



“HACIA UNA CULTURA SIN RESTRICCIONES: LAS RESTRICCIONES FÍSICAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS”

Introducción

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, a través de su Grupo de Protección del Mayor, ante la constatación de un problema en nuestro entorno relacionado con el uso y abuso de las restricciones físicas en las personas mayores en el medio institucional, se posiciona mediante este Documento Técnico, con el objetivo de iniciar un debate en profundidad que conduzca a un cambio en la cultura y la práctica profesional.

Con el propósito de unificar conceptos y términos, iniciamos este trabajo enumerando los distintos tipos de restricciones:

- Restricción física individual sobre el movimiento.
- Restricciones a la circulación libre dentro y fuera del edificio.
- Control químico sobre la conducta, como el uso de medicamentos.
- Supervisión y observación no consentida.
- Actitudes culturales, institucionales y profesionales que justifican conductas que limitan la libertad.
- Control no consentido de la economía del mayor.

En este documento nos centraremos exclusivamente en las restricciones físicas personales, sin olvidar que existen otros mecanismos de limitación de la libertad del mayor.

Entendemos como **restricción física** en el mayor cualquier método o dispositivo físico o mecánico que no sea capaz de retirar con facilidad, que limita los movimientos para la actividad física o el acceso normal a su cuerpo y que anula o disminuye la función independiente de la persona mayor.

Como principio general, consideramos que la utilización de restricciones físicas en el mayor atenta contra las bases fundamentales del cuidado, radicadas en el mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia de la persona cuidada en cualquier entorno en el que se encuentre. Como consecuencia de ello entendemos que **las restricciones físicas en los mayores son una forma clara de maltrato físico y psicológico.**

Las formas de restricción física pueden agruparse en:

- **Dispositivos limitantes** (barras laterales en cama, completas o parciales, uni o bilaterales, chalecos, cinturones, correas, muñequeras y tobilleras, sábanas

anudadas, entablillados para evitar la flexión de extremidades, sacos de contención, etc.)

- **Procedimientos limitantes.** En este apartado se encuadrarían todos aquellos procedimientos que el profesional o la persona cuidadora utiliza con la intención de restringir el área de movimiento del mayor. No se usan dispositivos específicos pero se adecuan recursos habituales para conseguir ese objetivo (uso de mobiliario inadecuado: cama demasiado baja o alta, sillones geriátricos cerrados, asientos demasiado bajos o altos, aproximación extrema de la silla a la mesa; alejamiento o eliminación intencionada de timbres de llamada, bloqueo de la salida mediante sillas, uso de cerrojos, ...)

¿Qué ideas, creencias, argumentos, ..., sustentan esta práctica?

Para cambiar la práctica de los profesionales, las familias y, en general la sociedad, en el uso de restricciones con la persona mayor, es necesario conocer qué idea dominante subyace a dicho proceso, qué elementos la sustentan.

La **única razón legítima para usar restricciones debería ser la terapéutica.** Garantizar la seguridad, mejorar el bienestar del anciano y asegurar la aplicación sin riesgo de otros procedimientos sería el objetivo. Sin embargo, no hay evidencias científicas que avalen la consecución de estos objetivos y sí estudios que ponen de manifiesto las consecuencias negativas de tal práctica. De hecho, los sistemas de inmovilización pueden ser causa de muerte en los mayores.

Los argumentos más comunes esgrimidos a diario para ese uso por los profesionales e incluso la familia son:

- Evitar las caídas.
- Controlar situaciones de riesgo en los trastornos del comportamiento con peligro para sí mismos o terceros.
- Prevención del estado de confusión o agitación.
- Eliminar conductas de vagabundeo.
- Mantener vías invasivas para tratamientos terapéuticos.
- Mantener el alineamiento corporal del mayor.
- Impedir los movimientos repetitivos.
- Vencer las resistencias al tratamiento, alimentación, ...
- Controlar los riesgos ante alteraciones del sueño.
- Por deseo de los familiares, anteponiendo la seguridad a la libertad.
- ...

