

Octubre
2015



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Edita:



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGIALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Cuadernos de la Buena Praxis

"Contenciones"



32

Expertos redactores de este cuaderno

Coordinadores: **Jaume Padrós Selma**, Vicepresidente Primero del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). **Josep Arimany Manso**, Director del Área de Praxis del COMB. Director del Servicio de Responsabilidad Profesional del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. **Esperanza L. Gómez Durán**, Jefe de la Unidad de Medicina Legal e Investigación del Área de Praxis del COMB.

Equipo redactor: **Esperanza L. Gómez Durán**, Doctora en Medicina. Psiquiatra y médico forense en excedencia. Psiquiatra adjunto. Fundación Sociosanitaria de Barcelona. **Jaume Padrós Selma**, Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y gerontólogo. Coordinador de la Unidad de Valoración Geriátrica Integral. Mutuam. **Josep Arimany Manso**, Doctor en Medicina. Médico forense en excedencia y dermatólogo. **Josep Manuel Menchón Magriñá**, Miembro de la Comisión de Deontología del COMB. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Barcelona. **Lluís Juan Castan**, Médico de Residencias. Secretario de la Sección Colegial Médicos de Residencias del COMB. Miembro de Junta del ASCAD. **Pau Sánchez Ferrín**, Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica. Jefe de Área de Atención Integrada Paciente Frágil. Consorcio Sanitario Integral. **Josep Gasol Lascorz**, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director Técnico y Médico de Residencias Catalunya. Presidente de la Sección Colegial de Médicos de Residencias del COMB. **Anna Bonafont Castillo**, Antropóloga y enfermera. Coordinadora del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de la Universidad de Vic. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar de la UVIC.

Expertos revisores y asesores de este cuaderno

Ignasi Pidevall Borrell, Abogado. Jefe de la Asesoría Jurídica del COMB. **Mercedes Martínez Pérez**, Abogada de la Asesoría Jurídica del COMB. **Dolors Quera Aymà**, Geriatra. Centro Sociosanitario Mutuam Güell. Presidenta de la Sección Colegial de Médicos Sociosanitarios. **Lurdes Alonso Vallès**, Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del COMB. **Cristina Minguell Comas**, Médico especialista en Salud Pública. Directora Equipos Apoyo Geriátrico Comunitario Mutuam. **Julia Falgueras Ymbert**, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. **Montserrat Espier Subietas**, Coordinadora Médica de EAR Mutuam. **Carles Martín Fumadó**, Doctor en Medicina. Médico Forense. Subdirector del Instituto de Medicina Legal de Cataluña (IMLC). **Carmen Pedreño Gutiérrez**, Enfermera asistencial de Geriátrica. Hospital de Granollers. **Josep de Martí Vallés**, Licenciado en Derecho y gerontólogo social. Director de www.inforesidencias.com. **Dolors Clos Masó**, Abogada del Servicio de Responsabilidad Profesional del COMB. **Antoni Calvo López**, Psicólogo Clínico. Director del Programa de Protección Social del COMB. **Fina Vernet Aguiló**, Enfermera. Centre Residencial L'Olivaret.

Este Cuadernos de la Buena Praxis ha contado con la participación del Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS) del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalitat de Catalunya.

Comité editorial de los Cuadernos de la Buena Praxis (vigente en octubre de 2013)

Miquel Vilardell Tarrés, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **Ramon Pujol Farriols**, Vocal octavo de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **Jordi Craven-Bartle Lamote de Grignon**, Vocal sexto de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **Màrius Morlans Molina**, Presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. **Álex Ramos Torre**, Director del Centro de Estudios Colegiales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona.

Edita

Centro de Estudios Colegiales. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA.

Passaig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona. e-mail: cecfmc@comb.cat

Dirección editorial: Álex Ramos Torre • **Coordinación editorial:** Raquel Dolado Murillo

Cuadernos de la Buena Praxis es una publicación periódica del COMB, editada por su Centro de Estudios Colegiales desde 1991 y caracterizada por ser:

- Una acción de Formación Médica Continuada que promueve el Desarrollo Profesional de los médicos en beneficio de los ciudadanos.
- Una Guía de Práctica Clínica que fomenta la Buena Praxis y la prevención de riesgos profesionales.
- Una herramienta del ámbito médicolegal que protege al mismo tiempo al ciudadano y al profesional de la medicina

© 2013 COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en un sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni de cualquier otra forma, sin la previa autorización por escrito del propietario del copyright.

Coordinación gráfica, diseño e impresión:

AMBIENT GRÁFIC. Roger de Llúria, 100, bajos. T. 93 459 23 98. 08009 Barcelona. Depósito legal: B-46.873-96

índice

Presentación	4
Introducción	5
Conceptos clave	6
El ámbito de aplicación	8
Abordaje multidisciplinario	12
Aspectos deontológicos	13
Aspectos médicolegales	15
Efectos negativos en los pacientes y los profesionales	19
Pautas de actuación	20
Decálogo	21
Bibliografía	22

Presentación

El 20 de octubre de 2011 tuvo lugar en la sede colegial la jornada *Aspectos éticos y medicolegales de las contenciones en las residencias geriátricas*. La organización de esta jornada pretendía dar respuesta a la problemática que afrontan los médicos asistenciales de residencias en el uso de las contenciones como medida terapéutica.

La asistencia registrada reflejó la sensibilidad de los médicos con este tema y el interés por tener un marco de referencia para la buena práctica asistencial en este entorno. La identificación de la necesidad de disponer de una referencia entre los médicos, tanto del ámbito de las residencias geriátricas como de otros ámbitos, y entre los demás profesionales determinó la decisión de elaborar un Cuadernos de la Buena Praxis íntegramente dedicado a las contenciones.

El Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, que es consciente de la complejidad de las situaciones clínicas que deben tratar los médicos y la dificultad que presenta la toma de decisiones sobre esta medida terapéutica, entiende que la utilización de contenciones no siempre es evitable y que debe basarse siempre en la buena práctica clínica. Esperamos que este Cuadernos de la Buena Praxis contribuya sirviendo de base a los profesionales a la hora de consensuar y elaborar los protocolos de actuación en materia de contenciones físicas.

