

COMISIÓN PERMANENTE CGCOM

**DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA DE LA
ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL SOBRE “CONTENCIÓN MECÁNICA DE
PACIENTES”**

El Pleno de la Comisión Central de Deontología en sesión celebrada los días 20 y 21 de marzo del año 2015, elabora la presente Declaración sobre “CONTENCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES”

I.- INTRODUCCIÓN

La contención mecánica supone desde el punto de vista ético una confrontación entre los principios de autonomía (limitación de la libertad del paciente en contra de su voluntad) y de beneficencia (voluntad de protección al paciente, a su entorno y autoprotección física del personal sanitario cuando la propia seguridad está comprometida).

Este conflicto ético, ya intrínsecamente trascendente, se une a los indudables riesgos que podían afectar al principio de no maleficencia, ya que conlleva la restricción e inmovilización de los pacientes, con la posibilidad de lesiones de diferente naturaleza. Sus implicaciones legales, exigen la existencia de procedimientos y normativas que contemplen lo adecuado de la prescripción, así como de su aplicación correcta, y el conocimiento por parte del equipo implicado, de la obligación de informar a la familia o a su representante legal sobre el proceso.

La “*Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations*” definía en 2009 a la **Contención mecánica** como una “*terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimiento de una parte o de la totalidad del cuerpo para favorecer la curación, utilizada en la agitación psicomotora o en la falta de control de impulsos*”.

En nuestra opinión es un conjunto de medidas de carácter preventivo y terapéutico y de cuidados que limitan o impiden la movilidad de parte del cuerpo o del cuerpo en su conjunto. Tienen como finalidad la seguridad y protección del paciente que padece un cuadro de agitación psicomotora o que no es capaz de controlar voluntariamente sus movimientos, lo que puede originar conductas dañinas para sí mismo o para otras personas, circunstancias que estas medidas pretenden prevenir y evitar.

Se caracteriza porque:

- ✓ Es una medida terapéutica
- ✓ Está indicada por el médico
- ✓ La suele aplicar personal de enfermería
- ✓ Se recurre a ella para la protección de la vida y la seguridad del propio paciente y la de los demás
- ✓ Son medidas de inmovilización de parte del cuerpo o de todo el cuerpo
- ✓ La indicación está vinculada a un estado transitorio o mantenido de agitación psicomotriz, de impulsos incontrolables, o de riesgo evidente y grave para el paciente de caerse (cama, silla, etc.).
- ✓ Siempre se hace en beneficio del paciente y como un mal menor con la idea de que tenga la duración más corta posible y limite la libertad del paciente en el menor grado posible.
- ✓ Nunca estará justificada por la comodidad y el mejor descanso del personal sanitario o cuidadores
- ✓ El respeto al derecho del paciente a su libertad y a su dignidad se tendrá siempre presente y se llevará su cumplimiento hasta donde sea posible
- ✓ Esta medida se aplica habitualmente en contra de la voluntad del paciente o, al menos sin su autorización efectiva.

Por todo lo anterior se considera que estas medidas deben estar protocolizadas en cuanto a:

- ✓ Su indicación
- ✓ Su modalidad y procedimiento
- ✓ El personal que las utiliza debe conocer bien las medidas, su indicación, sus riesgos y beneficios, y debe estar entrenado en su aplicación.

II.- SITUACIONES DE APLICACIÓN

1. **Cuidados postquirúrgicos** (a menudo en Unidades de Cuidados intensivos). En estos casos el riesgo es arrancarse una vía, caerse o tirarse de la cama, no mantener la quietud que requieren los medios instrumentales que tiene puestos (respirador, etc.).
2. **Comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados, desordenados**, que no pueden ser controlados por procedimientos farmacológicos médicamente valorados e indicados. Estos pueden ser producto de enfermedades o patologías transitorias como los cuadros de agitación o estados confusionales.
3. **Riesgo de caídas de la cama, camilla o la silla de ruedas a pesar de las medidas de contención mecánicas de la propia cama, camilla o de la silla.** En estos casos, si el paciente puede decidir libremente en qué momento pueden colocarse o retirarse, no se considerarán “medidas de contención”, pero si se ponen contra la voluntad del paciente y éste no puede hacer nada por retirarlas o prescindir de ellas, entonces sí serán “medidas de contención”, desde la perspectiva que se considera.

