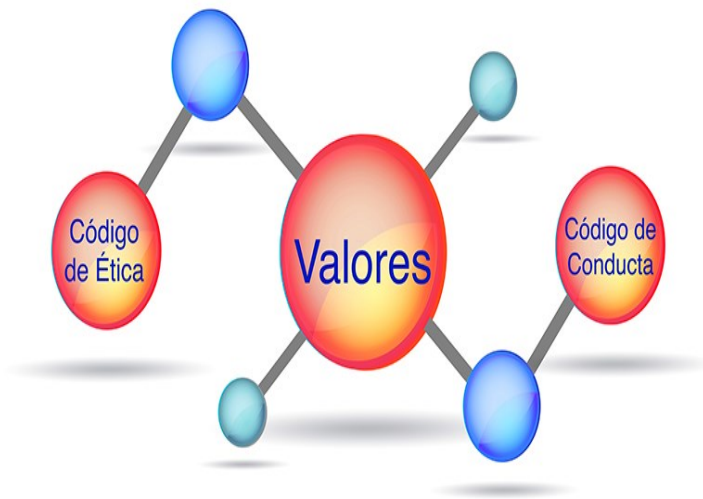


Consideraciones Éticas y Jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas

Ámbitos Social y
Sanitario



*Reunión ELB-Tenerife 20
junio 2018. Análisis del
Documento*

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO



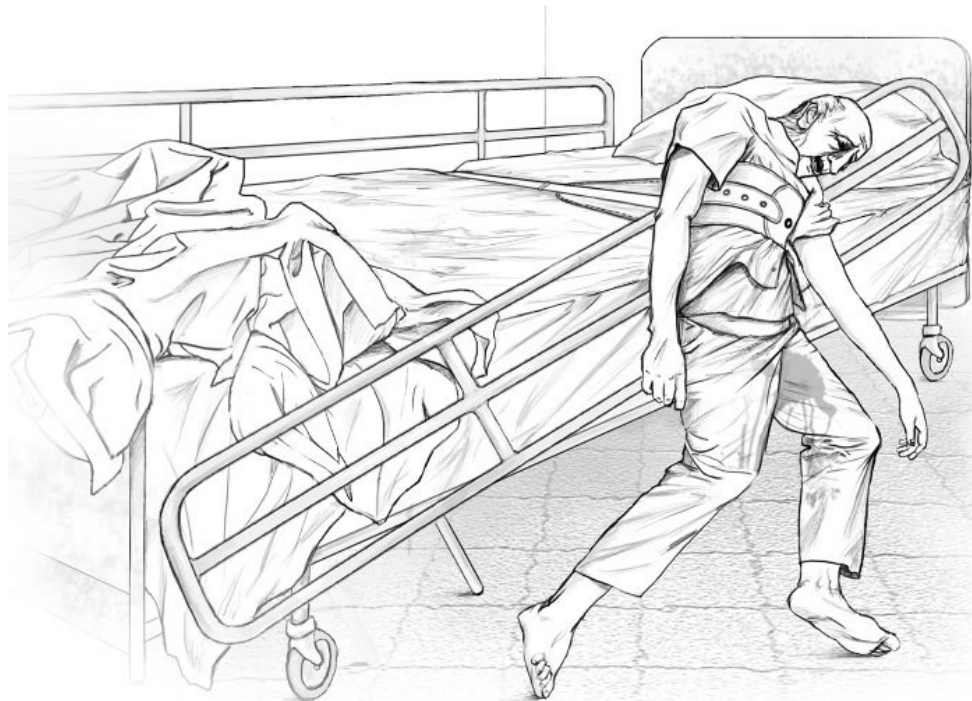
Entre las **situaciones en las que se recurre a su aplicación están los:**

- **cuidados postquirúrgicos**, por ejemplo en Unidades de Cuidados Intensivos, donde por las peculiares circunstancias hay riesgo de arrancarse vías venosas, sondas o tubos de ventilación respiratoria vitales para el mantenimiento de los cuidados y tratamientos esenciales.
- También son utilizadas estas técnicas en **Unidades de Hospitalización de Neurología, Medicina Interna u otras especialidades, ante comportamientos agitados con movimientos irreflexivos, incontrolados o desordenados**, producto de enfermedades agudas o crónicas, o por cuadros de agitación o estados confusionales.



CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO

Asimismo, se recurre con frecuencia a las contenciones ante **el riesgo de caídas de los pacientes que permanecen en una cama o un asiento**; en estos casos hablaríamos propiamente de medidas de contención si se instauran contra la voluntad del paciente y no puede retirarlas con facilidad.



Las medidas de contención pueden ser indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciables.

- ✓ En las Unidades de **Cuidados Intensivos** los pacientes suelen tener unas medidas farmacológicas asociadas que contribuyen a la inmovilización por sedación, al menos en una fase de su cuidado, y van a gozar de una vigilancia estrecha y continua, con personal que está pendiente del paciente en todo momento, por la propia naturaleza de la unidad asistencial.



- ✓ En las **Áreas de Urgencias** también suelen tratarse pacientes en situaciones muy variadas, que en una fase inicial pueden necesitar estas medidas como prevención o para posibilitar tratamientos, como intoxicaciones o estados confusionales agudos.

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO



En las **Unidades Geriátricas** su uso se da obviamente en personas con especial vulnerabilidad y fragilidad, con autonomía disminuida, y cuando hay personal escaso con riesgo de utilización no suficientemente justificada.



En el **Ámbito Domiciliario** también suelen tratarse con medidas de contención a personas mayores, a veces afectadas por enfermedades de tipo neurológico degenerativo, o bien de salud mental, que están bajo el cuidado habitual de familiares o cuidadores no profesionales, y donde también existe riesgo de uso inadecuado o poco justificado.

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO



En las **Unidades de Salud Mental** su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario, con características legales propias, siendo la contención una medida impuesta, y habitualmente con una combinación entre mecánica y farmacológica



No existe ninguna prueba de que las contenciones físicas tengan algún beneficio curativo o preventivo, diagnóstico ni terapéutico para las personas mayores ni su entorno.

Solamente se ha encontrado un estudio referido a sillas de contención en un contexto de evaluación médica y legal, no estrictamente enfocado a personas mayores, que concluye que bien utilizadas podrían tener algún efecto beneficioso.

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO



Debido a que el grueso de la literatura sobre contenciones identifica fundamentalmente problemas derivados de las mismas, en realidad;

NO RESULTARÍA ÉTICO realizar estudios al respecto, lo que explica la carencia de información positiva, y que ni siquiera se contemple o se haya evaluado en prevención de caídas.

Por el contrario,

sí que se ha localizado una publicación que concluye que la reducción del uso de las restricciones físicas se relaciona con disminución de la estancia hospitalaria

CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO

El uso de contenciones físicas en el medio extrahospitalario, especialmente en las residencias geriátricas, es conceptualmente mucho más cuestionable que en el hospital, **por cuanto se acomete generalmente en un individuo vulnerable, en situación de dependencia, la realizan las personas en las que tiene que confiar sus cuidados, y es susceptible de cronificarse, con consecuencias devastadoras a su bienestar psíquico y físico en sus últimos años de vida.**

Se practica con frecuencia en una situación de la rutina diaria de la persona, en el lugar donde reside y donde teóricamente tiene pleno derecho de desarrollar sus expectativas vitales conforme a su proyecto y en la medida de sus capacidades, como cualquier otro individuo.

