestren un Test de Tinetti entre 1 y 3 sobre 28, con déficits del control postural del tronco en la silla de ruedas, con una Escala de Deterioro Global (GDS de Reisberg) de 7 sobre 7, y escala de Independencia Funcional (FIM) igual o inferior a 35/126. ¿En estos casos un cinturón puede considerarse una contención? Creemos que no, al contrario, es un **sistema de seguridad** como lo podría ser la cinta entre las piernas de los cochecitos infantiles o incluso los cinturones de seguridad de los automóviles. Insistimos aquí en que **el tema no es el dispositivo sino la intención del procedimiento**.

## 2.2. Sobre la prevalencia

Poco a decir sobre la prevalencia de las contenciones: si no hay datos fiables no podemos discutir de si hay muchas o pocas o en relación a qué o cuando. Decir que una residencia tiene una prevalencia del 20% o que otra es un “centro libre de contenciones” no aporta más que un dato, pero ¿en relación a qué? Deberíamos preguntarnos: ¿qué perfil tienen los usuarios de la residencia?, ¿qué grado de dependencia?, ¿qué niveles de riesgo se maneja?, etc.

Vemos que el dato estadístico es uno de los argumentos más utilizados y sobre los cuales se construyen artículos y campañas pero que entendemos vacío de contenido en sí mismo si no se aviene con la ética asistencial y la realidad. Es decir, un centro sin contenciones no es garantía de que se respeten los derechos. El caso real del anciano de la butaca me parece suficientemente explícito.

Con ello queremos decir que **la esencia no es el dato estadístico sino la garantía de los derechos humanos y los principios éticos**. Pero ¿cómo lo podemos evaluar? Aunque no es fácil, nuestra propuesta va en dos direcciones:

- a. Correlacionando **la prevalencia de contenciones con los datos de riesgo, especialmente el de caídas**. Podemos saber mediante los censos y el registro de caídas quienes son las personas que se caen, si lo hacen de manera repetida y si estas mismas llevan dispositivos de restricción de la movilidad o no. Podemos comprobar si un centro contiene mecánicamente o no como último recurso y si tiene en cuenta los derechos si a un anciano que sufre caídas de repetición (más de 3 al mes) no se lo contiene. Después tendremos que ver cuáles son los programas de prevención de caídas, pero este es otro tema.

- b. Mediante auditorías externas, comités o equipos de reflexión ética aplicada a los servicios sociales y servicios de inspección.

### 2.3. Sobre el marco político, legal y las referencias éticas

La principal referencia es la garantía de los derechos humanos y de los principios éticos fundamentales: sobre esta base se construye el resto. En el territorio catalán disponemos de un buen marco político y legal que tiene claro que las contenciones, por su conflictividad y delicadeza ética han de ser la última y más extrema de las opciones, y después de haber probado otras alternativas. También disponemos de buenos estándares de calidad que van en la misma línea: los estándares de Servicios Sociales de la *Generalitat de Catalunya* y los de la *Joint Commission International* ya implantada en nuestro entorno, nos señalan que vamos por el buen camino.

Si tuviéramos que hacer una propuesta es este apartado sería **mejorar el texto del artículo 5 de la llei 12/2007 de Serveis Socials** citado en el apartado 1.3. del presente artículo, por dos motivos:

- Para que no haya dudas de que lo más importante es la garantía de los derechos a la dignidad, la autonomía y la libertad, más que a disponer o no de una prescripción o papel oficial, que ya está bien que esté pero no es lo más importante.
- Porque se le da todo el poder y la responsabilidad de una decisión ética al médico. En el entorno social y residencial a menudo los médicos no forman parte de los equipos interdisciplinarios cotidianos y ejercen de gestores o avaladores de decisiones sugeridas por aquellos. Los médicos acceden a prescribir a partir de las decisiones de los equipos, más conocedores de toda la información necesaria para impulsar una contención mecánica aunque no es raro pensar que al contrario existan facultativos que pueden hacer uso del poder que les concede la ley para ejercerlo y tomar decisiones unilaterales sin tener en cuenta los principios éticos ni la opinión del resto del equipo.

Desde aquí proponemos también la **creación de documentos de prescripción consensuada** por el equipo, el usuario y su familia cuando hay decisiones que requieren de un diálogo ético.

