

Recomendaciones del CEA Jaén Norte sobre contención de pacientes en el ámbito socio sanitario de su área

CENTROS SANITARIOS ADSCRITOS:

Hospital San Juan de la Cruz de Úbeda
Hospital San Agustín de Linares
Distrito Sanitario Jaén Norte
Distrito Sanitario Jaén Nordeste
Hospital Alto Guadalquivir de Andújar
Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura
Hospital de Alta Resolución de Alcaudete
Hospital de Alta Resolución de Alcalá la Real

CONTACTO:

Secretaría del CEA Jaén Norte.
Hospital San Juan de la Cruz.
Ctra. de Linares, Km 1.
23400 – Úbeda – JAÉN

cea.jaennorte.sspa@juntadeandalucia.es



Recomendaciones del CEA Jaén Norte sobre contención de pacientes en el ámbito socio sanitario de su área

Índice

Justificación	3
Estado de la cuestión	3
Marco normativo	5
Análisis ético	7
Otras cuestiones éticas	11
Recomendaciones	12
Bibliografía	18
Anexo 1. Abordaje alternativo a la sujeción física	20
Anexo 2. Hoja de indicación de medida restrictiva	22
Anexo 3. Formulario de comunicación al juez	23
Anexo 4. Registro de la contención/sujeción	24

- **Justificación**

Con motivo de una reciente consulta a este comité sobre la contención mecánica a una paciente en su domicilio para evitar la retirada accidental de la sonda nasogástrica, y de la propia experiencia de los miembros del comité en relación a un posible uso excesivo de diferentes métodos de restricción de movimientos de los pacientes, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, consideramos justificada una reflexión en profundidad sobre las implicaciones éticas (y eventualmente jurídicas) que este tipo de actuaciones conllevan y que quizás no están presentes, en la medida que debieran, en la toma de decisiones que suponen limitar de forma transitoria o permanente la libertad de movimientos de los pacientes a nuestro cargo. Y ello en el ánimo no de culpabilizar (y mucho menos criminalizar) actuaciones profesionales muchas veces necesarias y justificables, sino de promover una actitud reflexiva en torno a conductas que pueden eventualmente ocasionar daños físicos a los “sujetos” objeto de contención, y que siempre suponen un menoscabo moral a su condición de persona.

Para ello hemos realizado una revisión de diferentes protocolos de contención de pacientes publicados tanto por hospitales o servicios hospitalarios a título particular, como por instancias sanitarias o profesionales de rango superior, especialmente en lo concerniente a las cuestiones éticas o médico-legales tratadas, así como de otros documentos que revisan específicamente las implicaciones éticas y/o jurídicas en relación a la contención de pacientes a la luz del ordenamiento legal vigente y las recomendaciones pertinentes de organismos nacionales e internacionales. De especial utilidad ha resultado la reciente revisión del tema por parte del Comité de Bioética de España. También hemos tenido en cuenta la perspectiva de los grupos que abogan por la supresión de las sujeciones en pos de la dignificación de los cuidados en la atención socio sanitaria. Todas estas referencias constan en la sección de bibliografía al final del documento.

Para mayor claridad a la hora de establecer recomendaciones hemos preferido separar la atención hospitalaria (con sus diferentes escenarios posibles), de la de las residencias de personas mayores y de la atención domiciliaria, si bien las reflexiones éticas generales son extensibles a todas ellas.

- **Estado de la cuestión**

En el ámbito sanitario utilizamos el término contención de pacientes para designar el uso de medidas físicas o farmacológicas que limitan la capacidad de movimiento de una parte o de todo el cuerpo de un enfermo y que se indican con la intención de prevenir un daño a sí mismo o a terceros o para facilitar el tratamiento de un proceso morbosos. Los fármacos más utilizados para esta tarea son los neurolepticos y las benzodiazepinas, y los medios físicos incluyen barras laterales, manoplas, muñequeras, tobilleras, cinturones y arneses. Tanto unos como otros son susceptibles de ser utilizados fuera de las instituciones

específicamente asistenciales como parte de la atención en recursos socio sanitarios: residencias, centros de día, centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad, o incluso en atención domiciliaria.

Aunque, como ha quedado dicho, la contención de los pacientes es en principio una indicación médica, los estudios observacionales muestran que los profesionales aducen muchas otras razones para justificar el uso de este tipo de medidas (2). Así, más allá de la razones ligadas a la seguridad de los pacientes (prevención de caídas, prevención de lesiones por objetos externos o autolesiones, control postural, prevención del vagabundeo...), o de las asociadas al tratamiento (protección de dispositivos -como sondas, vías venosas, tubo endotraqueal...-, facilitación de la administración de medicación u otras terapias, control de la agitación o de trastornos de comportamiento...), son habituales razones de índole organizativo (personal insuficiente, descanso del trabajador, consecución de objetivos, castigo a los incumplidores...) o relacionadas con el entorno de trabajo (mantenimiento de un ambiente tranquilo, protección de los trabajadores y de otros pacientes, cumplimiento de los horarios...). Es llamativo que, con excepción de las razones relacionadas con el tratamiento de los pacientes, más frecuentes en el ambiente hospitalario, no existen diferencias significativas en las razones que los profesionales de los hospitales y los de las residencias de ancianos aducen para sujetar a sus pacientes.

Las técnicas de contención, tanto físicas como farmacológicas, comportan riesgos para los pacientes que no siempre son adecuadamente valorados antes de indicar o iniciar dichas medidas. Dejando de lado los efectos secundarios de los fármacos sedantes utilizados para estos menesteres, la utilización de medios físicos de contención o sujeción de pacientes se ha asociado a múltiples complicaciones (3, 4) entre las que podemos señalar: lesiones por golpes o caídas, úlceras por presión, isquemia de miembros, lesiones neurológicas por compresión, luxaciones y fracturas, neumonías por aspiración u otras infecciones nosocomiales, fenómenos tromboembólicos, atrofia muscular, pérdida de capacidad funcional, contracturas, estreñimiento, incontinencia urinaria y fecal, anorexia, desnutrición, deshidratación, ansiedad, miedo, agitación, irritabilidad, alteraciones sensoriales, estrangulación, asfixia por suspensión, asfixia por sofocación y muerte súbita.

No existen datos contrastados sobre la prevalencia del uso de contenciones en nuestro país. En las residencias geriátricas su utilización es muy variable, entre el 7% y el 90%, llegando a utilizarse de forma permanente hasta en el 40% de los pacientes con demencia. En el medio hospitalario, donde en principio su uso debería ser extraordinario, es un recurso frecuente entre los mayores de 65 años y en unidades especiales como cuidados intensivos, neonatología y salud mental. El uso de medios de restricción física en los domicilios es desconocido (CEOMA).

En una perspectiva más amplia podemos apreciar también diferencias significativas entre países. En un estudio del 2009, España arrojaba cifras de casi el 40% en el uso de contenciones, frente a un 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y a menos del 10% en Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón (6, 78).

- **Marco normativo**

En España no existe una regulación específica del uso de medios de contención en el ámbito sanitario. Muchos hospitales y especialmente los servicios de salud mental disponen de protocolos ad-hoc, pero carecen de valor normativo.

