



Enfermería *Intensiva*

www.elsevier.es/ei



ARTÍCULO ESPECIAL: FORMACIÓN

Consideraciones ético-legales y recomendaciones de actuación en el uso de contenciones mecánicas en pacientes críticos

M. Acevedo-Nuevo (RN, MsC, PhD)^{a,b,c,*}, T. Velasco-Sanz (RN, MsC, PhD)^{d,e},
B. Del Olmo-Somolinos (RN, MsC)^{d,e,f} y G. Via-Clavero (RN, MsC, PhD)^{c,g,h}

^a UCI Médica y Unidad Coronaria, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España

^b Grupo de Investigación en Cuidados, Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro – Segovia de Arana, Madrid, España

^c Grupo de Trabajo de Analgesia, Sedación, Contenciones y Delirio de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (GT-ASCyD-SEEIUC), Madrid, España

^d Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^f Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), España

^g Enfermera Clínica, Área del Paciente Crítico, Hospital Universitari de Bellvitge-GRIN-IDIBELL, Barcelona, España

^h Departamento de Enfermería Fundamental y Clínica, Facultad de Enfermería. Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 21 de febrero de 2024; aceptado el 22 de mayo de 2024

PALABRAS CLAVE

Contención mecánica;
Unidades de Cuidados Intensivos;
Ética clínica;
Jurisprudencia;
Estándares de referencia;
Directrices para la planificación en salud;
Enfermería

Resumen El uso de contenciones mecánicas es una práctica frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos. Sin embargo, y a pesar de su elevada prevalencia, es una práctica que posee múltiples efectos adversos, además de una dudosa eficacia para prevenir la autorretirada de dispositivos y plantea numerosos conflictos éticos. Las recomendaciones actuales proponen que las contenciones sean una medida de último recurso, que no se prolonguen más allá de lo estrictamente necesario y solo se usen si, en la valoración interprofesional (enfermeras, médicos, psicólogos) de beneficios-riesgos para el paciente, los beneficios superan ampliamente los perjuicios. El presente manuscrito pretende servir de guía para la toma de decisiones desde una perspectiva ética sobre el empleo o no uso de contenciones mecánicas en pacientes críticos. Asimismo, se plantea un repaso por el marco legal y deontológico que rige el uso de contenciones en nuestro país. Por último, se ofrecen una serie de recomendaciones, tanto para profesionales asistenciales para como gestores sanitarios, para la construcción de Unidades de Cuidados Intensivos libres de contenciones y la aplicación de buenas prácticas en los casos en los que éstas sean necesarias.

© 2024 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.acevedo.nuevo@gmail.com (M. Acevedo-Nuevo).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.05.002>

1130-2399/© 2024 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: M. Acevedo-Nuevo, T. Velasco-Sanz, B. Del Olmo-Somolinos et al., Consideraciones ético-legales y recomendaciones de actuación en el uso de contenciones mecánicas en pacientes críticos, *Enfermería Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.05.002>

KEYWORDS

Physical restraint;
Intensive Care Units;
Ethics, Clinical;
Jurisprudence;
Reference standards;
Health Planning
Guidelines;
Nursing

Ethical and legal considerations and recommendations for action in the physical restraint use in critically ill patients

Abstract Physical restraint use is a common practice in Intensive Care Units. However, despite this high prevalence, it is a practice full of adverse effects, with uncertain effectiveness in preventing self-removal devices and that raises numerous ethical conflicts. Current recommendations suggest restraints should be a last resort measure, they should not be prolonged beyond what is strictly necessary and that they should only be used if, in the interprofessional assessment of benefits-risks for the patient, benefits greatly outweigh harms. This manuscript aims to serve as a guide for decision-making from an ethical perspective on the use or non-use of physical restraints in critically ill patients. Likewise, a review of the legal and deontological framework that governs restraint use in our country is proposed. Finally, recommendations for practice are offered, both for healthcare professionals and healthcare managers, upon the construction of restraints-free Intensive Care Units and good practices in the exceptional cases they are necessary.

© 2024 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción-contextualización

Atendiendo a la máxima hipocrática «Ante todo, no hacer daño», parece indiscutible hoy en día la necesidad de implantar políticas de cuidados que promuevan la seguridad, la calidad, la excelencia, el trato humanizado o la adecuación de la práctica asistencial a los aspectos éticos. En ese sentido, la minimización del uso de la contención mecánica (CM) y, en caso de ser necesaria de manera excepcional, la aplicación juiciosa y regida por los estándares de calidad, así como la disminución de los riesgos asociados a su uso, aparece contemplada de manera prioritaria por distintos organismos como la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, la Fundación Avedis Donabedian o las Direcciones de Atención al Paciente de las Comunidades Autónomas (CC.AA.)¹⁻⁴ ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)). Estos y otros importantes organismos y sociedades científicas, en los últimos tiempos, vienen posicionándose claramente a favor de un uso reflexivo, juicioso y consciente, haciendo especial hincapié en los principios éticos y los derechos de la persona a la hora de valorar la pertinencia y términos de una medida como la contención^{1,4-6} ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)). Sin embargo, hasta ahora, no todas las instituciones han conseguido realizar los cambios necesarios en sus políticas y dinámicas para conseguir medios en los que el uso de CM sea el mínimo posible^{1,3,7,8}. Esta realidad es la que se vive actualmente en el ámbito de los pacientes críticos, donde es creciente la preocupación por el uso de contenciones. Actualmente, hay escasos estudios sobre el tema, y la brecha entre la práctica clínica y las recomendaciones parece ser abismal. Incluso algunos autores llegan a considerar las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) como el límite final en cuanto al uso de contenciones⁸⁻¹⁸.

Estimar la prevalencia real de CM en la UCI no es sencillo. En primer lugar, son pocos los estudios que ponen el foco en esta realidad compleja e incómoda. Por otra parte y a pesar

de que actualmente existe consenso internacional para considerar qué es y qué no es una CM, no todos los autores son fieles a la definición de consenso dada por Bleijlevens et al. en 2016: «... cualquier acción o procedimiento que evite que una persona pueda moverse libremente y adoptar una postura corporal de su elección y/o el normal acceso a su cuerpo, mediante el uso de cualquier método, fijado o adyacente al cuerpo de una persona que no puede ser controlado o retirado con facilidad por ella misma»¹⁹. El hecho de no ajustarse a esta definición de consenso tiene repercusiones a varios niveles, por ejemplo, es frecuente no estar considerando como CM intervenciones/dispositivos que sí son^{10,19} y, por tanto, los estudios de prevalencia y las comparaciones entre ellos pueden verse críticamente comprometidas. Además, algunos estudios usan como fuentes de datos los registros de las historias clínicas (HC), donde es reconocido que existe una invisibilización de las contenciones^{3,10,11,19}. Este déficit de registro puede ser más o menos intencional (vergüenza, miedo a represalias, no consideración institucional de la necesidad de registro por escrito, etc.) pero, en todo caso, nos coloca nuevamente ante unos potenciales datos de prevalencia infraestimados. Si nos centramos en el ámbito de UCI, aún con las limitaciones anteriormente indicadas, los datos nos sitúan ante un uso extensivo de contenciones en la mayoría de los países desarrollados: en Canadá del 43%, en Estados Unidos del 43%, en Italia del 59,07%, en torno al 23% en Holanda y entre el 15,6 y el 43,9% en España^{4,11,14,20,21}. Merece la pena señalar los datos de Reino Unido o los países escandinavos, donde las prevalencias de contenciones se acercan al 0% en las UCI¹⁰. La comparación de estos datos refleja grandes diferencias que podrían justificarse por las diferencias culturales y rutinas de uso de las contenciones en las unidades, así como por las diferencias en los criterios de ingreso y en los protocolos de manejo de los pacientes intubados^{4,7,9,10,22-24}.

A pesar de lo frecuente de la medida, las contenciones no están exentas de efectos adversos ni riesgos. A

nivel físico, la bibliografía nos señala pérdida de fuerza muscular, lesiones por presión, lesiones en nervios por compresión, contracturas, laceraciones, hematomas, incontinencia, estreñimiento, estrangulamiento^{10,13,23,25,26}. Si nos centramos en los efectos que las contenciones tienen a nivel psicológico, podríamos destacar sentimientos de vergüenza, indefensión e impotencia, pérdida de rol y dignidad, desmoralización, humillación, falta de autoestima, ansiedad, depresión, aumento de la agresividad o empeoramiento de los estados de desorientación, deterioro cognitivo, agitación psicomotriz y delirium. Incluso mediados por la respuesta simpática de la agitación y de las alteraciones del comportamiento, se han descrito aumentos en el número de infecciones nosocomiales y de los tiempos de hospitalización, y se ha registrado algún caso de muerte súbita^{10,13,23,25,26}. Y, aunque es cierto que no todos los efectos adversos descritos han sido comprobados en UCI, sí que muchos de ellos están presentes y condicionan el manejo de los pacientes críticos, perpetuando lo que Burry et al. vienen a llamar el círculo vicioso de la UCI: uso de CM-dolor-agitación-delirium-uso de CM¹³.