### 2.4. Sobre las indicaciones y los efectos adversos

Sobre este apartado está prácticamente todo dicho. Apoyamos el rechazo a las contenciones mal indicadas o no suficientemente supervisadas por el gran número de efectos adversos. Estamos de acuerdo en que las contenciones mecánicas no deberían usarse en personas que conservan la independencia motora y aún menos combinada con barandillas de cama y contenciones nocturnas. Sólo en situaciones muy extremas si han de ponerse tienen que estar estrictamente supervisadas por los profesionales.

El tema de las caídas y la relación con las contenciones merece un capítulo especial. Estamos de acuerdo en que las caídas son un problema de gran magnitud por sus graves consecuencias tanto para la persona mayor como para el sistema, pero no justifican el uso de contenciones excepto como **medida extrema, cuando la caída es repetida e inminente y no responde a alternativas que prevengan de un elevado daño o peligro para la seguridad**. Hay consenso en decir que tres o más caídas en un período de seis meses son caídas de repetición, pero ¿Qué significa “inminente”? Esta palabra que hace referencia al tiempo es variable y está en función de las personas y su particular percepción. En la Residencia Montsacopa de Olot (Girona) a finales del año 2010 se realizó un taller de sensibilización sobre el uso de las contenciones mecánicas<sup>23</sup> en que la palabra “inminente” para el equipo significa un margen entre



unos **cuantos segundos y dos minutos**. Preguntarse por la inminencia del peligro o del daño antes de implantar una medida contenedora nos ha facilitado la toma de decisiones.

## 2.5. Los elementos del conflicto

La literatura consultada cita los siguientes elementos de conflicto ético: maltrato, dignidad, autonomía y libertad.

- **Maltrato:** no podemos estar de acuerdo con los autores que asocian el uso de un dispositivo al maltrato. Éste no tiene que ver con el material sino con la **intención** de su uso. Si nos preguntamos si es maltrato poner un cinturón o una cinta entre las piernas de un niño para que no se caiga de la sillita o cuando impedimos con una baranda que un niño baje las escaleras, posiblemente entenderíamos que no. Si la contención es temporal y tiene una intención limitante más beneficiosa que perjudicial no lo entendemos como maltrato.

Entendemos que es maltrato cuando se hace por dominación, abuso de poder o conveniencia de familiares o profesionales, porque no se tiene en cuenta al anciano, quien es en definitiva nuestra razón de ser. Si los términos “sujetar” y “atar” van en aquella dirección se pueden considerar maltrato, no así si la intención es contener o limitar.

- **Dignidad:** entendemos este concepto como “merecedor de respeto” o como aquello que es propiamente humano o inherente a la condición humana. Alrededor de este tema vemos asociadas cuestiones culturales y a veces estéticas relacionadas con el uso de los dispositivos de contención. Por ejemplo según nuestra percepción con tal de impedir la bipedestación está más mal visto que el anciano lleve un cinturón de contención pélvica que una mesa incorporada a la silla, pero el efecto restrictivo es el mismo.

De igual forma pasa con las caídas. Es habitual observar entre familiares y profesionales se tolera peor que una persona caiga que el hecho de llevar un cinturón de contención. Y no es difícil observar que las emociones y sensaciones, especialmente miedo, que mueve a familiares y profesionales ante la presencia de un hematoma en la cara o una herida con puntos después de una caída tienen mayor peso que el diálogo ético.

Insistimos en el tema de la dignidad cuestionando si en el momento de poner o quitar un dispositivo de restricción mecánica se manejan cuestiones éticas o estéticas. La pregunta es ¿estamos vulnerando los derechos del anciano o es porque no queda bien?