Las conclusiones incluidas en este Cuadernos de la Buena Praxis siguen la misma lógica que el modelo de atención que se promueve y desarrolla en el Programa de Protección Social (PPS) del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. El PPS constituye una experiencia de vanguardia tanto en el Estado como fuera de él en cuanto a poner al alcance de los médicos y de sus familiares más cercanos un sistema de protección social que, entre otros elementos, incluye una exhaustiva cartera de servicios de atención social y de atención a la dependencia para todos los que lo necesiten.

En su labor diaria, los médicos demuestran vocación, integridad, empatía y un firme compromiso con la excelencia clínica y científica, con su profesión, con la sociedad en la que ejercen y muy especialmente con sus pacientes. En esta dedicación hacia sus pacientes, el médico se enfrenta a veces a la necesidad paradójica de restringirles los derechos en su propio beneficio.

Durante muchos años, estas situaciones se afrontaron en el seno de una relación médico-paciente paternalista, en la que el médico, guiado por el principio de beneficencia, es decir, buscando el bien del otro, decidía por el paciente siguiendo su criterio profesional. El reconocimiento de que el paciente es una persona con unos derechos que deben ser respetados provocó un cambio de paradigma, del paternalismo a la autonomía del paciente. Así, la práctica actual de la medicina exige tanto la excelencia científica como el máximo respeto a los principios éticos y a los derechos de los pacientes.

La medicina evoluciona con la sociedad y los médicos se enfrentan a otros retos, como el incremento progresivo de la proporción de personas mayores en el conjunto de la sociedad o el aumento de las dificultades en la atención por parte de las familias a los enfermos y miembros más mayores de la población. La atención a estas personas a menudo se hace por medio de otros recursos, como las residencias, con la ineludible participación del médico y la obligación de velar por mantener siempre el máximo respeto posible a la autonomía del paciente.

No obstante, a veces, la asistencia sanitaria comporta situaciones en las que el derecho a la autonomía del paciente se ve necesariamente limitado y deben ponerse

en práctica medidas coercitivas, mucho más frecuentes antes de lo que lo son hoy día. En la segunda mitad del siglo XIX, el *no-restraint movement* iniciado en Inglaterra reclamó la abolición total de las medidas coercitivas en el tratamiento de las personas afectadas de enfermedades mentales. A pesar de las controversias internacionales, la completa abolición de estas medidas no se ha logrado en ningún país o período y, actualmente, se considera imposible renunciar totalmente a ellas.

El uso de contenciones físicas es una medida coercitiva, especialmente complicada para pacientes, familias y profesionales, pero necesaria en determinadas situaciones. Actualmente se trata de la última opción terapéutica en casos de agitación o trastornos de conducta que ponen en peligro al propio paciente o a su entorno. Es una actuación terapéutica que restringe la libertad de los pacientes y es innegable la relevancia de los aspectos éticodeontológicos y médicolegales implicados. Aunque existan protocolos y procedimientos que lo regulan, el uso de las contenciones puede representar un inconveniente en el ámbito personal, profesional y humanitario (Marqués Andrés, 2007; Rodríguez, 2011) y en la decisión de implantar esta medida puede influir la vivencia subjetiva de los propios profesionales y la consideración social que se tiene de ellos. Desde una perspectiva ética se puede cuestionar su idoneidad, lo que genera malestar a la hora de aplicarla y obliga a reflexionar sobre las medidas que se pueden tomar para reducir su uso.

Dadas las implicaciones éticas y legales y el carácter de excepcionalidad de la medida, se requiere la participación y el consenso de los profesionales en el desarrollo de protocolos, la evaluación continuada de la prevalencia y de los resultados,

así como la elaboración de documentos como este Cuadernos de la Buena Praxis.

En el contexto actual de cambios sociales y autonomía del paciente, el objetivo de este Cuadernos es contribuir a la mejora en la atención a los ciudadanos que se ven sujetos a este tipo de medidas, formando a los médicos en el abordaje de estas complicadas situaciones que interfieren en la libertad de los pacientes y proporcionando a los profesionales la seguridad jurídica necesaria para su labor diaria.

Este Cuadernos se ha elaborado revisando la bibliografía nacional e internacional respecto de las contenciones, con la participación desinteresada de un equipo multidisciplinario integrado por médicos que trabajan en servicios geriátricos y psiquiátricos, así como expertos en Medicina Legal y Forense, con el fin de abarcar las diferentes situaciones en las que se

pueden encontrar los médicos. Igualmente hemos contado con la colaboración de profesionales de enfermería, adoptando una perspectiva interdisciplinaria amplia.

El Cuadernos incluye un glosario de definiciones o conceptos básicos, diferentes apartados correspondientes a los distintos ámbitos de actuación posibles, secciones dedicadas a los aspectos éticodeontológicos y a la normativa vigente, unas recomendaciones de actuación y el decálogo final.

Al abordar aspectos que suponen modificaciones recientes en la perspectiva de prestación de la asistencia, confiamos que el colectivo lo acepte ampliamente, no únicamente con el objetivo de cumplir con la normativa vigente y reducir la inseguridad jurídica, sino también porque estamos convencidos de que comportará una mejora en la calidad de la asistencia sanitaria.

2

Conceptos clave

1. Agitación

Implica un exceso de activación, tanto física como psíquica. Un paciente agitado representa un riesgo de comportamiento agresivo y puede hacerse daño o hacer daño a otros o al entorno. La causa de la agitación es muy variable y puede ser tanto de origen orgánico como psíquico (**Tabla 1**).

2. Alteraciones de conducta

Emerson (1999) las definió como comportamientos anormales desde el punto de vista sociocultural de una intensidad, frecuencia y duración tales que comportan una alta probabilidad de comprometer la integridad del individuo o de otros, o que comportan una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad.