De manera general, los profesionales de UCI argumentan la necesidad de uso de las contenciones buscando la seguridad del propio paciente, concretamente en la prevención de la autorretirada de dispositivos y más especialmente del tubo endotraqueal^{8,10,13,18,27,28}. Sin embargo, a pesar de esta creencia generalizada del aumento de seguridad, al menos física, a la luz de la evidencia, esta relación no ha podido ser probada^{3,10,13,23,24,27,28}. Así, cada vez son más los estudios que encuentran que la autorretirada de dispositivos y concretamente del tubo endotraqueal, parecen producirse independientemente de la presencia y tipo de CM^{13,29}.

Aunque tradicionalmente el foco del uso o no uso de las contenciones en pacientes críticos ha estado basado en su condición clínica o incluso la presencia de determinados dispositivos, empieza a asomarse la idea de que la clave está en la diferente capacitación y formación de los equipos de cuidado, ya que ante un mismo paciente con una situación clínica concreta hay equipos que requieren contenciones y otros que no^{22,24}. Esta idea, que cada vez acumula más evidencia en entornos fuera de la UCI²², también comienza a coger fuerza dentro de ella^{13,24}. De hecho, parte de la necesidad de uso o no uso de contenciones parece derivar del manejo de aspectos como la valoración y manejo de la tríada dolor-agitación-delirio, de las dinámicas de trabajo, de las relaciones interprofesionales construidas en cada unidad, de la formación o de la implicación de los gestores^{9,13,24}. Estas ideas acercan la posibilidad de construir de manera efectiva entornos libres de CM, acercándonos así a la minimización y a la excepcionalidad en su uso de manera real.

Todo lo señalado hasta ahora nos coloca ante una medida con alta prevalencia en las UCI, con importantes efectos adversos y de dudosa eficacia para su objetivo principal, que, además, como se desarrolla a continuación, atenta contra los principios éticos y derechos fundamentales de la persona y que, por tanto, requiere de un profundo análisis ante la posibilidad de su uso.

Aspectos éticos

Como se viene anticipando, el uso de la CM plantea numerosos conflictos éticos. Entre ellos, el empleo de una medida de fuerza contra la voluntad de una persona que, restringiendo su libertad, se usa en pos de su protección. O la vulneración de la dignidad e integridad de la persona para garantizar la continuidad de un tratamiento.

La reflexión sobre el uso de la contención en las UCI se comenzó hace tres décadas, señalando como un desafío para las enfermeras el hecho de poder establecer formas de atención más humanas y dignas para los pacientes críticos³⁰⁻³³. No obstante, el uso de la CM no solo se ha continuado, sino que en los últimos años (incluida o especialmente durante la pandemia) se ha incrementado. Quizás la justificación para este aumento de uso es la corriente utilitarista (ética consecuencialista) que promueve que el fin justifica los medios; así, los profesionales consideran que la CM es útil (el medio necesario) para la seguridad del paciente y evita la retirada de dispositivos (fin perseguido), por lo que lo mejor para el paciente es que en ciertas situaciones clínicas tenga las CM³⁴.

Algunos de los aspectos éticos a considerar, están inicialmente relacionados con las peculiaridades intrínsecas que se producen en el entorno de los pacientes críticos: necesidad de ingreso urgente o cambios rápidos en la situación clínica del paciente, tipos de tratamientos y medios técnicos de soporte vital que se utilizan, capacidad para la toma de decisiones disminuida, etc. Todo ello junto con la visión biomédica de centrar la atención en la enfermedad, favorece que el modelo de relación clínica que se emplee sea el tradicional modelo paternalista, donde el profesional actúa buscando lo mejor para el paciente (garantizar el tratamiento de soporte vital adecuado y mantener su seguridad, bajo los principios de beneficencia y no maleficencia), tomando dichas decisiones por el paciente, pero sin contar con su consentimiento (autonomía)³⁵. De esta forma, la relación clínica se estructura de manera asimétrica y vertical, en donde el paciente se convierte en un mero espectador con respecto a sus cuidados, «dejándose hacer» lo que los profesionales consideren más adecuado para restaurar su salud, incluyendo las CM.

Antes de iniciarse la evaluación de la indicación o no del uso de contenciones para cada caso concreto, debería trabajarse a nivel gestor y asistencial para la construcción progresiva de un medio libre de CM. En este sentido y, como ya se ha señalado, resultan de vital importancia aspectos como el dolor-agitación-delirio, las relaciones entre profesionales y con los familiares, etc. Ante la posibilidad de trabajar en entornos libres o cuasilibres de CM²⁴, los profesionales deberían colocarse en la posición de elegir esa manera de trabajo más respetuosa con la persona.

Desde el punto de vista clínico y ante un paciente que pudiera ser subsidiario de la aplicación de contenciones, el primer paso es evaluar su indicación, asegurándose de que sea beneficioso para el mismo y evitando posibles consecuencias perjudiciales. Sin embargo, el uso de la contención

puede ocasionar daños al paciente, además de vulnerar diversos valores, lo que obliga al profesional a realizar un análisis detallado de los beneficios esperados tanto del uso como del no uso de la medida, y especialmente de los riesgos asociados. Este análisis debe ir acompañado de la búsqueda activa de alternativas. Profundizando en el punto de vista ético, se destaca la doctrina del doble efecto³⁶, donde la aplicación de la CM es considerada moralmente válida solo como último recurso. La intencionalidad del acto, la aplicación rigurosa de los protocolos clínicos y la limitación temporal de la medida deben efectuarse con el mayor respeto a la dignidad de la persona. Este enfoque ético se relaciona con el principio de proporcionalidad, justificando solo la contención si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio. También se sostiene el principio de excepción, permitiendo la contención solo después de descartar medidas alternativas menos restrictivas de la libertad y autonomía de la persona³⁷.

Desde la perspectiva de la bioética principialista postulada por Beauchamp et al.³⁸, la aplicación de la CM representa un conflicto entre los principios de beneficencia y no maleficencia por parte del profesional sanitario en la búsqueda de la protección y seguridad del paciente. Esto incluye el principio de justicia al evitar que el paciente pueda lesionar a terceras personas o el entorno. Sin embargo, la contención atenta contra el principio de autonomía del paciente, ya que se aplica sin su consentimiento, vulnerando su libertad, y también viola el principio de no maleficencia si se utiliza de manera inadecuada, sin garantías necesarias y sin agotar medidas alternativas después de una evaluación completa³⁹.

La obtención del consentimiento del uso de las contenciones es otro punto crítico desde la perspectiva de la bioética y el respeto a la persona. En el contexto actual, el uso de CM es una medida que requiere prescripción médica pero que puede ser indicado por la enfermera en situaciones de urgencia, aunque lo deseable sería que la indicación se decidiese de manera interprofesional y en esa línea se está trabajando en países de nuestro contexto^{40,41}. Al analizar la obtención del consentimiento, se deben tomar en consideración distintos aspectos. Desde la indicación y el proceso de toma de decisiones para autorizar el procedimiento (prescripción médica/enfermera/interprofesional citada), la capacidad del paciente, el contenido de la información que se transmite tanto al paciente como a la familia (motivo de la CM, beneficios esperados, riesgos, duración, tipo CM) o la posibilidad de revocación de dicho consentimiento. En este sentido, es importante tener en cuenta que la capacidad cognitiva del paciente en UCI puede variar durante su ingreso, por lo que será esencial evaluarla con frecuencia, especialmente al tomar decisiones importantes como la aplicación de CM. En ocasiones, la familia puede ser quien solicite la CM para el paciente. La literatura⁴²⁻⁴⁴ señala que suele ser debido al desconocimiento de los efectos adversos provocados por el uso de contenciones o por un desconocimiento de las alternativas existentes. En este sentido, es clave garantizar que tanto el paciente como la familia reciban la información precisa respecto al uso de contenciones y sus posibles consecuencias, siendo el deber de las enfermeras brindar una asistencia segura y digna que evite el uso innecesario de la CM. Por último, hay que

señalar que no cabe el uso de documentos de consentimiento genéricos (aunque esté firmado por el paciente o sus familiares) para situaciones hipotéticas, puesto que el consentimiento se debe obtener para cada situación concreta que requiera CM. Además, es recomendable la existencia de formularios específicos de consentimiento informado (adaptados a cada centro y unidad), siempre que la medida se prolongue más allá de una situación de urgencia (habitualmente más de una hora), quedando registrados en la historia clínica⁴⁵.

