

CONSIDERACIONES SOBRE SUJECCIÓN MECÁNICA

**COMITÉ ÉTICA ASISTENCIAL
DE CÓRDOBA**

Autores:

-Esteban Luis García Lara. Coordinador de Cuidados de UGC de Bujalance. Distrito Sanitario de Córdoba y Guadalquivir y Vocal del Comité de Ética Asistencial de Córdoba.

Revisado:

Miembros del CEA de la Provincia de Córdoba.
Mayo 2022

1. INTRODUCCION.

Según se indica desde la OMS¹, **la contención mecánica** debe entenderse como *«métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos»*.

La contención mecánica (en adelante, CM) es la aplicación, control y extracción de **dispositivos de sujeción mecánica utilizados para limitar la movilidad física como medida extrema para evitar daños al/a la propio/a paciente, a otras personas y al entorno físico que le rodea.**

Esta actuación tiene una serie de connotaciones éticas y legales muy importantes.

Dado el carácter extremo de la medida y que se trata de una intervención no carente de riesgos, hay que garantizar que su uso sea realmente excepcional y que cuando la CM sea necesaria, su duración sea lo más breve posible y su aplicación se desarrolle en condiciones óptimas para el o la paciente.

Hasta bien avanzada la “década de los 90” no existía ninguna normativa específica al respecto a nivel estatal ni autonómico, y su uso, durante esta etapa, venía determinado por la sensibilidad y buena praxis de los profesionales. Esto originaba una gran disparidad en cuanto al uso de las mismas, independientemente del tipo de centros y de la homogeneidad o no de éstos. 1

Una vez seleccionada está técnica, es preciso asegurar el cumplimiento de las normas y los principios éticos básicos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), con una especial sensibilización de los profesionales con el procedimiento técnico, la indicación, la información adecuada a paciente y familia y el cuidado de la persona atendida, por la situación de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra.

Las consideraciones anteriores constituyen las razones básicas que han conducido a la elaboración del presente protocolo . A su vez, con la aplicación de sus directrices, el **protocolo de contención mecánica** pretende contribuir a la mejora de esta delicada práctica clínica.

2. DEFINICIONES.

1) Sujeción Mecánica: se denomina así a cualquier procedimiento, o método que mediante un dispositivo material, equipo mecánico o físico, unido, adyacente o atado al cuerpo del paciente, que éste no sea capaz de mover o retirar con facilidad, que deliberadamente limite la libertad de movimientos de todo o una parte del cuerpo, o el acceso normal al propio cuerpo.

2) Contención Mecánica: procedimiento físico o mecánico dirigido a contener, sujetar o limitar el movimiento parcial o total del cuerpo, y que no pueda ser manipulada o retirada por el paciente.

3) Restricción Mecánica: se trata de cualquier acción (mecánica o física), que se utiliza con el propósito o la intención de limitar la libre circulación o capacidad de tomar decisiones de uno mismo o de una tercera persona.
(Referencia 1)

Estos procedimientos, siempre deben estar integradas dentro de una actuación médica coherente que evalúe la situación previa y general del/de la paciente

3. OBJETIVO GENERAL.

- **Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la necesidad de inmovilización de pacientes y aplicación de contención mecánica.**

4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Asegurar el cumplimiento normativo y garantizar el respeto a los principio éticos básicos.
- Garantizar la seguridad de pacientes, de familiares y de profesionales.
- Prevenir eventos adversos y otras complicaciones derivadas de la contención mecánica mediante unos cuidados de calidad.

5. PRECEPTOS LEGALES.

Es difícil encontrar normativa o legislación específica sobre el uso de sujeciones, si bien es verdad que podemos encontrar referencias genéricas a éstas o bien hacia los derechos, principios y valores que se ven comprometidos por el uso de las mismas, como la libertad, la dignidad, autonomía, etc.

- **Constitución Española. 1978.** Art. 1.1 “Derecho a la libertad”; Art. 10 “Derecho a los principios de dignidad humana y libre desarrollo de la personalidad”; Art. 15 “Derecho a la integridad física y moral y a no sufrir tratos inhumanos o degradantes”; y Art. 17 “Derecho a la libertad física”.
- **Ley 14/1986, de 25 de Abril: Ley General de Sanidad. Art. 10: Consentimiento Informado.**
- **Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**
- **Resolución: 261/2002, de 26 de diciembre de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.**
- **Orden 612/1990, de 6 de noviembre. Derechos de los ciudadanos en los servicios sociales.**
- **Ley 1/1999, de 31 de marzo. Atención a personas con discapacidad en Andalucía.**

6. INDICACION DE LAS SUJECIONES MECÁNICAS.

Teniendo en cuenta la posible aplicación de la sujeción mecánica en distintos entornos asistenciales, es conveniente diferenciar entre situaciones susceptibles de aplicación de CM y las indicaciones concretas como tal.

