



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



TEMAS DE BIOÉTICA

Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios



J. Rubio Domínguez

Comité de Ética para la Atención Sanitaria, Gerencia, Área Sanitaria III, Avilés, Asturias, España

Recibido el 5 de julio de 2016; aceptado el 20 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 6 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Contención
mecánica;
Anciano;
Atención Primaria;
Bioética

KEYWORDS

Mechanical restraint;
Elderly;
Primary Care;
Bioethics

Resumen Los profesionales sanitarios encargados de la atención al anciano en el ámbito residencial se encuentran en una situación de inquietud a la espera de un marco normativo específico y concreto en esta materia, así como de un posicionamiento científico-técnico sólido, basado en la evidencia científica, a través del cual puedan plasmar sus actuaciones en la práctica clínica diaria.

Tras una revisión actualizada del tema, se pretende responder aquellas preguntas que el profesional sanitario, sin duda, se plantea en relación con las contenciones mecánicas que se ve abocado a prescribir en su práctica clínica.

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Patient mechanical restraint. Current situation and help for healthcare professionals

Abstract Health care professionals responsible for care of the elderly in the residential environment are anxiously waiting for specific and concrete guidelines in this area, as well as a solid scientific-technical positioning based on the scientific evidence, through which their performances in daily clinical practice can be expressed.

After an updated review of the subject, it seeks to answer those questions that undoubtedly arise in the healthcare professional, as regards the mechanical constraints to which they have to resort in clinical practice

© 2016 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El presente trabajo surge como una demanda de los profesionales del ámbito de Atención Primaria, tras la instauración

en su área de influencia de un establecimiento residencial para ancianos. Tras una revisión actualizada del tema, se pretende responder aquellas preguntas que el profesional sanitario, sin duda, se plantea en relación con las contenciones a las que se ve abocado en su práctica clínica. Pretendemos también que pueda servir como herramienta de trabajo para ordenar y, en la medida de lo posible, aclarar

Correo electrónico: juan.rubio@sespa.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.006>

1134-282X/© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

sus actuaciones y a la vez llamar la atención sobre cuestiones que quizás por rutinarias no hayan sido suficientemente sopesadas.

Desde el punto de vista legislativo, no existe en el momento actual una normativa específica de ámbito nacional que regule el empleo de métodos de contención en la atención sanitaria y sirva de referencia para las actuaciones de los profesionales. La Comunidad Foral de Navarra ha sido pionera en regular normativamente las contenciones a través de un decreto foral en 2011 en el ámbito de los Servicios Sociales residenciales¹. Quiere esto decir que si en algún momento se precisara dilucidar algún tipo de intervención en este sentido habrá de recurrirse a legislación de ámbito general²⁻¹¹.

Por otro lado y salvo en aquellas situaciones urgentes o inevitables en las que no hay muchas más opciones, como en el caso del paciente agitado, no existe prueba alguna de que la aplicación de contenciones consiga algún tipo de beneficio, o algún tipo de perjuicio. Y ello es así porque los únicos diseños que aportan este tipo de pruebas son los ensayos clínicos y en esta ocasión presentan condicionamientos éticos insalvables para su realización.

Para empeorar un poco más la situación, no se trata de un procedimiento inocuo y hay estudios observacionales, y «a propósito de casos»¹²⁻¹⁷, que describen complicaciones en algunas ocasiones muy graves, aunque, al parecer, poco frecuentes^{12,18}.

Existe, por último, una creciente sensibilización social y proliferación de movimientos en contra de las contenciones.

Todo ello nos sitúa a los profesionales sanitarios encargados de la atención en una situación de inquietud a la espera de un marco legislativo específico para esta materia, así como de un posicionamiento científico-técnico sólido, basado en la evidencia científica, a través del cual poder plasmar nuestras actuaciones en la práctica clínica diaria^{19,20}.

¿Qué es la contención mecánica?