En definitiva, desde la perspectiva más clásica de la atención al paciente crítico, el uso de la CM genera un conflicto ético o de valores entre el paciente y los profesionales sanitarios. Un conflicto ético que se da cuando dos valores que idealmente deberían realizarse se encuentran enfrentados. En este caso, la libertad por parte del paciente y la seguridad por parte de los profesionales (entendida esta como una seguridad predominantemente física, enfocada principalmente a la prevención de la autorretirada de dispositivos y obviando la evidencia emergente que pone en duda la eficacia de la medida). Desde la disciplina de la bioética, para la resolución de este tipo de conflictos éticos se emplea el método deliberativo, cuyo objetivo es buscar los cursos de acción (vías de resolución) más adecuados posibles (decisión más prudente), es decir, aquellos que respeten el mayor número de los valores confrontados, teniendo en cuenta dos premisas: la no prevalencia de ningún valor absoluto por encima del resto y el respeto a la pluralidad cultural de la sociedad⁴⁶.

Siguiendo el método del profesor Gracia⁴⁷, la deliberación en torno al uso de CM estaría estructurada en tres pasos:

1. Deliberación de los hechos. Describir de forma objetiva las circunstancias del caso. En este punto, se debería analizar la situación clínica del paciente, al igual que los motivos para el uso de contenciones que plantean el profesional sanitario y las personas implicadas (p. ej., solicitud de uso de CM por parte de familiares). Señalar aquí la importancia de una actitud crítica y de un análisis reflexivo de las CM.
2. Deliberación de los valores. Identificar los valores que entran en conflicto. En este caso por parte del paciente, priman los valores de libertad, bienestar y dignidad frente a los valores del profesional de seguridad y preservación de la vida y la salud.
3. Deliberación de los deberes. Identificar los distintos cursos de acción posibles, teniendo en cuenta las consecuencias previsibles. Se estructuran en tres niveles:
 - Cursos de acción extremos (cuando se eligen solo los valores de una de las personas implicadas). Por parte del paciente «no CM» y por parte del profesional sanitario «CM».
 - Cursos de acción intermedios (cuando se eligen acciones y alternativas teniendo en cuenta los valores de ambas partes). Estos podrían ser la aplicación de medidas farmacológicas, el abordaje verbal-psicológico, la facilitación del acompañamiento familiar, la valoración del dolor, la agitación o el delirium, el uso de medidas preventivas, el empleo de abordajes tecnológico-estructurales, el

favorecimiento de la orientación témporo-espacial y el descanso nocturno, etc.

- Curso óptimo (se deriva de los cursos intermedios, siendo el que salvaguarda el mayor número de valores confrontados). En este caso sería la buena praxis en el uso de CM. Es decir, su aplicación debe ser valorada cuidadosamente utilizándose únicamente cuando hayan fracasado todas las alternativas, contemplándose siempre como último recurso, sin prolongarlo más allá de lo estrictamente necesario y solo si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio que esta limitación puede causar, preservando siempre su dignidad (intimidad, bienestar y privacidad), adecuando los medios tanto físicos como humanos y manteniendo una comunicación adecuada tanto con el paciente como con la familia^{1,3,26} ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)).

Desde la Ética del Cuidado⁴⁸ es importante también realizar una aproximación al abordaje de las CM, puesto que ha permitido desarrollar marcos conceptuales que facilitan la comprensión del cuidado de manera universal, dándole un estatus fundamental para la vida en sociedad. Incorporar la ética de las virtudes como parte del desarrollo profesional, contribuye a la mejora de la relación clínica y el establecimiento del vínculo como parte esencial del cuidado. Desde que Gilligan⁴⁸ estableció la necesidad de considerar los aspectos psicológicos emocionales para facilitar la toma de decisiones que verdaderamente beneficien al paciente (no solo la parte normativa y racional de la práctica profesional), autoras como Noddings y Tronto enfatizan la importancia de reconocer lo emocional en la gestión de los cuidados para poder avanzar en un cuidado humanizado⁴⁹. En ese sentido, el eje central de la ética del cuidado es la responsabilidad, pero no solo como una cuestión de deber y justicia, sino sobre todo como forma de ayuda. El cuidado debe ser un imperativo moral, siendo un compromiso de los profesionales, especialmente en aquellos pacientes que estén en situación de vulnerabilidad y dependencia (situación muy habitual en UCI sobre todo si es sometida a CM), por lo que requerirá el cultivo de la empatía, compasión, solidaridad, comunicación y confianza.

En el análisis que nos ocupa, no se pueden obviar algunas de las consideraciones realizadas por parte del Comité de Bioética de España (CBE) en 2016 sobre el uso de CM en nuestro país. Así, se recalca que es un procedimiento que afecta directamente a los derechos fundamentales, advirtiendo que su uso no está exento de problemas y que no existe ningún beneficio curativo o preventivo, diagnóstico ni terapéutico demostrado, poniendo como ejemplo, que la reducción del uso de las CM se relaciona con una disminución de la estancia hospitalaria¹.

Además, este órgano colegiado, nos remarca, que la reflexión sobre el uso o no uso de CM en cada caso deberá incluir los siguientes elementos¹:

- Juicio de proporcionalidad: valoración de si la medida es ponderada y equilibrada por derivarse de ella más beneficios que perjuicios (sobre otros valores en conflicto).
- Juicio de idoneidad: valoración de si las medidas de contención son susceptibles de conseguir el objetivo propuesto, habitualmente mantener la seguridad del

paciente o de terceros. Como ya se ha comentado, esta cuestión queda cada día más en entredicho por la evidencia creciente de la dudosa eficacia de las CM para conseguir los objetivos de seguridad propuestos.

- Juicio de necesidad: reflexión sobre si existen otras medidas alternativas al uso de CM en cada caso.

Ampliando esta idea de generalización de la reflexión ética, el CBE recalca que esta debe extenderse al conjunto de la sociedad: plantear las contenciones como un hecho normal y normalizado puede suponer un nefasto ejemplo en cuanto a la instrucción en civismo y derechos fundamentales¹. En ese sentido, merece la pena señalar que las tensiones generadas por el uso de la CM se extienden también al ámbito de la formación. Así los estudiantes de cualquier profesión sanitaria encuentran confrontaciones entre los valores propios de los profesionales (que se inculcan en la facultad) y la realidad clínica (que se encuentran al insertarse en el medio sociosanitario). En esta línea, Tanaka⁵⁰, plantea cómo viven los estudiantes de enfermería la confrontación entre los cuidados centrados en la persona y la autonomía del paciente al aplicar CM. La autora señala que el uso de medidas de contención produce una gran conmoción y sorpresa inicial en los estudiantes que se plantean los límites de la seguridad del paciente, la naturaleza y los métodos de contención e inician un razonamiento clínico al evaluar la eficacia de la medida. Esta vivencia genera un cuestionamiento del yo profesional como enfermera, desafiando los valores propios de la profesión, al igual que el rol como defensoras de los pacientes. El estudio evidencia una gran necesidad formativa (tanto para los estudiantes como para los profesionales) que facilite la reflexión y el análisis del uso de las contenciones para salvaguardar los valores propios de la profesión al igual que avanzar en la reducción del uso de las CM⁵⁰.

Por último, el CBE también establece que, las contenciones, aún siendo legítimas por estar justificadas en circunstancias excepcionales, pueden ser o no adecuadas según la forma en que se apliquen y nos recuerda: «...Merece la pena no escatimar esfuerzos ante una limitación de derechos y valores fundamentales, y que la solución a estas dificultades ha de pasar por explorar alternativas...»¹.

Aspectos legislativos

A pesar de la alta prevalencia de las contenciones en nuestro país, sus efectos adversos e implicaciones éticas, existe escasa legislación específica sobre su uso. No obstante, podemos encontrar referencias previas, tanto en normativas nacionales como internacionales, en relación con los derechos, principios y valores que se ven comprometidos/vulnerados en su aplicación (libertad, dignidad y autonomía).

