



Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Sujeciones mecánicas – 1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias

Introducción

Las sujeciones mecánicas de los pacientes durante su ingreso en unidades de agudos y residencias ha sido una práctica común durante muchos años. Existe una creciente preocupación con respecto al uso de estos equipos en la administración de cuidados de salud y por esta razón el Instituto Joanna Briggs realizó una revisión sistemática para resumir la mejor evidencia actual sobre este tema.¹ Debido a la amplitud de esta revisión, las conclusiones se han resumido en dos *Best Practice Information Sheets* también disponibles electrónicamente en www.joannabriggs.edu.au

1ª Parte: Sujeciones mecánicas

El primer *Best Practice Information Sheet* trata sobre el uso de las sujeciones mecánicas, el impacto de estar inmovilizado y el riesgo de efectos adversos asociados a las sujeciones mecánicas. Las recomendaciones surgidas de la revisión realizada se presentan en el mismo.

Este Best Practice Information Sheet abarca:

- **Práctica actual**
- **Características de los pacientes inmovilizados**
- **Razones para inmovilizar a los pacientes**
- **Lesiones y sujeciones mecánicas**
- **La experiencia de la sujeción mecánica**
- **Disminución del uso de la sujeción mecánica**

2ª Parte: Disminución del uso de las sujeciones

El segundo *Best Practice Information Sheet* se centra específicamente en la disminución del uso de las sujeciones. Se resumen los distintos enfoques encontrados en la literatura sobre la disminución del uso de las sujeciones. Las sugerencias de la literatura se

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia en base al siguiente sistema de clasificación revisado.²

Nivel I Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos relevantes.

Nivel II Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico bien diseñado.

Nivel III.1 Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III.2 Evidencia obtenida de estudios de cohortes, estudios de casos y controles o series temporales con un grupo de control.

Nivel III.3 Evidencia obtenida de estudios analíticos con control histórico, o series temporales sin un grupo de control.

Nivel IV Evidencia obtenida de estudios descriptivos, pre-test y post-test o sólo post-test.

resumen para que sirvan como fuente de posibles enfoques, aunque ha habido poca evaluación de las alternativas a la disminución del uso de las sujeciones.

Definición de Sujeción Mecánica

Para esta revisión, la sujeción mecánica se definió como:

“...cualquier mecanismo, material o equipo atado al cuerpo o cerca del cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por él mismo y que impide o está pensado para impedir el movimiento libre del cuerpo de una persona a una posición de su elección y/o el acceso normal de una persona a su cuerpo.”³

Aunque también se usan medicamentos específicos para controlar el comportamiento, esta revisión se limitó a la sujeción mecánica, por los diferentes modos de acción de la limitación física y química.

Práctica Actual

Esta revisión sugiere que entre el 3,4% y el 21% (una media del 10%) de los pacientes de unidades de agudos precisaron alguna forma de sujeción mecánica durante su periodo de hospitalización. La duración de la sujeción abarca desde una media de 2,7 días hasta 4,5 días. En residencias, la proporción de residentes que fueron inmovilizados mecánicamente abarca desde un 12% hasta un máximo de 47% (una media de 27%). La duración media de la sujeción mecánica para residentes, recogida en un único estudio, fue de 86,5 días. Sin embargo, el registro de la duración fue desde 1 día hasta 350 días (durante el seguimiento de un año del estudio), y el 32% de los residentes precisaron inmovilización durante al menos 20 días al mes. Estos hallazgos resaltan el hecho de que una gran proporción de pacientes y residentes fueron sometidos a sujeción mecánica. Sin embargo, el uso de la sujeción mecánica fue considerablemente mayor en residencias que en unidades de agudos.

Los tipos de mecanismos de sujeción mecánica utilizados en unidades de agudos y residencias variaban enormemente. En las unidades de agudos, los mecanismos más utilizados para

inmovilizar a los pacientes fueron sujeciones de muñeca, cintura y pecho. En residencias los mecanismos más frecuentes fueron chaleco y cinturón.

Esta revisión identificó una considerable variabilidad sobre cómo se utiliza la sujeción mecánica en unidades de agudos y residencias. Esta variación no se produjo solamente entre estudios diferentes, sino que también se recogió en estudios individuales. Actualmente hay muy poco acuerdo sobre cómo debería utilizarse la sujeción mecánica y no hay evidencia de un protocolo estándar en la práctica.