Por su parte varias comunidades autónomas han desarrollado legislación sobre servicios sociales en las que se reconoce el derecho de las personas usuarias de dichos servicios a no ser sometidas a ningún método de restricción física o farmacológica, sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. Algunas como la Ley Foral 15/2006 de 14 de diciembre, de Navarra, de Servicios sociales, establece la necesidad de comunicar los hechos al Ministerio Fiscal.

Esto no significa, en absoluto, que los profesionales tengan el privilegio de disponer a su antojo de las medidas de restricción con sus pacientes. Más bien al contrario, dado que los derechos afectados por la restricción de movimientos de las personas están en la base del ordenamiento jurídico de nuestro país y de los países de nuestro entorno, hemos de remitirnos a nuestra legislación básica y a convenios internacionales sobre derechos humanos ratificados por el estado como orientadores de nuestros actos en este campo. Así hemos de mencionar:

- Constitución española de 1978. Artículo 1.1 que proclama la libertad como uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico
- Constitución española de 1978. Artículo 10 que reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social.
- Constitución española de 1978. Artículo 15, que declara el derecho de todos a la integridad física y moral y a no recibir tratos inhumanos o degradantes
- Constitución española de 1978. Artículo 17, que establece el derecho a la libertad física de las personas.
- Constitución española de 1978. Artículo 43, que declara el derecho a la protección de la salud.
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 10, que establece el respeto a la personalidad, la dignidad humana y la intimidad, sin que pueda haber discriminación por razón de discapacidad... y reconoce el derecho de los pacientes a la libre elección entre las distintas opciones terapéuticas.
- 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. Artículos 8 y 9 que regulan el consentimiento informado y las excepciones al mismo.
- Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763 sobre internamientos no voluntarios por razón de trastornos psíquicos. Establece que el internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, requerirá autorización judicial previa a dicho internamiento. Si por razones de urgencia la medida fuera adoptada de inmediato, el responsable del centro deberá comunicarlo al tribunal competente en un plazo no superior a 24 horas. (El Tribunal Constitucional en su sentencia 132/2010

establece la inconstitucionalidad parcial de este artículo, aunque no acuerda la nulidad del mismo, instando al legislador a una regulación de dicha medida mediante ley orgánica, pues afecta a derechos fundamentales de los ciudadanos). En ausencia de regulación específica este artículo sirve por analogía o supletoriedad para el internamiento forzoso de ancianos en residencias, así como para la utilización de medidas de contención en pacientes y usuarios de centros sociales.

- Código Penal. Artículos 147, 148 y 153 del Título III referidos a lesiones. Del Título VI de delitos contra la libertad el artículo 169 sobre amenazas y el artículo 172 sobre coacciones. Del Título VII el artículo 173 sobre torturas y otros delitos contra la integridad moral. Del Título XII los artículos 226 y 299 en relación con el abandono de familia, menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección.
- Ley 1/1999 de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía. Establece que las personas con discapacidad tienen derecho a un trato digno y en su artículo 32 establece que las medidas de aislamiento, restricciones de libertades u otras de carácter extraordinario deberán ser aprobadas por la autoridad judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria su inmediata adopción, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de aquella cuanto antes.
- Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de protección de la infancia y adolescencia regula por primera vez la aplicación de medidas de sujeción mecánica al menor que se regirán por los principios de excepcionalidad, necesidad, provisionalidad y prohibición del exceso, aplicándolas con la mínima intensidad y por el tiempo estrictamente necesario, llevándose a cabo con el debido respeto a la dignidad, privacidad y derechos del menor.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y ratificado por España el 1 de enero del 2000. Establece que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad, siendo así que una intervención en el ámbito de la salud solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Asimismo, solo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para otorgar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo, y con la autorización previa de un representante, una autoridad, o una persona o institución designadas por la ley. Con respecto a las personas con trastornos mentales, establece que la persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud. El ejercicio de estos derechos estará limitado por las necesidades de una sociedad democrática en materia de seguridad pública, prevención de infracciones penales, protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas que estén previstos en la ley.
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005. En su artículo 8 dice: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos”.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre del 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ratificada por España en abril del 2008). En su artículo 14 dice que los estados asegurarán que las personas con discapacidad ...no se vean privadas de libertad

ilegal o arbitrariamente... y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de libertad.

- Recomendación Rec (2004)10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastorno mental. En su artículo 27 establece que las medidas de contención o restricción solo se podrán emplear en instalaciones adecuadas y según el principio de mínima restricción para prevenir daños inminentes en la persona afectada o en otras, y en proporción a los riesgos existentes, y que esas medidas solo podrán aplicarse bajo supervisión médica y deberán quedar adecuadamente documentadas. Es de reseñar que, como excepción, este artículo no se aplica a las restricciones momentáneas.

Además de esta normativa hemos de contemplar aquella que regula la actuación de los profesionales, tanto desde el derecho positivo como desde la deontología:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que establece el deber de los profesionales de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y el deber de respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten, y en todo caso de ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.
- Código deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Artículos 5, 12 y 60
- Código Deontológico de la Enfermería Española. Capítulo II artículos 4-8; capítulo III artículos 14 y 15; capítulo VIII artículos 43 y 45; capítulo IX artículos 47, 48 y 49; capítulo X artículos 52-61.
- La Comisión Central de Deontología de la OMC ha publicado una declaración específica sobre contención mecánica de pacientes (8).

- **Análisis ético**

Más arriba definíamos contención como la limitación o restricción de la capacidad de movimiento de una parte o de todo el cuerpo de un paciente, por medios físicos o farmacológicos, que se realiza con la intención de evitar un daño a sí mismo o a otros. Es decir, la contención de los pacientes formaría parte del plan terapéutico en tanto medidas *preventivas* que evitarían autolesiones o lesiones a terceros, o bien como medidas *facilitadoras* de otros tratamientos. Difícilmente podremos considerar las medidas de contención como sanadoras en sí mismas, salvo quizás en los cuadros de agitación o desorden conductual severos en el ámbito de la salud mental. En este sentido la aplicación de medidas de restricción debería seguir la misma norma de corrección técnica y ética que cualquier otra terapia, esto es, un balance riesgo/beneficio favorable, y una adecuación óptima a los fines de la medicina y los deseos del paciente.

En primer lugar, hemos de ponderar prudentemente los riesgos inherentes a la contención del paciente frente a los beneficios posibles o reales que su aplicación puede ofrecer. Son muchos los documentos que dan cuenta de lesiones y accidentes, en ocasiones mortales, asociados al uso de medidas de sujeción, especialmente cuando este tipo de medidas se

prolongan en el tiempo o se aplican sin la supervisión adecuada. Es más, no es raro que la contención de un enfermo agitado resulte contraproducente por cuanto atiza y fomenta el comportamiento que pretende controlar, promoviendo una escalada terapéutica de consecuencias imprevisibles. Por otro lado, tenemos buenas razones para intentar evitar que un paciente se arranque una sonda o una vía venosa, o se lesione por una caída accidental, o dañe a otra persona o a sí mismo como consecuencia de movimientos incontrolados. Es una obligación profesional de primer orden no omitir aquello que pueda evitar tales daños. De hecho, esta justificación ha permitido que la contención física de los enfermos sea una práctica habitual en hospitales de todo el mundo, y por extensión en residencias de ancianos con alteraciones del comportamiento y/o enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, en la medida en que nos alejamos de la atención al paciente urgente o grave y nos acercamos al paciente crónico y anciano, el balance de riesgos y beneficios resulta menos favorable, lo que debería cuestionar la indicación de la medida.