Libertad como forma de respetar la dignidad

Dentro de la normativa que regula el derecho a la libertad, está la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)), que señala en su artículo primero que todos los seres

humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. En la Constitución Española de 1978 ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)), el artículo 1.1 proclama que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico. También los artículos 10, 15 y 17 hablan de la dignidad humana, de no sufrir tratos inhumanos o degradantes y de la libertad física. En la Ley 14/1986 General de Sanidad ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)) en su artículo 10 contempla el respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad. Cabe destacar el Convenio de Oviedo ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)) de 1997 y su compromiso por la protección del ser humano en su dignidad, garantizando a todas las personas el respeto a su integridad y demás derechos y libertades fundamentales en relación con la aplicación de la actuación sanitaria. Por último, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)), en su artículo 5 aborda los principios que deben regir la relación clínica, estableciendo que los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, incluyendo la participación en la toma de decisiones y resaltando la necesidad de ofrecer una información adecuada para que puedan prestar su consentimiento.

Libertad como forma de respetar la autonomía

El principio de autonomía queda recogido fundamentalmente en la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)), en la que se recoge que la información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, por lo que ante una indicación médica de realizar una CM se debe informar previamente al paciente de dicho procedimiento, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión. Si el paciente no tiene capacidad para entender la información por su estado físico o psíquico, la información se facilitará a sus familiares o representantes legales. Y una vez informado, toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario. Además, toda actuación debe quedar registrada integrándose en la historia clínica del paciente.

Libertad como derecho

En nuestro país, en los últimos años se ha comenzado a desarrollar legislación especialmente autonómica ([tablas 1 y 2](#)), pero también general, que contempla las CM, debido a la gran preocupación que genera el uso de dicha medida, especialmente en el ámbito sociosanitario. Estas normas recogen las indicaciones, tipo de contención, material, personal necesario y aspectos legales, pero la mayoría están dirigidas al paciente psiquiátrico y/o geriátrico sin figurar referencias al paciente crítico. Tan solo existe una ley que lo recoja de forma explícita, la Instrucción 1/2022, de la fiscalía general del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)). Esta ley establece:

- La obligatoriedad de velar por el reconocimiento de la dignidad y libre ejercicio de todos los derechos y libertades constitucionalmente reconocidos.
- Las CM se deben valorar desde una mirada centrada en la dignidad de la persona.
- Los argumentos tradicionalmente empleados para el uso de las medidas de contención se han justificado en relación con la seguridad de persona y su entorno. Sin embargo, las razones de seguridad y protección que justifican su utilización se ven desplazadas por una concepción que sitúa a la persona, su voluntad, deseos y preferencias en el centro de su cuidado, alejándose esta visión del excesivo proteccionismo que se ha venido manteniendo con los pacientes (paternalismo).
- Nos encontramos ante una situación que superpone planteamientos legales, éticos y sociales.
- Los cuidados centrados en la persona exigen el avance en la excepcionalidad del uso de las CM y su exclusiva utilización bajo criterios médicos y, por tanto, sometidos a la legislación sanitaria.

Sin embargo, la ley contempla que «quedan al margen de esta instrucción el uso de contenciones en el ámbito sanitario u hospitalario, cuando las mismas responden a necesidades de intervención aguda, como por ejemplo las unidades de cuidados intensivos o los tratamientos en un estado confusional agudo», por lo que no estarían incluidas las UCI.

Aspectos deontológicos

La Deontología es la disciplina que se ocupa de guiar la práctica ética de los profesionales sanitarios, a través de códigos deontológicos, y servir como instrumento regulatorio de la profesión. Son, por tanto, normas de obligado cumplimiento que buscan garantizar a la sociedad un adecuado nivel de atención, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional y adaptados a los avances en el conocimiento de cada época.

Libertad como obligación deontológica

La libertad del ser humano también queda regulada tanto en el Código Deontológico de la Enfermería Española ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)) como en el Código Deontológico Médico ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)) ([tabla 3](#)), siendo una obligación desde la ética profesional, su respeto y protección durante la atención de los pacientes. Existen numerosos artículos relacionados con la CM, como los relativos a la relación clínica, el respeto a la dignidad, información, al consentimiento informado (CI), a la evaluación de la competencia y a las decisiones por sustitución. No obstante, el uso de contenciones, de forma expresa, tan solo queda recogido en el Código Deontológico Médico ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)), donde se recoge que el uso de la CM o farmacológica supone una limitación de la autonomía de la persona, pudiendo constituir un atentado contra la dignidad del paciente y remarcando la importancia de un uso limitado a circunstancias clínicas especiales.

Tabla 1 Marco normativo aplicable en España respecto al uso de contenciones mecánicas

Declaración Universal de los Derechos Humanos

- Artículo 1: «Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos».
- Artículo 2: «Toda persona tiene todos los derechos y libertades sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión u opinión política».
- Artículo 3: «Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona».
- Artículo 5: «Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes».

Constitución Española

- Artículo 1.1: «La libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico».
- Artículo 10: «La dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento de orden político y de la paz social. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades deben interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos humanos».
- Artículo 17.1: «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, si no con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley».

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

- Artículo 8. Consentimiento informado: «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado».

Ley 14/1986 General de Sanidad

- Artículo 10: «Todos tienen los siguientes [...] 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social».

Convenio de Oviedo de 1997

- Artículo 1: «Protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades».

Ley 44/2002, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias

- Artículo 5.1: «Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten».

Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o discapacidad

Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario

Buena praxis en el uso de contenciones mecánicas y recomendaciones de actuación

Como ya se ha planteado anteriormente, la buena praxis en cuanto al uso de contenciones debería pasar, en primer lugar, por la creación de un ambiente libre de CM; de esta manera puede materializarse la idea de «medida de último recurso» para los casos en los que contener sea necesario. Posteriormente y para cada caso en el que se requieran contenciones, deberá realizarse una cuidadosa valoración interprofesional, utilizándose únicamente cuando hayan fracasado todos los abordajes alternativos, contemplándose siempre como una medida de último recurso, sin prolongarlo más allá de lo estrictamente necesario y solo si en la valoración beneficios-riesgos para el paciente los primeros (beneficios) superan ampliamente el perjuicio que esta limitación puede causar. En caso de decidirse su aplicación, se deberá velar especialmente por la preservación de la dignidad (intimidad, bienestar y privacidad) y se adecuarán los medios tanto físicos como humanos, manteniendo una comunicación adecuada con el paciente y su familia^{1,3,26}.

En un intento de trasladar la reflexión ética realizada hasta ahora a un plano más operativo y asistencial, se proponen a continuación una serie de elementos y principios rectores que pretenden guiar en el mejor uso posible de la contención en aquellos casos en los que sea necesaria. En todo caso, la primera pregunta fundamental que deberá

acompañar a todo profesional ante un paciente con un cuadro de agitación que podría precisar de CM es: ¿cuál es el motivo que está haciendo al paciente tener esta manifestación comportamental? El necesario manejo agudo y puntual de la situación de agitación, no deberá hacer perder el foco de la cuestión fundamental, esto es, discernir las causas de agitación (hipoxia, delirium, dolor, etc.).

Una vez decidida la necesidad de aplicación de una contención, su uso deberá ampararse siempre bajo los siguientes principios rectores:

- La aplicación de la CM se realizará únicamente cuando todos los abordajes alternativos hayan fracasado^{26,45,51-53}.
- En caso de requerir el uso de contenciones se atenderá en todo momento a los principios de mínima restricción y proporcionalidad, evitando medidas excesivas respecto a la situación de cada paciente^{26,45,51,52}.
- La contención se plantea siempre como una medida temporal a corto plazo, hasta que resulten efectivos otros abordajes o cambios en el plan terapéutico del paciente^{26,45,51}.

Sin embargo, ha de reconocerse que la traslación de estos conceptos más teóricos al plano más asistencial no siempre resulta sencilla. Sirvan como ejemplo los datos aportados por el proyecto ASCyD que analizó, entre otras cuestiones, el uso de contenciones en las UCI de España. Llamen la

Tabla 2 Marco normativo autonómico respecto al uso de contenciones mecánicas

ANDALUCÍA

- Ley 4/2018, de 25 de septiembre, de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad
 - Artículo 6: «El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas».
 - Artículo 65: «Toda decisión o medida tomada por la dirección del centro u organismo competente que suponga [...] restricciones de libertades u otras de carácter extraordinario, deberá ser aprobada por la autoridad judicial, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida[...].»
- Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales
 - Artículo 11: «A no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas».
 - Artículo 126: El uso de medidas de contención no homologadas o no prescritas por el personal facultativo.
- Ley 6/1999, de 7 de julio, de Atención y Proyección a las Personas Mayores
 - Artículo 3. «[...] Garantizar que las personas mayores gocen de todos los derechos y libertades que tienen reconocidos por la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico [...].»

ASTURIAS

- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales
 - Artículo 39: «Las personas usuarias de los servicios sociales, en los términos establecidos en el ordenamiento jurídico, gozarán de [...]la consideración en el trato debida a la dignidad de la persona, tanto por parte del personal de los servicios sociales como de las otras personas usuarias».