- **Autonomía:** para nosotros reconocer el principio de autonomía y el derecho a la autodeterminación y decisión sobre la propia salud y la propia vida y los propios riesgos es fundamental en el proceso de decisión para aplicar una medida contenedora. No es difícil encontrar en los centros a personas que se caen de manera repetida, mucho más que tres veces al mes pero que debido a su autonomía y el respeto que los familiares y profesionales le tienen a la capacidad de decidir del anciano no aparecen conflictos. En cambio, estos sí aparecen cuando el anciano no tiene aquella capacidad.
- **Libertad:** si el anciano es libre tanto física como psíquicamente en principio no debería haber conflicto si asume el riesgo para la propia seguridad. No es así cuando está en peligro la seguridad de los otros, por ejemplo ante conductas o agresiones que pueden poner en peligro a terceros, como el hecho de volcar a los ancianos sentados en sillas de ruedas que infringen algunas personas con demencias avanzadas. En este caso ante los ancianos que conservan este elevado grado de independencia no somos partidarios de utilizar

contenciones mecánicas y sí en cambio de incrementar las medidas alternativas y sólo como último extremo, períodos breves de aislamiento controlado o incluso las contenciones farmacológicas.

Si la persona es libre y autónoma no deberían utilizarse las restricciones mecánicas, pero cuando no hay libertad, la dependencia física y psíquica es prácticamente total, como pueden demostrar los indicadores o los tests de valoración como un Tinetti alrededor de 1 a 3/28, una escala de deterioro global (GDS) de Reisberg de 7/7 y medidas de la independencia funcional (FIM) iguales o inferiores a 35/126, entendemos que las contenciones mecánicas no deberían ser motivo de conflicto.

### **3. RECOMENDACIONES DE USO EN EL ÁMBITO DE LA GENTE MAYOR**

En base a todo lo descrito en este documento proponemos las siguientes recomendaciones sobre el uso de las contenciones mecánicas en el ámbito social de la gente mayor.

- 3.1.** Definir las contenciones como “Procedimientos mecánicos que limitan de manera temporal la autonomía, la independencia y la libertad con el fin de proteger al paciente y a otras personas de actos o conductas que comporten daño o peligro inminente para la seguridad”.
- 3.2.** Considerar los dispositivos de contenciones como tales si la intención es limitar los derechos. En caso contrario considerarlos dispositivos de seguridad.
- 3.3.** Flexibilizar la consideración de “contención mecánica” en ancianos muy deteriorados con dependencia física o psíquica total. Proponemos no considerar “contenciones” sino “medidas de seguridad” a los cinturones abdominales y pélvicos en ancianos que cumplen estos tres criterios: Test de Tinetti de equilibrio y marcha igual o inferior a 3/28, Escala de deterioro global GDS de Reisberg de 7/7, Escala de medida de la independencia funcional (FIM) igual o inferior a 35/126.
- 3.4.** No hacer uso de las contenciones mecánicas si la persona es autónoma, independiente y libre. En el caso que conserve la independencia motora pero no sea autónoma o competente para tomar decisiones, éstas deberán ser consensuadas entre los familiares y el equipo.
- 3.5.** Valorar la prevalencia de las contenciones en un centro en función de los censos y la gestión de los riesgos, especialmente el de caídas, pero también otros riesgos relacionados con las contenciones, tales como conductas de riesgo hacia otros residentes, riesgo de salidas no controladas, etcétera.
- 3.6.** Promocionar las actividades preventivas, cuidadoras, rehabilitadoras y las medidas de seguridad:
  - 3.6.1.** Trato humano, respetuoso y agradable, basado en los derechos fundamentales.
  - 3.6.2.** Exhaustivo control de los psicofármacos y la polifarmacia.
  - 3.6.3.** Fisioterapia y rehabilitación de la marcha y el equilibrio.
  - 3.6.4.** Adecuación de las ayudas técnicas para la marcha.
  - 3.6.5.** Revisión exhaustiva y tratamiento de los factores de riesgo de caídas tanto intrínsecos como extrínsecos.
  - 3.6.6.** Realización de actividades físicas destinadas a la prevención de caídas.
  - 3.6.7.** Adaptación del entorno arquitectónico y mobiliario.
  - 3.6.8.** Escucha activa y acompañamiento humano.
  - 3.6.9.** Actividades lúdico-recreativas.

- 3.6.10. Paseo.
- 3.6.11. Rondas frecuentes al WC y control de la incontinencia nocturna y diurna.
- 3.6.12. Cambios en el entorno que favorezcan un clima agradable.
- 3.6.13. Promocionar la visita de familiares y voluntarios y la atención individualizada.
- 3.6.14. Puertas con códigos de seguridad.
- 3.6.15. Pulseras y relojes con localizador GPS.
- 3.6.16. Disponer de salas de contenciones espaciales y de aislamiento controlado.