Efectivamente **existen controversias en su uso** que no se pueden negar:

➤ **Unas de tipo personal:**

- pues son medidas que en principio *atentan contra la dignidad y los derechos fundamentales del ser humano*, y puede interferir con las posibilidades de ser cuidado conforme a sus propias expectativas en momentos de alta vulnerabilidad.
- La *percepción negativa y sensación de maltrato y abuso que puede sentir el individuo puede comprometer seriamente su sintonía con las personas encargadas de su cuidado y generar situaciones conflictivas en la asistencia diaria,*
- del mismo modo que ocurre *en los hospitales, con enfrentamientos personales de difícil resolución, en las que el elemento más indefenso siempre es el anciano,* fundamentalmente por su incapacidad de dar fe de la situación vivida o por ser minusvalorado su testimonio, y por ser fácilmente influenciado por su situación de dependencia.

También existen:

- **controversias sanitarias**, pues puede:
 - ✓ *ocasionar importantes problemas de salud y seguridad*, con riesgo adicional de hospitalización y muerte, o simplemente por interferir con el plan de mantenimiento saludable del individuo.
 - ✓ Pero también *desde un punto de vista de la gestión sanitaria*, el uso de sujeciones físicas y químicas están muy vinculados, siendo causas mutuas de su instauración, lo que repercute en los sobrecostes sanitarios públicos por los riesgos que se les asocian a ambos.

Otras cuestiones que se plantean son **de índole social** cuando se presenta como un hecho normal y normalizado, en cuyo caso la aplicación de contenciones puede suponer, en el fondo y en la forma, una ofensa moral y un nefasto ejemplo al entorno familiar, incluyendo a los más pequeños, a los que las mismas familias deben instruir en valores cívicos y derechos fundamentales.

Del mismo modo, se puede cuestionar con este procedimiento la labor educativa ejercida sobre temas como promoción de la autonomía y de hábitos saludables en el conjunto de la población, y específicamente en las personas mayores.

No hay que olvidar que las residencias geriátricas son importantes puntos de encuentro intergeneracional y multifamiliar, donde confluyen personas cuidadas y cuidadores presentes y potencialmente futuros.

Por supuesto, tal y como hemos visto también hay:

➤ **controversias legales,**

- ✓ *dado que la protección de los derechos fundamentales, de la salud, y la protección de personas especialmente vulnerables está ampliamente regulada y supone una piedra angular básica del funcionamiento del sistema judicial.* La ejecución de una contención física es una situación con riesgo de litigio, incluso de enjuiciamiento penal, con posibles repercusiones también para el prestigio institucional y los profesionales involucrados, además de la salud y seguridad de las personas si es que se ha llegado a tal situación.

Existen iniciativas institucionales, profesionales y de organizaciones para buscar alternativas a la contención a fin de disminuir su número y que sólo se instauren las imprescindibles.

Entre las medidas alternativas adoptadas mayoritariamente para retirar con éxito la contención física se describen:

- ✓ la estimulación física,
- ✓ la existencia de butacas ergonómicas,
- ✓ los cambios posturales,
- ✓ revisiones del estado de salud,
- ✓ la existencia de mesita o bandeja ante el asiento,
- ✓ el abordaje y la contención verbal,
- ✓ aumento de frecuencia de cambio de pañales o llevarlo al aseo,
- ✓ cambios de pauta de medicación,
- ✓ aumento de personal con más supervisión,
- ✓ aumento de vigilancia nocturna,
- ✓ estimulación cognitiva con actividades,
- ✓ trabajo en familia .

Hay que destacar que:

“En los informes publicados, de las medidas descritas, prácticamente todas las más utilizadas no precisaron de un incremento de inversión económica ni de recursos humanos”.

La utilización de butacas ergonómicas sí precisó un gasto económico en algunos establecimientos que no disponían de ellas, aunque en muchos casos se observó que ya tenían un mobiliario adecuado pero no se estaba utilizando para las personas residentes más dependientes, que mayoritariamente se encontraban sentadas en sillas de ruedas con sujeciones.



CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO

De ellas, la medida más utilizada fue la denominada:

❑ **Estimulación física**, que comprende actividades y atenciones como:

- ✓ *programación de paseos diarios,*
- ✓ *la deambulación de la persona residente con apoyo del personal, y/o familia*
- ✓ *ejercicios físicos de psicomotricidad, de mantenimiento y refuerzo del tono muscular efectuados por el fisioterapeuta, estimulación basal y masajes.*



CONSIDERACIONES SOBRE LA NECESIDAD DE SU USO

De ellas, la medida más utilizada fue la denominada:

- ❑ **Estimulación física**, que comprende actividades y atenciones como:
 - ✓ *En cuanto a los cambios posturales de la persona* como medida alternativa, es relevante destacar que forma parte del sistema asistencial y que también consta en las pautas de movilización habitual previstas en las prescripciones de contención física, sin embargo, en las instituciones en las que se está abordando el tema de las contenciones con este punto de vista, *al tomarse conciencia de los efectos negativos de la contención física y de la necesidad de cumplir realmente con el plan de cuidados y de atenciones previstos para la persona residente, los establecimientos intensificaron el trabajo en esta área con buenos resultados.*





Existen numerosas publicaciones científicas y revisiones de estudios observacionales que concluyen que:

La restricción física produce daños en las personas e incluso cierta mortalidad.

Uno de los problemas más graves es:

- ***la asfixia mecánica***, bien por estrangulación, postural, posicional por suspensión así como por sofocación por compresión toracoabdominal.
- ***La muerte súbita*** también se ha relacionado con el uso de las contenciones mecánicas: la restricción física causa en muchas personas un gran estrés físico y emocional, acompañado de ansiedad intensa, resistencia y agitación, lo que desencadena una fuerte descarga de glucocorticoides y catecolaminas, las cuales pueden sobreestimular el corazón y provocar una arritmia fatal en pacientes con enfermedad vascular previa.



- **Otros autores añaden como mecanismo de muerte súbita** que la resistencia constante a la restricción genera una acidosis metabólica que también tiene efectos cardiovasculares negativos, y en caso de accidente, la capacidad del organismo para corregir dicha acidosis por compensación respiratoria se ve reducida, ya que la posición corporal determinada por la sujeción dificulta la ventilación.
- También están descritas **lesiones por caídas y golpes más graves que las sufridas en personas no contenidas**, de hecho, el deterioro de la agilidad, que protegería obviamente de caídas, en octogenarios se vincula con el número de horas que permanece sentado.



- También hay con relativa frecuencia casos de **broncoaspiración tras vómito o regurgitación**, cuando hay una inmovilización en una posición que lo favorece, con consecuencias fatales como neumonías graves bilaterales por aspiración y cierta mortalidad.
- Se describen asimismo **casos de tromboembolismo pulmonar**, que es un efecto adverso que también se relaciona con los neurolépticos que frecuentemente se asocian a las contenciones mecánicas en personas con trastornos conductuales.
- Otros daños físicos como **daños en la piel, úlceras de decúbito, contracturas musculares, incontinencia urinaria, estreñimiento, aumento de dependencia, sarcopenia o desnutrición**.



Además, desde el punto de vista psicológico es obvio que en la situación de vulnerabilidad de las personas afectadas se den:

- **Sentimientos de miedo, angustia, humillación o desesperación**, y tengan reacciones que pueden ir desde algo leve como un enojo o situación graves de verdadera agitación.



Es destacable que incluso con un correcto uso de los dispositivos de contención física están descritas muertes directamente relacionadas con su utilización.

Los casos de daños mortales no pueden dejar de tenerse en cuenta ya que se producen con dispositivos o condiciones de cuidados supuestamente orientados a la seguridad del usuario, y *llegan a ser la causa reconocida de uno de cada mil fallecimientos ocurridos en los centros geriátricos norteamericanos. Para organismos como la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.*

una muerte o un daño producido por una contención es un evento centinela que obliga a la organización sanitaria a realizar un análisis sistemático integral inmediato a fin de dar una respuesta con propuestas de cambio en los protocolos de actuación a fin de evitar la persistencia de la debilidad de la seguridad de la atención.