Características de los pacientes inmovilizados

La revisión también investigó qué personas eran más susceptibles de necesitar sujeción mecánica. En las unidades de agudos se trataba de personas ingresadas en el hospital procedentes de residencias, que tenían un diagnóstico psiquiátrico o daños cognitivos, estaban postrados en cama, mostraban un comportamiento perturbador, o habían sido evaluados como persona con riesgo de caídas. En Residencias, eran los ancianos de alto riesgo los que eran más susceptibles de ser inmovilizados, y este riesgo se veía incrementado por factores como

incontinencia e incapacidad de realizar con independencia las actividades de la vida diaria. En ambos lugares, las conclusiones de la revisión sugieren que los pacientes más débiles son los que tienen más posibilidad de ser inmovilizados mecánicamente.

Razones para inmovilizar a los pacientes

De las razones citadas por los trabajadores de la salud para inmovilizar a los pacientes, la mayor justificación se refería a razones orientadas al paciente. Estas incluyen mantener la seguridad del paciente, controlar la agitación y la agresión, control del comportamiento, evitar que el paciente deambule erráticamente y proporcionar apoyo físico. Sin embargo, las sujeciones mecánicas también se utilizaron para ayudar a la consecución de objetivos organizativos de la institución (que se cumplan los horarios de trabajo), mantener un entorno social cómodo (evitar que los residentes molesten a otras personas) y facilitar el tratamiento (evitar que los pacientes manipulen los equipos médicos o se quiten vendajes o catéteres).

Lesiones y sujeciones mecánicas

La revisión investigó las lesiones relacionadas con las sujeciones mecánicas. Se consideraron dos tipos de lesiones. El primer tipo era la lesión causada directamente como resultado de la presión externa del sistema de sujeción, incluyendo laceraciones, hematomas o estrangulamiento. El segundo tipo eran lesiones indirectas o efectos adversos. Estas lesiones indirectas estaban ligadas a la inmovilización forzosa de una persona, e incluyen el aumento de la tasa de mortalidad, el desarrollo de úlceras por presión, caídas, o imposibilidad de dar el alta.

1. Lesiones directas

Aunque hay poca información en la literatura relacionada con la prevalencia de las lesiones ligadas a la sujeción, un pequeño número de estudios de caso evidenciaron lesiones ligadas a la sujeción, incluyen:

- **Lesiones en plexos nerviosos**

Causadas por la combinación de sujeción de chaleco y muñequera, en pacientes encamados con el cabecero elevado, donde la presión de la sujeción de la muñeca causó que se moviese hacia arriba el chaleco, llegando a las axilas, y causando así presión en el plexo braquial distal.

- **Lesión isquémica**

Contractura isquémica de los músculos de ambas manos después de 48 horas de sujeción de ambas manos en la pelvis con un cinturón de cuero.

- **Asfixia**

Una serie de artículos de sujeción relacionaban el uso de sistemas de sujeción con la asfixia. El paciente se enredaba en el sistema de sujeción, o era encontrado colgando del mismo, normalmente al intentar levantarse de una cama o de una silla.

- **Muerte súbita**

Dos informes describen la muerte súbita tras un prolongado periodo de agitación y forcejeo con las sujeciones.

- **Muerte**

Las investigaciones de los registros de muerte, como los de la oficina del forense o los registros de los departamentos de salud locales o gubernamentales demostraron que se produjeron una serie de muertes como resultado del uso de sistemas de sujeción mecánica. Sin embargo, estos registros proporcionan poca información sobre la frecuencia con la cual ocurren.

2. Lesión indirecta

También se han relacionado una serie de lesiones indirectas con el uso de sistemas de sujeción mecánica. Sin embargo, es más difícil de demostrar la relación entre los mecanismos de sujeción y este tipo de lesiones, por lo que hay que tener precaución a la hora de interpretar esta información.

Los estudios sugieren que los pacientes ingresados en unidades de agudos y que eran inmovilizados mecánicamente eran más propensos a caerse, se prolongaba su estancia en el hospital, contraían infecciones nosocomiales, morían en el hospital, y tenían menos probabilidad de sobrevivir y de ser dados de alta, que los pacientes no sometidos a sujeciones mecánicas. El uso de sujeciones en residencias de ancianos se ha asociado a una serie de efectos adversos, como un declive del comportamiento social, cognición y movilidad, y un aumento de la desorientación, desarrollo de úlceras por presión e incontinencia urinaria o fecal.