En aquellos casos en los que se utilizan sujeciones y en todos los protocolos, procedimientos o guías al respecto, deberían de esta definidas unas serie de Indicaciones:

- Instauración y aseguramiento de medidas o cualquier otro procedimiento terapéuticos necesarios para la supervivencia, como el uso de sondajes, necesidad de utilizar sueroterapia por vía parenteral, la utilización de oxigenoterapia, la cura de lesiones cutáneas etc.
- Control de la agitación y otras alteraciones conductuales como la auto o heteroagresión, intentos autolíticos y conductas suicidas. De forma excepcional, la propia persona puede pedir ser contenida para evitar auto o heteroagresivas, a modo de contención voluntaria.

En el caso de la contención voluntaria, las indicaciones tienen que estar previamente contempladas en el plan terapéutico del/ de la paciente y se aplicará únicamente por indicación facultativa y dejando constancia en la Historia clínica, firmando el paciente un Consentimiento Informado.

- Para garantizar la inmovilización o descarga prescrita en determinados procesos.
- Prevención de caídas.
- Control postural.

7. CONTRAINDICACIONES.

Fundamentalmente se pueden resumir en dos puntos debiendo de tener en cuenta y sobre todo priorizando el primer aspecto.

- Siempre que exista la posibilidad de utilizar abordajes alternativos.
- Exista orden expresa del personal facultativo de no realizar sujeción mecánica.

8. PRESCRIPCIÓN DE LAS SUJECIONES.

Las sujeciones tanto físicas como químicas que de forma excepcional hayan de utilizarse, deben ser prescritas por el médico responsable de la asistencia de cada usuario. En ausencia de éste, la institución debe tener previsto un protocolo alternativo de actuación, ante situaciones de compromiso vital urgente (intento autolítico, suicidio, agresión, etc.), mediante el que pueda ser prescrita por otro médico o por el enfermero, para así mitigar o eludir la situación de riesgo; y que sea ratificada con la mayor premura posible por el médico responsable habitual. (1)

Pueden darse situaciones en las que existan posibles discrepancias entre miembros del equipo asistencial. En estos casos deberá de establecerse un proceso deliberativo e instaurar la medida e adoptará la p menos cruenta para el propio usuario y más protectora en cuanto a derechos y valores como la libertad, la dignidad y la autoestima.

También se pueden producir situaciones en las que la familia solicite medidas de sujeción en contra de la opinión del equipo asistencial, para evitar posibles caídas o lesiones que se hayan producido anteriormente. En estos casos el equipo interdisciplinar debe proceder a informar y formar a la familia de los riesgos del uso de sujeciones y exponerles las medidas de intervención, los programas y las actividades alternativas que se llevarán a cabo.

Dada la importancia y trascendencia de las decisiones tomadas, así como por la influencia que tienen sobre derechos fundamentales, sobre los valores y principios de las personas, los miembros del equipo interdisciplinar procederán a consignar por escrito y de una forma razonada, cada una de estas situaciones, en la historia clínica del paciente. (1)

9. PROCEDIMIENTO.

- Para garantizar al máximo la aplicación correcta de la técnica, es necesario contar con 4 personas como mínimo si es posible, con independencia de la categoría profesional.
- **Duración:** Un principio básico es que la CM debe ser siempre lo más breve posible. La duración prevista se especificará siempre y necesita ser revisado, como mínimo, cada 4 horas. El equipo en su conjunto debe garantizar el cumplimiento de la duración establecida.
- **Instrumental para la contención mecánica:** Los instrumentos con los que se realiza la CM estarán siempre homologados, con el objetivo de salvaguardar la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a contención y deberán estar en buenas condiciones de uso.
- Una vez tomada la decisión de realizar la CM, debe hacerse de la forma más rápida y coordinada posible. Se identificarán los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente y se modificará éste para minimizarlos.
- Se asegurará que la habitación donde se va a efectuar la contención esté vacía. Se procurará que sea siempre en una habitación individual y en ningún caso con otro/a paciente con CM en la misma habitación.
- Se designará una persona miembro del personal de cuidados encargada de dirigir la contención. La persona más cualificada para ello normalmente es el/la enfermero/a referente.
- A partir de este momento la persona encargada de la contención será la que mantendrá la comunicación verbal con la persona inmovilizada.
- La persona encargada explicará al/ a la paciente y a su familiar en caso de estar acompañada las intervenciones que se está aplicando en cada momento, el procedimiento, propósito y duración de la intervención.