3. Estrategias de contención

Las guías clínicas para el control de las alteraciones de conducta y la agitación consideran diferentes estrategias de contención y señalan que debe utilizarse la que sea menos restrictiva:

- **Contención ambiental.** Engloba las barreras físicas estructurales (puertas cerradas, control de accesos...), la distribución de los espacios (entrada doble a los despachos, proximidad del control de enfermería...), el mobiliario (fijado o no, obstruyendo las salidas...), el material de que disponemos (objetos que pueden ser utilizados como armas...), el control de los estímulos (cambios bruscos en el entorno, otros pacientes interfiriendo...) o el personal (disponible y adecuado en número, formación y aptitud).

TABLA 1. ETIOLOGÍA DE LA AGITACIÓN

CAUSA ORGÁNICA	CAUSA PSIQUIÁTRICA
Intoxicación o abstinencia de sustancias	Trastornos psicóticos del espectro de la esquizofrenia
Síndrome confusional	Trastornos afectivos: manía, depresión psicótica
Demencias y otras afecciones cognitivas	Trastornos de la personalidad
Otras causas orgánicas	Crisis de angustia
	Reacción de estrés aguda
	Otros cuadros psiquiátricos

- **Contención verbal.** Se trata de una aproximación no coercitiva que potencialmente puede hacer decrecer el nivel de agitación o ayudar a atenuar determinadas conductas, y así evitar el uso de estrategias coercitivas.

Se ha descrito una aproximación en tres pasos, *de-escalating*: en primer lugar, se consigue que el paciente participe en la conversación; después, se establece una relación de colaboración, y, finalmente, el paciente es verbalmente de-escalado del estado de agitación. Algunas recomendaciones para la contención verbal frente a un paciente agitado se reflejan en la **Tabla 2**.

- **Contención farmacológica.** Comporta la administración de fármacos, aprove-

chando sus efectos tranquilizadores, para conseguir un manejo del comportamiento del paciente o restringir sus movimientos. Principalmente, se trata de antipsicóticos de primera y segunda generación y benzodiacepinas. La vía de administración es variable y las más comunes son la vía oral, la subcutánea y la intramuscular. Su uso, además de ayudar a controlar la situación, nos permitirá el diagnóstico del cuadro subyacente. Exige la realización de un diagnóstico provisional de la causa del cuadro, así como conocer, hasta el punto que sea posible, los antecedentes del paciente. Para conseguir la máxima efectividad, los fármacos deben administrarse en el momento oportuno y en la dosis adecuada, para evitar tanto la necesidad de administraciones repetidas como la sedación excesiva.

TABLA 2. RECOMENDACIONES DE CONTENCIÓN VERBAL

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD	
Respetar el espacio personal y evitar provocar	Establecer contacto verbal, siendo conciso y repetitivo, mostrándose de acuerdo o "de acuerdo en el desacuerdo", ofreciendo opciones y optimismo, pero estableciendo los límites
Escuchar, identificando los deseos y sentimientos del paciente	
Realizar el <i>debriefing</i> de paciente y personal	

Modificado por Gómez-Durán a partir de Fishkind (2002)

• **Contención mecánica o física**

La OMS define este tipo de contención como “la restricción de movimiento mediante cualquier método manual, dispositivo físico o mecánico, material o equipo conectado o adyacente al cuerpo del paciente, que él o ella no puede sacar fácilmente”. Se trata de una medida te-

rapéutica excepcional que inmoviliza parcialmente o en conjunto el cuerpo del paciente, generalmente con la sujeción a una cama o silla. No obstante, en este concepto se engloba el uso de otros mecanismos diferentes de contención, como las barandillas de cama.

3

El ámbito de aplicación

Las contenciones pueden ser utilizadas en cualquier ámbito asistencial y este Cuadernos de la Buena Praxis pretende servir como instrumento para todos los ámbitos, si bien, el geriátrico y el de la salud mental merecen una especial atención por sus características diferenciales.

3.1. El ámbito geriátrico

Las personas que se encuentran en las residencias geriátricas acostumbran a tener una edad avanzada, presentar una o varias patologías crónicas y algún grado de discapacidad física y psíquica. La estancia en estos centros será larga y, en algún momento de su evolución, estos usuarios pueden presentar trastornos de conducta o episodios de agitación que hagan necesario utilizar una contención física o farmacológica. Las contenciones forman parte del arsenal terapéutico del que disponen los médicos de residencias y es una opción con carácter de excepcionalidad, que se valora muy cuidadosamente y se somete a protocolos que son revisados y perfilados de forma constante.

Las contenciones en las residencias tienen unas singularidades que las hacen diferentes a las de otros ámbitos, como los hospitales de agudos o los centros de atención psiquiátrica, porque más a menudo están destinadas a la protección pasiva de los residentes que al control de la agitación (ej. barandillas).

Se trata de una intervención que se utiliza con cierta frecuencia en el entorno geriá-

trico, y en el ámbito internacional se registran cifras muy variables entre estudios (12-47%). Hay diferentes interpretaciones de los resultados y una amplia variabilidad que puede responder a criterios metodológicos diferentes, así como factores locales o diferencias en las características de los residentes. En España, Galán (2008) señala una prevalencia del 20,8%, una cifra que incluía el uso de diferentes mecanismos de sujeción, como barandillas de cama. Así, Galán describía que la tipología de contenciones físicas más utilizadas era el uso de barandillas en la cama (63,4%), restricción del tronco (17,8%), sillas de contención (15,9%) y extremidades (3%).

En el ámbito internacional, entre los factores que se relacionan con la utilización de más o menos contenciones en el ámbito geriátrico están la dependencia y el deterioro cognitivo, la experiencia del personal, las medidas legislativas existentes y la actitud y aptitud del personal (Hammers, 2005). Promover la formación específica en contenciones en los centros residenciales puede disminuir su utilización y permitir un manejo más adecuado en determinadas situaciones.

En el ámbito geriátrico las situaciones más frecuentes en las que se utilizan las contenciones se reflejan en la **Tabla 3**.

