

Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales

Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Comisión Deontológica

Barcelona, noviembre de 2006

COL·LEGI OFICIAL
INFERMERIA
DE BARCELONA



© Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona

Miembros de la Comisión Deontológica en el momento de la elaboración del documento:

Ester Busquets Alibés, Montserrat Busquets Surribas, Núria Cuxart Ainaud, Maria Gasull Vilella, Joan Lizarralde Bandi, Mercè Muñoz Gimeno, Isabel Pera Fàbregas y Carme Royo Castellón.

ISBN: 978-84-694-1727-0

Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales

Introducción

Cualquier intervención enfermera debe basarse en el respeto a la persona, y ello incluye, entre otros aspectos, el respeto a su libertad de movimientos, su salud y su seguridad. ¿Cómo deben actuar las enfermeras ante una persona con riesgo de autoagresión y/o heteroagresión que requiere la aplicación de una contención física o mecánica?

La utilización de medidas de contención puede vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona; por eso es necesario que las enfermeras reflexionen acerca de este problema ético y establezcan unos criterios de actuación respetuosos con los derechos inherentes a la persona.

Definición

Se entiende por contención física y/o mecánica el uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno¹.

Aspectos éticos

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debe utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica².

El quehacer de las enfermeras consiste en velar por la promoción y protección de la salud y en garantizar la seguridad de las personas que están a su cargo. Es, precisamente, este quehacer lo que, en ocasiones, nos lleva a tener que aplicar

medidas terapéuticas restrictivas a pacientes con riesgo de autoagresión y/o heteroagresión.

Siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los siguientes principios éticos³:

- **Autonomía:** Cualquier persona es un agente moral autónomo⁴, es decir, tiene derecho a tomar decisiones sobre su vida y su salud; por eso, la persona que requiera la aplicación de una contención física o mecánica deberá estar informada del uso de esta medida y, siempre que sea posible, se deberá solicitar su consentimiento. Si la persona es moralmente autónoma y rechaza cualquier tipo de restricción, siempre que sea posible, deberá respetarse su decisión. Por otra parte, si la persona carece de autonomía para decidir, la información y el consentimiento recaerán, en la medida de lo posible, en el entorno más próximo a la misma.

- **Justicia:** La aplicación de una medida de sujeción no puede actuar jamás como causa de discriminación de la persona por parte de las enfermeras. A pesar de su situación, la persona merece ser tratada con la máxima consideración y el máximo respeto.

- **Beneficencia:** Cuando se decide aplicar una contención física y/o mecánica, las enfermeras deben esforzarse por garantizar el bienestar de la persona y no sólo protegerla de posibles daños. Por ello, ante este tipo de intervenciones las enfermeras deberán asegurarse de que los beneficios siempre sean superiores a los perjuicios.

- **Intimidad:** Cualquier intervención por parte de las enfermeras debe respetar escrupulosamente el derecho a la intimidad, incluso en caso de que la persona –dada su gran vulnerabilidad– no sea consciente de este hecho. En una acción de limitación de la movilidad las enfermeras procurarán respetar en todo momento la intimidad de la persona y velarán para que el resto de profesionales también actúe con la misma finalidad. Para ello, la contención debe realizarse en un lugar protegido de la mirada de los demás, especialmente si la persona ofrece resistencia. Una vez aplicada la contención física y/o mecánica debe evitarse que la persona quede expuesta innecesariamente a las miradas de terceros.

- **Vulnerabilidad:** La persona que precisa una contención física y/o mecánica presenta una gran vulnerabilidad y un elevado nivel de dependencia; por este motivo requerirá una atención integral –mucho más frecuente– por parte de las enfermeras y del resto de profesionales sanitarios.

Aspectos legales

Desde un punto de vista legal, las medidas de contención físicas y/o mecánicas deben aplicarse de acuerdo con la legislación vigente:

- **Constitución española:** *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”.* (Artículo 17.1)

- **Decreto 176/2000 de regulación del Sistema Catalán de Servicios Sociales:** *“Derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En este último caso, las actuaciones efectuadas deberán justificarse documentalmente en el expediente asistencial del usuario”.* (Artículo 5)

- **Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica**⁵.

Artículo 3. El titular del derecho a la información asistencial: El titular de la información es el paciente. Se puede informar a las personas vinculadas al paciente en la medida en que éste lo permita. En caso de que no sea totalmente incapaz, deberá informarse al paciente en función de su grado de comprensión. Si la incapacidad es total, la información se dará a sus familiares o personas vinculadas a éste.

Artículo 6. El consentimiento informado: Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre y haya sido informada previamente al respecto. Este consentimiento debe otorgarse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y, en general, cuando se lleven a cabo procedimientos que impliquen riesgos e inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente. En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento.