«Limitación intencionada y en beneficio del paciente (es parte de un tratamiento) de la libertad de sus movimientos, que puede afectar a una parte del cuerpo, a su totalidad, o al normal acceso a cualquier parte del mismo, con cualquier método físico aplicado sobre su cuerpo o adyacente a él, del que no puede liberarse con facilidad».

Aspectos terminológicos

¿Contención o sujeción?

El *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española define los siguientes términos:

Contener: reprimir o sujetar el movimiento o impulso de un cuerpo.

Sujetar: someter al dominio, señorío o disposición de alguien.

Según esto, sujetar tiene una connotación de dominio que en nuestra práctica clínica no tiene cabida.

Además, mientras que la contención es la acción de contener, el término sujeción define la acción del verbo, pero también define un dispositivo: unión con que algo está sujeto de modo que no puede separarse, dividirse o inclinarse.

Es decir, la contención, a mi juicio, es un término más amplio que el de sujeción y es independiente de si el dispositivo que se utiliza está unido o no al cuerpo.

Por tanto, la contención se produce cuando cualquier método físico se utiliza para limitar de manera intencionada los movimientos de una persona. Y esos medios físicos van desde las muñequeras o el cinturón de seguridad abdominal hasta el encajonamiento de una silla contra una mesa.

Por otro lado, definir la contención mecánica en función de los dispositivos es un error. La base de toda contención está en la intención²¹ y no en el dispositivo, de manera que una barandilla en una cama tendrá la consideración de contención siempre que se haya colocado con la intención de no permitir que la persona se levante²². Por ello hemos añadido el término «intencionada» en la definición propuesta al principio del documento.

¿Física o mecánica?

En el ámbito de la geriatría suelen ser utilizados como sinónimos, pero en otros ámbitos tales como infancia, adolescencia o discapacidad, la contención física es la realizada «cuerpo a cuerpo» entre el cuidador y la persona atendida, sin mediación de ningún dispositivo¹¹. Así que es preferible el término mecánica.

¿Qué tipos de contención mecánica hay?

Contención mecánica parcial: es en la que únicamente se limita la movilidad bien del tronco, bien de una extremidad. Se utiliza fundamentalmente para evitar caídas, arrancamiento de vías u obstrucciones posturales que dificulten el paso de la medicación.

Contención mecánica total: es aquella en la que se emplean sistemas de inmovilización globales que impiden la mayoría de los movimientos del paciente.

Cuestiones sobre su aplicación

¿Qué criterios debe cumplir para estar bien indicada?

Necesidad: que esté realmente indicada en beneficio del paciente.

Excepcionalidad: no existe ninguna otra posibilidad más que la contención para conseguir los objetivos terapéuticos.

Brevedad: durante el menor tiempo posible.

Proporcionalidad: utilizar la menos restrictiva.

Consentimiento.

Seguimiento adecuado.

A lo que añadiremos la prescripción médica necesaria.

De no cumplirse alguna de estas características se estaría privando de libertad a una persona, lo que además de ilegal y perjudicial para su salud es una forma de maltrato que estamos obligados a comunicar a la autoridad competente²³.

¿Cuándo está indicada? (se cumple el requisito de necesidad)

Existe una gran controversia acerca de si realmente existe alguna indicación para el uso de contenciones, ya que se estima que prácticamente en la mayoría de los casos en los que se utilizan podrían evitarse con otras alternativas menos cruentas y más dignas para las personas²⁰.

La mayoría de los protocolos, procedimientos o guías al respecto argumentan las siguientes indicaciones:

- Ante situaciones que representen una amenaza para la integridad física del paciente. Para reducir o evitar el número de caídas, impedir vicios posturales (control postural), prevenir lesiones, entre otros fines favorecedores.
- Ante situaciones que representen una amenaza para la integridad física del entorno y de otras personas.
- En entornos terapéuticos, como método para evitar el arranque de vías, sondas, catéteres, etc. Además de situaciones donde se prescribe reposo (paciente no colaborador con una fractura de cadera)²⁴.