En este sentido, el riesgo de caídas tiene una especial significación en la atención a las personas mayores y constituye un grave problema sanitario por su frecuencia,

TABLA 3. SITUACIONES MÁS FRECUENTES

INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS CONTENCIONES EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO
Mantenimiento postural en pacientes que han perdido el tono (enfermedades neurodegenerativas, ictus...).
Prevención de caídas: en pacientes con riesgo muy elevado (objetivado con tests validados como Lawton, Tinetti...) o con antecedentes repetidos de caídas y riesgo de lesión consecuente.
Mantenimiento de tratamientos: SNG, SVP (frecuente en momentos de patología aguda, como el postoperatorio de pacientes con deterioro cognitivo).
Actuaciones improcedentes y perjudiciales por parte del residente derivadas de la afectación de sus funciones psíquicas superiores: manipulación de pañales, de deposiciones, de heridas...
Problemas de salud mental en los residentes.

Elaborado por Juan Ll., y Gasol J. 2012 (Cuadernos de la Buena Praxis, nº 32)

morbimortalidad y coste sanitario asociado. Entre un 40% y un 50% de los ancianos que caen sufrirán lesiones menores; entre un 4% y un 6% sufrirán fracturas, una cuarta parte de cadera, con afectación funcional, y que, incluso, pueden precipitar la muerte (Gálvez, 1998).

Debemos prestar atención a los efectos secundarios de las contenciones en personas mayores, que se reflejan en el apartado correspondiente de este Cuadernos. De hecho, el seguimiento que necesitan estas medidas en personas mayores es aun más intensivo dada la alta frecuencia de dificultades de movilidad y cuadros orgánicos complejos. Así, se actuará de acuerdo con el apartado 8 (pautas de actuación) limitando su uso a los casos en que no existe ninguna otra medida menos restrictiva y utilizando el sistema menos restrictivo posible (ej.: manoplas), con la indicación del médico y la intervención de diferentes profesionales, ajustándose a los protocolos establecidos, utilizando dispositivos adecuados y homologados —durante el mínimo tiempo necesario—, con replanteamiento constante de la medida, adaptándola para hacerla más adecuada y con la realización de intervenciones destinadas a minimizar los posibles efectos secundarios (revisión de pautas farmacológicas, como anticoagulantes/antiagregantes, supervisión del estado del pacien-

te, movilizaciones y cambios posturales periódicos, mantener actividad física...).

Los protocolos incluirán la posibilidad de actuación de forma urgente en casos de peligro inminente y razonable, siempre ajustándose a la normativa existente (consentimiento informado del residente o por representación, indicación médica, registro documental...), de acuerdo con el apartado 6 (Aspectos medicolegales).

En muchas ocasiones la evaluación riesgo-beneficio puede comportar un dilema importante para el profesional, que represente un enfrentamiento ético entre el principio de autonomía y el principio de beneficencia. Los médicos de residencias nunca utilizarán las contenciones cuando la relación beneficio-riesgo no sea claramente favorable al residente, que es una condición inherente a cualquier tratamiento médico. Nunca se autorizará ninguna contención que se justifique -aunque solo sea en parte-, por falta de personal supervisor o por causas "disciplinarias". Así, el médico de residencia actuará siempre conforme a la buena praxis y con su código deontológico, de la misma manera que en todas sus intervenciones como profesional.

Tal como se establece en el decálogo de este Cuadernos, las contenciones en el ámbito geroasistencial son una opción tera-

péutica excepcional, prescrita por un médico en un entorno sanitario, que debe estar justificada, documentada, protocolizada y personalizada para el paciente y la sintomatología que presenta y revisada constantemente, y están sujetos, como cualquier acto médico, a las normas de buena praxis, la ética médica y la legislación vigente.

3.2. El ámbito de salud mental

Las características particulares de las patologías que se tratan en salud mental comportan que los profesionales que se dedican a ésta se enfrenten con cierta asiduidad a la involuntariedad del tratamiento. Estas situaciones se derivan de dos aspectos fundamentales en psiquiatría:

- por una parte, de la ausencia de *insight* en muchas patologías o de un grado de afectación que impide la toma de decisiones libre y consciente, y
- por el otro, de la asociación de determinadas patologías con alteraciones de la conducta, agitación o agresividad (Tabla 4).

La literatura internacional alerta de la variabilidad en el uso de las contenciones, tanto en tipos como en frecuencia, entre los diferentes países y también entre regiones o instituciones dentro del propio país. Steinert

(2006) describía que, en Alemania, el 9,7% de los pacientes estudiados tratados en hospitales psiquiátricos eran sometidos a medidas de contención mecánica, y que llegaba al 28% en pacientes afectados por trastornos psiquiátricos de origen orgánico. Las medidas coercitivas se aplicaban una media de 5,4 veces por caso y con una duración media de 9,7 horas cada vez. La revisión realizada por el instituto Joanna Briggs, centro para el fomento de las curas de la salud basadas en la evidencia, registraba en 2002 que entre un 3,4% y un 21% (con una media de 10%) de las personas ingresadas en las unidades de agudos requerían algún tipo de contención mecánica durante el período de hospitalización, con una duración media de 2,7 a 4,5 días.

En nuestro entorno la bibliografía es escasa, pero los estudios dibujan un escenario propio. Últimamente ha sido publicado un estudio sobre pacientes ingresados en una unidad de agudos de psiquiatría de Galicia en la que el 28,57% necesitaron contención mecánica, con una media de 3,55 episodios y una duración media de 25,3 horas. Las contenciones fueron más frecuentes en el servicio de urgencias y los primeros días de ingreso. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos psicóticos y los trastornos orgánicos.

TABLA 4. DSM-IV TRASTORNOS ASOCIADOS A AGRESIVIDAD

Trastorno bipolar I (episodio maníaco).
Esquizofrenia
Trastornos relacionados con sustancias: abuso y abstinencia de sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
Retraso mental. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad
Demencia. Delirium. Trastorno del estado de ánimo o cambio de personalidad causado por un desorden general
Trastornos de la personalidad: paranoide, antisocial, límite y narcisista
Otros: Trastorno de conducta, Trastorno de estrés postraumático, trastorno explosivo intermitente...

Modificado por Gómez-Durán a partir de Fishkind (2002).

