

**CASO Y COMENTARIO**

**¿Debería limitarse un tipo de libertad a favor de otro?**

Katherine J. Feder, MS, Janice I. Firn, PhD, LMSW y Ryan Stork, MD

**Resumen**

Debido a las consecuencias de las restricciones físicas en la libertad y dignidad personales, es comprensible que el umbral para aplicar contenciones sea alto y esté altamente regulado. No obstante, pueden existir escenarios clínicos en los que el uso de medidas restrictivas puede ampliar las libertades del paciente. Este artículo considera un caso de este tipo y examina las condiciones en las que el uso de restricciones ofrece un beneficio terapéutico para los pacientes con lesiones cerebrales traumáticas.

**Caso**

Albert es un hombre de 33 años que recientemente sufrió un accidente automovilístico al conducir sin cinturón de seguridad. El servicio de de emergencia lo encontró inconsciente con una Escala de coma de Glasgow de 4, que indica una respuesta mínima a estímulos definidos. Fue intubado y llevado al hospital más cercano, donde los exámenes revelaron una lesión cerebral traumática (LCT) consistente con una lesión axonal difusa grave. Como muchos pacientes que sufren de LCT, Albert comenzó a atravesar las etapas típicas de recuperación consistentes con los Niveles de Funcionamiento Cognitivo de Rancho Los Amigos, una herramienta clínica utilizada para describir los comportamientos y déficits cognitivos de los pacientes que han experimentado una LCT.<sup>1</sup> Es una escala de 10 niveles en la que el nivel I indica que no existe respuesta (coma) y que se requiere asistencia total, y el nivel X indica una respuesta intencionada y apropiada con independencia modificada (es decir, el paciente es capaz de funcionar de forma independiente con dispositivos compensatorios o estrategias cognitivas), con un espectro de progresión entre estas etapas.<sup>1</sup> Después de 2 semanas en la unidad de cuidados intensivos, Albert fue encontrado estable y trasladado a una pequeña unidad de rehabilitación para pacientes ingresados a fin de restablecer sus déficits cognitivos, mala coordinación y hemiparesia del lado derecho.

Durante esta etapa, Albert se volvió agitado, inquieto, hiperactivo, confundido y mostró un comportamiento errático, consistente con el nivel IV de la escala de Rancho.<sup>1</sup> El equipo de atención analizó qué actividades de la unidad le permitirían a Albert canalizar su nerviosismo, contribuyendo así a su recuperación. Permitir que Albert participe en actividades fuera de su habitación proporcionaría un desahogo para su inquietud y, en teoría, evitaría una escalada de su agitación causada por los largos periodos de tiempo



en reposo. Sin embargo, dada su desorientación (es decir, su incapacidad para recordar que no puede caminar de manera segura sin ayuda), mayor riesgo de caídas debido a su poco equilibrio y hemiparesia del lado derecho, e inquietud motora, necesitaría un cinturón abdominal y una silla de ruedas para minimizar los posibles daños a sí mismo cuando se mueva fuera de su habitación. El personal se sentía incómodo al usar cualquier tipo de contención física para una indicación distinta a la habitual debido al escrutinio que rodea al uso de medidas restrictivas. Se preguntaron cómo equilibrar los objetivos de rehabilitación y las necesidades de seguridad de Albert dentro del marco normativo existente.

### Comentario

Todas las personas tienen el derecho fundamental a controlar sus propios cuerpos. El uso de restricciones físicas resulta controvertido, ya que inhiben el movimiento físico. Su uso constituye una medida reactiva, permitida solo en ausencia de una alternativa efectiva para proteger a los pacientes de lastimarse a sí mismos o a otros. El empleo de medidas restrictivas en entornos de atención médica se rige por la ley federal,<sup>2</sup> la ley estatal y la Comisión Conjunta<sup>3</sup> y se encuentra limitado por la política del hospital, las pautas de la Asociación Médica Estadounidense,<sup>4</sup> y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.<sup>5</sup> Estas normas especifican que la restricción efectiva menos restrictiva debe aplicarse durante la menor cantidad de tiempo y que su uso para inmovilizar a un paciente en particular debe evaluarse con regularidad.<sup>2</sup> Para recibir fondos federales a través de Medicare y Medicaid, los hospitales deben cumplir con estas pautas y leyes.<sup>5</sup> Cualquier política desarrollada localmente debe considerar tanto los códigos nacionales como estatales.