III.- CARACTERÍSTICAS DE LA MEDIDA DE CONTENCIÓN

La aplicación de las medidas de contención mecánica se deben someter al tradicional proceso médico-legal y ético-deontológico que propone:

- A. **Juicio Clínico**, en el que se identifican los síntomas y su tratamiento; cuando entre estos aparece la confusión, la agitación, la falta de control sobre la conducta, etc..., se debe valorar por el equipo asistencial la forma de evitar que estos síntomas se vuelvan contra la seguridad del paciente, siendo aquí donde entran, como posibilidad, las medidas de contención mecánica.
- B. **Juicio médico-legal**; este obliga a recordar el derecho del paciente a su autonomía y a tomar sobre sí mismo y su situación las medidas que le sean más favorables. Si no está en condiciones de tomar una decisión válida, por estar afectada su capacidad para decidir, se debe adoptar lo que sea más favorable para el paciente, pero con la autorización de su familiar responsable o representante, haciéndolo constar en la historia clínica, y valorando, cuando será necesario dar cuenta al juez de esta situación para su conocimiento y supervisión.

C. **Juicio ético-deontológico;** es un nivel superior de exigencia en la forma en que se valora la situación del paciente que necesita medidas de contención. Será preciso la individualización o especificación para que, aunque las decisiones se tomen conforme a un protocolo general, ese protocolo se aplique al paciente concreto y a sus necesidades personales.

Sobre estas bases hay que precisar que:

1. Las medidas deben ser bien conocidas por los profesionales que las indican y las aplican.
2. Se deben conocer bien los posibles efectos indeseables que se puedan producir. También se deben evaluar con gran precisión el riesgo posible de asfixia por compresión u otros cuadros de gravedad.
3. El personal que esté autorizado a colocarlas estará bien entrenado en la forma de hacerlo minimizando los riesgos al máximo.
4. Si se colocan en caso de urgencia no es necesaria la prescripción de un facultativo, aunque éste reevaluará la medida en un tiempo que será lo más corto posible.
5. El paciente sometido a medidas de contención debe entrar en un protocolo de supervisión específico de la medida para valorar efectos de la misma a nivel local y general. También se deben evaluar otros aspectos sobre los que la persona toma decisiones cuando mantiene su libertad de movimientos como el aseo, necesidades fisiológicas, etc.. La seguridad del paciente puede llegar a indicar, incluso la monitorización del mismo.

IV.- ESPACIOS ASISTENCIALES EN LOS QUE PUEDEN INDICARSE MEDIDAS DE CONTENCIÓN

1. **Unidades de Cuidados Intensivos.** Estos pacientes están sometidos a cuidados y medidas extraordinarias y mantienen una vigilancia estrecha y continua, dentro de la que se incluye la medida de contención. En ellas el personal está habitualmente “de guardia” y no existe el descanso durante el turno. Esto ofrece mayores garantías de supervisión, seguimiento y vigilancia. También es más

habitual, en estos pacientes un abordaje farmacológico más intenso que incluye medidas de sedación, junto a otras más específicas, por lo que la farmacología hace a menudo innecesaria la contención mecánica.

2. **Unidades psiquiátricas.** En estas Unidades la decisión sobre la contención mecánica debe someterse al proceso médico-legal y ético-deontológico expresado anteriormente. Estos pacientes, en ocasiones, se encuentran en situación de internamiento compulsivo, entrando esta medida terapéutica en dicho concepto de no voluntaria o compulsiva. El hecho de que sea una medida impuesta, obliga a que esté regida por el principio de beneficencia y que sea la mejor alternativa para ese paciente en ese momento.