Aunque las sujeciones se utilizaban para evitar caídas, los residentes inmovilizados tenían el mismo o mayor riesgo de caer que los residentes no inmovilizados. Las lesiones ligadas a caídas serias también fueron más frecuentes en residentes inmovilizados. Para los residentes que estaban inmovilizados continuamente había un mayor riesgo de lesiones que para los residentes inmovilizados intermitentemente. Finalmente concluyen que la intermitencia de la sujeción reduce el riesgo de lesiones ligadas a las caídas.

Mientras que en la literatura se identificaron muchas sugerencias sobre cómo reducir el riesgo de lesión, las cuestiones más comunes fueron:

- seguir las instrucciones del fabricante
- orientación y educación interna del personal sobre el uso correcto de los mecanismos de sujeción, y sus peligros
- evitar aislar al paciente inmovilizado
- reducir el uso de sujeciones mecánicas

La experiencia de la sujeción mecánica

El objetivo de esta sección de la revisión era el de ayudar a comprender cómo puede ser la experiencia de estar inmovilizado mecánicamente para el paciente y como viven los familiares que un pariente esté inmovilizado.

La experiencia de estar inmovilizado

La mayoría de las declaraciones identificadas en la literatura resaltan claramente el impacto negativo de la sujeción mecánica. Estas experiencias se resumieron en dos temas; restricción e incomodidad.

La restricción se liga a una pérdida de libertad y control sobre lo que ocurre durante la hospitalización, y a una restricción de la capacidad de movimiento. Una persona describió el estar inmovilizado de la siguiente manera:

“Estoy en una prisión, atrapado”

Muchos compararon su difícil situación con la de los animales:

“Como un pájaro enjaulado...”

“...con un arnés como una mula”

La restricción del movimiento fue verbalizada por un paciente que dijo:

“...No podía ni juntar las manos”

La incomodidad se ligó tanto a la decisión de que iban a ser inmovilizados como a la incomodidad física causada por la inmovilidad forzosa. En términos de incomodidad con la decisión de ser inmovilizado, una persona dijo:

“Eso es para los locos, yo no estoy loco”

La incomodidad física se liga al dolor causado por el mecanismo de sujeción y la incapacidad de hacer cosas como ir al baño.

La experiencia de tener un paciente inmovilizado

Igualmente, la mayoría de las experiencias descritas por parientes fueron negativas, y resumidas en las dos cuestiones; ira e incomodidad. La gente estaba enfadada por tener un pariente inmovilizado y esta ira se refleja en declaraciones como,

“...me volvía loco”

“Me quito esa cosa y la tiro a la basura”

una persona dijo que,

“Ella no ha hecho nada y la han atado”

Algunos parientes también estaban enfadados por la forma en que se aplicaron las sujeciones.

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

Algunas declaraciones resaltaron la incomodidad de tener un familiar inmovilizado. Para algunos la incomodidad estaba relacionada con la culpabilidad al ver a su pariente inmovilizado, por ejemplo un familiar dijo:

“Lloré, y después me sentí culpable”

Otros vieron la sujeción mecánica como una intervención degradante:

“Prefiero morir que estar así”

Sin embargo, para otros el ver a su pareja inmovilizada era un problema cuando se dieron cuenta de que había poca esperanza de recuperación. Por ejemplo,

“Ver la sujeción me hace ser realista. Es tan real, que nunca podremos hacer las cosas que habíamos planeado”

Sugerencias para la Práctica

Para muchos asuntos relacionados con el uso de sujeciones mecánicas, la evidencia existente es limitada. A pesar de esto se han hecho una serie de sugerencias basadas en las conclusiones de estudios e investigaciones.

Disminuir el riesgo de lesión

- Asegurar la correcta aplicación del mecanismo de sujeción de acuerdo con las instrucciones del fabricante
- Mantener la observación adecuada durante el periodo en que la persona está inmovilizada
- Formar al personal sobre el uso correcto de los mecanismos de sujeción mecánica

Con respecto a la disminución de la sujeción mecánica

- Las unidades de agudos y las residencias deberían utilizar un programa de actividades que apoye la reducción del uso de mecanismos de sujeción mecánica (discutido en detalle en la 2ª Parte)
- Las unidades de agudos y las residencias deberían identificar mecanismos, intervenciones y actividades que reduzcan la necesidad de la sujeción mecánica (discutido en detalle en la 2ª Parte)
- Las unidades de agudos y las residencias deberían desarrollar estrategias de gestión alternativas para aquellos grupos de pacientes en los que la sujeción mecánica se emplea comúnmente. Estos grupos incluirán a personas que: sufren daños cognitivos, tienen riesgo de caída, deambulación errática, manipulación de mecanismos médicos, están agitados o violentos o tienen problemas de movilidad (discutido en detalle en la 2ª Parte)

Disminución del uso de la sujeción mecánica

Este componente de la revisión pretendía determinar la aproximación óptima a la disminución del uso de la sujeción. Como parte de esto, las características de los programas de disminución de la sujeción y las alternativas a ésta también se investigaron (ambos asuntos están explicados en detalle en el segundo *Best Practice Information Sheet* sobre Sujeciones Mecánicas).