En este sentido se han identificado **factores en los eventos ocurridos** que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte.

Entre estos factores se describen:



- **la inmovilización de pacientes fumadores**, la inmovilización en posición supina, que predispone al riesgo de broncoaspiración, la inmovilización en decúbito prono, que predispone al riesgo de asfixia, la inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario, o la inmovilización de pacientes con deformidades.
- Se aprecia, además, que las circunstancias en torno a estas muertes presentan patrones comunes y que lo que **incrementa la probabilidad de un accidente** es una combinación de factores, entre los que están la incapacidad de los pacientes para reconocer riesgos, la escasa vigilancia, la aplicación incorrecta de los dispositivos, una baja ratio de personal en determinados turnos y una insuficiente formación.

Los dispositivos más implicados en los daños han sido:

- **las barras laterales de las camas**, siendo las caídas al sortearlas relativamente frecuentes
- así como **los cinturones o chalecos de sujeción y los dispositivos no homologados**.

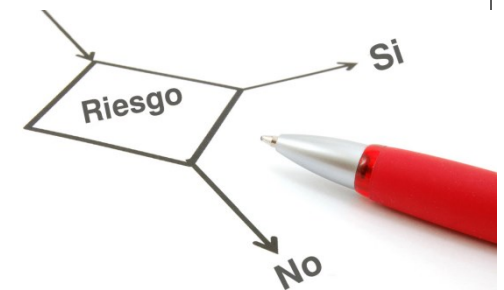


Una combinación especialmente peligrosa son las barras laterales más cinturones en personas con movilidad.

Existen varios estudios que concluyen que con las barandillas se incrementan significativamente las caídas y lesiones graves relacionadas con su uso, generalmente por el manejo de diseños anticuados y montaje incorrecto.

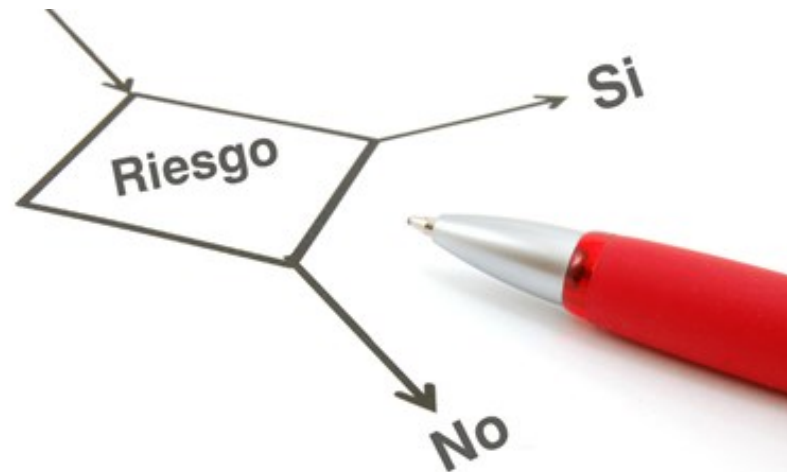
Desde el punto de vista del médico, además de:

- los riesgos meramente mecánicos por el uso de dispositivos,
 - y de la aplicación correcta o no en la persona adecuada,
- Sería de *especial consideración el beneficio esperado de una contención frente a los riesgos tromboembólicos venoso y pulmonar en pacientes que se inmovilicen*, en función de los factores de riesgo que acumulen y también el posible riesgo de muerte súbita, teniendo en cuenta su patología cardiovascular, la expectativa de respuesta y resistencia del sujeto con subsiguiente sufrimiento y alteración o empeoramiento de situación psicológica basal.



Obviamente las repercusiones de una sedestación física forzada mantenida y su repercusión sobre la agilidad del anciano también merecen una valoración especial, debido a que precisamente minimizar el riesgo de caídas evitando todo movimiento es una de las principales razones que se argumentan en el uso de contenciones.

Evaluación







Debe tenerse en cuenta que con la utilización de medidas de contención se pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como la libertad del individuo o el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal, lo cual exige una especial reflexión tanto a la luz de los principios fundamentales de la bioética, como en relación con las circunstancias del caso concreto en el que se considere su uso, así como teniendo en consideración las posibles consecuencias de los diferentes cursos de acción posibles.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el caso de las personas mayores institucionalizadas *podría ocurrir que no se respetaran dichos principios, por diferentes razones, y esta situación nos llevaría ante un caso de **Maltrato**.*

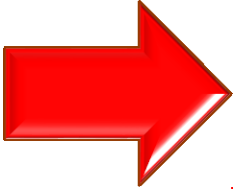


Los malos tratos en circunstancias de tanta vulnerabilidad y fragilidad como en el caso de las personas mayores es una preocupación creciente en nuestras sociedades, y así, por ejemplo, en el año 2006 las Naciones Unidas proclamaron en Nueva York el día 15 de junio como el *Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez*.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el caso de las personas mayores institucionalizadas *podría ocurrir que no se respetaran dichos principios, por diferentes razones, y esta situación nos llevaría ante un caso de **Maltrato**.*

*La Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda con preocupación el tema, definiendo el **maltrato de personas mayores como:***



“La acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación dónde exista una expectativa de confianza y la cual produce daño o angustia a una persona anciana, clasificándolo según su naturaleza como de tipo físico, psicológico, emocional, sexual o financiero, y advirtiéndolo que a veces puede ser reflejo de un acto de negligencia intencional o por omisión”.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Analizando las **principales categorías de maltrato a las personas mayores** podemos apreciar que se describen fenómenos como:

- ✓ **infantilización** (tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar),
- ✓ **despersonalización** (proporcionar servicios que desatienden las necesidades particulares del paciente u olvidarse de los aspectos biopsicosociales individuales),
- ✓ **deshumanización** (no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, de su capacidad para asumir responsabilidades sobre su propia vida)
- ✓ **victimización** (ataques a la integridad física y moral de las personas mayores mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales).



CONSIDERACIONES ÉTICAS



Algunas de las **características que tienen en común las instituciones donde ocurre EL MALTRATO** son los aspectos que engloban todo lo relacionado con *el personal y la cualificación de éste, caracterizándose frecuentemente por ser escaso en proporción a la demanda y por su inexperiencia en el cuidado de las personas mayores, así como por la falta de formación y aptitudes apropiadas.* Ante esta situación estos cuidadores pueden desarrollar como reacción un estrés que puede desencadenar incluso un “*Síndrome de Burn-out*”, que tal y como describen Maslach y Jackson²¹ está *caracterizado entre otras cuestiones por la deshumanización en la atención.*

La sensibilización sobre este tema en nuestro país está llegando con retraso, y en general está viniendo de la mano de asociaciones de pacientes y familiares o grupos sociales que aducen la preocupación por el futuro de una población que envejece a pasos agigantados y solicitan una mayor información en general.

Sus iniciativas se ven reflejadas en hechos como la promoción de acciones para formación profesional en la materia o la realización de jornadas técnicas anuales auspiciadas por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), y se ven apoyadas por juristas o por el Fiscal Delegado para la Protección y Defensa de los Derechos de las Personas Mayores.