Cabe hacer constar, con relación a las caídas y a los vicios posturales, que no es lo mismo indicar una contención *porque se cae* que hacerlo *por si se cae*, aspecto este en el que las indicaciones son más controvertidas.

¿Cuándo no está indicada?

- Cuando exista la posibilidad de intervenciones alternativas (abordaje verbal, modificación del entorno, eliminación de barreras arquitectónicas, etc.).
- Como método de castigo ante una trasgresión o conducta molesta, por antipatía o como demostración de fuerza hacia la persona cuidada.
- Por conveniencia o comodidad de las personas que la cuidan o del resto de las personas que conviven con ella, como sustitutivo de vigilancia, por escasez de personal²⁴.

¿Qué problemas tiene?

Exceptuando la consideración de la aplicación necesaria, excepcional y breve del caso del paciente agitado por tratarse esta de una situación urgente e inevitable, parece ser que en el resto de las situaciones no existen pruebas de que la aplicación de contenciones físicas tenga algún tipo de beneficio o perjuicio para el paciente y su entorno. Dichas pruebas solo podría aportarlas un diseño experimental que resulta inviable en este caso.

Sí que existen estudios observacionales que describen efectos adversos y complicaciones de uso¹²⁻¹⁷.

En cualquier caso, el argumento principal ante la posible prescripción de una contención no está en sus riesgos físicos que, si bien existen y son en ocasiones muy graves y poco conocidos por los profesionales, parecen ser poco frecuentes con relación a la prevalencia de uso^{12,18}. El problema principal de su utilización está en el hecho de que afecta no solo a la libertad de las personas, sino también a la dignidad y la autoestima personal y esto no es cuestión de probabilidad sino que está presente siempre en todas las modalidades del procedimiento y desde el mismo momento de la indicación.

Por otro lado, no puede obviarse que todo efecto adverso, por infrecuente que sea, asociado con un procedimiento pensado para la seguridad del paciente es siempre significativo¹².

¿Cómo se aplica?

En este sentido existen 2 premisas claves e ineludibles:

La formación continua y entrenamiento del personal, que ha de abarcar a todos los profesionales que aplicarán las contenciones y a todos los supuestos y dispositivos. Tan necesaria es la formación y adiestramiento en el buen proceder de una contención total de un paciente agitado como en la aparentemente inocua contención abdominal del paciente sentado o la barandilla lateral de su cama.

Por otro lado, los materiales que se utilicen para la contención deben ser los estrictamente homologados. La utilización de otro tipo de materiales, práctica que algunos estudios demuestran exageradamente extendida en nuestro país²⁵, es una grave irresponsabilidad, máxime si se realiza en instituciones que tienen que velar por la seguridad de los pacientes o residentes.

¿Quién la indica?

Como norma general, la sujeción mecánica no es un procedimiento que pueda aplicarse en cualquier situación. Se trata de una medida sanitaria *excepcional*, por lo tanto deberá ser *decisión del personal sanitario*¹⁹.

La indicación de la contención, tanto farmacológica como mecánica, responde a criterios clínicos y corresponde siempre al médico que asiste al paciente, responsable tanto de su indicación como de la información al paciente y sus familiares^{1,9,23,26-28}. En caso de urgencia el personal de enfermería puede iniciar el procedimiento, y comunicarlo al médico lo antes posible^{19,23}. En todo caso, siempre se recomienda la valoración interdisciplinar de la situación y la medida²³.

¿Es necesario el consentimiento informado?

Claro, siempre, como en cualquier actuación sanitaria hay que informar al paciente y pedirle permiso («Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso»⁹).

Será otorgado por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones o cuando esté incapacitado legalmente, de forma previa a su instauración.

En los casos de riesgo inmediato grave o riesgo para la salud de terceros, no es imprescindible el consentimiento previo. En tal circunstancia, la información a los familiares se podrá demorar hasta el momento en que la atención de la situación urgente lo permita.