Aunque estas normas asignan la misma evaluación a todas las restricciones, en la práctica existe una variedad de modalidades de restricción que limitan la libertad en diversos grados y que pueden tener usos alternativos en el espacio clínico. Aquí, consideramos cómo un enfoque generalizado puede perjudicar a los pacientes y a los cuidadores cuando se intenta optimizar el tratamiento de afecciones clínicas específicas. Específicamente, los pacientes con LCT transitan mejoras predecibles durante el transcurso de la recuperación. Aunque la progresión a través de los 10 niveles de la escala de Rancho es variable y específica del paciente, cada nivel está marcado por características claras que los médicos capacitados evalúan fácilmente mediante exámenes físicos y neurológicos. Muchos pacientes con LCT progresan hasta el nivel IV, que se caracteriza por confusión y agitación, y probablemente la superarán, pero el tiempo que permanezcan en cada nivel variará según la gravedad de la lesión. No es inusual que un paciente con LCT pase de 1 a 2 semanas en un estado de confusión y agitación, cuyo tratamiento incluye tener salidas para el exceso de energía. A fin de facilitar estos desahogos de manera segura, muchos hospitales de rehabilitación con programas especializados para la recuperación de una LCT emplean el uso de cinturones abdominales, que les permite a los pacientes con LCT en el nivel IV de la escala de Rancho salir de sus habitaciones y participar en actividades grupales o físicas de una manera que reduzca el riesgo de caídas. Si bien este tema está subexplorado desde el enfoque empírico y se basa en gran medida en la opinión de expertos, en la experiencia del tercer autor (R.S.), consistente con la literatura, estos pacientes tienen una estadía más corta, mayor probabilidad de derivación a ambientes menos restrictivos y mejores resultados clínicos.<sup>6,7,8</sup> Este comentario analiza las formas en que las restricciones pueden considerarse herramientas que respaldan las mejores prácticas interdisciplinarias en pacientes con ciertas afecciones clínicas como la de Albert, qué factores pueden dar como resultado que los beneficios clínicos de las

restricciones físicas superen los daños causados y cómo estas pueden ser reguladas y aplicadas de manera efectiva y ética.

### **Replantearnos el uso de las medidas restrictivas según el contexto**

Al abordar cualquier intervención médica, los profesionales de la salud sopesan sus riesgos y beneficios y la probabilidad de que logre el resultado esperado en relación con la afección del paciente. En lugar de seguir considerando a todas las restricciones como medidas limitantes y reactivas para contener y limitar el movimiento del paciente, sugerimos pensar de manera más integral acerca de cómo ciertos tipos de restricción pueden limitar la libertad física de algunas formas, pero ampliarla de otro modo. La Comisión Conjunta ya reconoce cómo la consideración de “medida restrictiva” depende del uso previsto de equipo como las barandillas de la cama por parte del médico. Específicamente, el *Manual de Acreditación de Hospitales* establece: “Si la intención de levantar las barandillas laterales es evitar que un paciente se levante voluntariamente de la cama o intente salir de ella, las barandillas laterales se considerarán una restricción” pero que “si la intención de levantarlas es evitar que el paciente se caiga de la cama inadvertidamente, entonces no se considera una restricción”.<sup>3</sup> Proponemos que los cinturones abdominales se evalúen según la multiplicidad de sus usos de manera similar a las barandillas de la cama, en función de su propósito previsto y del bienestar del paciente. Los cinturones abdominales se usarían para evitar que los pacientes con LCT como Albert, que han progresado al nivel IV de la escala de Rancho, se caigan accidentalmente de sus sillas de ruedas o se lesionen debido a su desorientación y riesgo de caída significativo.

Si bien el uso de un cinturón abdominal limita la libertad de movimiento de los pacientes porque evita que se levanten de su silla de ruedas y, en efecto, los retiene de alguna manera, también facilita otra libertad de movimiento al permitirles recorrer su entorno de forma segura y participar en actividades para expulsar el exceso de energía. Considere el escenario de Albert, quien se encuentra en un estado de confusión postraumática (es decir, incapaz de recordar que no puede levantarse de la cama), inquieto y con la posibilidad de un comportamiento agresivo. No cuenta con la capacidad de salir de su habitación cuando lo desea. Sus discapacidades motoras son lo suficientemente graves como para que el personal (como un asistente de cama) no pueda trasladar con seguridad al paciente cuando intenta levantarse de la cama. Esto crea un escenario en el que se puede recomendar que Albert permanezca en su cama, lo que resulta en un mayor aislamiento e inmovilidad y aumenta aún más su inquietud. El uso de un cinturón abdominal, no obstante, le permitiría salir de su habitación cuando lo desee con solo la supervisión cercana del asistente de pacientes. Sería capaz de autopropulsar la silla de ruedas con los pies y explorar sus alrededores, ampliando efectivamente su capacidad para interactuar con su entorno según sus preferencias. Esto puede considerarse razonablemente compasivo, por lo que sugerimos que la decisión de usar cinturones abdominales basada en el equilibrio de las libertades brindadas con las libertades restringidas busca fomentar la compasión.