Hay una creciente discusión en la literatura sobre la no utilización de las sujeciones, que difiere de la literatura sobre la disminución del uso de la sujeción en que los sistemas de sujeción no se usan en ningún caso y normalmente la institución ni siquiera los tiene. Aunque hay varios ejemplos de cuidados sin sujeciones en residencias, existe escasa información en unidades de agudos. Como resultado de esto, el término “disminución del uso de la sujeción” se ha utilizado en este *Best Practice Information Sheet*, no para ofrecer apoyo al uso de sistemas de sujeción mecánica, sino más bien para permitir que la evidencia se resuma de una forma lógica y coherente.

Pese a la escasez de investigación en la evaluación de la disminución del uso de la sujeción en unidades de agudos, existe una gran cantidad de artículos que aportan las conclusiones en dichas unidades. En residencias, las conclusiones de un ensayo clínico demostraron que el uso de la sujeción mecánica puede ser reducido con seguridad. En este estudio, un programa de educación sobre la sujeción apoyado por consulta clínica de una enfermera especialista en gerontología redujo el uso de la sujeción un 56 % sin aumento de caídas o lesiones. Estas conclusiones han sido sustentadas por un gran número de estudios.

El enfoque más común de la disminución del uso de la sujeción ha sido a través del uso de un programa de múltiples actividades. El mayor componente de estos programas ha sido la educación. La educación resalta los riesgos asociados al uso de sujeciones mecánicas y proporciona información sobre cómo estos riesgos pueden reducirse. Las alternativas a la sujeción mecánica siguen siendo el área menos evaluada sobre este tema.

Recomendaciones para la Práctica

Las recomendaciones para la práctica en relación al uso de sistemas de sujeción mecánica, basado en las conclusiones de un único ensayo clínico son las siguientes:

- La formación sobre sujeción mecánica con consulta clínica experta o sin ésta puede reducir con seguridad el uso de sujeciones mecánicas en las Residencias. (Nivel II)

Otras recomendaciones se proponen basadas en las conclusiones de una serie de diferentes tipos de estudios (Niveles III y IV)

Para disminuir la variabilidad que existe en la práctica clínica

- Se recomienda que las organizaciones y los profesionales de la salud adopten un protocolo estandarizado sobre el uso de mecanismos de sujeción mecánica.

Para disminuir el riesgo de lesiones

- La sujeción mecánica debería utilizarse solamente como último recurso, y sólo cuando los beneficios potenciales sean mayores que el daño potencial.
- Si debe usarse sujeción mecánica, entonces se recomienda que solamente se emplee el nivel mínimo que garantice la seguridad del paciente, o que facilite el tratamiento.
- Una vez iniciada, la necesidad de sujeción mecánica debería ser revisada regularmente.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande

Traducción revisada por: Alejandra Cano Arana

Bajo la coordinación del Centro Colaborador del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

Referencias

1. Evans D, et al., 2002, Physical Restraint in Acute and Residential Care, A Systematic Review No. 22 The Joanna Briggs Institute, Adelaide, South Australia.
2. NHMRC, 1999, A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines, Canberra, NHMRC.
3. Retsas AP. Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia. International Journal of Nursing Studies 1998;35(3):184-91.

Agradecimientos

This information sheet was developed by Dr David Evans, Ms Jackie Wood and Ms Leonnie Lambert under the guidance of a panel of experts. It has been subject to peer review by experts nominated by The Joanna Briggs Institute collaborating centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.

The Joanna Briggs Institute would like to acknowledge and thank the review panel members:

- Professor Michael Clinton
- Professor Rhonda Nay
- Professor Leon Flicker
- Professor Andrew Retsas
- Ms Sue Koch



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
• Published by Blackwell Publishing Asia

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise), is, to the extent permitted by law, excluded.

This sheet should be cited as:
JBI, 2002 Physical Restraint - Pt 1: Use in Acute and Residential Care Facilities, *Best Practice* Vol 6 Iss 3, Blackwell Publishing Asia, Australia.