Las contenciones en Psiquiatría pueden presentar dos perfiles diferentes relacionados con las características del paciente. En primer lugar, puede ser necesario el uso de las contenciones en pacientes en los que la enfermedad mental ha producido un deterioro global o que presentan trastornos de conducta secundarios a un proceso de deterioro cognitivo, unas situaciones que son muy cercanas a las descritas para el ámbito residencial y en las que será de aplicación lo que se ha reseñado anteriormente. En segundo lugar, se pueden utilizar las contenciones en pacientes en situación de agitación relacionada con episodios agudos de patología y, generalmente, en el contexto de asistencia urgente (urgencias o servicios a domicilio o en la calle) o de hospitalización.

Estos casos de agitación psicomotriz suponen un perfil diferenciado que merece especial atención y requiere formación específica. Es fundamental la aproximación inicial con técnicas de contención verbal, mostrándose tranquilo y controlando la situación, evitando actitudes desafiantes y ofreciendo ayuda. Al mismo tiempo debemos obtener el máximo de información que nos permitirá evaluar el posible diagnóstico subyacente, el riesgo de auto y heteroagresividad y la necesidad de contención física. La contención física de un paciente es una situación potencialmente violenta que solo se puede realizar en condiciones óptimas (ambientales, de personal, de recursos materiales...) y requiere una evaluación previa tanto del paciente como de la situación, que se beneficia mucho de la contención verbal, aunque finalmente no se consiga evitar la contención física del paciente. De acuerdo con esta evaluación, se solicitará la presencia del personal que proceda y en los casos de asistencia prehospitalaria se podrá solicitar el apoyo de las fuerzas y cuerpos de seguridad.

El personal sanitario debe estar adecuadamente formado para afrontar la situación de agitación. El equipo evitará la multiplicidad de estímulos y apoyará el trabajo del interlocutor principal, en situación expectante.

Las guías recomiendan un mínimo de cinco personas para llevar a cabo correctamente una contención. La actitud será unitaria, firme, respetuosa, evitando provocaciones, los movimientos bruscos y la aplicación de fuerza excesiva. Se sujetarán las cuatro extremidades y se controlará la cabeza, colocando al paciente en decúbito supino en la cama, previamente preparada, y se colocarán las sujeciones. La bibliografía revisada no es concluyente respecto a la presencia del facultativo durante el proceso de contención, que queda a criterio del médico responsable. Si es posible, alguien del equipo tranquilizará al resto de pacientes u otras personas presentes.

Es especialmente frecuente en psiquiatría que el paciente se resista al mantenimiento de la medida y que esto aumente el riesgo de complicaciones asociadas. Una correcta pauta farmacológica puede ayudar a minimizar este riesgo. Los fármacos utilizados preferentemente se ajustarán a la causa subyacente, con especial atención a las intoxicaciones, en las que la sedación puede precipitar problemas respiratorios potencialmente graves.

El seguimiento de la medida deberá ser intensivo y el enfermo estará bajo control visual de un profesional hasta que desaparezca la situación de riesgo y en un espacio debidamente preparado y separado del resto de pacientes. Las visitas de seguimiento y la descontención del paciente no se harán nunca en solitario.

Todos los dispositivos en salud mental deben disponer de protocolos actualizados de asistencia al enfermo en situación de agitación psicomotriz y de contención, con la existencia de un registro que abarque:

- Los datos de filiación del paciente.
- El nombre y el número de colegiado del facultativo prescriptor.
- La fecha, hora de inicio y de finalización de la medida.
- La descripción del incidente.

- El diagnóstico confirmado o de presunción, así como los antecedentes relevantes del paciente, incluidas las alergias.
- Datos del seguimiento: tratamientos farmacológicos que se administran, control de constantes, de nivel de conciencia, respiración, registro de ingesta hídrica y de alimentos, así como de eliminación, comprobación de las sujeciones, valoración de los puntos de sujeción y zonas distales a éstos, cambios posturales o de los puntos de sujeción, incidentes....

Es preciso destacar que debe descartarse adecuadamente el origen orgánico del cua-

dro, y puede ser recomendable contar con otros especialistas en el proceso de evaluación de organicidad y el seguimiento de las posibles complicaciones de la contención física.

Por último, merecen especial mención las potenciales consecuencias que la indicación de estas medidas supone en la relación médico-paciente, y es necesario un buen manejo de la situación para tratar de evitar en la medida de lo posible el deterioro del vínculo del paciente con el profesional o los dispositivos.

4

Abordaje multidisciplinario

La multidisciplinariedad y, yendo más allá, la interdisciplinariedad deben basarse en el carácter complementario de los diferentes profesionales involucrados en la atención que permite orientar las actuaciones hacia un objetivo común en beneficio de las personas atendidas. En este sentido, entendemos la interdisciplinariedad como lo que permite el diálogo y el intercambio con la finalidad de generar un conocimiento compartido hacia una finalidad común. Para hacerlo posible, los equipos deben formarse y trabajar de la forma más cohesionada posible y establecer una dinámica que fomente el debate, la escucha, la tolerancia y la flexibilidad.

La prescripción de las contenciones depende del facultativo, pero compromete a todo el equipo de atención, incluido el paciente y su familia, tanto en su aplicación como en el seguimiento y acompañamiento durante el período de tiempo que éstas se utilicen. Los protocolos, cuando se refieren a los profesionales que intervienen en el ámbito de las contenciones, citan a médicos, enfermeras, personal auxiliar y, en algún caso, el propio usuario y las familias, pero otros profesionales como los psicólogos, los fisioterapeutas o los trabajadores sociales son necesarios para hacer un abordaje más global de la situación.

Este abordaje puede ser especialmente relevante en relación con las medidas alternativas a la contención en sí misma y la información y apoyo a los pacientes y las familias. El listado de profesionales puede ser aun más amplio si tenemos en cuenta los varios aspectos que pueden contribuir a la disminución de la contención: la estimulación sensorial y cognitiva, la tecnología de apoyo que facilite la ergonomía y la seguridad de los pacientes, el acondicionamiento del entorno, el ambiente y el mobiliario, el uso adecuado de los equipamientos, las actividades preventivas, cuidadores y rehabilitadores, tanto desde la perspectiva física como psicosocial, el acompañamiento y el apoyo a las familias o las actividades lúdicas o recreativas.