En cuanto a las **consecuencias negativas** de la práctica de restricciones físicas en mayores puestas de manifiesto en diferentes estudios podemos encontrar:

- Pérdida de capacidad funcional en el sistema osteo-articular
- Hipotensión ortostática
- Deterioro de la estabilidad, equilibrio y marcha, con aumento de la susceptibilidad para las caídas
- Lesiones nerviosas
- Incontinencia urinaria y fecal
- Lesiones en la piel: úlceras por presión, lesiones traumáticas, abrasiones, ...
- Pérdida de seguridad en la deambulación autónoma

- Aumento del riesgo de complicaciones relacionadas con la inmovilización (deshidratación, impactación fecal, complicaciones respiratorias, neurológicas, hemodinámicas, ...)
- Estrés (físico y psíquico)
- Miedo
- Reducción de las posibilidades de comunicarse, aislamiento social
- Aumento de la confusión
- Percepción de rabia, humillación, desesperanza ...
- Depresión
- Apatía
- Pérdida de autoestima y autonomía
- Agresividad
- Asfixia y estrangulamiento
- ...

¿Realmente somos conscientes de estas terribles consecuencias? El hecho de que las restricciones físicas pueden ser peligrosas aparece claramente en la literatura. La voluntad aparente de utilizarlas en los ancianos por parte de los profesionales es algo paradójico, dado el conocimiento existente sobre la gama de efectos y consecuencias negativas del uso de restricciones en este grupo de edad y la falta de datos sobre los potenciales beneficios que se le imputan a dicha práctica. Como consecuencia, **nuestra práctica está basada en “creencias erróneas” sin ningún tipo de evidencia científica.**

Además de los argumentos comentados, que son públicos, las restricciones físicas pueden responder a otros **objetivos ocultos e inconfesables**: el castigo por desobediencia, la infantilización o despersonalización, la conveniencia-comodidad del personal, el miedo a las denuncias por falta de seguridad en las instituciones. También por otros motivos como falta de recursos humanos o infraestructura y organización de los servicios no adecuados a la tipología de los mayores.

La **dimensión del problema del uso de las restricciones físicas en España** es al día de hoy prácticamente desconocido, al no existir estudios epidemiológicos sobre el tema. Sin embargo, la preocupación de los profesionales sobre el mal uso y abuso de ellos aflora en nuestros foros. Un reciente estudio comparativo de ámbito internacional dibuja un retrato oscuro de nuestro país: utilizamos de dos a cuatro veces más las restricciones físicas que en otros siete países de primer nivel.

Ante un fenómeno común a todos los países, algunos han reconocido la existencia de este problema en los últimos años y buscado alternativas para no utilizar las restricciones físicas como primera opción.

Llegado a este punto, es preciso hacer alguna **referencia al marco legal** en relación con las restricciones físicas en el mayor, en clara relación con los **aspectos éticos** que están en juego. El límite entre lo que puede ser necesario, lo conveniente para evitar riesgos y su mala utilización o abuso es estrecho y entendemos que es preciso legislar al respecto ante la escasa normativa existente.

El principio bioético de autonomía plantea que no pueden tomarse decisiones sobre el uso de restricciones o de cualquier otro tipo contra la voluntad del individuo. En situaciones en que se considere necesario se deben tomar medidas que garanticen la

buena práctica, es decir la corrección y necesidad terapéutica (principio de no maleficencia), asegurándose que las indicaciones de uso siempre superan las aludidas contraindicaciones y de que no existen alternativas menos agresivas. Usarse estas medidas en beneficio del usuario y no de los profesionales (principio de beneficencia) y pedir el consentimiento informado de la familia o tutor cuando la persona no es capaz, en un nuevo intento de preservar el principio de autonomía, completarían esta reflexión ética.

No existe una legislación específica que pueda proteger con claridad al anciano del mal uso de las restricciones físicas. El capítulo de la Tutela, artículo 211 del Código Civil, el Art. 10 de la Ley General de Sanidad que regula el consentimiento informado pueden aportar algún apoyo, pero como una normativa “suave”, que no alcanza al temor de los profesionales a ser denunciados por negligencia cuando el mayor se cae, se lesiona o sufre algún daño y no se han utilizado medidas restrictivas. Existen algunos antecedentes en la Jurisprudencia en los que se concede prioridad a una supuesta seguridad del usuario en perjuicio de su dignidad y su autonomía. Por otra parte, conocemos distintos casos de inoperancia legal ante denuncias de situaciones de uso y abuso. **La ley, entendemos que será un instrumento útil para el cambio.**