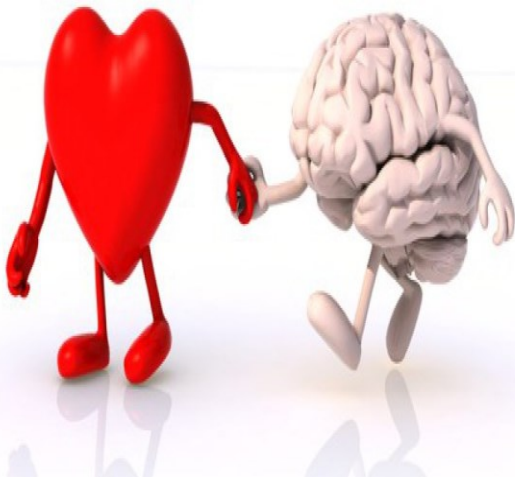
CONSIDERACIONES ÉTICAS



En esa línea se está procediendo a **la certificación de centros residenciales libres de sujeciones de los que ya se cuantifican unos cincuenta en España.**

Al respecto, creemos necesario en nuestro país desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación en el menor uso posible y adecuado de sujeciones como medida terapéutica que es y siempre como último recurso.

Además, dicha **sensibilización y formación**, para tener impacto en la situación actual, *deben ser dirigidas a la ciudadanía en general y no sólo al conjunto de profesionales de ambos sistemas.*



Del mismo modo, sería recomendable que en los **planes generales de intervención de los recursos sociales y sanitarios se incluya un estudio multidisciplinar de las medidas alternativas previas a la aplicación de restricciones físicas o farmacológicas**, con la finalidad de evitar que la sujeción sea una solución fácilmente recurrida y en ningún caso sustitutivas de una supervisión por parte del profesional, ni sustitutivas de la existencia del personal necesario, elaborando protocolos de prevención y disminución de contenciones en los centros del ámbito de los Servicios Sociales.

CONSIDERACIONES ÉTICAS



**Autonomía y
capacidad
para decidir**

Efectivamente, **tanto la libertad como la autonomía, entendidas como el hecho de poder decidir entre varias alternativas sin coacción y de poder llevar a cabo dicha decisión, merecen un escrupuloso trato.**

Así, en el caso de personas que están en condiciones de tomar decisiones y que toman una opción aceptando sus consecuencias no suele haber conflictos éticos, y, por tanto no deberían usarse los dispositivos de contención mecánica si no lo aceptan, preservando su libertad y autonomía.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Sin embargo, **cuando la persona no goza de estos principios**, por ejemplo en el caso de una persona mayor dependiente con demencia muy avanzada, en una circunstancia en la que creemos que un cinturón abdominal puede ser una medida de seguridad para facilitar la sedestación, a pesar de ser una medida de restricción **no estaríamos obligatoriamente asociando su uso al maltrato o la violencia, a no ser que fuese utilizado con intención de dominación, abuso de poder, castigo o conveniencia, o bien que estuviese produciendo un daño o sufrimiento al paciente que pudiera ser evitado.** Entendemos que es más la intención o las consecuencias del uso de la contención, que el dispositivo en sí, lo que determina el conflicto ético.





“Debemos ser exigentes en la humanización de la atención, de forma que cuidar no sea sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros.

De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión, términos ya en desuso, pero que en el fondo nos invitan a humanizar el trato”.

Con todo ello, existen situaciones excepcionales en las que está justificada la aplicación de una contención, en **cuyo caso deberán respetarse principios éticos elementales**.

EtiCa
DE LOS CUIDADOS

La ética del cuidado se basa en la relación con el otro y ha de tener en cuenta las emociones, y para conseguir dar el paso de un plano teórico a uno real son indispensables la empatía y la escucha activa, a fin de hacer posible una respuesta a las necesidades individuales de manera flexible. Hay que ser capaz de:

- ✓ entender el concepto de alteridad en toda su extensión,
- ✓ saber escuchar,
- ✓ respetar su manera de pensar incluso cuando existen diferencias evidentes y, sobre todo,
- ✓ realizar el esfuerzo necesario para entender cómo se siente.

Cualquier persona es un agente moral autónomo, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud.

- ✓ La persona que requiera la aplicación de una contención *deberá, por tanto, estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento.*
- ✓ *Si la persona es autónoma y rechaza cualquier tipo de restricción, siempre que sea posible, deberá respetarse su decisión.*



AUTONOMIA

Por otra parte, si la persona carece de autonomía para tomar esa decisión:

- ✓ *circunstancia que ocurre con frecuencia cuando está indicada la contención, la información y el consentimiento recaerán, en la medida de lo posible, en su entorno más próximo.*
- ✓ Al respecto, el 18 de agosto de 2015 entró en vigor la **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, que con su disposición final segunda modifica la 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.





CONSIDERACIONES ÉTICAS

La citada Ley de autonomía del paciente establece que cualquier intervención médica exige siempre **el consentimiento previo del paciente, excepto en dos situaciones:**

- que exista un riesgo para la salud pública o que nos hallemos ante una urgencia vital
- y además, simultáneamente, se dé la circunstancia de que el paciente no esté en condiciones de poder tomar decisiones.

Fuera de estos supuestos, o la intervención es consentida por el paciente o **debe de ser autorizada por sus representantes, es decir, se otorga el consentimiento por representación.** Precisamente en esta figura es en la que se ha introducido la modificación a la que estamos haciendo referencia y es la que frecuentemente se da cuando está indicada una contención.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con la nueva situación, *los supuestos en los que cabe el consentimiento por representación son los mismos que existían hasta ahora, es decir, los casos de pacientes incompetentes, los incapacitados legalmente y los menores de edad.*

Lo cual ha servido de *justificación para que aparezca la reforma en una Ley relacionada con la infancia y la adolescencia, aunque es especialmente trascendente el cambio introducido en la Ley de autonomía para los demás supuestos de representación.*

La nueva norma recoge que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho al paciente, en cualquiera de los supuestos citados anteriormente, *la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud del representado.*



CONSIDERACIONES ÉTICAS



A continuación *la disposición* añade que aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial para que ésta adopte la resolución correspondiente.

Ahora bien, *si por razones de urgencia no fuera posible recabar la autorización judicial, los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente.*

CONSIDERACIONES ÉTICAS



“Apreciamos por tanto que antes de la citada reforma, la prestación del consentimiento por representación debía hacerse siempre en favor del paciente, y para establecer qué se consideraba como tal, se solía recurrir a las teorías utilizadas en la ética y la jurisprudencia norteamericana al respecto según las circunstancias del caso, es decir;

- **La teoría subjetiva**
- **La teoría del juicio sustitutivo**
- **La teoría del mayor beneficio”.**

CONSIDERACIONES ÉTICAS



La teoría subjetiva es aquella en la que el representante decide por el representado, según sus propios criterios y valores, lo cual debe contrastarse por ejemplo con el Código de Deontología Médica de 2011, al establecer en su artículo 14.4 que **cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial a fin de que tutele la situación.**

CONSIDERACIONES ÉTICAS

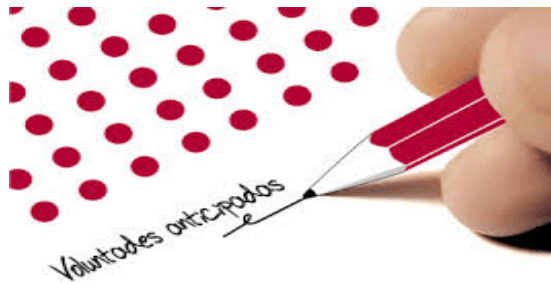
Sin embargo, mediante la **teoría del juicio sustitutivo** el representante toma las decisiones basándose en lo que el paciente hubiera elegido a decidir en caso de perder de la capacidad necesaria para hacerse cargo de su situación.