Salvo en situaciones de urgencia o gravedad, las personas usuarias o sus tutores legales podrán rechazar las medidas de sujeción prescritas y asumirán las responsabilidades derivadas de no aplicarlas. Si el facultativo entiende que esta decisión es contraria a los legítimos intereses del residente,

se pondrá en conocimiento del juzgado el rechazo de la medida prescrita, para que valore su aceptación o no.

¿De qué manera?

El art. 4.1 de la Ley 41/2002⁹ señala que la información, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica.

De este modo, la Ley 41/2002 apoya, por un lado, la desburocratización del proceso de información y, por otro, refuerza la importancia de la historia clínica. La importancia de la anotación en la historia clínica de que se ha informado adecuadamente al paciente había sido puesta de manifiesto por la jurisprudencia mucho antes de recibir el respaldo de la legislación; son numerosas las sentencias en las que, si tras analizar la historia clínica, se comprobaba que en ella se reflejaba que se había facilitado la información pertinente, se absolvía a los profesionales sanitarios de las acciones ejercidas contra ellos por supuesta falta de información. La cuestión, por tanto, radica, no en la validez de la información verbal, sino en la prueba de que se cumplió con este deber en caso de controversia.

«Todas las actuaciones deberán quedar convenientemente registradas en la historia clínica, así como en el expediente asistencial en el ámbito social. Conviene resaltar la importancia de estos documentos como registros de información con validez jurídica. Una historia clínica completa, ordenada, inteligible y respetuosa, además de su utilidad asistencial, puede resultar de gran ayuda ante los tribunales. La historia clínica constituye el testimonio más objetivo del trabajo hecho y se convierte en una prueba material preconstituida de primer orden en cualquier proceso judicial por responsabilidad médica²³».

El art. 8.2 de la Ley 41/2002, tras haber sentado la regla general de que el consentimiento será verbal, enumera los 3 casos en los que se exigirá consentimiento escrito: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Aunque podría tener cabida el consentimiento verbal con registro en historia clínica tal y como se contempla en la ley como procedimiento general y apoyan algunos autores^{26,29}, el procedimiento que nos ocupa no está libre de riesgos físicos y psíquicos que, en opinión de la mayor parte de los autores revisados, tendrían encaje en el supuesto de «procedimientos que supongan riesgos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente»^{1,20,23,30}.

Si bien el planteamiento previo es discutible, puesto que la evidencia científica actual no puede ni apoyar ni desaconsejar el uso de contenciones y los «riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención» tal y como exige el artículo 10 de la ley, no quedarían fehacientemente demostrados con la evidencia actual^{12,29}, el hecho, este sí inequívoco aunque no contemplado en la ley, de que podría atentar contra derechos fundamentales —ya que se priva de libertad— así como contra principios y valores como la dignidad y la autoestima de los pacientes hace que consideremos que la actitud más prudente en esta ocasión sea la de recabar el consentimiento

escrito en todos los casos, salvo cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En estos casos, cuando las circunstancias lo permitan, se consultará a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él⁹.

¿Qué debe constar en el consentimiento informado? Art. 10.1 de la Ley 41/2002

- Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- Las contraindicaciones.

Todo ello es lo que en dicho artículo de la ley denomina «información básica». Evidentemente, como en cualquier tipo de información para consentimiento, habría que informar no solo de los riesgos para la salud sino de los beneficios que se pretenden, buscando el mayor equilibrio posible entre unos y otros a la hora de informar.

En este caso habría que informar también de:

- Naturaleza de la intervención: en qué consiste, qué se va a hacer.
- Objetivos: para qué se hace.
- Beneficios: qué mejoría espera obtenerse.
- Alternativas posibles a la intervención o tratamiento propuesto.
- Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir (a proponer, diríamos) una y no otras.