### 3.7. Invertir en formación y sensibilización de los profesionales:

- 3.7.1. Formación en bioética aplicada.
- 3.7.2. Realización de talleres de sensibilización destinada a profesionales sobre el uso de las contenciones mecánicas.
- 3.7.3. Programas de formación en uso de las contenciones.
- 3.7.4. Visitas frecuentes del Servicio de Inspección i Registro de Servicios Sociales.

### 3.8. Invertir en calidad y en trabajo en equipo

- 3.8.1. Acreditarse por un organismo de calidad asistencial.
- 3.8.2. Asesorarse y formarse por los organismos e instituciones de referencia en estándares de calidad.
- 3.8.3. Formarse en trabajo en equipo y diálogo ético.
- 3.8.4. Formarse y adecuar el trabajo a los procesos y el seguimiento por indicadores de calidad.

## 4. BIBLIOGRAFIA I WEBGRAFIA

1. Enciclopedia.cat. [www.enciclopedia.cat/totcerca.jsp?q=allintitle:contenir&client=enci\\_cat\\_interfa...](http://www.enciclopedia.cat/totcerca.jsp?q=allintitle:contenir&client=enci_cat_interfa...) [Consulta: 02/8/2011].
2. Servei d'inspecció i Registre. (2011). Ús racional de les contencions físiques. Estudi de la incidència de l'assessorament de la inspecció de serveis socials en residències de gent gran. (Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família). Barcelona.
3. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (Julio 2003). Hacia una cultura sin restricciones: las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento técnico, núm. 3.
4. Orbeago, A. (2006). Experiencias en relación con el maltrato y el abordaje desde las instituciones y entidades *in* De la Cuesta, J.L. El maltrato de personas mayores. *Hurkoa Fundazioa*. (Instituto Vasco de Criminología).
5. García, M., Villena, A., Del Campo, JM<sup>a</sup>. [et al.]. (2007). Factores de riesgo de caídas en ancianos. *Revista CLIN MED FAM*; 2 (1): 20-24. Obtenido de: <<http://redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=169617650005>>.
6. André da Silva, Z., Gómez, A., Sobral, M. (2008). Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* Vol.82,Nº1.
7. Neira, M., Rodríguez, L. (2006). Caídas repetidas en el medio residencial. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 41 (4):201-6.
8. Gobert, M., d'Hoore, W., Mora-Fernández, J. [et al.]. (2005). Adecuación de las restricciones físicas y farmacológicas en los ancianos institucionalizados: estudio comparativo en Québec y la Suiza Romanda, con implicaciones en nuestro medio. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 40(1):7-17.
9. Suen, LKP., Lai, Cky, Wong, TKS. [et al.]. (2006). Restricciones físicas en cuidados de larga duración: actitudes, experiencia y conocimiento mejoran su uso. *Rev Enferm Clin*. 16(6):345-7.
10. Zunzunegui, M.V. (2005). Restricciones físicas y farmacológicas de las personas mayores que viven en instituciones. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 40(1):4-6.
11. Galán, C.M<sup>a</sup>., Trinidad, D., Ramos, P. [et al.]. (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 43 (4):208-13.
12. Alarcón, T. (2001). Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿Necesidad o falta de formación? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 36 (1):46-50.
13. Alarcón, T. (2008). El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 43 (4):197-8.
14. Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G., Núñez, E. [et al.]. (2008). Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 43:201-7.