En principio es el criterio más respetuoso con la autonomía del paciente que ya no goza de capacidad, *pero cuando se pasa del plano teórico a los casos concretos es común que aparezca en mayor o menor medida cierto grado de incertidumbre.*

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La situación más favorable desde este punto de vista es *aquella en la que el paciente ha dejado registrado un documento de instrucciones previas o testamento vital*, aunque a menudo las circunstancias hipotéticas descritas no coinciden exactamente con las reales, y es el representante quien puede ayudar a dilucidar ciertos aspectos a fin de poder aplicar lo más fielmente posible la voluntad del representado.



Sin embargo, en nuestro país aún es minoritaria la proporción de ciudadanía que tiene registradas instrucciones previas, lo que plantea serios problemas para conseguir poner de manifiesto inequívocamente su voluntad.

Ante esta situación lo que se hace es *intentar saber qué habría decidido el paciente en caso de ser un sujeto competente en el momento de tener que tomar la decisión*, siendo posible para ello utilizar las teorías del testimonio de la voluntad anticipada y de la reconstrucción hipotética de la voluntad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Precisamente para que el *juicio sustitutivo responda fidedignamente a la voluntad del sujeto*, en los últimos años se viene insistiendo en la *necesidad de desarrollar una planificación anticipada de la asistencia sanitaria (PAAS)*.

Se trata de que, antes de que el sujeto pierda o vea menguada su capacidad de decisión, tenga la oportunidad de dar a conocer el modo en que querría ser tratado en las diversas circunstancias en las que podría encontrarse en el futuro.

Para que esa PAAS sea adecuada, y pueda servir de criterio para la toma de decisiones cuando el sujeto ya no es capaz de decidir por sí mismo, es imprescindible la colaboración entre el sujeto, sus familiares o allegados y el equipo sanitario.



CONSIDERACIONES ÉTICAS



Por último, mediante **la teoría del mayor beneficio**, la decisión adoptada por el representante debería coincidir con la más beneficiosa para el paciente desde el punto de vista de la *lex artis*, teniendo en cuenta factores como el alivio del sufrimiento, la conservación de la funcionalidad, así como la calidad y duración de la vida.

Por lo tanto no se fundamenta esta teoría en el valor de la autodeterminación, sino exclusivamente en la protección del bienestar del paciente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS



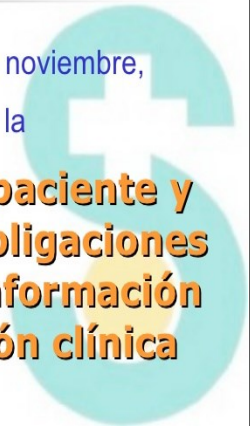
El representante no tendría, por tanto, capacidad para tomar decisiones contrarias a lo que los profesionales de la salud consideren más adecuado para el paciente, siendo la que se aplica habitualmente cuando la voluntad del paciente respecto a unas circunstancias concretas nunca han existido previamente o cuando no existe manera de conocerla, como puede ocurrir en el caso de una persona con un déficit intelectual congénito grave o el de una persona inconsciente desconocida, casos estos en los que se debe adoptar la decisión más beneficiosa para el paciente según lex artis.

La Ley de Autonomía del Paciente, tras la reforma, sigue estableciendo que la prestación del consentimiento por representación se hará siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, pero añade de manera imperativa que la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud, con lo que el legislador se ha decantado por imponer una protección a ultranza del bien vida y salud frente a cualquier otra valoración diferente de lo que pudiera ser el mejor interés para el paciente.



Ley 41/2002, de 14 de noviembre,
reguladora de la

**Autonomía del paciente y
de derechos y obligaciones
en materia de información
y documentación clínica**





El problema surgirá cuando la *lex artis* no aconseje que las decisiones que se deban adoptar sean las más beneficiosas para la vida y la salud sino las más beneficiosas para el interés del paciente en su caso concreto y situación, es decir, las más adecuadas en favor del enfermo y con respeto a su dignidad, alejándose así del nuevo estándar impuesto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ante esta hipotética situación, parece que la salida pasa por la judicialización.



Habría que esperar a ver cómo interpretan la doctrina y la jurisprudencia esta modificación legislativa, pero sería de esperar que no se haga de manera diferente a como se están realizando en la actualidad las cosas y que las actuaciones de los profesionales sigan siendo, como hasta ahora, conformes al vigente Código de Ética Médica que aboga por el juicio sustitutivo cuando establece que el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible y que cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, así como que cuando su estado del paciente no le permita a éste tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables.



Al respecto, entre **los protocolos de actuación de los Centros Residenciales del IMSERSO**, con la finalidad de homogeneizar la forma de proceder del Instituto ante la presentación de hechos repetitivos y frecuentes en la atención a las personas usuarias, publica en el año 2014, y actualiza en 2015, **un Protocolo de Contenciones**, que establece el procedimiento a seguir.

Así, cuando el riesgo es **detectado por cuidadores del Centro, familiares, profesionales o cualquier otra persona**, lo deben poner en conocimiento del personal médico o de enfermería, bien en el momento en que se desencadene la agitación psicomotriz, o bien en la consulta diaria si no es urgente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El protocolo establece que:

“El médico o la enfermera informarán a la familia de la práctica de la sujeción siempre, incluyendo en dicha información su finalidad, sus implicaciones, su temporalidad y cualquier otro aspecto relevante. Se determina que debe existir un consentimiento, y además, que si la persona usuaria tiene modificada su capacidad de obrar, será su tutor legal quien debe dar consentimiento para la sujeción, y que de no contar con este consentimiento y si existiera peligrosidad para sí misma o para otras personas usuarias o personal del centro, se le dará de alta forzosa”



CONSIDERACIONES ÉTICAS

A fin de dar operatividad y establecer unas pautas homogéneas, en dicho protocolo se mencionan los escenarios posibles. *De esta manera, en caso de detección de riesgo no urgente el equipo médico o de enfermería estudian el caso, determinan su gravedad o importancia, y prescriben sujeciones físicas, mecánicas o farmacológicas regularmente pautadas, o de rescate en caso de que surja un episodio irruptivo.*



Se determina que las sujeciones se prescriben de forma puntual, no continua, con una finalidad y forma de aplicación muy concreta y adaptada a cada caso, nunca para suplir deficiencias de personal, ni por comodidad o para conseguir un descanso temporal en la carga de trabajo, pues los cuidadores deberán estar siempre pendientes de los residentes.

Importante!

Se establece que:

- Únicamente los **médicos adscritos al centro** están autorizados para firmar la prescripción de sujeciones físicas o de contención farmacológica, aunque el personal de enfermería debe aplicar las medicaciones de rescate pautadas en el tratamiento individualizado, si a su criterio, y en horarios en los que no se encuentren médicos en el centro, hiciera su aparición un episodio irruptivo de agitación.
- Sin embargo, también se establece que si a su criterio **los profesionales de enfermería de turno estimaran**, ateniéndose a los criterios del principio de beneficencia, que es necesario aplicar un método de sujeción mecánica, lo podrán hacer, registrándolo en el cuaderno de incidencias de enfermería y poniéndolo en conocimiento de los médicos en su primer horario laborable para la sanción oficial de la medida con su firma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS



El otro escenario posible descrito es el de **un caso de grave agitación psicomotriz urgente**, ante el que se debe avisar al personal sanitario, o al personal de seguridad si existe, para realizar la sujeción física.

En estas circunstancias se deben tener en cuenta tanto la seguridad de la persona usuaria como la del personal del centro, por lo que éste debe protegerse adecuadamente antes de intervenir. La intervención deberá estar protocolizada de antemano, aplicando por la vía de administración más rápida la medicación sedante prescrita en el tratamiento individual, si así estuviere pautado.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Asimismo, se aplicará la medicación sedante prescrita para casos de grave agitación, y en el caso de no encontrarse ningún médico en el centro por estar fuera de sus turnos laborables, el médico firmará la prescripción de la medicación administrada en la orden diaria de tratamiento al día siguiente hábil.