Además, como ya señalábamos al inicio del documento, los propios profesionales reconocen otro tipo de motivaciones diferentes de las relacionadas con el tratamiento o la prevención para atar a sus pacientes. Y cuando estas otras razones entran en juego, ya no podemos decir que la contención forme parte de un plan terapéutico o de un protocolo de cuidados; ya no podemos considerar la sujeción de los pacientes como una indicación médica. Si los motivos que aducimos para justificar la contención están relacionados con el entorno de trabajo o la organización del mismo, como la consecución de objetivos, el cumplimiento de horarios, la escasez de personal, la protección o el descanso de los trabajadores etc., la calidad ética de nuestra actuación queda en entredicho. Tan es así, que muchos de los protocolos de contención revisados incluyen entre las contraindicaciones epígrafes como: “si no existe personal suficiente”, “por simple conveniencia del personal”, “para descanso del personal”, “por alta carga de trabajo”, “como método coercitivo para pacientes hostiles”, y otros similares que por estar contraindicados no deben aplicarse nunca so pena de incurrir en mala praxis.

Mención aparte merecen las razones de índole punitivo, no solo contrarias a la ética médica, sino acreedoras a sanción penal según la legislación vigente.

Así pues, desde la perspectiva de la indicación médica, la contención de pacientes solo está éticamente justificada cuando el balance riesgo/beneficio es claramente favorable, máxime si tenemos en cuenta, como veremos más adelante, que en muchos casos los sujetos que van a ser “contenidos” no podrán dar su consentimiento por haber perdido de forma transitoria o permanente su capacidad para ello, y además, y sobre todo en el caso de los ancianos y enfermos mentales, constituyen una población especialmente vulnerable.

Avanzando un poco más en el razonamiento, no podemos quedarnos satisfechos con asegurar la corrección técnica de la indicación (v.g. adecuada razón riesgo/beneficio), si el contenido de la misma supone limitar de forma parcial o total la capacidad de movimiento del paciente. Y ello por dos razones, a cada cual más importante:

1. El modelo de relación clínica que sirve de base a nuestro sistema sanitario está basado en el consentimiento informado y
2. Más allá de la capacidad para consentir, y solo por el hecho de ser ciudadanos del estado español, los pacientes o usuarios tienen unos derechos constitucionales que es preciso respetar.

Vayamos por partes:

1. En general la contención de los pacientes es una actuación que se realiza sin su consentimiento expreso y en la mayoría de los casos en contra de su voluntad, y ello a pesar de que, como decíamos antes, los riesgos no son en absoluto desdeñables. En un modelo de relación clínica edificado sobre la base de la potestad de los pacientes para consentir o denegar su consentimiento a cualquier procedimiento propuesto, la contención física exigiría siempre que fuera posible un consentimiento escrito por parte del paciente o en su caso de su representante. La ley 41/2002 de autonomía del paciente contempla dos excepciones a lo que podríamos llamar el principio del permiso: riesgo para la salud pública y riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo cuando no es posible conseguir su autorización. Esta última eximente es habitualmente aducida por los profesionales que atienden pacientes en situación de urgencia como salvaguarda de una actuación no por necesaria menos gravosa para el paciente. Y es que, prescindir del consentimiento informado de forma rutinaria amparándose en un estado de necesidad supone convertir una excepción en norma, conculcando la posibilidad de decisión del paciente y violentando el espíritu de la ley. Por tanto, asumiendo que la obtención del consentimiento para la contención otorga al acto la mayor calidad ética, es responsabilidad de los profesionales intentar conseguirlo, bien del propio paciente o de sus representantes, y si es posible con antelación a la contención. Si, por motivo de urgencia, la contención tuviera carácter previo, la obligación profesional radica en informar cuanto antes de la ejecución de la misma, explicando los motivos que la hacen necesaria y con el compromiso tácito de retirarla cuando dichos motivos hayan desaparecido.

En pacientes incapacitados de hecho o de derecho y en menores de edad rigen los mismos condicionantes éticos respecto del consentimiento informado y la información clínica, si bien serán sus representantes los encargados de otorgar el consentimiento. La situación de incapacidad temporal o permanente no exime a los profesionales del deber de informar al incapaz, en la medida de lo posible, de los actos que se van a realizar en su persona.

Los pacientes psiquiátricos constituyen un grupo de enfermos que con frecuencia precisan medidas de restricción tanto física como farmacológica, especialmente en situaciones de descompensación aguda; es lo que se conoce como inmovilización o contención terapéutica. Además, en muchos casos la contención se produce durante una hospitalización involuntaria, por lo que los procedimientos de ingreso y contención deben seguir una pauta estandarizada y conocida por todos los implicados y ajustada a los requerimientos éticos y legales.

Fuera de estas situaciones de urgencia y sobre todo fuera del ámbito sanitario, el uso de medidas de restricción pierde la legitimidad del acto médico en tanto que beneficente y puede entrar en conflicto con las disposiciones legales como veremos a continuación.

2. No es infrecuente por parte de los profesionales que atienden a pacientes agitados o a pacientes ancianos en residencias de mayores subestimar las implicaciones legales que supone la restricción de movimientos de los mismos. Como señalábamos al comienzo del documento, la Constitución Española reconoce entre los derechos fundamentales de todos los ciudadanos el de la libertad física, esto es la libertad y capacidad de deambular (art. 17.1 CE) y el de no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes (art. 15 CE); además, el artículo 1 proclama la libertad como uno de los valores superiores del ordenamiento jurídico, y el artículo 10 reconoce que la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad son fundamento del orden político y de la paz social. Así pues, la Constitución Española exige respetar tanto la libertad volitiva como la libertad física de todos los ciudadanos, y es claro que ambas se ven comprometidas cuando atamos o sujetamos a un paciente. Naturalmente existen circunstancias que pueden limitar el ejercicio de estos derechos, y son aquellas en las que se ponen en peligro otros derechos o bienes constitucionalmente protegidos, en nuestro caso la vida, la salud o la integridad física de los enfermos. Desde un punto de vista jurídico, la solución de este conflicto radica en la *proporcionalidad* de las medidas adoptadas para proteger los bienes en riesgo frente a los derechos objeto de limitación; para ello es necesario constatar que se cumplen 3 requisitos:
- i. Que las medidas son susceptibles de producir el efecto propuesto. Juicio de idoneidad.
 - ii. Que no existen otras medidas menos gravosas para conseguir el fin perseguido. Juicio de necesidad.
 - iii. Que de ellas se derivan más beneficios que perjuicios. Juicio de proporcionalidad en sentido estricto.

Aplicar medidas de restricción del movimiento de los pacientes sin atender estos criterios, es decir, violar el principio de proporcionalidad, constituye un abuso y puede constituir un delito. Pero, además, por estar en juego derechos fundamentales que protegen la dignidad de la persona, infringen a los pacientes un daño moral intolerable tanto desde la ética como desde el derecho.