La consideración de la restricción física como un mal menor, el desconocimiento de alternativas y el vacío legal, lleva a los profesionales y en general a la Sociedad a una **normalización** de este tipo de práctica con el mayor, **arrastrando a consecuencias tan viciadas** y poco reflexionadas como:

- Formación técnica de los profesionales y alumnos sobre el uso de las restricciones físicas como instrumentos terapéuticos.
- Elaboración de protocolos de uso en las instituciones sin argumentos previos sobre la necesidad de tratar de evitarlas.
- Investigación, desarrollo y comercialización de utillajes para una más eficiente inmovilización.

En general se observa una evidente ausencia de líneas de investigación y de práctica profesional que incida en la prevención del uso irracional y el desarrollo de nuevas alternativas.

¿Qué entendemos por un uso racional de las restricciones físicas en el mayor?

- La utilización, exclusivamente ante situaciones críticas de riesgo grave e inminente para sí mismo o terceros.
- Basado en la valoración de las necesidades del individuo
- Ante el fracaso de otras medidas alternativas
- De uso limitado en el tiempo con valoración periódica (intervalos horarios) que justifique el mantenimiento de la prescripción.
- Elección del dispositivo menos restrictivo y que promocióne el nivel más alto de funcionamiento del individuo.
- Con aumento de los controles y seguimiento de los cuidados durante el tiempo que dure la restricción (estado anímico, posturas de riesgo, ejercicios pasivos, desplazamiento al baño...).
- Registro periódico de la evolución del mayor durante el tiempo que se mantenga la restricción.

- Utilización de criterios escritos previamente consensuados por el equipo multiprofesional
- Aplicación de las restricciones exclusivamente por personal competente y entrenado donde se tengan en cuenta los riesgos de las restricciones.

En definitiva, un uso racional, es aquel que garantiza la protección de los derechos y la dignidad de la persona mayor.

¿Qué alternativas tenemos ante las restricciones físicas?

Los elementos claves para limitar o reducir el uso de restricciones pasan por:

- El tratamiento de la causa origen del problema
- Un cuidado individualizado
- Un abordaje interdisciplinario
- Un pensamiento innovador
- Una formación específica de los profesionales

Los esfuerzos actuales se dirigen a la búsqueda de soluciones alternativas a las restricciones, que mejoren la calidad de vida de los mayores, sin poner en riesgo su seguridad ni su vida.

La valoración individual de factores físicos, psicosociales y recursos de la persona mayor, los antecedentes de caídas y factores causales, guiarán la elección de un amplio arsenal de **intervenciones para la prevención del uso de estos dispositivos**, entre las que se encuentran:

- **Modificaciones del entorno, mobiliario, medidas de seguridad y de ubicación:** Adaptaciones de sillas buscando mejorar la comodidad, sillas con mecanismos que eviten el volcar, frenos en camas y sillas de ruedas, quitar las barras laterales, adaptar la altura de la cama, colocar protectores en el mobiliario y los suelos que amortigüen ante posibles caídas, retirada de los enseres innecesarios, colocar tiras antideslizantes junto a la cama y en el baño, mejorar la luz, instalar alarmas.
- **Actividades estructuradas de estimulación cognitiva y sensorial:** Música, radio, televisión, juegos, ofrecer algo a lo que agarrarse (muñeca, mantita,...), actividades sociales, actividades de formación, organización de las AVD.
- **Actividades psicosociales:** Desarrollar técnicas de comunicación y destreza ante conductas de riesgo (agitación, vagabundeo, caídas, delirium,...), compañía, tacto terapéutico, escucha activa, reorientación a la realidad, orientación temporoespacial, periodos de tranquilidad o silencio.
- **Cuidados fisiológicos:** Aliviar el dolor, cambios en el tratamiento procurando eliminar vías y sondas, fisioterapia, terapia ocupacional, corregir la deshidratación, tratar infecciones, ayudas sensoriales con el uso de prótesis auditivas y visuales, evaluar la medicación (adecuación de tratamientos, valoración de posibles efectos secundarios: hipotensión, marcha inestable,...).
- **Otros cuidados básicos:** programación de las AVD, programa de traslado al WC, paseos, vigilancia y observación reforzadas (donde se le pueda ver fácilmente), designar a personas responsables del control de esas personas de especial riesgo, técnicas de recuerdo (recordar que no intente levantarse sin ayuda), atención al confort: cambios posturales,..., masajes, programar el descanso (pequeñas

siestas,...), si se despierta durante la noche (llevar al baño, valorar el bienestar y el confort, ofrecer un tentempié, colocar en una silla confortable en lugar de en la cama, dejar que permanezca despierto si no tiene sueño, etc.).