Una vez sedada la persona usuaria, se le acostará en su cama, con almohadas, acolchantes y otros protectores, y sólo si fueran precisas para su seguridad, contenciones mecánicas.

En último extremo, si no pudiera ser controlado de ninguna de las formas expuestas, se avisará al 112 para que active el protocolo de enfermedad mental grave.



CONSIDERACIONES ÉTICAS



En cualquier caso, tanto la medicación prescrita con las instrucciones para su administración, como la sujeción mecánica, tipo, horario de aplicación, lugar y cualquier otra indicación, queda registrada por escrito y firmada por el médico, en la orden diaria de tratamiento y en un formulario específico de indicación de contención mecánica de movimientos.



Además, en el caso en el que se trate de una contención de larga duración por grave agitación psicomotriz o en el caso de personas no incapacitadas, como sería el de un intento de escapada por ingreso involuntario, el médico tiene que comunicarlo al juez, para lo que existe un modelo de comunicación al juez de restricción temporal de movimientos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se aprecia en el modelo descrito para los centros del IMSERSO, en el ámbito social, cuando las circunstancias lo permiten se exige el consentimiento pero no se menciona que tenga que ser por escrito, si bien tampoco se asegura lo contrario.

En este caso la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente, es perfectamente aplicable, pues aunque no estemos refiriéndonos a un centro sanitario, sí que nos referimos a los derechos de pacientes en el contexto de la relación con los profesionales sanitarios que prescriben una contención en un acto clínico.



CONSIDERACIONES ÉTICAS



Como hemos visto previamente, se establece en la Ley que el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente, y especifica que el consentimiento será verbal por regla general, y se prestará por escrito en los casos siguientes:



- ✓ **intervención quirúrgica,**
- ✓ **procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores**
- ✓ **y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.**

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Podemos asegurar que este último supuesto es aplicable en el caso del uso de las sujeciones, que incluso está cuestionándose en algunos casos, ya que existen estudios que concluyen que no disminuyen las caídas ni sus consecuencias, sino que pueden aumentarlas, producir complicaciones, lesiones y accidentes potencialmente mortales.

Teniendo en cuenta además, que no siempre se utilizan racionalmente pese a comprometer derechos fundamentales de las personas, constitucionalmente protegidos, que hay centros en los se utilizan en más de la mitad de sus usuarios, y para las que en algunos casos, no se cuenta con el consentimiento de sus representantes, **puede entrar la duda razonable de si en ocasiones se pueden utilizar para conseguir objetivos diferentes al previsto o con duración más prolongada que lo aconsejable.**

JORNADA ÉTICO LEGAL SOBRE EL USO DE SUJECIONES

21 Junio 2017
SALÓN DE ACTOS ADEIT.
FUNDACIÓN UNIV. EMPRESA





Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

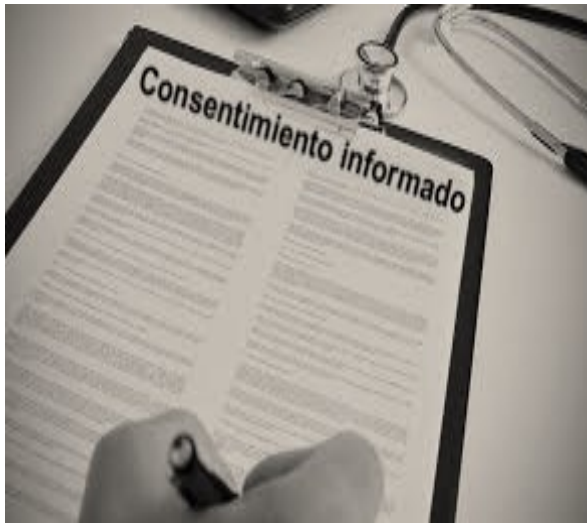
En este contexto la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) decidió en el año 2014 crear un Comité Interdisciplinar de Sujeciones y fruto de su trabajo publica el **"Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas"**,

Con el fin de propiciar un salto cualitativo en la atención de los mayores y servir como guía de buena práctica para los profesionales, y en el que por las consideraciones ya comentadas aconsejan que para utilizar procedimientos de sujeción que vayan a ser utilizados más allá de un episodio agudo, deba dejarse documentado el consentimiento por escrito en la historia clínica del paciente, que como prueba fehaciente de que toda la información facilitada ha sido comprendida, debe ser firmado por el paciente, o en su defecto por el representante legal, guardador de hecho o familiar, y por el médico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se especifica, que:

- Debe existir un documento de consentimiento informado que autorice de forma explícita, individual y contemporánea cada tipo de sujeción que se vaya a aplicar (cinturón abdominal, cinturón pélvico, muñequeras, tobilleras, chaleco torácico, ...) ya que los riesgos y complicaciones, así como los beneficios que se persiguen, son diferentes, dependiendo del dispositivo que se utilice y de la persona en la que se aplique.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se hace mención explícita también a los casos en los que se utilice un fármaco expresamente con la finalidad de contener o restringir la libertad de movimientos de los pacientes, que debemos considerar como sujeciones químicas o farmacológicas, y que son a estos efectos equiparables a las sujeciones mecánicas y por tanto precisan de los mismos requisitos de consentimiento informado, y que según dicho Documento de Consenso será preferiblemente por escrito y haciendo constar en el mismo la autorización para realizar los ajustes oportunos de dosis, quedando exentos de solicitar el consentimiento ante situaciones de urgencia vital que constituyan un riesgo para el usuario o terceras personas, o casos en los que un psicofármaco se utilice no con fines restrictivos sino terapéuticos.



NOT VALID



NOT VALID

Además, ante lo que se puede considerar una desvirtuación del consentimiento informado o su utilización de manera no proporcionada o irracional, se estima que no deben considerarse válidos los consentimientos genéricos ni los que se obtienen en el acto del ingreso para ser utilizados en cualquier otro momento posterior de la estancia del usuario en el centro.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Así, mientras que en algunos centros se han articulado procedimientos en los que los residentes autorizan el uso de sujeciones para el futuro, en caso de que fuese necesaria su utilización, de manera similar a unas instrucciones previas, debemos considerar que las instrucciones previas son una figura jurídica perfectamente definida y articulada, con unas garantías propias, y que nada tienen que ver con dichos procedimientos, y cuya única excepción pudiera ser precisamente una negativa a consentimiento anticipada y mediante testigos.



CONSIDERACIONES ÉTICAS



ESPECÍFICO

Concluimos, por tanto, en consonancia con este Documento de Consenso, que el consentimiento informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, no pudiendo ser diferido en el tiempo en base a situaciones hipotéticas, y que tan sólo podrían quedar exentos de solicitar el consentimiento informado en aquellas situaciones que entrañen un riesgo vital urgente, en las que se actuará siempre de acuerdo a como imponga el recto proceder del responsable en ese momento, debiendo cumplir el principio de *lex artis*.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En estos casos excepcionales, esta medida se aplicará el mínimo tiempo posible, y siempre se hará de forma proporcional y causando el mínimo daño, recurriendo con la mayor celeridad posible a solicitar el consentimiento si esta medida debiera persistir en el tiempo, siendo obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales, guardador de hecho o familiares, antes de llegar a dar un alta forzosa, lo cual matizaría de forma trascendente lo recogido en el protocolo del IMSERSO sobre contenciones.