Así pues, recapitulando lo expuesto hasta ahora, podemos concluir que la contención de los pacientes exige una cuidadosa valoración de riesgos y beneficios, precisa de información veraz y si es posible del consentimiento previo del paciente o de sus representantes, y debe ajustarse al principio de proporcionalidad en cuanto la medida adoptada sea necesaria, idónea y previsiblemente ofrezca más beneficios que perjuicios. La laxitud en la indicación expone al paciente a riesgos innecesarios que pueden acarrear daños físicos graves; prescindir del consentimiento hurta al paciente la potestad de decidir negando su condición de sujeto autónomo, y la aplicación de medidas desproporcionadas añade al procedimiento un daño moral muchas veces irreparable.

- **Otras cuestiones éticas**

Hasta aquí la reflexión ética iniciada nos remite a los principios de no maleficencia (proporcionalidad de las medidas), beneficencia (balance riesgo/beneficio favorable) y autonomía (consentimiento informado), pero hay otros principios no menos importantes en riesgo cuando ponemos en marcha la contención física o farmacológica de un paciente. Nos referimos a las cuestiones ligadas a la vulnerabilidad y a la intimidad de los pacientes.

La vulnerabilidad se hace especialmente presente en los pacientes ancianos y discapacitados, que por la pérdida de capacidades físicas o cognitivas se encuentran a merced de sus cuidadores, bien sea en el hospital o en su lugar de residencia habitual. En estos casos no es difícil, sobre todo si entran en juego motivaciones diferentes a las ligadas al bienestar del paciente, caer en comportamientos innecesarios y peligrosos que exponen a los enfermos a lesiones o accidentes fácilmente evitables. Cuando esto sucede bien podemos decir que el trato recibido por los pacientes es malo, que existe “maltrato”. Son muchas las máscaras bajo las que se ocultan situaciones de maltrato: infantilización, despersonalización, deshumanización, victimización, amenazas, intimidación, agresiones verbales, agresiones físicas, castigos corporales etc. y las sujeciones físicas muchas veces forman parte de este escenario. Para evitarlas, los profesionales encargados de su cuidado deben exhibir una atención diligente y un trato humano y compasivo, evitando las contenciones o recurriendo a ellas solo si son imprescindibles y extremando las medidas de vigilancia a los pacientes contenidos.

Como hemos señalado más arriba, la contención de los pacientes, aun asumiendo la correcta indicación de la medida, supone un menoscabo a su condición de sujeto moral al privarle de la capacidad de elegir. Si en estas circunstancias el paciente permanece expuesto a la vista de terceros acrecentamos de modo innecesario el daño moral infligido, sea o no el paciente consciente de ello. Por eso, asegurar la intimidad del enfermo es una condición básica para minimizar en lo posible este daño añadido.

Otra de las cuestiones que pueden empañar la aplicación de medidas de restricción a los pacientes tiene que ver con el malestar moral que generan en los propios profesionales. Aunque la prescripción de las contenciones es una prerrogativa del médico, es muy habitual que la iniciativa parta del profesional de enfermería que por su cercanía al paciente percibe muchas veces con antelación la necesidad de contención como parte de sus tareas de cuidado. El médico debería con posterioridad sancionar la medida adoptada. En este escenario no es infrecuente que surjan discrepancias en la indicación, la pertinencia del mantenimiento, el modo específico de contención... y por supuesto en la vivencia personal de la aplicación de las medidas de restricción. Junto a sentimientos de seguridad por el buen trabajo realizado, aparecen otros de ira, pena, frustración, rabia, congoja... que pueden distorsionar significativamente la atención debida a los pacientes y favorecen el burnout de los profesionales.

Por último, y no menos importante, hemos de mencionar las implicaciones institucionales y sociales que el uso de restricciones supone, tanto en el ámbito hospitalario como en el social, y tanto dentro del estado como en el escenario internacional.

De su repercusión en el ambiente sanitario y social dan fe los numerosos protocolos y guías de contención elaborados por diferentes servicios y hospitales, así como por los diferentes servicios de salud, sociedades científicas o instituciones afines. Todos ellos incluyen una reflexión ética en la línea expuesta más arriba, y todos son muestra palpable de que la contención de pacientes desborda con mucho la privacidad de la relación sanitario-paciente y se proyecta en la ética institucional como piedra de toque de la calidad de la asistencia que ofrecemos a un grupo de población, como decíamos antes, especialmente vulnerable.

De la preocupación que suscita en el mundo político son buena muestra las referencias a las medidas de restricción incluidas en los diferentes pronunciamientos, declaraciones y convenciones sobre atención a discapacitados, personas mayores y enfermos mentales que organismos internacionales como la ONU, la UNESCO o la OMS han dictado y que son expresión de la dimensión planetaria del problema.

- **Recomendaciones**

Las siguientes recomendaciones valen para todas aquellas situaciones en que las medidas de contención se aplican con intención de permanecer en el tiempo. Las medidas de contención momentánea quedarían excluidas.

- 1. Recomendaciones generales**

- El uso de medidas físicas o farmacológicas de restricción debe formar parte *siempre* de un plan terapéutico adecuado a las necesidades del paciente. El uso de medidas físicas o farmacológicas de restricción fuera de un plan terapéutico puede constituir mala praxis.
- El uso de medidas de contención física o farmacológica debe contemplarse *siempre como último recurso* cuando otras medidas de contención han fallado.
- El uso de medidas físicas o farmacológicas de restricción debería contar *siempre que sea posible* con el consentimiento previo del paciente o de su representante. En caso de adoptar dichas medidas con carácter de urgencia y sin el consentimiento del paciente, los profesionales deberán informar cuanto antes a sus familiares y recabar el oportuno consentimiento por representación. Preferiblemente el consentimiento será por escrito.
- No son admisibles consentimientos genéricos ni los obtenidos al ingreso para ser utilizados en cualquier otro momento posterior de la estancia en el centro.
- En caso de discrepancia respecto al uso de las medidas de restricción, esto es, ante la negativa del paciente o sus representantes a la contención y habiendo fallado las medidas alternativas, los profesionales tiene la obligación de comunicarlo al juzgado y solicitar la oportuna autorización judicial.
- El uso de medidas de contención física o farmacológica debe constar *siempre* en la historia clínica del paciente.

- Los pacientes sometidos e medidas de contención física o farmacológica deben ser objeto de vigilancia especial dados los riesgos inherentes a su uso. Todos los servicios que hagan uso de estas medidas deberán contar con un procedimiento específico de vigilancia y control de los pacientes contenidos.
- El uso de medidas de contención física o farmacológica debe mantenerse *siempre* el mínimo tiempo imprescindible.
- Cuando existan varias alternativas de contención se elegirá *siempre* la menos lesiva para el paciente.
- La prescripción de medidas de contención física o farmacológica es prerrogativa del facultativo. Si, por su carácter de urgencia, se adoptase por iniciativa de profesionales de enfermería se deberá comunicar cuanto antes al facultativo para su sanción o revocación.
- Todas las instituciones sanitarias y residencias sociales en los que se utilicen medidas de contención físicas o farmacológicas deberían tener una política definida sobre su uso. Ésta debe incluir una metodología adecuada de registro y seguimiento para su ulterior evaluación.
- La ocurrencia de un accidente ligado a la contención de un paciente debe promover una revisión en profundidad del procedimiento seguido durante la misma.