¿Qué puede hacer el profesional, la Institución y las Organizaciones ante la práctica indiscriminada de las restricciones físicas en el mayor?

- Con el objetivo de evitar sentimientos de culpabilidad y relajar sentimientos de impotencia ante una forma tradicional de actuar, recomendamos **al profesional a nivel individual:**
 - No luchar en soledad, pues puede ser un “suicidio profesional”
 - Informar e informarse
 - Fomentar el debate en su entorno
 - Asociarse con otros para crear grupos de presión
 - Junto a otros, solicitar formación específica en su Institución
 - ...
- Recomendamos **a las Instituciones:**
 - Asumir institucionalmente el riesgo que conlleva potenciar la autonomía del mayor (riesgo de caídas, etc.)
 - Crear grupos de vigilancia y grupos de discusión
 - Elaborar una declaración escrita de la posición ética de la organización frente al uso de las restricciones.
 - Establecer comisiones que velen por los derechos del mayor.
 - Adaptar el medio al residente; no el residente al medio
 - Incluir la disminución del uso de restricciones físicas como indicador de mejora de la calidad asistencial
 - Intensificar la formación específica de los profesionales sobre el tema (programas de reducción del uso)
 - Elaborar Guías de Práctica Clínica basada en evidencias que recojan las alternativas a las restricciones físicas
 - Establecer una metodología estándar de cuidados, facilitadora de un uso racional de las restricciones.
 - Asesorar a las familias sobre el riesgo del uso de restricciones y las alternativas existentes.

Reflexiones finales

Intelectualmente los profesionales, las familias pueden comprender el porqué se debe reducir el uso de las restricciones físicas, pero emocionalmente, puede que ambos se sientan inseguros y el proceso de cambio les genere ansiedad.

Se hace necesario el apoyo institucional continuado y la formación adecuada.

El cambio siempre es difícil. Disminuir el uso de restricciones físicas es cambiar cuidados que tradicionalmente se han considerado aceptables.

Las restricciones usadas de una forma irracional se han de contemplar como parte del fenómeno de maltrato al mayor, que lleva a una práctica deshumanizada.

“Normalizar” las restricciones es un error que nos lleva a una cultura de los cuidados que agrede el principio básico que guía nuestra práctica.

Las líneas de trabajo futuras deben buscar un cambio de enfoque cultural que sustituya el paternalismo por el respeto de la autonomía y la libertad del mayor.

Grupo de Trabajo

- CAROL ELSDEN DE DIGON. Enfermera. Residencia de Ancianos “Arana”. Diputación Foral de Alava. Vitoria-Gasteiz
- CRISTINA FERNANDEZ GUARDA. Enfermera. Residencia de Ancianos de Vallecas. Comunidad de Madrid. Madrid
- MARILIA NICOLÁS DUEÑAS. Enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería de “Puerta de Hierro”. Madrid
- M^a TERESA RODRIGUEZ DIAZ. Enfermera. Residencia de Ancianos de Aranjuez. Comunidad de Madrid. Aranjuez (Madrid)
- J.JAVIER SOLDEVILLA AGREDA. Enfermero. Hospital de La Rioja. Logroño. Presidente SEEGG
- ANGELA TORONJO GOMEZ. Enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Huelva
- M^a JESUS ZANZA CASTRO. Enfermera. Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.

Han colaborado:

- D. ANTONIO BURGUEÑO MEDICO. Médico. Hospital G.U. Gregorio Marañón. Madrid
- D. ANTONIO PEÑAFIEL OLIVAN. Enfermero. Residencia de Ancianos de Aranjuez. Comunidad de Madrid. Aranjuez (Madrid). Presidente AMEG.