### **Autonomía y dignidad**

Si bien algunos pueden argumentar que el uso de medidas restrictivas viola la autonomía del paciente, los que padecen síntomas de LCT no actúan con intención ni poseen una comprensión significativa de su entorno.<sup>9,10</sup> Aunque puedan expresar preferencias a través de sus acciones, no cuentan con la capacidad de actuar de manera verdaderamente autónoma o dar su consentimiento informado. Al igual que ocurre con otras intervenciones clínicas en pacientes que carecen de **capacidad de**

**toma de decisiones**, los médicos deben obtener el consentimiento informado del representante del paciente responsable de la toma de decisiones. Este proceso incluye explicar por qué se recomienda el cinturón abdominal, los beneficios y riesgos asociados con su uso, las opciones alternativas, el alcance de la actividad y el tiempo de uso.<sup>10,11,12</sup>

La otra crítica al empleo de la restricción física a menudo recae en la categoría de daños morales; específicamente, en que el uso de cualquier medida restrictiva limita el movimiento físico y, por lo tanto, restringe un derecho y una libertad humana básica. Sin embargo, cuando se compara la capacidad de los pacientes para salir de su habitación y participar en actividades mientras están asegurados con un cinturón abdominal frente al hecho de permanecer en reposo, se puede considerar que esto último representa un daño mayor que confina de manera efectiva a los pacientes con LCT a sus habitaciones todo el día, lo que dificulta la recuperación.<sup>12</sup> Por lo tanto, el uso del cinturón en contextos específicos con el consentimiento del representante del paciente da respuesta al sufrimiento y impulsa la recuperación, lo que lo convierte en la opción más compasiva.

### **Regulación y aplicación**

Al igual que otras intervenciones médicas, el uso del cinturón abdominal se limitaría a indicaciones clínicas específicas autorizadas por el paciente en las que podría conllevar beneficios. Sería útil contar con un conjunto predefinido de criterios para ayudar a identificar cuándo sería apropiado emplear un cinturón abdominal. Un médico especializado evaluaría si el paciente cumple con estos criterios y, si en algún momento los **riesgos superan los beneficios**, se debe suspender el uso del cinturón.

En los hospitales de rehabilitación, la eliminación de las restricciones físicas suele ser una decisión multidisciplinaria basada en las observaciones de los enfermeros, el equipo de tratamiento y los neuropsicólogos que supervisan de cerca la recuperación motora y cognitiva del paciente.<sup>13,14</sup> La comunicación abierta entre los miembros del equipo de atención interdisciplinaria, el acceso a médicos de atención avanzada, la aplicación y colocación correctas y la frecuente supervisión de los cinturones abdominales resultarían vitales para garantizar que se utilicen según lo previsto, minimizando o previniendo así daños físicos como asfixia, mayor agitación o malestar.<sup>15</sup> Si, en algún momento, los perjuicios del cinturón abdominal superaran sus beneficios, podría discontinuarse. Dado que los pacientes con LCT realizarían acciones que requieren supervisión, como moverse por el hospital en silla de ruedas o formar parte de actividades grupales, los profesionales de la salud deben estar disponibles para identificar si es necesario quitar el cinturón abdominal. De acuerdo con la administración de medicamentos o los servicios prestados, los médicos documentarían todo el uso de los cinturones abdominales.

### **Conclusión**

Al replantear los cinturones abdominales como un tipo de sujeción que puede ampliar la libertad en lugar de solo limitarla en el caso de pacientes con LCT, contamos con una forma adicional de impulsar los intereses y el bienestar de los pacientes.