2. Contención en el hospital

- En Urgencias. Es un escenario donde con frecuencia aparecen pacientes con patología aguda y alteraciones de la conducta que justifican la indicación de técnicas de contención física o farmacológica. Además, es habitualmente la puerta de entrada de pacientes con trastornos mentales cuya conducta requiere medidas de inmovilización terapéutica.
 - Teniendo en cuenta la incertidumbre diagnóstica consustancial a la atención del paciente urgente es necesario un esfuerzo precoz por aclarar la causa del comportamiento que a priori justifica la indicación de contención. Tratar la primera puede hacer innecesaria la segunda.
 - Antes de proceder a la contención física del paciente hay que agotar todos los abordajes alternativos: contención verbal, ambiental, social, farmacológica.
 - Los medios utilizados para la contención física deben estar homologados y en perfecto estado. No es admisible el uso de medios improvisados (sábanas, vendas...) dado el exceso de riesgo que conllevan.
 - No es infrecuente que los pacientes en urgencias presenten cambios bruscos en su estado clínico, por lo que deben ser objeto de estrecha vigilancia. Si las circunstancias clínicas que motivaron la contención han desaparecido las medidas de restricción deben ser retiradas. No está justificado su mantenimiento más allá del tiempo estrictamente necesario.
 - Dadas las peculiaridades del servicio de urgencias es difícil proteger la intimidad de los pacientes. Aun así, se debe hacer un esfuerzo por preservarla si el paciente va a permanecer algún tiempo contenido en dicho servicio.

- Es muy importante la adecuada formación y entrenamiento del personal de urgencias relativa a la contención de pacientes y medidas alternativas a la contención física.
- En salas de hospitalización. Al igual que en urgencias, los pacientes ingresados en las salas de hospitalización pueden presentar alteraciones del comportamiento ligadas a su enfermedad de base o asociadas al ingreso hospitalario que justifiquen la necesidad de contención. Es muy frecuente, por ejemplo, que los enfermos ancianos con deterioro cognitivo previo presenten conductas disruptivas que pueden poner en peligro los medios terapéuticos en marcha, entrañan riesgo de lesiones o alteran la normal convivencia de la sala.
 - Del mismo modo que en urgencias las medidas de contención son medidas de último recurso cuando han fallado las medidas de contención verbal, ambiental, familiar e incluso farmacológicas.
 - No está justificado iniciar medidas de restricción de pacientes amparándose en razones de sobrecarga asistencial, necesidad de descanso del personal, cumplimiento de objetivos, cumplimiento de horarios etc.
 - Cuando la contención se prolonga en el tiempo las probabilidades de eventos adversos son mayores por lo que los pacientes deben ser sometidos a vigilancia más estrecha.
 - La prolongación de la contención en el tiempo debe promover la búsqueda activa de una causa no contemplada que justifique el trastorno del comportamiento que motivó la aplicación de la medida.
 - Si un paciente precisa de contención prolongada después de haber descartado patología orgánica y mental y a juicio de los facultativos necesita continuar hospitalizado, el ingreso habrá de considerarse involuntario por lo que precisará de autorización judicial.
 - El personal asistencial deberá estar adecuadamente formado y entrenado en relación a las técnicas de contención física y a las alternativas a la contención.
- En pediatría. La Academia Americana de Pediatría ha publicado un documento de recomendaciones relativas al uso de medios de restricción física en niños y adolescentes con patología aguda que provoca alteraciones severas del comportamiento excluyendo aquellas medidas momentáneas que se aplican para el transporte o para facilitar procedimientos diagnósticos o quirúrgicos:
 - En lo posible se debe ofrecer a niño una explicación del porqué de la inmovilización y darle la oportunidad de auto-controlarse. La colaboración familiar en este punto puede ser inestimable.
 - Debe existir una orden escrita o verbal especificando el tipo de restricción, la indicación de la misma y el tiempo estimado de duración.
 - Los padres deben recibir una explicación detallada de los motivos y condiciones de la restricción.
 - Las medidas aplicadas deben seguir las consideraciones generales de uso de medidas de contención de la institución incluyendo la pertinencia de las mismas, la corrección de su aplicación y la necesaria vigilancia durante su uso.

- En Cuidados intensivos. No es infrecuente que los pacientes ingresados en cuidados intensivos sean sometidos a medidas de restricción de movimientos durante su estancia en la UCI. En muchos casos la condición clínica del paciente hace necesario la perfusión continua de fármacos sedativos que ya de por sí limitan la actividad del enfermo, si bien esto no podría considerarse una medida de restricción en sentido estricto pues la intención de la administración del sedante es tratar la enfermedad de base o en todo caso facilitar la aplicación de otras medidas terapéuticas como la ventilación mecánica, la depuración extrarrenal de la sangre etc., y no restringir la movilidad del paciente. Aun así, muchos pacientes además de la sedación portan medios físicos de restricción de movimientos como muñequeras o tobilleras que deberían atender las siguientes recomendaciones:
 - Como en casos anteriores la aplicación de sujeciones debe seguir un orden verbal o escrito del facultativo. Si se inician por parte del profesional de enfermería el médico debe cuanto antes ratificar la medida o revocarla.
 - En pacientes profundamente sedados la aplicación de medidas de sujeción física es habitualmente innecesaria.
 - El mantenimiento en el tiempo de las medidas de sujeción puede tener efectos negativos, tanto físicos como psicológicos, sobre el paciente por lo que deben ser retiradas en cuanto sea posible.
 - Es preciso sopesar cuidadosamente los perjuicios inherentes al uso de sujeciones y los riesgos de dejar la paciente un libre acceso a su cuerpo, especialmente si se aplican técnicas de sedación consciente, durante las maniobras de retirada de la ventilación mecánica o si el paciente porta dispositivos cuya retirada accidental puede poner en peligro su vida.
 - Si el paciente está consciente debe ser informado reiteradamente de los motivos de la contención, asegurándole que será retirada en cuanto las circunstancias lo permitan. En el mismo sentido debe ser informada la familia.
 - El acompañamiento familiar puede ayudar, en pacientes consientes, a controlar los estados de agitación asociados habitualmente a los cuadros de delirium, limitando así el uso de sujeciones físicas o farmacológicas.

- En Psiquiatría. Los pacientes psiquiátricos, por la propia naturaleza de su enfermedad, presentan a menudo problemas de comportamiento que hacen necesaria la restricción de movimientos con medios físicos además del uso ya habitual y concomitante de fármacos psicótropos. Por otro lado, la norma es que unos y otros hayan de ser aplicados sin el consentimiento del paciente y en el curso de un internamiento involuntario. Por estas razones los servicios de psiquiatría disponen habitualmente de protocolos escritos de contención que incluyen indicaciones, contraindicaciones, consideraciones éticas y legales, procedimiento específico de contención física y abordajes alternativos, pauta de seguimiento y retirada de las contenciones y documentos de registro y comunicación al juzgado. En general todos esos protocolos recogen con más o menos rigor las recomendaciones generales enunciadas más arriba, por lo que aquí solo haremos algunas consideraciones respecto del consentimiento informado.