3. **Unidades geriátricas.** En estos centros, son las personas con autonomía disminuida las que son más vulnerables. La estructura asistencial de las residencias geriátricas (numerosos residentes y personal asistencial, a veces insuficiente) favorece situaciones de riesgo de utilización de medidas de contención no siempre suficientemente justificadas.

4. **Unidades de pacientes vulnerables como los centros de menores o las personas privadas de libertad.** El riesgo puede estar en la utilización de estas medidas ligadas a otras como el aislamiento con intención de castigo, no de seguridad y beneficio para el paciente. Esto está absolutamente rechazado desde el Derecho y desde la Ética médica. Ningún profesional sanitario debe prestarse a colaborar en estas medidas, sin indicación médica y la finalidad ya comentada.

5. **Servicios de urgencias.** Suele tratarse de pacientes muy variados (intoxicaciones, síndromes de abstinencia, estados confusionales...) situaciones que en una fase inicial hagan necesaria esta medida como prevención y posibilidad de tratamientos específicos.

6. **Ámbito domiciliario.** Suele tratarse de personas mayores o afectadas de enfermedades de tipo neurológico, degenerativo o mental que están al cuidado de familiares o cuidadores, que puedan aplicar medidas de contención mecánica sin una justificación médica real.

V.- DIRECTRICES MÉDICO-LEGALES Y ÉTICO-DEONTOLÓGICAS

A. Son numerosos los protocolos sobre la sujeción mecánica elaborados por centros sanitarios y sociedades científicas. Estos protocolos incluyen árbol de decisión clínica con los pasos previos a estas medidas, como son la palabra y la farmacología; también incluyen un formulario de indicación, e incluso, el parte de comunicación al Juez, haciendo esta medida similar al internamiento compulsivo o involuntario. En relación con lo anterior, es imprescindible que allí donde se utilice la sujeción mecánica se haya adoptado un protocolo de aplicación que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso.

B. El respeto a la autonomía del paciente debe llevarse hasta el límite posible en la aplicación de las medidas de contención mecánica. En este sentido, es adecuado anticiparse a la necesidad de la utilización de estas medidas, de manera que pueda informarse a los pacientes de la posibilidad de su uso. De esta forma se cumplirá con el deber de información y se contará con la voluntad del paciente. Esto puede ocurrir en pacientes con trastornos mentales, con trastornos de tipo neurológico o degenerativo, o incluso con pacientes mayores. En estos casos, aprovechando que aún no se ha producido un deterioro avanzado, o periodos de mejoría, se les debe hacer partícipes de la posibilidad de utilizar estas medidas en el caso de que, en el futuro, pudieran necesitarlas. Se trataría de una expresión de “voluntades anticipadas” respecto a esta medida terapéutica, dentro de una planificación más general de futuras medidas asistenciales. De hecho, en los protocolos de Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas sería conveniente incluir estas medidas para que la persona, aún sana, exprese su voluntad, comprendiendo su beneficio.

C. Es una medida terapéutica que debe pautarla un médico, aunque la aplicación la realice, habitualmente, personal de enfermería. Si se aplica como medida de urgencia, en un plazo corto de tiempo la debe ratificar un médico.

D. Es preciso que el personal la acepte como tal medida terapéutica en una escala de medidas de protección que ya se han agotado y que se han mostrado ineficaces. Este personal debe estar entrenado en la forma de aplicar las medidas, debe conocer los riesgos y beneficios de cada una de ellas y debe conocer la necesidad de supervisar al paciente que está inmovilizado, valorando los posibles efectos locales y generales de cada medida.

- E. La duración debe ser la más corta posible.
- F. En ningún caso se aplicará para favorecer el descanso del personal o justificarse por la escasez de personal cuidador.

Madrid, 25 de abril de 2015

El Secretario



Fdo.: Mariano Casado Blanco

Vº Bº
El Presidente



Fdo.: Marcos Gómez Sancho