Y advertir siempre sobre la posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee. Y mostrar disponibilidad explícita a ampliar toda la información si el paciente lo desea.

Al margen del documento escrito para firma, a continuación se transcribe lo que podría ser una conversación informativa entre el médico y el paciente o sus representantes antes de proceder a la prescripción de una contención.

En su situación quizás deberíamos...

Para conseguir...

No encuentro ninguna otra alternativa...

Y si no lo hacemos podría pasarnos...

En cualquier caso, lo seguiremos de cerca y vamos a tener estos cuidados y vamos viendo en qué momento podemos retirarlo...

Porque en el caso de aplicar la contención

Evidentemente sin ayuda no podrá hacer...

En su caso y con las enfermedades que tiene podría ocurrir..., pero en su caso no está contraindicado como así sería si...

A los pacientes a quienes se les ha indicado, en algunos casos les ha ocurrido...

Siempre podría arrepentirse de la decisión que tome y podemos revisar lo que hacemos...

¿Quiere preguntarme alguna cosa?

Cada tipo de contención será objeto de un consentimiento informado por separado; no será válido un único consentimiento para que se considere que se han aceptado y consentido distintos tipos o pautas^{20,30}. No tienen, por tanto, ningún tipo de cabida los consentimientos genéricos, proforma o al ingreso que contemplen situaciones futuras: los consentimientos han de ser para situaciones concretas y para el momento en el que suceden.

Las personas usuarias o sus tutores legales podrán rechazar las medidas de contención prescritas. En este caso, deberá constar por escrito la negativa a su aplicación, que será firmada por el interesado o, en su defecto, por su representante legal⁹.

¿Qué profesional debe informar?

Todos los que intervengan en el proceso, pero, desde luego, en mayor medida y profundidad, el médico que la indica. La ley 41/2002 encomienda a cada uno de los profesionales que atiendan al paciente durante el proceso o que le apliquen una técnica o procedimiento la obligación de informarle sobre las especificaciones concretas de la técnica diagnóstica o terapéutica que vaya a aplicar.

¿Cómo ha de hacerse el seguimiento?

¿Cada cuánto tiempo hay que revisar la indicación?

Individualizada según las características del paciente, lo que sí es ineludible es que el profesional reflexione sobre este punto, lo registre en la historia clínica y haga una renovación efectiva.

A título exclusivamente de ejemplo, 2 de las pautas que en algunos protocolos se recomiendan, una en el ámbito de la atención hospitalaria y otra en el ámbito residencial:

«En paciente agitado, renovar la indicación a las 2 h, en el resto de los casos se especificará, sin que pueda exceder las 24 h»²⁶.

«Individualizada según cada caso si bien de forma genérica se efectuará, como mínimo, de forma mensual y, preferiblemente, de forma quincenal»²⁰.

¿Cada cuánto tiempo hay que realizar el seguimiento?

Cabe la misma afirmación que para la indicación, es decir individualizar siempre y registrarlo en la historia clínica. Siguiendo con las mismas referencias anteriores para los diferentes ámbitos de atención:

«Cada 15 min al inicio del procedimiento y, si hubiese agitación importante, hasta estabilización. Cada hora con posterioridad»²⁶.

«De 15 a 20 min o de 30 a 45 min si está en cama»²⁰.

Algo queda muy claro tras estas recomendaciones y se trata del hecho de que contener a un paciente no les quita trabajo a los profesionales implicados sino que se lo da, con lo que además de por ética por egoísmo profesional siempre es mejor no indicarlo.

¿Qué ha de hacerse constar en la historia clínica?