- En los raros casos en que el paciente ingresa de modo voluntario y consiente en la contención, deberá firmar el consentimiento informado. El psiquiatra deberá comunicar los hechos al juzgado ya que, aunque consienta, se le priva de libertad para moverse. El paciente puede revocar su consentimiento en cualquier momento.
- Un paciente ingresado de modo voluntario al que se aplican medidas de contención contra su voluntad se convierte en un ingreso involuntario que habrá de ser comunicado al juzgado para su autorización.
- Los pacientes ingresados contra su voluntad son necesariamente involuntarios y exigen la autorización judicial. Si el ingreso tiene carácter urgente se debe comunicar al juzgado antes de 24 horas para recabar dicha autorización.

3. Contención en residencias de personas mayores

La utilización de medios físicos o farmacológicos de contención es habitual en muchas residencias de personas mayores, y en ocasiones la contención se prolonga indefinidamente por razones meramente ortostáticas, cuando no organizativas, incrementando significativamente los riesgos de lesiones o accidentes. Sin embargo, políticas institucionales dirigidas a reducir su uso o iniciativas sociales en pos del cuidado digno de las personas mayores han conseguido hacer de las sujeciones una excepción en algunos países de nuestro entorno y en algunas de las residencias de nuestro propio país (residencias libres de contenciones). Aun así, hay circunstancias, ligadas sobre todo a la dependencia extrema, en que razones de seguridad del paciente como evitar caídas repetidas o mantener la postura, justifican el uso de estas medidas a costa de limitar la autonomía y la libertad física de los ancianos.

- La indicación de medidas de sujeción es potestad del médico responsable. Cuando dichas medidas se pongan en marcha por parte del personal auxiliar o de enfermería deberán ser comunicadas cuanto antes al médico responsable. En general las medidas de contención deberían ser consensuadas por todo el equipo asistencial y contando en lo posible con el paciente y su familia.
- Todos los centros que utilicen medidas de contención física deberían disponer de un procedimiento explícito para ello, así como de un registro de las mismas.
- Los pacientes sometidos a sujeción prolongada o permanente precisan de mayor supervisión y vigilancia.
- La adecuación a un protocolo y un sistema de registro puede convertirse en un lenitivo moral para los cuidadores que enmascare el hecho de que las contenciones no dejan de ser un mal menor que deberíamos evitar de existir otras alternativas menos dañinas para el paciente.
- Existen medidas alternativas a la contención que han demostrado utilidad en la reducción de su uso: estimulación física (deambulacion con ayuda, paseos, ejercicios de psicomotricidad, masajes, fisioterapia), estimulación cognitiva (actividades lúdicas individuales o en grupos, trabajos manuales, visitas), butacas ergonómicas, cambios posturales, cambios más frecuentes de pañal, acompañamiento al aseo, cambios en la pauta de medicación, abordaje y contención verbal, dispositivos de ayuda para la

marcha, pulseras localizadoras, puertas con código de seguridad, etc. Implementar este tipo de medidas contribuirá sin duda a mejorar la atención de los pacientes ingresados e incrementará la calidad moral de la institución.

- Cuando las medidas alternativas a la contención han fallado, ésta se considera indicada, y el paciente o su familia la rechazan, se habrá de obtener la correspondiente autorización judicial. Además, las restricciones impuestas sin consentimiento deberán ser puestas en conocimiento del ministerio fiscal a efectos de supervisión.
- Los profesionales que atienden a personas mayores en residencias deberían acreditar formación específica respecto al uso de contenciones, los riesgos que entrañan, las posibles medidas alternativas y las implicaciones éticas y jurídicas de su uso.

4. En el domicilio

No existen datos fiables sobre el uso de medios de contención física en los domicilios particulares, y cabe aventurar una enorme variabilidad dependiendo de las características del hogar, el número de cuidadores, la disponibilidad de ayuda externa, la implicación de los servicios sanitarios y sociales y los recursos económicos y materiales disponibles. Por ello resulta muy difícil hacer recomendaciones específicas para este grupo de pacientes y solo caben algunas de índole muy general dirigidas al personal sanitario y de servicios sociales:

- La atención de pacientes dependientes en el domicilio puede precisar en ocasiones de medidas de restricción de movimientos para prevenir daños al propio paciente o a sus cuidadores.
- La contención permanente o prolongada en el tiempo puede constituir una forma de maltrato cuando no existen razones objetivas para su uso más allá de la conveniencia del cuidador. El maltrato puede conllevar responsabilidad penal para aquellos que lo practican.
- Los profesionales sanitarios y de servicios sociales que participan en la atención de personas ancianas con deterioro cognitivo o volitivo en los domicilios deben estar alerta respecto a la posibilidad de maltrato por parte de los cuidadores.
- La detección del uso habitual de sujeciones en pacientes domiciliarios debe promover la reflexión conjunta con los cuidadores respecto al motivo, y la búsqueda de alternativas menos lesivas para el paciente.
- El uso de medios farmacológicos con intención de limitar la movilidad del paciente es, como dijimos antes, una forma de contención y su indicación por parte del equipo de atención primaria debe seguir las mismas consideraciones éticas.
- Los profesionales de atención primaria, de servicios sociales y de asistencia a domicilio, deberían capacitarse en el manejo adecuado de situaciones de maltrato y de las posibles alternativas a las sujeciones, y participar activamente en la educación de la población en el respeto a los pacientes como seres humanos y ciudadanos con derechos.