Es fundamental este abordaje del equipo multidisciplinario para una buena praxis en la utilización de las medidas de contención (Evans, D et al, 2002; Zunzunegui, 2005; Bermejo y Maños de Balanzó, 2009; Vernet, 2010; Rodríguez, 2011).

En el marco de un uso racional de las contenciones, el tipo de abordaje multidisciplinario ofrece la oportunidad de una perspectiva de análisis más amplia a partir de la aportación específica de cada uno de los profesionales involucrados, así como

de las diferentes metodologías y modalidades de prevención e intervención que utilicen. El debate interno dentro de los equipos permite estructurar y organizar el funcionamiento a partir del consenso y de la cohesión entre los miembros que configuran el equipo, proporcionándoles más seguridad y efectividad. Asimismo, la interacción de los diferentes miembros del equipo facilita y supone una mejora en la toma de decisiones.

Entendemos que la formación y el debate dentro de los equipos, ya sea mediante espacios de reflexión o de revisión y actualización de la práctica clínica, promueven la construcción de un conocimiento compartido a partir de la evidencia y de la experiencia en la práctica profesional. Así, permite unificar criterios y llegar a consensos con respecto a los protocolos y procedimientos que se elaboren o que se revisen.

Las características de los profesionales y de los cuidadores que trabajan en una determinada organización (sobre todo en relación con su formación y actitudes) son fundamentales en la aplicación de medidas como las contenciones, así como el papel que tiene cada uno frente a la prescripción y el seguimiento y la evaluación del uso de las contenciones, sin dejar de lado el papel trascendental de la persona atendida y su familia, quien en muchos casos se convierte en representante de los derechos del paciente.

Por último, hay que destacar que el debate interno dentro de los equipos permitirá la puesta en común de las dificultades o el malestar que generan determinadas actuaciones, sobre todo cuando éstas planteen dilemas éticos, y ayudará a paliar los efectos negativos sobre los profesionales que también aborda el presente Cuaderno.

5

Aspectos deontológicos

La contención no voluntaria de una persona debe analizarse también desde la perspectiva de la ética. De forma esquemática, las relaciones entre la contención no voluntaria y los principios éticos bási-

cos que guían la conducta médica se representan en la **Tabla 5**.

El principal conflicto en las contenciones no voluntarias se plantea entre el princi-

TABLA 5. ASPECTOS ETICODEONTOLÓGICOS DE LAS CONTENCIONES

Principio de autonomía	Implica el respeto a la autodeterminación del paciente y es el principio más afectado cuando se aplica una contención porque limita los libres movimientos y desplazamientos de la persona.
Principio de beneficencia	En el que se asume que los beneficios de la contención del paciente son superiores a los riesgos de no contención, principalmente porque evitan el riesgo que se haga daño él mismo o lo haga a otras personas (pacientes, familiares, personal laboral).
Principio de no-maleficencia	Implica producir el menor daño posible con la acción de contención y, por lo tanto, minimizar los riesgos que se puedan derivar de ella.
Principio de justicia	Implica reconocer la adecuación de los recursos disponibles al caso, así como la distribución de éstos entre los pacientes.

TABLA 6. RECOMENDACIONES ETICODEONTOLÓGICAS

De la indicación	<ul style="list-style-type: none"> • La indicación de la contención debe ser en beneficio del paciente o de otras personas, no para conveniencia del personal. • La indicación de la contención debe ser individualizada, no como una rutina o sustituto de una adecuada atención y supervisión del paciente. • La indicación de la contención requiere una completa valoración de cada caso con una adecuada justificación. • Debe haber beneficios específicos derivados de la contención y ausencia de alternativas prácticas, y ser la alternativa menos restrictiva posible. • Se debe intentar averiguar la causa médica o psicológica que ha llevado a la necesidad de contención para intentar corregirla, si es posible. • Se debe informar al paciente y a los familiares de los motivos de la restricción o contención e intentar obtener su consentimiento. • La aplicación inicial de la contención puede hacerla enfermería; pero el médico siempre debe hacer la indicación. • Debe documentarse la indicación.
Del método	<ul style="list-style-type: none"> • Respetar la dignidad de las personas. • Evitar actitudes autoritarias. • Seleccionar la medida más adecuada para cada caso. • Considerar la medida menos restrictiva: Considerar la utilización de medidas ambientales o conductuales siempre que sean posibles, antes de la contención. Considerar el uso de contención farmacológica, evitando la sobremedicación.
Del seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar una monitorización (estado de conciencia, signos vitales, lesiones, hidratación, nutrición, comportamiento) de la contención. • Intentar asegurar el máximo confort posible e instaurar medidas para la prevención de complicaciones (ej. movilización). • Considerar la posibilidad de interrumpir la contención a intervalos si es factible. • Reevaluación periódica de la necesidad de continuar o suspender la contención.

pio de autonomía, porque limitan los movimientos de la persona, y el principio de beneficencia, por el que se considera la necesidad de restringir la autonomía de la persona mentalmente incompetente para protegerla de hacerse daño a sí misma u a otros. Estos principios, además,

están condicionados por los otros dos principios: que la contención produzca el menor daño posible, sea moral, psicológico o físico, y las limitaciones derivadas de la distribución adecuada de los recursos disponibles.

En la práctica clínica se producen determinadas situaciones en las que es inevitable hacer una contención. Desde el punto de vista ético-deontológico, las principales recomendaciones se reflejan en la **Tabla 6**.

Finalmente, es importante promover la formación del personal en estas situaciones, tanto para saber entender la situación desde una perspectiva de actuación médica

como para saber actuar y responder de forma apropiada. Se ha de tener en cuenta que actualmente no se dispone de datos suficientes procedentes de estudios acreditados que puedan orientar sobre la actuación más adecuada en los casos en que se plantea la posibilidad de contener una persona y, por consiguiente, es preceptiva la elaboración de un juicio clínico individualizado, razonado y bien documentado.

6

Aspectos medicolegales

La formación de un médico es multidisciplinaria y abarca un gran número de materias diversas. Los médicos deben tener conocimientos de los aspectos medicolegales de la medicina, en tanto que forman parte de la práctica diaria de su profesión, y ajustarse a los criterios de la normopraxis asistencial.