15. Fariña-López, E., Camacho, A., Estévez-Guerra, E. [et al.]. (2009). Accidentes asociados al uso de restricciones físicas en ancianos con trastornos cognitivos: estudio de tres casos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 44 (5):262-5.
16. Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 46 (1):36-42.
17. Burgueño, A. (2008). Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. Obtenido de: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5E315864-34F9-4236-9319-931E610416DB/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf> [Consulta: 17/8/2011].
18. Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). (2005) Guía para personas mayores y familiares: uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer. Programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". Obtenido de: [http://www.ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia\\_para\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.ceoma.org/alzheimer/pdfs/guia_para_personas_mayores.pdf). [Consulta: 17/8/2011].
19. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona, comissió deontològica. (2006). Consideracions davant les contencions físiques i/o mecàniques: aspectes ètics i legals. Barcelona. Obtenido de: [http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/Documents/DOC%20CONTENCIONS\\_DEF.PDF](http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/Documents/DOC%20CONTENCIONS_DEF.PDF) [Consulta: 18/8/2011].
20. Del Río, M., Gótor, P., Cuevas, P. [et al.]. (1999). Restricciones físicas en pacientes ancianos hospitalizados. Perfil de los pacientes y motivos de su uso. Obtenido de: <http://semerwp.saludigital.net/wp-content/uploads/2010/09/restriccionesresidencias.pdf> [Consulta: 18/8/2011].
21. Departament d'Acció Social i Ciutadania. (2010). Guia per a l'aplicació dels indicadors i processos per a la millora contínua de la qualitat assistencial. (Generalitat de Catalunya). Obtenido de: [http://www.ugt-cat.net/subdominis/dependencia/images/stories/documentacio/guia\\_aplicacio\\_dels\\_indicadors\\_i\\_processos.pdf](http://www.ugt-cat.net/subdominis/dependencia/images/stories/documentacio/guia_aplicacio_dels_indicadors_i_processos.pdf)
22. Joint Commission International. (2003). Joint Commission International Standards for the Care Continuum. First Edition. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.
23. Rodríguez, J. (2011). Contencions mecàniques: diàleg a partir de les sensacions del professional. Resultats i conclusions del taller de sensibilització sobre l'ús de les contencions físiques. Obtenido de: <http://solofisio.files.wordpress.com/2011/10/taller-de-sensibilitzaci3b3-sobre-lc3bas-de-les-contencions-resultats-i-conclusions.pdf>
24. Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 37(S2):74-105.
25. Tideiksaar, R. (2005). *Caídas en ancianos: prevención y tratamiento*. Barcelona: Editorial Masson.
26. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. (2011). Obtenido de: <http://buscon.rae.es/draeI/sujetar>. [Consulta: 18/8/2011].
27. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. (2007). DOGC núm. 4990 – 18/10/2007. Llei 12/2007 de Serveis Socials. Obtenido de: <http://www.gencat.cat/diari/4990/07284064.htm>. [Consulta: 18/8/2011].
28. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. (2000). Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Obtenido en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/eu22.pdf>. [Consulta: 18/8/2011].
29. La Constitución Española. (1978). Boletín Oficial del Estado. Obtenido en: <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/ConstitucionCASTELLANO.pdf>. [Consulta: 18/8/2011].
30. Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración universal de derechos humanos. Obtenido en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. [Consulta: 18/8/2011].
31. Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L. (2008). Escala GENCAT de Qualitat de Vida.. Obtenido en: <http://www20.gencat.cat/docs/dasc/01Departament/08Publicacions/Ambits%20tematics/Serveis%20socials/21escalagencatformulariqua litatvida/formulariescalagencat.pdf>. [Consulta: 18/8/2011].
32. Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética. (1997). Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Obtenido en: <http://www.bioeticas.net/leg/001.htm>. [Consulta: 18/8/2011].
33. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1979). Informe Belmont. Principios y guías éticos para la investigación de los sujetos humanos de investigación. Obtenido en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>. [Consulta: 18/8/2011].
34. Comitè de Bioètica de Catalunya. (2003). Guia de recomanacions sobre el Consentiment informat. (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social). Obtenido en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/consentiment.pdf>. [Consulta: 18/8/2011].
35. Pérez del Molino, J., Chaparro, A. (1995). Prevención primaria y autocuidado. La prevención de las caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 30 (NM.1):11-28.
36. Sánchez, C., Delgado, J.C.; Carbajo, N. [et al.]. (2001). Incidencia y factores predictores de inmovilización crónica en ancianos mayores de 75 años que viven en la Comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 36 (2):103-108.
37. Vellas, B., Lafont, M.; Allard, J.L. [et al.]. (1995). *Transtornos de la postura y riesgos de caída*. Barcelona: Editorial Glosa.
38. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Grandes síndromes geriátricos: inestabilidad y caídas. Ed. Ferrer Internacional.
39. Rapado, A.; Guillén, F. (1994). *Osteoporosis y caídas en el anciano*. Barcelona: Editorial Fahoemo.