### **References**

1. Lin K, Wroten M. Ranchos Los Amigos. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2019. Updated August 30, 2020. Accessed June 25, 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448151/>

2. 42 CFR §482.13(e) (2021).
3. Joint Commission. Standard FAQs: restraint and seclusion—enclosure beds, side rails and mitts. Updated June 29, 2020. Accessed February 18, 2021. <https://www.jointcommission.org/en/standards/standard-faqs/critical-access-hospital/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000001668/>
4. American Medical Association. Opinion 1.2.7 Use of restraints. *Code of Medical Ethics*. Accessed September 11, 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/use-restraints>
5. Quality, safety, and oversight—certification and compliance. Centers for Medicare and Medicaid Services. Revised January 10, 2018. Accessed February 18, 2021. <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance>
6. Luauté J, Plantier D, Wiart L, Tell L. Care management of the agitation or aggressiveness crisis in patients with TBI. Systematic review of the literature and practice recommendations. *Ann Phys Rehabil Med*. 2016;59(1):58-67.
7. Flanagan SR, Elovic EP, Sandel ME. Managing agitation associated with traumatic brain injury: behavioral versus pharmacologic interventions? *PM R*. 2009;1(1):76-80.
8. Ripley DL, Driver S, Stork R, Maneyapanda M. Pharmacologic management of the patient with traumatic brain injury. In: Eapen BC, Cifu DX, eds. *Rehabilitation After Traumatic Brain Injury*. Elsevier Health Sciences; 2019:133-163.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. Oxford University Press; 2009.
10. Crutchfield P, Gibb TS, Redinger MJ, Ferman D, Livingstone J. The conditions for ethical application of restraints. *Chest*. 2019;155(3):617-625.
11. McSherry B. Regulating seclusion and restraint in health care settings: the promise of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2017;53:39-44.
12. Gunawardena R, Smithard DG. The attitudes towards the use of restraint and restrictive intervention amongst healthcare staff on acute medical and frailty wards—a brief literature review. *Geriatrics (Basel)*. 2019;4(3):50.
13. Schleenbaker RE, McDowell SM, Moore RW, Costich JF, Prater G. Restraint use in inpatient rehabilitation: incidence, predictors, and implications. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75(4):427-430.
14. American Academy of Physician Assistants. Joint Commission removes “licensed independent practitioner” term from restraint and seclusion standards. *New Central*. March 6, 2020. Accessed June 25, 2020. <https://www.aapa.org/news-central/2020/03/joint-commission-removes-licensed-independent-practitioner-term-from-restraint-and-seclusion-standards/>
15. Chaves ES, Cooper RA, Collins DM, Karmarkar A, Cooper R. Review of the use of physical restraints and lap belts with wheelchair users. *Assist Technol*. 2007;19(2):94-107.

**Katherine J. Feder, MS** es estudiante de medicina de cuarto año en la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, donde también es becaria predoctoral de ética en el Centro de Bioética y Ciencias Sociales en Medicina. Recibió un BA en literatura inglesa de Williams College y un MS en bioética de la Universidad de Columbia. Está interesada en la ética aplicada y en la educación ética.

**Janice I. Firn, PhD, LMSW** es trabajadora social y experta en ética clínica en el Departamento de Aprendizaje de Ciencias de la Salud y el Centro de Bioética y Ciencias

Sociales en Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan en Ann Arbor. En sus funciones, responde a las solicitudes de consulta de ética, facilita rondas proactivas de ética y participa en la educación ética interprofesional en los niveles de pregrado, posgrado y profesional en los campus médicos y académicos. También participa en una serie de investigaciones relacionadas con la ética, el bienestar de los cuidadores y las iniciativas de mejora y garantía de la calidad.

**Ryan Stork, MD** es profesor asistente de medicina física y rehabilitación en la Facultad de Medicina McGovern del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Houston. En su cargo, brinda servicios de consulta para las necesidades de rehabilitación de pacientes con lesión cerebral traumática en el Centro Médico Memorial Hermann-Texas. También es médico de cabecera en TIRR Memorial Hermann, donde se centra principalmente en la rehabilitación de lesiones cerebrales.

**Cita**

AMA J Ethics. 2021;23(4):E305-310.

**DOI**

10.1001/amajethics.2021.305.

**Información de conflictos de intereses**

El/los autor(es) no tienen conflictos de intereses que informar.

*Las personas y los eventos de este caso son ficticios. La semejanza con eventos reales o a nombres de personas, vivas o fallecidas, es mera coincidencia. Los puntos de vista expresados en este artículo y los del/los autor(es) no reflejan necesariamente las opiniones y políticas de la AMA.*