CONSIDERACIONES ÉTICAS



En el ámbito sanitario no existen en nuestro país unas recomendaciones institucionales estatales, sino que, al contrario, podemos encontrar multitud de protocolos elaborados por numerosos centros sanitarios y sociedades científicas, con importantes diferencias en la opciones tomadas en algunos casos, pero con cuestiones comunes como la inclusión de un árbol de decisión clínica con los pasos previos a llegar a estas medidas, formularios de indicaciones y frecuentemente un parte de comunicación al Juzgado de manera análoga a un internamiento involuntario.

Sí que debemos hacer referencia a algún documento de ámbito estatal como la reciente **Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "Contención mecánica de pacientes"**, elaborada en 2015, en la que se recogen una serie de directrices médico-legales y ético-deontológicas, como la necesidad imprescindible de adoptar un protocolo de aplicación allí donde se utilice la sujeción mecánica que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso.

[Inicio](#) [Quiénes somos](#) [Colegios](#) [Área Ciudadano](#) [Área Profesional](#) [Área Internacional](#) [Trámites y Servicios](#) [Publicaciones](#)

[Inicio](#) » [Área Ciudadano](#) » [Ética y Deontología](#) » [Documentos Comisión Central de Deontología](#)

Documentos Comisión Central de Deontología

 [Versión para impresión](#)  [Enviar por Mail](#)

2000/2017	- Declaraciones de la CCD 2000-2017
19/06/2015	- Declaración de la Comisión Central de Deontología (CCD) de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre la Asistencia Médica al menor en situaciones de rechazo al tratamiento
19/06/2015	- Declaración de la Comisión Central de Deontología (CCD) de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre "Contención Mecánica de Pacientes"



Ética y Deontología

- Documentos Atención Médica al Final de la Vida

- Documentos Comisión Central Deontológica

CONSIDERACIONES ÉTICAS



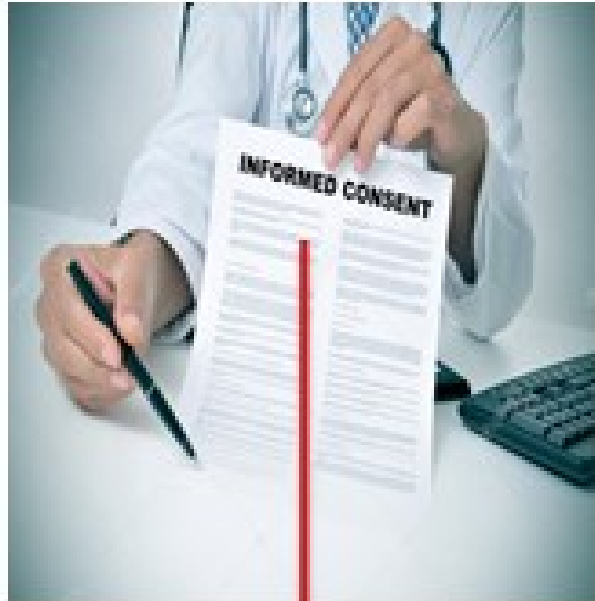
Si bien no se menciona en dicha Declaración la necesidad de unos documentos específicos de Consentimiento Informado, sí que exige una autorización de su familiar o representante, haciéndolo constar en la historia, considerando que el respeto a la autonomía del paciente debe llevarse hasta el límite posible en la aplicación de las medidas de contención, y hace una novedosa propuesta para que en los documentos de Instrucciones Previas se incluya una referencia a estas medidas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

A juicio de este Comité, pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, debiendo dejar constancia escrita en su historia clínica, pero siempre que sea posible se debe informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida, solicitando el consentimiento para la misma por escrito, y asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.



CONSIDERACIONES ÉTICAS

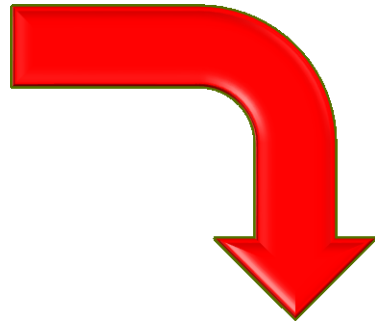


ESPECÍFICO

El documento no podrá ser general, sino específico de las medidas de contención que se deciden tomar.

En el contexto de estos casos es frecuente que los pacientes sean personas con discapacidad, por lo que se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.

CONSIDERACIONES ÉTICAS



Cuando tras el caso excepcional sin consentimiento inicial, **las sujeciones vayan a persistir en el tiempo se recurrirá a la mayor brevedad posible a solicitar el consentimiento informado y por escrito del paciente o en su defecto del representante legal.** Si se prevé la posibilidad de recurrir a estos procedimientos se podría incluir, entre la información que se ofrece a los pacientes y familiares el documento de consentimiento informado, como parte de la referencia explicativa de esta posible situación, si bien el consentimiento deberá ser otorgado de manera explícita para la situación y en el momento que se tenga que tomar la decisión y no diferido en el tiempo

En caso de discrepancia con el equipo médico de la decisión con negativa al consentimiento, si se concluye que la decisión es contraria al interés del paciente, habrá que valorar la posibilidad de instauración de cursos de acción intermedios que puedan ser aceptables por la *lex artis*, o bien la notificación a la autoridad judicial para que tutorice la situación, optando mientras tanto por la opción clínica más prudente.





Cuando se decide aplicar una contención, el personal responsable debe esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y, además, protegerla de posibles daños, pues ante este tipo de intervenciones debemos asegurarnos de que los beneficios sean netamente superiores a los perjuicios.



Un punto especialmente importante a tener en cuenta es el relacionado con la intimidad, que se debe respetar escrupulosamente, incluso aunque la persona no sea consciente de este hecho, para lo que es indispensable que la contención sea realizada en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia durante el procedimiento de instauración y una vez aplicada la contención durante el tiempo que la precise.

CONSIDERACIONES ÉTICAS



La persona que precisa una contención presenta una **gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia**, motivo por el que requerirá una atención integral y una supervisión mucho más frecuente que una persona que no necesita contención, por parte de los profesionales sanitarios.

Las contenciones conllevan una serie de riesgos, como hemos visto con cierta morbilidad y mortalidad, que a fin de ser minimizados deben realizarse de manera adecuada con unas pautas establecidas en un protocolo.



En relación con la prescripción, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo prescribir contenciones, tanto físicas como farmacológicas.

Se trata, por tanto, de un **procedimiento que exige orden médica**, por lo que debe asegurarse que se proceda a su firma en cuanto la situación lo permita, y a la posterior revisión periódica.

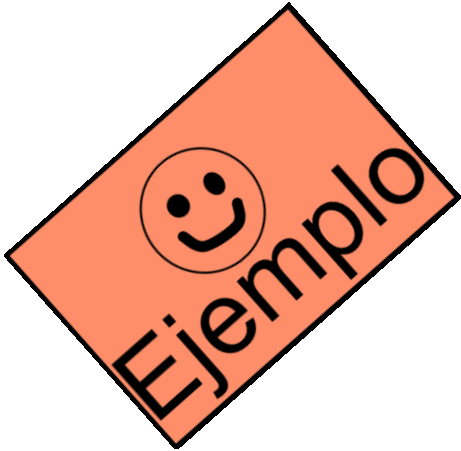
No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, **el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible**.

Cabe considerar, sin embargo, que en;

“El trabajo en equipo y con el desarrollo de los nuevos ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias, cada vez son más los procedimientos en los que las funciones de los distintos profesionales sanitarios no están establecidas de manera nítida y las competencias no fijadas de manera cerrada o concreta.