• **Bibliografía**

1. Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario. Comité de Bioética de España. www.comitedebioetica.es
2. Evans D., Fitzgerald M. 2002. Reasons for physically restraining patients and residents: a systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies* 39, 735-743.
3. Fariña López E. 2011. Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 46 (1), 36-42.
4. Fariña López E, Camacho Cáceres A.J., Estévez-Guerra G.J., Bros y Serra M. 2009. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 44 (5), 262-265
5. Confederación Estatal de Organizaciones de Mayores. CEOMA
6. Ljunggren G, Phillips C.D., Sgadari A. 1997. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries. *Age Ageing* 26 supl 2, 43-7
7. Feng Z, Hirdes J.P., Smith T.F., Finne-Soveri H., Chi I., Du Pasquier J.N., et al. 2009. Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *Int J Geriatric Psychiatry* October; 24 (10), 1110-1118. Doi: 10.1002/gps2232.
8. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "Contención Mecánica de Pacientes. 2015. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado. www.cgcom.es/deontología.
9. Committee on Pediatric Emergency Medicine. American Academy of Pediatrics. The use of Physical Restraint Interventions for Children and Adolescents in the Acute Care setting. *Pediatrics*, 99, 3 March 1997
10. Comité de Ética Asistencial de Córdoba. Conflictos éticos ante la contención mecánica en geriatría.
11. Beltrán Aguirre J.L. Sujeciones físicas y farmacológicas en la atención residencial de ancianos y derechos fundamentales afectados. Criterios de conciliación.
12. Rodríguez Delgado J. Contenciones mecánicas en geriatría: Propuestas técnicas y recomendaciones de uso en el ámbito social. Documento del grupo de trabajo sobre contenciones mecánicas del Comité de Ética de Servicios Sociales de la Generalitat de Catalunya.
13. Galán Cabello C.M., Trinidad D., Ramos Cordero P., Gómez Fernández J.P., Alastruey Ruiz J.G., Onrubia Pecharroman A., López Andrés E., Hernández Ovejero H. 2008. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 43 (4), 208-213.
14. Fernández Rodríguez A., Zabala Blanco J. 2014. Restricción física: revisión y reflexión ética. *GeroKomos* 25(2), 63-67.
15. Carcoba Rubio N., García Barriuso C., Guevara Jiménez C. 2012. Contención mecánica en Urgencias. *Nure Investigación* nº 60 Sept-Oct 2012.
16. Sastre Rus M., Campaña Castillo F. 2014. Contención mecánica. Definición conceptual. *ENE, Revista de Enfermería*, v. 8, n. 1, mayo 2014. <http://ene-enfermeria.org/ojs>.
17. Liaño Escobedo C. Contención física como medida de seguridad en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas. Trabajo fin de Grado de Enfermería. Universidad de Cantabria. Curso 2013-2014.
18. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. Protocolo de contención mecánica de movimientos. Sept 2013. Grupo de trabajo de contención mecánica.
19. Hospital General Universitario de Alicante. Agencia Valenciana de Salut. Protocolo de Contención de Pacientes. 2009.
20. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Protocolo de contención de pacientes. 2005.
21. Hospital Donostia. Sujeción mecánica. 2010
22. Hospital Psiquiátrico y de Salud Mental Extrahospitalaria de Álava. Procedimiento general sobre el uso de la contención mecánica en el tratamiento de pacientes psiquiátricos hospitalizados. 2008.
23. Hospital de Cruces. Servicio de Psiquiatría. Protocolo de contención y sujeción de pacientes. 2009.
24. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Protocolo de contención mecánica y terapéutica. 2004.
25. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Protocolo de Contención de movimientos de pacientes. 2010.
26. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. 2007.
27. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo consensuado. 2012.

28. IMSERSO. Protocolo de contenciones. 2014.
29. Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Comité interdisciplinar de sujeciones. Sociedad española de Geriátría y Gerontología. 2014.
30. Como se eliminan las sujeciones. Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios. Fundación cuidados dignos.
31. Área Sanitaria Norte de Córdoba. Comisión de Seguridad. Protocolo de contención de movimientos en pacientes, 2013.
32. Martínez Maroto A. 2005. El maltrato a personas mayores y su regulación en la legislación española. Madrid. Portal Mayores, informe Portal Mayores, nº 40. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-maltrato-01.pdf>.
33. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Protocolo de contención mecánica. 2010.
34. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento.
35. Junta de Extremadura. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. 2011.
36. Tolerancia Zero a las sujeciones en ancianos. Difícil pero no imposible. Informaciones psiquiátricas, 2º trimestre 2013, nº 212.
37. Vitolo F. Inmovilización física y contención racional de pacientes. Noble Compañía de Seguros. 2013.
38. Código deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería. 2003.
39. Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2011.
40. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión deontológica. Noviembre 2006.
41. Protocolo para la contención del paciente hospitalizado. Instituto Nacional de Rehabilitación. 2012.

Anexo 1. Abordaje alternativo a la sujeción mecánica o física (basada en ref. 10 y 34)

Antes de proceder a la puesta en práctica de la sujeción mecánica y/o aislamiento, es necesario haber agotado antes otras opciones, como:

- 1.-Abordaje verbal
- 2.-Modificación del contexto
- 3- Inclusión o exclusión de alguna persona
- 4.-Distracciones lúdicas.
- 5.-Conversación familiar.
- 6.-Medicación oral y/o parenteral

1.- Abordaje verbal (ante un usuario o agitado).

Antes de hablar con la persona debemos informarnos sobre la misma: antecedentes, situación clínica, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

- Si es posible, hablaremos en un despacho que nos permita cierta intimidad, la puerta estará abierta o semiabierta; no habrá obstáculos para salir ni para la persona, ni para quién hable con ella; una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad, otra persona acompañándonos, también.
- Ambos estarán sentados, nunca uno a nivel más alto que el otro; no mirar fijamente a los ojos, ni eludir completamente la mirada.
- Escuchar a la persona. Dirigirse a ella en tono suave, relajado y seguro, nunca de forma intimidatoria o provocativa.
- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que le tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoasas.
- Ser flexible en el diálogo, pero los límites que tanto la institución como el personal estén dispuestos a no ver desbordados, han de quedar bien claros.
- Reconocer el carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autoestima.
- Negociar soluciones en base a las propuestas que hace la persona y las que puede ofrecerle la institución.

Puede hacerse una Evaluación del riesgo de violencia:

- Valorar la ideación violenta, así como el deseo, intención y planes que exhibe la persona. Evaluar los medios con los que cuenta y los pasos que ha dado para ejecutar sus planes violentos. Valorar, igualmente, el deseo de ayuda que pueda estar mostrando el usuario o usuaria para que se le impida actuar con violencia
- El riesgo es mayor si el sujeto tiene alguna característica sociodemográfica relacionada con conducta violenta: sexo masculino, edad entre 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y es- casos apoyos sociales; daño neurobiológico de base y/o uso de tóxicos.
- Valorar los antecedentes de violencia previos, las manifestaciones precursoras de la violencia (modo de caminar o expresarse, etc.) como signos predictores, los actos antisociales no violentos, descontrol de los impulsos. (juego compulsivo, abuso de sustancias, tentativas suicidas o lesiones autoinflingidas, psicosis).
- Valorar también la presencia de factores estresantes (conflictividad familiar, conyugal, etc.)

Opciones ante el riesgo inminente de violencia.

- Advertir a la persona de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle resolver problemas por la vía del diálogo.
- Ofrecerle un tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Desviar su atención hacia otros intereses lúdicos dentro del mismo servicio.
- Facilitar el diálogo con familiares y otros visitantes, si ello es posible.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica y/o aislamiento si la ocasión lo requiriese.
- Hacer una exhibición de fuerza (p.ej., miembros del personal dispuestos a poner en práctica la sujeción).

2.- Modificación del contexto.

Atenuando la luz o reduciendo los estímulos luminosos o acústicos, poniendo música que resulte relajante o poniendo en marcha actividades que capten la atención de la persona y le distraigan de su problema.

3.- Inclusión o exclusión de alguna persona.

Se puede evitar que el usuario o usuaria esté en contacto ocular con alguna persona con la que haya protagonizado algún incidente reciente o con la que mantenga una clara relación de enemistad.

También se puede hacer salir de la sala a personas que actúen de público de la conducta de la persona, reforzando así la escalada en su conducta

Asimismo, la presencia de personas con las que este/a usuario/a mantiene relación de cordialidad o confianza puede actuar como estímulo para su autocontrol.

4.- Distracciones lúdicas.

Podemos ofrecer al usuario/a otras opciones que contribuyan a que la situación se desactive. Una de ellas es la integración del mismo en alguna clase de actividad lúdica que el servicio pueda proporcionarle. Ello distraerá su atención del origen de su agitación y/o violencia y contribuirá a la sedación por la actividad.

5.- Conversación familiar.