- Asimismo, el facultativo o facultativa responsable del caso debe de garantizar el cumplimiento del derecho a la información (Ley 41/2002, artículo 4).
- La persona encargada de la actuación seleccionará qué elementos de contención se colocarán en cada caso.
- El/la paciente se colocará decúbito supino en la cama, o en su caso se sentará en una silla, y se procederá a la sujeción completa o a la sujeción parcial, siempre teniendo en cuenta la máxima seguridad de la persona contenida.

10. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La Ley 41/2002 Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de 14 de noviembre de 2002, desarrolla todo lo concerniente al Consentimiento Informado, teniendo como fundamento lo expuesto en la Ley General de Sanidad (LGS) 1

En cualquier caso, debe quedar constancia en la Historia Clínica de las circunstancias que han motivado tanto la adopción de ésta medida como su mantenimiento en el tiempo. (Ley 41/2002) 1

En el caso concreto de las sujeciones, procedimiento que atenta contra derechos fundamentales, ya que privan de la libertad, así como contra principios y valores como la dignidad y autoestima; además entrañan riesgos físicos y psíquicos.

Por tanto nos encontramos ante la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o una previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, por lo que se aconseja el consentimiento informado, cuando vayan a ser utilizados más allá de un episodio agudo, debiendo dejarse por escrito en la historia clínica del paciente.

El consentimiento deberá recoger los datos de filiación del paciente, el nombre del médico que lo prescribe y la fecha. En el mismo, se ha de explicar de forma clara, sencilla toda la información con sus riesgos y beneficios debiendo expresar con precisión la causa que conlleva a la utilización de las sujeciones.1

El médico tiene la obligación de asegurarse que el paciente lo ha comprendido todo. 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. 1

11. SUPRESION DE LA SUJECION MECÁNICA.

La supresión tendrá lugar tras la valoración conjunta del personal médico y de enfermería, cuando la necesidad de esta medida haya remitido.

La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debe de extremarse la vigilancia en las horas posteriores hasta que se normalice la conducta.

La supresión se debe hacer con el máximo personal posible y si es posible, será retirada por el mismo equipo de profesionales que la colocó. Se anotará la fecha y la hora de la retirada y las incidencias de la misma.

12. REGISTRO.

El registro de la actividad de CM es fundamental, para garantizar la calidad de la asistencia a los pacientes y para evaluar la práctica de la CM en su conjunto. Por ello, el registro de la CM tiene dos objetivos:

- Garantizar la incorporación a la historia clínica toda la información relacionada con el procedimiento de CM.
- Tener información que permita evaluar la práctica de CM

Los protocolos de las distintas unidades, deberían de recoger los aspectos fundamentales de la CM y asegurar a través de la recogida de datos específicos, que garanticen el adecuado cumplimiento de los requisitos asociados a la CM (revisiones periódicas, consentimiento informado, internamiento involuntario)

13. BIBLIOGRAFIA

- (1) Documento de Consenso sobre Sujeciones y Farmacológicos. Sociedad Española de Geriatria y Gerontologia 2014
- (2) Protocolo de Contención Mecánica de las Unidades de Hospitalización de psiquiatría de la Red de Salud Mental de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas sociales. Junta de Extremadura 2017
- (3) Protocolo de Contención Mecánica. Junta de Andalucía. 2010
- (4) Guia de Buenas Prácticas en Contenciones Mecánicas. Defensor del Pueblo. 2017
- (5) Protocolo de Inmovilización y Sujeción Mecánica Areas Asistenciales. ESE Hospital de La vega 2018.
- (6) Ley 14/1986, de 25 de Abril: Ley General de Sanidad. Art. 10: Consentimiento Informado.
- (7) Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- (8) Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- (9) Resolución: 261/2002, de 26 de diciembre de la Dirección-Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.