- Tipo de contención que se prescribe.
- Motivo de la indicación y los objetivos que se persiguen.
- Duración prevista y franjas horarias en las que se aplicará (mañana, tarde, noche, durante la comida...).
- Plazo de revisión de la indicación.
- Frecuencia de seguimiento.
- Medidas que se deban adoptar durante la aplicación para prevenir sufrimiento, complicaciones, o deterioro funcional. Todo lo que como médicos se haga constar en el plan de cuidados tras la contención será un beneficio para el paciente, lo que no lo será es no dejar constancia de nada... (movilizaciones periódicas, medidas para prevenir lesiones en la piel y asegurar todos los cuidados básicos: hidratación, desplazamientos periódicos para micción, defecación, asegurar higiene correcta).
- Consentimiento del paciente o de sus representantes.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra N.º 204-14 de octubre de 2011 [consultado 23 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.navarra.es/home.es/Actualidad/BON/Boletines/2011/204/Anuncio-0/>.
2. Constitución Española de 1978 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.
3. Declaración Universal de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
4. 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. Comité de Ministros del Consejo de Europa del 4 abril de 1997 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>.
5. Recomendación 1235/1994 del Consejo de Europa sobre psiquiatría y derechos humanos [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/ue/>.
6. Recomendación 10/2004 del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/ue/>.
7. Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la Salud Mental [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>.
8. Libro Blanco sobre la protección de los derechos y la dignidad de las personas que sufren trastornos mentales, especialmente aquellos ingresados involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/ue/>.

9. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes de en materia de información y documentación clínica [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188.
10. Ley 1/2000, de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-323>.
11. Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.
12. 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.
13. Brandi V, Carfi A, Vetrano DL, Liperoti R, Foebel AD, Landi F, et al. Antipsychotic drugs, physical restraints and mortality in nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study. *Eur Geriatr Med*. 2014;5S1:566.
14. Castle NG. Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {Private}. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33:696–704.
15. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints. A review of literature. *Psychiatr Q*. 2013;84:499–512.
16. Tsuda N, Sako A, Okamoto S, Adachi H, Hayakawa T, Makino K, et al. A significant association between physical restraint and the development of venous thromboembolism in psychiatric patients. *J Cardiol*. 2012;157:442–3.
17. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist*. 2008;48:442–52.
18. Miles SH, Irvine P. Deaths caused by physical restraints. *Gerontologist*. 1992;32:762–6.
19. Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: Atención Primaria y Especializada. Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Área Sanitaria IV- Asturias. Oviedo, abril 2015.
20. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Comité Interdisciplinar de Sujeciones, Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2014 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <https://www.segg.es/info.prensa.asp?pag=1&cod=349>.
21. Rodríguez Delgado, J. 2012. 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 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.ayudaalanciano.org/blog/2015/05/21/contenciones-mecanicas-en-geriatria-propuestas-tecnicas-y-recomendaciones-de-uso-en-el-ambito-social/>.
22. Burgueño A. Atar para cuidar: uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados. 2008 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-contenciones-mecanicas-geriatria-propuestas-tecnicas-S0211139X13000620?redirectNew=true>.
23. Gómez-Durán EL, Guijad JA, Ortega-Monasterio L. Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. *Med Clin (Barc)*. 2014;142 Supl 2:24–9.
24. Fundación Cuidados Dignos. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación Cuidados Dignos; 2011 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.serenocare.com/wp-content/uploads/2014/10/Como-se-eliminan-las-sujeciones-cuidadosdignos.pdf>.
25. Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. *Rev Calid Asist*. 2003;18:33–8.
26. Protocolo para la contención mecánica de movimientos. Área Sanitaria III. Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Marzo 2015 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: http://area3.sespa.pa/index.php/ciudadano/search_result?search_phrase=contencion&catid=0&ordering=newest&search_mode=any&search_where%5B%5D=search_name&search_where%5B%5D=search_description.
27. Quaderns de la Bona Praxi. «Contencions». Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Abril 2013 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi32.pdf>.
28. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2009-21161.
29. Gallego Riestra S, Gutiérrez Rodríguez J, Fernández Guzmán MF. Aspectos legales del uso medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. *Derecho y Salud*. 2013;23:77–95.
30. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. 7 de junio 2016 [consultado 1 Sep 2016]. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>.