ARAGÓN

- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales
 - Artículo 5: «[...] garantizando la continuidad de la atención y respetando siempre la dignidad de las personas y sus derechos».
 - Artículo 6: «Las personas destinatarias de los servicios sociales tendrán derecho a [...]Ser tratadas con respeto a la dignidad que les corresponde como personas, con plena garantía de los derechos y libertades fundamentales y demás derechos legales que les corresponden».
 - Artículo 7: «Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas».
 - Artículo 8: «Deber de respetar la dignidad y los derechos del personal que presta los servicios que reciben».
 - Artículo 93: «Constituyen infracciones muy graves [...] dispensar tratos vejatorios, denigrantes o incompatibles con la dignidad de las personas usuarias, que afecten a su integridad física o moral».
- Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad
 - Artículo 5: «Derecho a ser tratadas con respeto a la dignidad que les corresponde como personas». «Derecho a que se respeten los derechos y las libertades fundamentales y los demás derechos reconocidos por la ley».
 - Artículo 62.2: «Toda decisión o medida tomada por la dirección del centro u organismo competente que suponga aislamiento, restricciones de libertades u otras de carácter extraordinario deberá ser aprobada por la autoridad judicial y, en todo caso, comunicada a la persona que ejerza la tutela legal, salvo que, por razones de urgencia, se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida [...]».
 - Artículo 62.3: «La gestión del centro estará orientada al lograr el bienestar y el mayor grado de libertad y autonomía personal de los residentes».
 - Artículo 5: «El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas».

CANTABRIA

- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales de Cantabria
 - Artículo 6: «Derecho a no ser objeto de ningún tipo de restricción física o intelectual, por medios mecánicos o farmacológicos. Excepcionalmente, en tanto persista una urgente necesidad para la preservación de la integridad de la persona usuaria, sus cuidadores/as o de terceras personas, los centros y servicios podrán practicar medidas temporales de restricción física o intelectual, siempre con supervisión facultativa».
 - Artículo 93.1: «Infracciones muy graves [...] someter a las personas usuarias de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica».
 - Disposición adicional sexta: «[...] que se cumpla la garantía del uso de sujeciones como último recurso excepcional, y la obligación de los equipos y servicios de atención a utilizar todas las técnicas y medios alternativos [...]». «Los centros y servicios de atención diurna/nocturna/y de estancia residencial deberán elaborar un plan de centro de eliminación de sujeciones [...]».

Tabla 2 (continuación)

CASTILLA Y LEÓN

- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León
 - Artículo 1: «[...] Asegurando unas condiciones de vida dignas y adecuadas a todas las personas».

Artículo 7: «Toda actuación en materia de servicios sociales habrá de respetar la dignidad e intimidad, y los derechos de las personas».

- Artículo 11: «Los poderes públicos velarán porque en la prestación de los servicios sociales se asegure el respeto a los derechos y libertades fundamentales de las personas [...]. «A una atención individualizada que respete su identidad y dignidad, y les garantice en todo momento un trato apropiado [...].».

CASTILLA LA-MANCHA

- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha
 - Artículo 7.3: «Derecho [...] A ser tratadas con respeto, conforme a su dignidad como personas, con plena garantía de los derechos y libertades fundamentales».
 - Artículo 87: «Son infracciones muy graves [...] el trato degradante hacia las personas usuarias de las entidades y centros de servicios sociales, que afecte a su dignidad o a su integridad física o psíquica».

CATALUÑA

- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales
 - Artículo 8.1: «Debe ponerse un cuidado especial en garantizar los derechos y libertades fundamentales [...]».
 - Artículo 12.2: «[...] No ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista un peligro inminente para la seguridad física de los usuarios o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones deben justificarse documentalmente, deben constar en el expediente del usuario o usuaria [...]».

EXTREMADURA

- Ley 14/2015, de 9 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura
 - Artículo 5: «[...] garantizando la continuidad de la atención y respetando siempre la dignidad de las personas, sus derechos y sus preferencias».
 - Artículo 67: «Son infracciones muy graves [...] dispensar tratos discriminatorios, degradantes o incompatibles con la dignidad de las personas usuarias, así como la restricción injustificada de sus libertades y derechos».

GALICIA

- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia
 - Artículo 6.1: «El respeto de la dignidad de la persona, de su autonomía e intimidad y de su bienestar [...]».
 - Artículo 6.3: «[...] A recibir un trato acorde a la dignidad de la persona y al respeto de los derechos y libertades fundamentales, tanto por parte del personal [...]».
 - Artículo 82: «Son infracciones muy graves [...] Proporcionar a las personas usuarias tratos degradantes, discriminatorios o incompatibles con su dignidad, así como la realización de actuaciones que supongan violación, restricción o impedimento injustificado de sus derechos fundamentales y libertades públicas».

ISLAS BALEARES

- Ley 4/2009, de 11 de junio, de Servicios Sociales de las Islas Baleares
 - Artículo 9: «Derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin su autorización, a menos que haya peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o de terceras personas, o que haya prescripción facultativa, en ambos casos bajo supervisión».

ISLAS CANARIAS

- Ley 16/2019, de 2 de mayo, de Servicios Sociales de Canarias
 - Disposición adicional novena. Régimen jurídico para el ejercicio del derecho a la no inmovilización, restricción o sujeción física: «Tanto la restricción o sujeción física como el tratamiento farmacológico habrán de obedecer siempre a los principios de necesidad, excepcionalidad, proporcionalidad y temporalidad y requerirán para su aplicación, salvo los supuestos de peligro inminente para la seguridad física del usuario o terceros, de la firma de la persona afectada o su representante legal mediante documento escrito de consentimiento informado».

LA RIOJA

- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja
 - Artículo 85: «Se valorarán como infracciones muy graves: a) Dispensar tratos discriminatorios, degradantes o incompatibles con la dignidad de las personas usuarias, así como la restricción injustificada de sus libertades y derechos. b) Someter a las personas usuarias de los centros o servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica [...] así como silenciar o encubrir dichas actuaciones».

MADRID

Resolución 106/2017 del Viceconsejero de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del Servicio Madrileño de Salud.

- «La aplicación de una sujeción se realizará exclusivamente, en aquellos supuestos que sea imprescindible en el marco de una adecuada asistencia sanitaria».

Tabla 2 (continuación)

MURCIA

- Ley 3/2021, de 29 de julio, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.
 - Artículo 10: «[...] Respetar la dignidad y los derechos de los demás usuarios y del personal que presta los servicios que reciben [...]».
 - Artículo 88: «El Comité de Ética de los Servicios Sociales de la Región de Murcia tiene por finalidad generar conocimiento y modos de actuación que repercutan en la calidad de la intervención social y en el bienestar de las personas usuarias de los servicios sociales, velando porque se garantice su dignidad y el respeto a su autonomía e intimidad».
 - Artículo 107: «Infracciones graves: no salvaguardar el derecho a la dignidad y a la intimidad de las personas usuarias».

NAVARRA

- Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales
 - Artículo 1: «[...] los servicios que se presten cuenten con las condiciones óptimas para asegurar la autonomía, dignidad y la calidad de vida de las personas».
 - Artículo 87: «Constituyen infracciones muy graves: [...] Someter a las personas usuarias de los servicios a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción médica y supervisión o sin consentimiento informado [...]».
- Orden Foral 186/2014, de 2 de abril

Protocolo para el uso de sujeciones en los centros residenciales de tercera edad y discapacidad: *«Su objetivo es que el uso de sujeciones físicas sea considerado como un último recurso por parte de los profesionales, tras haber experimentado y agotado todas las posibles alternativas existentes, evitando así caer en un uso por conveniencia o inercia de las mismas. Igualmente, con el presente documento se pretende conseguir un control y seguimiento del uso de fármacos psicotrópicos y de las barandillas en los citados centros, para evitar la cronicidad en su uso por falta de revisión de la prescripción».*

PAÍS VASCO

- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales
 - Artículo 91: «Son infracciones muy graves: [...] Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión [...], así como silenciar o encubrir dichas actuaciones».

VALENCIA

- Ley 3/2019, de 18 de febrero, de Servicios Sociales inclusivos de la Comunitat Valenciana
 - Artículo 6.3: «Mínima restricción de la movilidad personal y de la plena conciencia. Solo se emplearán en el ámbito de los servicios sociales cuando existan evidencias de agravamiento o deterioro de la situación de vulnerabilidad de la persona y siempre que exista peligro para ella y para terceras personas, aquellas medidas de inmovilización o restricción física o farmacológica que sean prescritas médicamente y bajo supervisión tras haberse agotado todos los recursos de las personas profesionales [...]».
 - Artículo 10.2: «[...] Derecho de las personas usuarias a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa ni supervisión».

Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario

atención datos como que en el 61,4% de las unidades participantes nunca se prescribían las contenciones, que solo el 8,2% disponían de un protocolo de uso de CM adaptado a pacientes críticos o que el registro únicamente se realizaba en el 24,7% de las unidades⁸. Para ello, se proponen una serie de recomendaciones prácticas que puedan guiar a los profesionales de las UCI en el manejo de las CM (tabla 4). Aunque se trata de un sencillo «compendio de recomendaciones» no validado, ante la ausencia de otros modelos adaptados a la realidad del paciente crítico en nuestro medio, consideramos que este y las modificaciones que él se deriven podrían resultar de utilidad. Este «compendio de recomendaciones» puede resultar de provecho tanto a profesionales asistenciales, como a gestores que pretendan estandarizar y regular el uso de las CM en sus centros. Además, puede entenderse como una guía para la docencia y un punto de partida para la comparación del uso de contenciones inter e intracentros (benchmarking).

De manera contrapuesta a esa buena praxis descrita en cuanto al uso de contenciones en las UCI, aparece la posibilidad de incurrir en la mala praxis respecto a su manejo. De manera general, la aplicación de contenciones, si se realiza de forma contraria lo descrito como buena práctica clínica, pueden conllevar responsabilidad tanto desde el punto de vista legal (penal o civil), deontológica (sanciones con posibilidad de inhabilitación) y ética (culpabilidad, frustración, etc.). Estas responsabilidades derivadas de la mala práctica clínica son aplicables a cada una de las categorías asistenciales implicadas en su manejo y los responsables de la micro, meso y macrogestión de las instituciones. Atendiendo a los valores vulnerados, aparecen dos variantes de la mala praxis en el uso de CM, el uso excesivo y el uso inapropiado. Se entiende por «uso excesivo» el empleo de contenciones sin haberse descartado todos los abordajes alternativos posibles. El «uso inadecuado» supone la aplicación de contenciones sin indicación correcta o sin el

Tabla 3 Marco deontológico respecto al uso de contenciones mecánicas

Código deontológico de la Enfermería Española

- Artículo 4: «La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y la Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Por ello, la Enfermera/o está obligada/o a tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud».
- Artículo 5: «Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal».
- Artículo 6: «En ejercicio de sus funciones, las/los enfermeras/os están obligadas/os a respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le presta».
- Artículo 52: «La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes».
- Artículo 53: «La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados».
- Artículo 60: «Será responsabilidad de la Enfermera/o actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que pueden ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende».

Código de deontología Médica de España

- Artículo 33: «La persona privada de libertad o institucionalizada no pierde sus derechos a la intimidad y confidencialidad. El médico que le atiende debe respetarlos».
- Artículo 73.1: «El médico jamás debe participar, secundar, admitir o encubrir actos de tortura o vejaciones, cualesquiera que sean los argumentos esgrimidos para ello».
- Artículo 73.2: «El médico no debe participar en ninguna actividad que signifique una manipulación de la voluntad del paciente».
- Artículo 73.3: «Es deber del médico proteger la salud de las personas privadas de la libertad, tratar sus enfermedades y respetar su voluntad del mismo modo en que lo hace con el resto de sus pacientes».
- Artículo 74: «Cualquier medida de contención física o farmacológica es una limitación de la autonomía de la persona y, por lo tanto, puede constituir un atentado contra su dignidad, salvo circunstancias clínicas especiales que indiquen su uso».
- Artículo 77.1: «La formación médica continuada es un deber deontológico, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional».

Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario

seguimiento adecuado de su necesidad de uso o de sus potenciales efectos adversos ([Anexo-Leyes y normativas-Material suplementario](#)).

Esta necesidad de asegurar y regular una práctica clínica adecuada respecto al uso de contenciones trae la necesidad de hacer un enérgico llamamiento a la importancia de la implicación y liderazgo de los gestores y las instituciones tanto para conseguir el mínimo uso de CM (mediante la construcción de un ambiente libre de CM) como para garantizar unos estándares mínimos de calidad en su uso cuando sea necesario. A pesar de que la evidencia arroja dudas sobre la eficacia de los protocolos para disminuir el uso de contenciones por la complejidad cultural que estas suponen^{54,55}, es innegable el paso hacia delante que dan las instituciones que deciden monitorizar y protocolizar el uso de CM²⁴. Además, los protocolos sí son necesarios para regular los casos en los que la CM sea inevitable. Como ya se ha comentado con anterioridad, en el contexto actual, con una realidad cambiante y una presión social y legal cada vez mayor, las instituciones deben encaminar sus políticas no solo hacia la excelencia científico-técnica si no hacia la atención centrada en el paciente y el respeto a los derechos fundamentales. Así, se recomienda encarecidamente, la inclusión de la CM en los Planes de Calidad de las instituciones, estableciéndose

protocolos interprofesionales específicos de UCI. Tanto las motivaciones de empleo de las contenciones como las circunstancias que rodean su uso son muy diferentes en la UCI, en las unidades de hospitalización o en aquellas de Salud Mental; por ello, es muy probable que resulten infructuosos los protocolos de manejo de CM que intentan anular todas las realidades del hospital. Véase como ejemplo, lo inapropiado, desde los principios de mínima restricción y proporcionalidad, de colocar contenciones de cinco puntos (miembros superiores, inferiores y tórax) para prevenir la autorretirada de dispositivos en pacientes críticos. Esta propuesta de uso de CM de cinco puntos podrá ser o no adecuada para otros ámbitos hospitalarios, pero no lo parece en la UCI. El manejo de la CM en el paciente crítico requiere un reconocimiento de sus peculiaridades para ser de utilidad.

Los citados protocolos, que probablemente podrían unirse íntimamente a otros documentos de manejo del dolor-agitación/sedación-delirium, deberían crearse de manera coordinada con las Unidades de Calidad Asistencial, incluyendo a representantes de todas las categorías profesionales gestoras y asistenciales de la UCI (médicos, enfermeros, técnico en cuidados auxiliares de enfermería [TCAE] y celadores) y, deseablemente, ser revisados entre

Tabla 4 Recomendaciones prácticas para la aplicación de la contención mecánica en Unidades de Cuidados Intensivos

Manejo farmacológico	Control del dolor	Comprobación de que la causa de agitación no es debida a dolor – Objetivo: EVN-EVA/ESCID < 3
	Sedación ligera	Uso concomitante de fármacos sedantes para conseguir objetivo de mantener RASS entre 0 y (-2/-3)
Manejo no farmacológico	Ausencia de BNM Identificación del delirio	Paciente con CM no sometido a BNM (en bolus o de manera continua) Detección de pacientes de riesgo (factores predisponentes) y uso de escala CAM-ICU
	Fracaso del abordaje farmacológico Abordaje verbal -psicológico	Uso de la CM tras intento de control de síntomas con fármacos analgésicos y/o sedantes Pacientes con uso de la CM tras intento de control de síntomas con habilidades de manejo verbal e invitación al diálogo con el paciente, asegurando un ambiente calmado, proporcionado información sobre su proceso
Aspectos éticos-legales	Orientación temporoespacial	Confirmar el uso de audífonos y gafas y facilitar reloj, calendario, etc.
	Abordaje familiar	Acompañamiento. Permitir la presencia de personas significativas que supongan un elemento tranquilizador para el paciente
	Ciclo sueño – vigilia	Respetar el cuidado del sueño, ajustando iluminación del box, ruido, alarmas de monitores y ventiladores, toma de constantes, administración de medicación, etc.
	Abordaje tecnológico-estructural	Control de la temperatura, vigilancia mediante cámaras, aproximación al control de enfermería, etc.
	Fracaso del abordaje no farmacológico	Pacientes con uso de la CM tras intento de control de síntomas con medidas no farmacológicas
	Proporcionalidad	Uso de CM solo si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio que pudiera causar
	Idoneidad / necesidad	Utilizar únicamente cuando hayan fracasado todas las alternativas, contemplándose como último recurso y sin prolongarlo más allá de lo estrictamente necesario
	Dignidad	Preservar la intimidad, bienestar y privacidad, adecuando los medios tanto físicos como humanos
	Comunicación y consentimiento informado	Siempre que las circunstancias lo permitan, habrá que informar al paciente y/o familia con carácter previo. En todo caso, posteriormente, a la mayor brevedad del procedimiento, quedando constancia en HC
	Personal formado	Todos los profesionales deben tener formación. La CM realizada por personal no capacitado puede tener terribles consecuencias para el paciente ³⁹
Seguimiento	Protocolo del centro	La aplicación de dicha medida siempre se debe ajustar a un protocolo interprofesional establecido en el centro, por tanto, nunca se podrá aplicar por conveniencia ni como sustitutivo a la falta de personal, disciplina, castigo o respuesta a una conducta molesta
	Prescripción médica	Pacientes con CM prescripción médica en HC del uso, tipo y duración de CM
	Material homologado	Pacientes con CM aplicado con material homologado y autorizado por la institución con ese fin
	Registro en HC médica	Pacientes con CM registro en HC de Medicina del uso de CM
	Registro en HC de enfermería	Pacientes con CM registro en HC de Enfermería del uso de CM
	Registro en HC TCAE	Pacientes con CM registro en HC de TCAE del uso de CM
Seguimiento	Reevaluación necesidad de uso de CM cada 4 horas	Pacientes con evaluación cada 4 horas por parte de cualquier profesional del <i>staff</i> de UCI de la necesidad de seguir aplicando CM
	Evaluación efectos adversos CM cada 4 horas	Pacientes con evaluación cada 4 horas por parte de cualquier profesional del <i>staff</i> de UCI de la presencia de efectos adversos físicos y/o psicológicos relacionados con CM