Artículo 7. Excepciones a la exigencia del consentimiento y otorgamiento del consentimiento por sustitución: Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento: a) en el caso de riesgo para la salud pública; b) en caso de urgencia; c) incapacidad (personas con trastornos psíquicos, menores).

- 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 clínica⁶.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial: El titular de la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas al mismo, en la medida en que éste lo permita. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de acuerdo con sus posibilidades de comprensión. También se deberá informar a su representante legal. En caso de que el enfermo no pueda entender la información, ésta se transmitirá a las personas vinculadas a él. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia de un estado de necesidad terapéutica.

Artículo 8. Consentimiento informado: Cualquier actuación en el ámbito de la salud de un paciente requiere el consentimiento libre y voluntario del afectado, después de haber sido informado y haber valorado las opciones propias del caso. Por norma general el consentimiento será verbal. Sin embargo, se presentará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supongan riesgos de repercusión negativa de carácter notorio y visible sobre la salud del paciente. Éste puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación: La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Si el enfermo manifiesta el deseo de no ser informado, se respetará su voluntad. Los facultativos pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor del paciente, sin contar con su consentimiento: a) cuando exista un riesgo para la salud pública; b) cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo. Se otorgará el consentimiento por representación en los supuestos siguientes: a) cuando el paciente no sea capaz de tomar

decisiones; b) cuando el paciente esté incapacitado legalmente; c) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de entender el alcance de la intervención. El consentimiento por representación debe tener en cuenta el bien del enfermo y el respeto a su dignidad personal.

Cuándo deben aplicarse

- Para prevenir lesiones a la propia persona (autolesiones, caídas accidentales, etc.)
- Para prevenir lesiones a terceros (enfermos y/o personal sanitario)
- Para evitar alteraciones graves del programa terapéutico de la persona u otras personas enfermas (extracción de sondas, vías u otros sistemas de soporte vital, etc.)
- Para evitar daños al entorno (destrucción de mobiliario, aparatos terapéuticos y/o de diagnóstico)
- Si lo solicita la propia persona, y el personal asistencial lo considera justificado
- Como parte de un programa de modificación de la conducta, previamente explicitado

Cuándo no deben aplicarse

- Cuando exista la posibilidad de intervenciones alternativas (abordaje verbal, administración de medicación, etc.)
- Cuando se conozca la existencia de alguna contraindicación
- Como medida de castigo o control
- Como respuesta a una transgresión o conducta molesta
- Como sustitución de un tratamiento
- Por comodidad del equipo o conveniencia de los demás enfermos

Procedimiento

- Valoración por parte de la enfermera de la necesidad de una contención física y/o mecánica.

- Una vez indicada y aplicada la contención física y/o mecánica debe registrarse en la historia clínica, explicitando el riesgo de la persona, la planificación y evaluación de los cuidados.
- Se informará a la persona de la necesidad de proceder a la contención, para intentar que lo acepte y colabore. Se intentará, por tanto, que la persona con capacidad para decidir otorgue su consentimiento ante la adopción de esta medida. En caso de una persona incapaz para decidir se consultará a los familiares o a las personas vinculadas a la misma, cuando las circunstancias lo permitan.
- Los profesionales y/o el personal implicados en la contención mecánica y/o física deben contar con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para aplicar las técnicas de inmovilización; también debe garantizarse que los profesionales y/o el personal implicados sea proporcional a la intensidad y gravedad que requiera la situación.
- Los elementos utilizados para la contención física y/o mecánica, además de estar homologados, deben reunir las condiciones adecuadas (longitud, textura, presión) para evitar posibles lesiones a la persona.
- Extremar el control y asegurar la vigilancia continuada de la persona, según el grado de necesidad y el grado de contención.
- Las instituciones deben crear protocolos adecuados y evaluarlos periódicamente.

Bibliografía

1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996.
2. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002. pág. 15-16.
3. Naciones Unidas, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1948 / *Informe Belmont*. Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta, 1978.
4. *Codi d'ètica del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona*, 1986. (artículos 18-22). *Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería*, 2002.
5. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica (DOGC nº 3303, 11-01-2001).
6. 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 (BOE nº 274, 15-11-2002).

Bibliografía complementaria

- Jesús A. Ramos Brieva, *Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento*. Masson, 1999.
- Comitè de Bioètica de Catalunya, *L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i les persones demenciades*. Barcelona, 2002
- Consorci Sanitari de Barcelona, *Protocols, codis d'activació i circuits d'atenció urgent a Barcelona ciutat. Malalt amb agitació psicomotora*. Barcelona, 2005

Barcelona, abril de 2006