Cuando ello sea posible, y no esté especialmente contraindicado, la conversación con algún familiar, sobre todo si tiene algún ascendiente sobre el usuario/a, puede contribuir a la desactivación de la situación generada por la misma

6.- Medicación oral y/o inyectable.

Otra alternativa posible es ofrecer a la persona, en el contexto de la intervención verbal o fuera de ésta, la administración de algún medicamento que le ayude a relajarse para poder percibir las cosas con mayor objetividad.

No hay que decirle que la medicación es para tranquilizarle, ya que puede mostrarse hostil a la idea (“¡estoy muy tranquilo!”), sino como una ayuda “para que no tenga que soportar la crisis que atraviesa a “pelo”, sin nada.

Anexo 2. Hoja de indicación de contención física/medida restrictiva (basado en ref. 10 y 34)

D/Da....., médico/a de.....

Respecto de D....., paciente/residente en....., y ante la existencia de una de las siguientes situaciones protagonizadas por el/la mismo/a:

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a sí mismo/a
- Riesgo de interrupción grave de procesos terapéuticos del propio paciente/residente o de otros pacientes/residentes
- Para evitar daños significativos en el entorno
- Otras: Describir brevemente la situación:

Tipo de medida restrictiva:

- Aislamiento
- Sujeción física

Tipo de sujeción:

- Miembros superiores
- Miembros inferiores
- Cintura
- Otros:

Medios fracasados antes de sujetar:

- Desactivación verbal
- Medicación oral
- Distracción con otra actividad
- Conversación con un familiar
- No había otra opción

Que será aplicada y seguida conforme al Protocolo de Medidas Restrictivas del Centro.
En....., a.....de.....del año.....

Fdo.:

Anexo 3. Formulario de comunicación de medida restrictiva (basado en ref. 10, 28 y 34)

D....., licenciado en medicina y cirugía, director/a del hospital/residencia ubicada en.....

COMUNICA A V.I.:

Que, en el día de la fecha, y a las _____ horas, se ha procedido al aislamiento/a la sujeción física de la persona D....., nacido/a el día....., en contra de su voluntad y con carácter urgente, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Medidas Restrictivas de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Dicho supuesto es:

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a sí mismo/a
- Riesgo de interrupción grave de procesos terapéuticos del propio usuario o usuaria o de otros residentes
- Para evitar daños significativos en el servicio
- Otras (especificar)

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizó a las _____ horas, una vez la situación de la persona lo permitió.

Dado que la medida se está teniendo que aplicar con continuidad/ha debido prolongarse más del plazo inicialmente admitido (8 horas) se hace también la presente comunicación Lo que comunico a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En a de de.....

- Se adjunta la Hoja Médica con la Indicación de la Medida.
- Se adjunta Consentimiento Informado firmado por el tutor o tutora de la persona

ILMO/A. SR/A. JUEZ/A DE PRIMERA INSTANCIA DE.....

Anexo 4. Registro de contención/sujeción mecánica (basado en ref. 25 y 41)

Etiqueta del paciente

Servicio:

Cama:

Fecha: Hora

<p>Situación Clínica del Paciente:</p> <p>DIAGNOSTICO:</p> <p>Agitado <input type="checkbox"/> Violento/Agresivo <input type="checkbox"/> Confuso /Desorientado <input type="checkbox"/> Riesgo de autolesión <input type="checkbox"/> Delirium o síndrome confusional <input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo o demencia Menor <input type="checkbox"/></p>
<p>Motivo de la contención mecánica</p> <p>Riesgo de Lesiones a sí mismo <input type="checkbox"/> Riesgo de Lesiones a Terceras Personas <input type="checkbox"/> Riesgo de Disrupción de Procesos Terapéuticos (arranque de vías, sondas...) <input type="checkbox"/> Evitar daños en el entorno hospitalario <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) <input type="checkbox"/></p>

Fecha de la Prescripción _____ **Hora de la Prescripción** _____

<p>Tipo de sujeción/contención</p> <p>Miembros superiores <input type="checkbox"/> Miembros inferiores <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Torácica <input type="checkbox"/> Un miembro superior y otro inferior <input type="checkbox"/> Un miembro superior, otro inferior y abdominal <input type="checkbox"/> Otros (especificar)..... </p>	<p>Se ha explicado la necesidad de la contención</p> <p>Al paciente <input type="checkbox"/></p> <p>A la familia <input type="checkbox"/></p> <p>No fue posible <input type="checkbox"/></p>																											
<p>Medicación EXCLUSIVA prescrita y administrada durante la contención/sujeción</p>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">MEDICACION</th> <th style="width: 10%;">VIA</th> <th style="width: 10%;">HORA</th> <th style="width: 20%;">FIRMA MEDICO</th> <th style="width: 20%;">FIRMA ENFERMERA/O</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	MEDICACION	VIA	HORA	FIRMA MEDICO	FIRMA ENFERMERA/O																					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>MEDICO QUE PRESCRIBE LA CONTENCIÓN /SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>ENFERMERA QUE REALIZA LA CONTENCIÓN/ SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p> </td> </tr> </table>	<p>MEDICO QUE PRESCRIBE LA CONTENCIÓN /SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p>	<p>ENFERMERA QUE REALIZA LA CONTENCIÓN/ SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p>
MEDICACION	VIA	HORA	FIRMA MEDICO	FIRMA ENFERMERA/O																								
<p>MEDICO QUE PRESCRIBE LA CONTENCIÓN /SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p>	<p>ENFERMERA QUE REALIZA LA CONTENCIÓN/ SUJECIÓN</p> <p>Firmado.....</p>																											

Confirmación de la indicación de la contención

La ausencia de dos firmas de confirmación, indica el levantamiento de la contención en la fecha y el turno correspondiente

Fecha	Turno	Firma médico/a responsable	Firma enfermera/o responsable
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		
	<input type="checkbox"/> Mañana		
	<input type="checkbox"/> Tarde		
	<input type="checkbox"/> Noche		

¿Ha sido necesario realizar parte de lesiones previo a la contención mecánica?

- Si
- No

¿Se han producido lesiones durante la contención?

- Si. Detallar en la historia clínica
- No

¿Se ha realizado comunicación al juzgado?

- Si
- No

Este registro debe quedar en la historia clínica una vez finalizada la contención.

Anexo 5. *Consentimiento informado para la contención* (basado en ref. 41)

CONSENTIMIENTO INFORMADO para la contención física

Fecha de inicio de la contención:

Sr. Sra. D.

Paciente Familiar y/o representante legal del paciente

.....

Hospitalizado en el servicio de:

Informada (o) de la necesidad de utilizar medios de contención en mi paciente con el objeto de evitar se provoque daños físicos a él (ella), a otros, a las instalaciones o bien existan interrupciones en su tratamiento por el retiro de soluciones, sondas u otros aditamentos requeridos como parte de su atención, autorizo al personal de salud que de manera temporal por medio de vendas se sujete a mi familiar a la cama del mismo. Se me ha informado que tal situación precisa una observación cuidadosa realizada por el personal asistencial.

Dicha medida terapéutica será finalizada en el momento que la situación clínica así lo permita.

A lo cual doy / no doy mi consentimiento.

Nombre y firma de persona que autoriza

Nombre y firma de un testigo

Nombre y firma del personal sanitario

En a de..... del