Por todo ello, ***cabría la posibilidad de que en el contexto de una estrategia de cuidado o plan de atención individualizada,*** el equipo asistencial valore a quién corresponde, según el problema y circunstancias que presenta el paciente, debiendo quedar siempre garantizado que, con carácter previo, se estudian y llevan a cabo otras alternativas posibles distintas a la contención”.





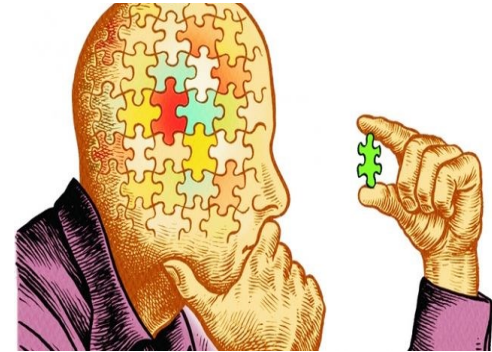
A modo de ejemplo parece obvio que no serían las mismas circunstancias las de una inmovilización del brazo de un niño a fin de que no pierda una vía venosa, que la contención de un enfermo agitado por un cuadro confusional agudo.

Pero, en todo caso, toda actuación relacionada con el procedimiento de contención debería quedar registrada, conforme a los formularios establecidos al efecto en el protocolo correspondiente, integrándose en la historia clínica del paciente, debiendo ser su duración lo más breve posible, con una reevaluación periódica de la necesidad de la indicación y una supervisión frecuente a fin de prevenir daños o detectar precozmente las posibles complicaciones que pudieran ocurrir.



RECOMENDACIONES

1. El uso de contenciones en España es más frecuente que en los países de nuestro entorno. A fin de disminuir su prevalencia y que sólo se instauren las imprescindibles, antes de llegar a indicar las contenciones se deben buscar alternativas.



Protocolo



2. La indicación y el procedimiento de instauración de las contenciones, así como su supervisión, han de estar debidamente protocolizados y dichos protocolos deben evaluarse periódicamente, siendo recomendable para ello la participación de los Comités de Ética.

RECOMENDACIONES

3. En relación con la prescripción de las contenciones, en el momento actual es competencia exclusiva del facultativo, tanto físicas como farmacológicas. No obstante, si en el momento de decidir la contención mecánica y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el personal de enfermería podría iniciar el procedimiento comunicándolo al médico con la menor demora posible.



4. Ante las circunstancias en las que se encuentran las personas a las que se les indica una contención, debemos ser exigentes en la humanización de su atención, de forma que cuidar no pueda ser sólo aplicar unos protocolos y mantener unos registros. De acuerdo con los principios éticos universalmente establecidos y con el reconocimiento de los derechos de los pacientes y usuarios, es preciso que la asistencia se dé con humanidad y con compasión.

RECOMENDACIONES

5. La aplicación de una medida de sujeción no puede conducir a la discriminación de la persona por parte del personal que la atiende. Al contrario, precisamente por la situación en la que se encuentra, la persona deberá ser tratada con la máxima consideración y respeto.

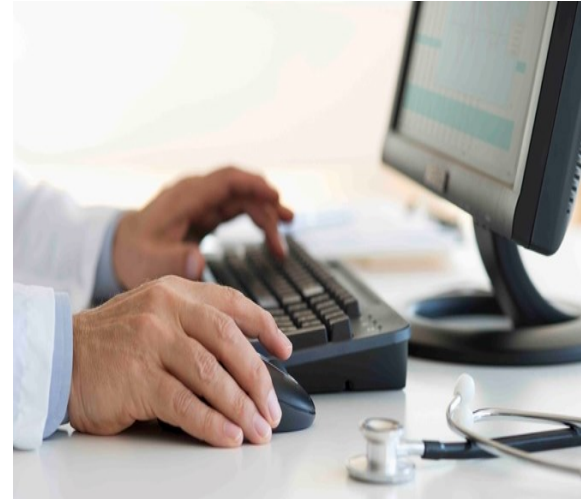
Igualdad y no discriminación



6. Las contenciones se aplicarán sólo el tiempo estrictamente necesario, y siempre se hará de forma proporcional, garantizando el bienestar de la persona contenida y con las precauciones necesarias para causarle el mínimo daño.



7. La indicación, el uso y el tipo de contención habrán de ser registrados siempre en la historia clínica o documento equivalente.



8. Ante una muerte o un lesión grave producido en el contexto de una contención, la organización debe realizar un análisis sistemático, integral e inmediato a fin de dar una respuesta con propuestas de cambio en los protocolos de actuación.

RECOMENDACIONES

9. Cualquier contención, como intervención médica que es, exige siempre el consentimiento previo del paciente, excepto en dos situaciones: que exista un riesgo para la salud pública o que nos hallemos ante una urgencia vital y además, simultáneamente, se dé la circunstancia de que el paciente no esté en condiciones de poder tomar decisiones. Fuera de estos supuestos la intervención debe ser consentida por el paciente, o en caso de incapacidad debe de ser prestado consentimiento por representación.



10. La prestación del consentimiento por representación se hará siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal, atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o la salud.



Derechos del Paciente

RECOMENDACIONES

11. El consentimiento informado de una contención debe ser, en todo caso, por escrito cuando vaya a utilizarse más allá de un episodio agudo motivado por un riesgo vital urgente, por considerar que nos encontramos ante procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de previsible y notoria repercusión sobre la salud del paciente y atentan contra derechos fundamentales de las personas como la libertad, y contra principios y valores como la dignidad y la autoestima, entrañando, además, riesgos físicos y psíquicos.



NO VALE GENÉRICO

12. El consentimiento informado debe ser explícito para la situación y en el mismo momento en el que se va a tomar la decisión, no considerándose válidos los consentimientos genéricos ni los diferidos en el tiempo.

RECOMENDACIONES

13. En los casos excepcionales en los que no se exige consentimiento previo, se solicitará con la mayor celeridad posible el consentimiento si esta medida debiera persistir en el tiempo, siendo obligatoria la comunicación judicial ante discrepancia o rechazo del paciente o de sus representantes legales, guardador de hecho o familiares, antes de llegar a dar un alta forzosa.



14. Pueden quedar exentas de solicitar inicialmente el consentimiento informado las situaciones asistenciales que conlleven un riesgo vital urgente, pero siempre que sea posible se debe informar a los familiares o acompañantes de la necesidad de aplicar esta medida, solicitando el consentimiento para la misma por escrito, y asegurando que el paciente participe en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

RECOMENDACIONES

15. En el contexto de estos casos es frecuente los pacientes sean personas con discapacidad, por lo que se les ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del "diseño para todos" de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.



16. Se deben desarrollar acciones o programas de sensibilización, orientación y formación que promuevan el menor uso posible y adecuado de sujeciones como medida terapéutica que es y siempre como último recurso, dirigidas a la ciudadanía en general además de al conjunto de profesionales de los sistemas social y sanitario.

Miembros del Comité

María Teresa López López
(Presidenta)

Federico de Montalvo Jääskeläinen
(Vicepresidente)

Carlos Alonso Bedate

Vicente Bellver Capella

Fidel Cadena Serrano

Manuel de los Reyes López

Pablo Ignacio Fernández Muñiz

Nicolás Jouve de la Barreda

Natalia López Moratalla

César Nombela Cano

Carlos M^o Romeo Casabona

José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

Secretaria del Comité

Victoria Ureña Vilardell

Comité de Bioética de España

Avda. Monforte de Lemos, 5
28029 Madrid - España Telf.: +34
91 822 21 03 Fax: +34 91 822 21
12 www.comitedebioetica.es

GRACIAS

A group of hands holding up large orange letters spelling 'GRACIAS'. The hands are of various skin tones and are positioned below the letters, supporting them from underneath. The background is white.