BNM: bloqueantes neuromusculares; CAM-ICU: *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*; CM: contención mecánica; ESCID: Escala Conductas Indicadoras de Dolor; EVA: Escala Visual Analógica; EVN: Escala Verbal Numérica; HC: historia clínica; RASS: *Richmond Agitation Sedation Scale*; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

Tabla 5 Propuesta de indicadores de calidad para la monitorización del uso de contenciones mecánicas en Unidades de Cuidados Intensivos

- Prevalencia de uso de la CM en el paciente crítico
- Uso de medidas de CM⁵⁶
- Uso de CM ajustado a protocolo interdisciplinar del centro
- Uso de CM en UCI con constancia en HC de información al paciente y/o familia
- Uso de CM con documento de CI firmado por paciente y/o familia
- Prescripción médica escrita de la indicación de CM
- Registro del uso de CM en HC médica
- Registro del uso de CM en HC enfermera
- Registro del uso de CM en HC TCAE
- Registro de la reevaluación de la necesidad de uso de CM
- Uso de CM realizado con material homologado
- Tasa efectos adversos relacionados con el uso de CM
- Tasa de profesionales formados en manejo de CM según protocolo interdisciplinar del centro

CI: consentimiento informado; CM: contención mecánica; HC: historia clínica; TCAE: técnico en cuidados auxiliares de enfermería; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

otros por el Comité de Ética Asistencial. Resulta de vital importancia que su implantación se acompañe de formación y llegue al mayor número de profesionales posible de todas las categorías profesionales. La complejidad del tema a tratar hace que sea necesaria esta sensibilización y esfuerzos formativos, de lo contrario, el protocolo puede aplicarse de manera incorrecta o, incluso, no aplicarse. De hecho, parece que son las actividades formativas que acompañan a la implantación de los protocolos las que generan un cambio cultural y una sensibilidad sobre el uso de la contención; mientras que la implantación de protocolos sin acciones formativas no moviliza ningún cambio cultural²⁴.

Los protocolos, además de los elementos propios de un documento revisado por la Unidad de Calidad, deberían incluir de manera específica: una justificación que incida en la gravedad de la medida, reseñas del marco normativo y las consideraciones éticas que rodean el uso de CM, los abordajes alternativos a la CM, el documento de CI necesario para su uso, la vigilancia de efectos adversos y el registro documental en la HC.

Acompañando a los citados protocolos deberán existir una serie de indicadores de calidad que vigilen tanto la prevalencia, como el registro, la aplicación de CM adecuada al protocolo establecidos, la presencia de efectos adversos, etc. En la [tabla 5](#) se incluyen ejemplos de indicadores de calidad respecto al uso de la contención. Se sugiere que las mediciones de estos indicadores se realicen de manera periódica (al menos de manera semestral o anual) y se establezcan, con base en esas observaciones, objetivos para el siguiente periodo de medición. Se deberá anonimizar los resultados de los indicadores de calidad y, siempre y cuando las distintas UCI de los centros sean equiparables, realizar comparaciones en los resultados que ayuden a vislumbrar qué dinámicas de cada unidad están resultando facilitadoras o limitadoras del uso de contenciones. Esta misma política de *benchmarking* entre UCI deberá hacerse extensiva a distintos hospitales (manteniéndose la anonimización), dándose así visibilidad a las políticas más efectivas para minimizar y hacer un uso de CM ajustado a las recomendaciones.

Conclusiones

El uso de la CM, al ser una medida coercitiva plantea dilemas éticos al restringir la libertad y vulnerar la dignidad e integridad de la persona, aunque busque garantizar la continuidad de un tratamiento. En casos de considerar su aplicación, es crucial realizar una reflexión ética individualizada, analizando minuciosamente los beneficios esperados, los riesgos asociados y explorando alternativas.

Aunque el marco normativo específico para el uso de contenciones en las UCI es limitado, existen legislaciones generales que abordan los derechos, principios y valores comprometidos o vulnerados durante su aplicación. La creciente preocupación por el uso de las CM se refleja en el avance de normativas que regulan su aplicación.

El primer objetivo siempre debería ser la creación de ambientes libres o cuasilibres de contenciones y, en ese sentido, la formación de los equipos de cuidados es fundamental. En las situaciones donde, tras una exhaustiva valoración interprofesional, se determine la necesidad de aplicar contenciones, se debe considerar siempre como último recurso. La medida no debe prolongarse más allá de lo estrictamente necesario, y solo se justifica si el beneficio para el paciente supera ampliamente el perjuicio. Es esencial preservar la dignidad del paciente, adaptar los medios físicos y humanos, mantener una comunicación efectiva con el paciente y su familia, y seguir los principios de mínima restricción y proporcionalidad. Para garantizar una buena praxis y minimizar el uso de la CM, se recomienda la implicación activa de gestores e instituciones.

Financiación

El presente manuscrito no ha recibido ninguna fuente de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores confirman no tener ningún conflicto de intereses que declarar respecto al presente manuscrito.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2024.05.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2024.05.002).