Hay muchas situaciones en las que a los médicos les resulta difícil determinar la conducta medicolegal que es necesario seguir. Las implicaciones jurídicas de la práctica asistencial preocupan a los médicos por el riesgo de incurrir en posibles situaciones de vulneración de derechos o incumplimiento de obligaciones. La existencia de unos fundamentos éticos y jurídicos obliga a los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y la responsabilidad profesional del médico es un aspecto importante de la medicina actual.

La Constitución Española prevé, en su Capítulo II, Sección I, *De los derechos fundamentales y de las libertades públicas*, artículo 17.1, que *“Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo que establece este artículo y en los casos y en la forma que prevé la Ley”* y, en el artículo 18.1, que *“Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”*. Las contenciones físicas afectan

estos derechos fundamentales y merecen la máxima atención por parte de los profesionales que las indican y las aplican.

Si bien en Cataluña únicamente la legislación del ámbito social tiene en cuenta expresamente las contenciones, hay una normativa legal más amplia a la que se ha de ajustar la medida (**Tabla 7**) y que queda reflejada en el esquema de actuación de la **Figura 1** (página 18).

Tanto el Estado como en las distintas comunidades autónomas han legislado sobre la autonomía del paciente. El Parlament de Catalunya promulgó la Ley 21/2000, sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica, mientras que en el ámbito estatal se aprobó la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación (Ley de Autonomía del paciente), completando las previsiones de la Ley General de Sanidad y dando un tratamiento específico al derecho a la autonomía del paciente. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias en todo lo concerniente a su ejercicio profesional, también prevé que los profesionales tienen el deber de respetar la participación de los pacientes en la toma de decisiones que los afecten.

TABLA 7. MARCO LEGAL

NORMATIVA VIGENTE	
Ley 25/2010, del 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia	Art. 212 y siguientes
Ley de Enjuiciamiento Civil	Art. 763
Decreto 176/2000, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema catalán de servicios sociales	Art. 5
Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica	Art. 6 y siguientes
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica	Art. 8 Art. 9
Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia	Art. 4
Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales	Art.12

La Ley de Autonomía del paciente contempla que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere, previa información, el consentimiento libre y específico de la persona afectada (art. 8.1). El consentimiento debe hacerse por escrito en los procedimientos que comportan riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir negativamente en la salud (art. 8.2), como podrían ser las contenciones físicas.

El consentimiento informado es un proceso en el que el paciente da su conformidad libre, voluntaria y consciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

No obstante, hay situaciones en las que el paciente, a criterio del médico responsable, no es competente para participar voluntariamente, conscientemente y activamente en la toma de decisiones respecto a su salud o su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación o bien está legalmente incapacitado. En este caso, el consentimiento lo prestarán por representación el representante legal

del paciente o, si no tiene, las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (art. 9.3.a y b). Esta es una situación relativamente frecuente en el entorno residencial, en el que se atiende a pacientes con procesos de deterioro cognitivo que afecta a su competencia para decidir.

Sin embargo, los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando haya riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, los familiares o las personas vinculadas de hecho a él (art. 9.2.b). La asistencia al enfermo psiquiátrico se enfrenta a menudo a este tipo de situaciones, como la atención a un paciente en situación de agitación para un cuadro psicótico.

Si la aplicación de cualquier medida supone el internamiento del paciente sin su consentimiento estaremos en un supuesto previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Así, *“el internamiento por trastorno psíquico, de una persona que*

no esté en condiciones de decidir por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial”, y esta autorización “será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hagan necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se haya producido el internamiento deberá dar cuentas al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas, al efecto de proceder a la preceptiva ratificación de esta medida, que debe hacerse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal”.

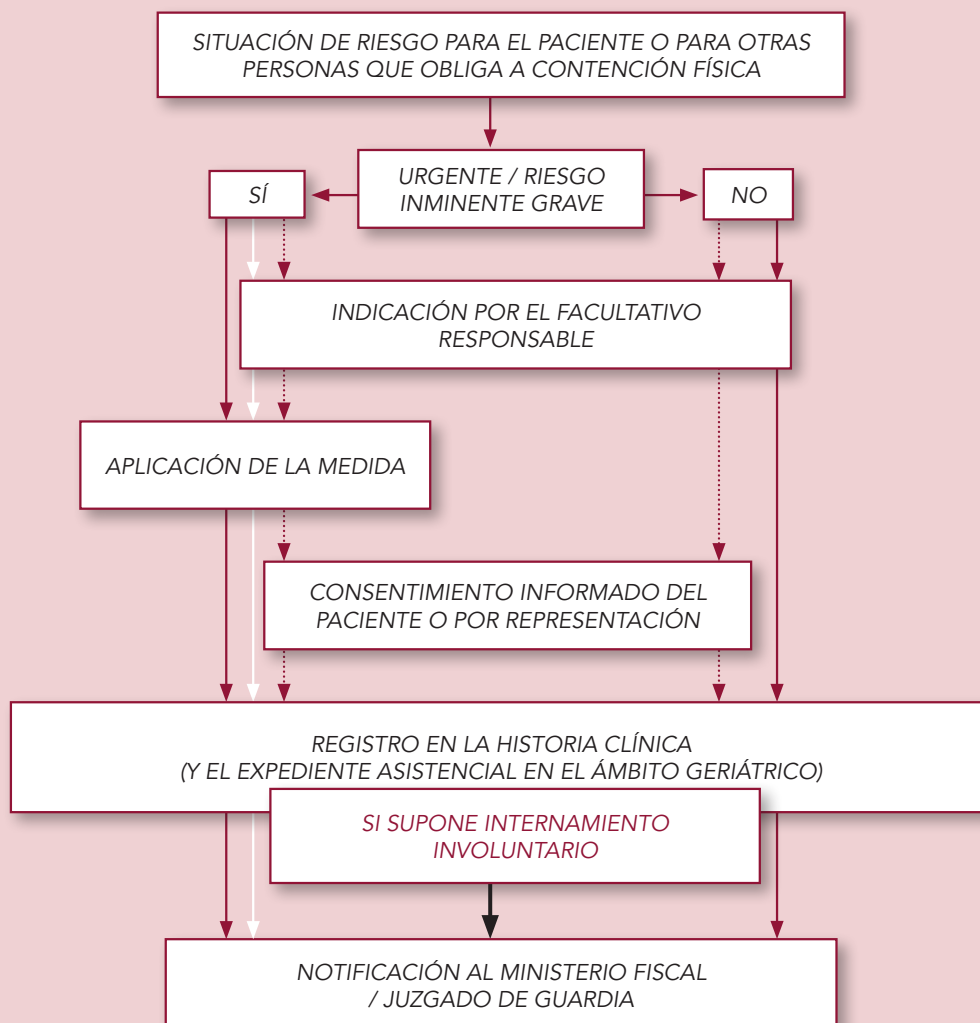
Existe legislación específicamente desarrollada para el ámbito de los servicios sociales que reconoce el derecho de las personas con dependencia a *“disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad”, así como “el derecho a no ser sometido a ningún 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 y deben comunicarse al Ministerio Fiscal, de acuerdo con lo que establece la legislación”.*