Bibliografía

1. Comité de Bioética de España. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario [Internet]. 2016. [consultado 2 May 2023]. Disponible en: <https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/Informe-Contenciones-CBE.pdf>
2. Chapter 16: An act to minimize the use of restraints on patients in hospitals on patients of facilities. En: Patient Restraints Minimization Act [Internet]. 2001. [consultado 2 May 2023]. Disponible en: <https://www.ontario.ca/laws/statute/s01016>.
3. Rubio Domínguez J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calid Asist.* 2017;32:172–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.09.006>.
4. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Barcelona; 2006. [consultado 15 Oct 2021]. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/99c9a9b5-c0f3-4bfa-b15d-cbf5c188075a>
5. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Estándares de Calidad en Geriatria. Madrid; 2007. [consultado 15 Oct 2021]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/estandares_geriatria.pdf
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidades de Cuidados Intensivos. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010. [consultado 18 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/docs/UCL.pdf>
7. Comité interdisciplinar de sujeciones. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Documento de consenso sobre sujeciones físicas y farmacológicas. Madrid; 2014. [consultado 22 Nov 2021]. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf
8. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Vía-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. Assessment of analgesia, sedation, physical restraint and delirium in patients admitted to Spanish intensive care units. *Proyecto ASCyD. Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2020;31:3–18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2018.11.002>.
9. Acevedo-Nuevo M, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Arias-Rivera S, Toraño-Olivera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, et al. Physical restraint in critical care units from the experience of doctors and nursing assistants: In search of an interdisciplinary interpretation. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2020;31:19–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2019.01.004>.
10. Benbenbishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010;26:241–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2010.08.003>.
11. Hine K. The use of physical restraint in critical care. *Nurs Crit Care.* 2007;12:6–11, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1478-5153.2006.00197.x>.
12. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practice in adult intensive care units in Egypt. *Nurs Health Sci.* 2013;15:79–85, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12000>.
13. Burry L, Rose L, Ricou B. Physical restraint: time to let go. *Intensive Care Med.* 2018;44:1296–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-5000-0>.
14. Luk E, Sneyers B, Rose L, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S, et al. Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. *Crit Care.* 2014;18:R46, <http://dx.doi.org/10.1186/cc13789>.
15. De Jonghe B, Constantin J, Chanques G, Capdevila X, Lefrant J, Outin H, et al. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensive Care Med.* 2013;39:31–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-012-2715-9>.
16. Mion LC. Physical Restraint in Critical Care Settings: Will They Go Away? *Geriatr Nurs.* 2008;29:421–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.006>.
17. Rose L, Burry L, Mallick R, Luk E, Cook D, Fergusson D, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes associated with physical restraint use in mechanically ventilated adults. *J Crit Care.* 2015;31:31–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.09.011>.
18. Unoki T, Sakuramoto H, Ouchi A, Fujitani S, Komatsu Y, Miyamoto T, et al. Physical restraints in intensive care units: a national questionnaire survey of physical restraint use for critically ill patients undergoing invasive mechanical ventilation in Japan. *Acute Med Surg.* 2018;6:68–72, <http://dx.doi.org/10.1002/ams2.380>.
19. Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:2307–10, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14435>.
20. Maiden MJ, Bone A, Fitzpatrick M, Institute for Global Health, and the Australian and New Zealand Intensive Care Society Clinical Trials Group. Physical restraint of patients in Australia and New Zealand intensive care units. *Intensive Care Med.* 2021;47:234–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-020-06287-w>.
21. Alostaz Z, Rose L, Mehta S, Johnston L, Dale C. Physical restraint practices in an adult intensive care unit: a prospective observational study. *J Clin Nurs.* 2022;32(7–8):1163–72, <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.16264>.
22. Urrutia Beascoa MA. Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación [tesis]. Universidad Complutense de Madrid; 2015.
23. Bray K, Robson W, Leaver G, Walker N, O’ Leary M, Delaney T, et al. British Association on Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care.* 2004;9:199–212, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1362-1017.2004.00074.x>.
24. Acevedo-Nuevo M, Martín-Arribas MC, González-Gil MT, Solís-Muñoz M, Arias-Rivera S, Royuela-Vicente A. The use of mechanical restraint in critical care units: Characterisation, application standards and related factors. Results of a multicentre study. *Enferm Intensiva (Engl Ed)*. 2022;33:212–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfie.2021.12.003>.
25. Vía-Clavero G, Sanjuán-Navás M, Romero-García M, De la Cueva-Ariza L, Martínez-Estalella G, Plata-Menchaca E, et al. Eliciting critical care nurses’ beliefs regarding physical restraint use. *Nurs Ethics.* 2019;26:1458–72, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733017752547>.
26. Maccioli G, Dorman T, Brown B, Mazuski J, McLean B, Kusaj J, et al. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies—American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Crit Care Med.* 2003;31:2665–76, <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000095463.72353.ad>.
27. Hofsø K, Coyer FM. Part 1. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU:

- Contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23:249–55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.003>.
28. Lawson TN, Tan A, Thrane SE, Happ MB, Mion LC, Tate J, et al. Predictors of New-Onset Physical Restraint Use in Critically Ill Adults. *Am J Crit Care.* 2020;29:92–102, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2020361>.
 29. Da Silva PS, Fonseca MC. Unplanned endotracheal extubations in the intensive care unit: systematic review, critical appraisal, and evidence based recommendations. *Anesth Analg.* 2012;114:1003–14, <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0b013e31824b0296>.
 30. Scherer YK, Janelli LM, Wu YW, Khun MM. Restrained patients: an important issue for critical care nursing. *Heart Lung.* 1993;22:77–83.
 31. Ortiz-Pruitt J. Physical restraint of critically ill patients: a human issue. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1995;7:363–73.
 32. Reigle J. The ethics of physical restraints in critical care. *AACN Clin Issues.* 1996;7:585–91, <http://dx.doi.org/10.1097/00044067-199611000-00014>.
 33. Vaught W, Lamdan RM. An ethics committee explores restraints use and practices. *HEC Forum.* 1998;10(3–4):306–16, <http://dx.doi.org/10.1023/a:1008808717281>.
 34. Smithard S, Randhawa R. Physical Restraint in the Critical Care Unit: A Narrative Review. *New Bioeth.* 2022;28:68–82, <http://dx.doi.org/10.1080/20502877.2021.2019979>.
 35. Velasco T. Voluntades anticipadas y consentimiento informado en Medicina Intensiva. *Rev Bio y Der.* 2020;48:41–59.
 36. Petrini C. Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Ann Ist Super Sanita.* 2013;49:281–5, <http://dx.doi.org/10.4415/ann.13.03.08>.
 37. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Recomendaciones de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Madrid sobre las Inmovilizaciones Terapéuticas (sujeciones) físicas y químicas [Internet]. 2018. [consultado 25 May 2023]. Disponible en: [https://gestionydependencia.com/adjuntos/1967/Recomendaciones.sobre.inmovilizaciones_terapeuticas.\(sujeciones\).fisicas.y.quimicas.del.ICOMEM.pdf](https://gestionydependencia.com/adjuntos/1967/Recomendaciones.sobre.inmovilizaciones_terapeuticas.(sujeciones).fisicas.y.quimicas.del.ICOMEM.pdf)
 38. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 1 ed. New York: Oxford University Press; 1979.
 39. Hall H, Smithard DG. A Principlist Justification of Physical Restraint in the Emergency Department. *New Bioeth.* 2021;27:176–84, <http://dx.doi.org/10.1080/20502877.2021.1903152>.
 40. De Casterlé BD, Goethals S, Gastmans C. Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nurs Ethics.* 2015;22:642–51, <http://dx.doi.org/10.1177/0969733014543215>.
 41. Milisen K, Vandenbergh J, Sabbe M, Lagae R, Braes T, Vanderlinden V. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient safety in the University Hospitals of Leuven: Use of physical restraints. *Tijdschrift voor Geneeskunde.* 2006;62:1659–63.
 42. González Expósito J, Carbajo Payo M, Sirvent Navarro V, García Toca N. Uso de contenciones en el anciano. *Perspectiva de familiares y cuidadores.* *Rev Rol Enferm.* 2017;40(11–12):754–60.
 43. Burgueño Torijano A. 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». Madrid: Iberdrola; 2005 [consultado 1 Sept 2019]. Disponible en: http://ceoma.org/wp-content/uploads/2014/06/04_guia_para_personas_mayores.pdf
 44. Nevado Rey M. Realidades y mitos en la eliminación de sujeciones. *Sociedad y Utopía Revista de Ciencias Sociales.* 2013;41:283–98.
 45. García Arenillas M, Gil Cidoncha N, Gil López C, Del río Vega J, Santiago Sáez A, Velasco Sanz T, et al. Protocolo de Sujeciones Físicas. Comité de Ética Asistencial. Madrid: Hospital Clínico San Carlos; 2021.
 46. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos RA, Valentia E. Terminología en bioética clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53:750–61.
 47. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc).* 2001;117:18–23, [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)71998-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(01)71998-7).
 48. Gilligan C. La ética del cuidado. Cuadernos de la Fundación Victor Grifols i Lucas. [Internet]. [consultado 16 May 2024]. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/es/-/30-the-ethic-of-care>
 49. Yañez flores K, Rivas Riveros E, Campillay Campillay M. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería (Montevideo).* 2021;10:3–17, <http://dx.doi.org/10.22235/ech.v10i1.2124>.
 50. Tanaka M. Exploring the ethics of physical restraints: Students' questioning. *Nurs Ethics.* 2023;30:408–22, <http://dx.doi.org/10.1177/09697330221143149>.
 51. Celis-Rodríguez E, Birchenall C, De la Cal MÁ, Castorena Arellano G, Hernández A, Ceraso D, et al. Clinical practice guidelines for evidence-based management of sedoanalgesia in critically ill adult patients. *Med Intensiva (Engl Ed).* 2013;37:519–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.04.001>.
 52. Martín Iglesias V, Pontón Soriano C, Quintián Guerra MT, Velasco Sanz TR, Merino Martínez MR, Simón García MJ, et al. Contención mecánica: su uso en cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2012;23:164–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2012.08.002>.
 53. Hofsvø K, Coyer FM. Part 2. Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: A patient perspective. *Int Crit Care Nurs.* 2007;23:316–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2007.04.002>.
 54. Hevener S, Rickabaugh B, Marsh T. Using a decision wheel to reduce use of restraints in a medical-surgical intensive care unit. *Am J Crit Care.* 2016;25:479–86, <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016929>.
 55. Dauvergne JE, Ferey K, Croizard V, Chauvin M, Mainguy N, Mathelier N, et al. Prevalence, risk factors of the use of physical restraint and impact of a decision support tool: A before-and-after study. *Nurs Crit Care.* 2023, <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12945>. Online ahead of print.
 56. Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Actualización 2017 [Internet]. SEMICYUC [consultado 18 Nov 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/nicc.12945>