En este sentido, hay que destacar que es el médico responsable del paciente quien debe garantizar el respeto a los derechos del paciente en la indicación y aplicación de las contenciones, pero los profesionales que lo atienden durante el proceso, aplican la técnica o realizan el seguimiento también tienen el deber de respetar estos derechos del paciente. La ley establece la competencia exclusiva del facultativo para aplicarla, si bien es recomendable una valoración multidisciplinaria de la indicación. La ley también regula un procedimiento de urgencia para el supuesto de aplicación de sujeciones físicas sin prescripción médica, que cualifica como excepcional y

con la finalidad de evitar riesgos graves e inminentes a la persona o a terceros. Las circunstancias en que se contiene a un paciente por motivos urgentes sin indicación médica han de quedar debidamente documentadas en la historia clínica del paciente, el facultativo ha de ser avisado inmediatamente y es obligatoria la comunicación posterior al tutor o personas vinculadas al usuario y al Ministerio Fiscal. No es necesaria la comunicación al Ministerio Fiscal cuando las sujeciones hayan sido prescritas por un facultativo y exista consentimiento informado. Si no existe consentimiento del paciente o por representación, habrá que obtenerlo de la autoridad judicial.

No existe en Cataluña una regulación legal específica sobre cómo aplicar las medidas de contención y cómo hacer su seguimiento, sino que forma parte del arsenal terapéutico del que disponen los facultativos, que las aplicarán con criterio clínico, de forma ajustada a las características del caso. El Decreto Foral 221/2011, de 28 de septiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los Servicios Sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra se considera la norma más específica en este aspecto de las existentes en nuestro entorno y establece que se garantizará que la persona objeto de aplicación de sujeciones tenga todas las necesidades básicas cubiertas y que reciba atenciones que prevengan o minimicen los efectos negativos. Así, se vigilarán a menudo las zonas de contacto del dispositivo de sujeción con el cuerpo de la persona restringida, así como las zonas periféricas a éstas, con el fin de evitar lesiones o comprobar que produzcan dolor o molestias. En cualquier caso se garantizará que la persona cambia las zonas de apoyo de su cuerpo como mínimo cada 2 horas y si la persona lucha para deshacerse de la sujeción será obligada la intervención de un profesional cualificado para que valore el riesgo de complicaciones graves y la necesidad de tomar medidas.

FIGURA 1. ESQUEMA DE ACTUACIÓN



Legalmente, recomendamos que todas las instituciones, independientemente de su carácter sanitario, sociosanitario o social, dispongan de un protocolo de actuación, tal y como establece la legislación consensuado entre los profesionales, y que éste se revise y actualice periódicamente, con especial atención respecto a los derechos y la seguridad del paciente.

Todas estas actuaciones deberán quedar convenientemente registradas en la historia clínica, así como en el expediente asistencial en el ámbito social (obligación recogida en el Decreto 176/2000). Conviene resaltar la importancia de estos documen-

tos como registros de información con validez jurídica. Una historia clínica completa, ordenada, inteligible y respetuosa, además de su utilidad asistencial, puede resultar de gran ayuda en los tribunales. La historia clínica constituye el testimonio más objetivo del trabajo hecho y se convierte en una prueba material preconstituida de primer orden en cualquier proceso judicial por responsabilidad médica.

Sin embargo, debemos señalar que no solo la incorrecta aplicación de las medidas de contención puede dar lugar a responsabilidad profesional en los facultativos, sino que la no-indicación de éstas

en situaciones de riesgo que las hagan necesarias también podría sustentar una sentencia condenatoria por responsabilidad profesional.

Por último, hay que abordar la situación de excepcionalidad en que la situación de un enfermo exige la intervención de

personal no sanitario, como las fuerzas y cuerpos de seguridad, que están legitimados para ejercer funciones de contención y colaborar con el personal sanitario, en cumplimiento de lo que establece la Ley orgánica de las fuerzas y cuerpos de seguridad, la Ley de la policía de la Generalitat y la Ley 16/1991 de las policías locales.

7

Efectos negativos en los pacientes y los profesionales

Se ha descrito que el uso de la contención mecánica y el aislamiento es de utilidad para prevenir las lesiones y reducir la agitación y que es inviable evitar su uso en programas que trabajan con personas gravemente enfermas.

No obstante, la contención física de las personas es un procedimiento excepcional coercitivo y traumático. Su uso causa efectos físicos y psicológicos negativos en los pacientes y se ha de tener en cuenta el riesgo que factores no clínicos contribuyan a la frecuencia de su uso. No debemos olvidar que las contenciones

mecánicas ponen a los pacientes en riesgo de lesiones físicas, e incluso de muerte, por una variedad de complicaciones, y pueden ser *per se* traumáticas (**Tabla 8**).

Sin embargo, se han descrito efectos negativos en el entorno del paciente (sentimientos de culpa, dudas...), en el personal que las aplica (lesiones traumáticas durante su aplicación, sentimientos de malestar, insatisfacción...) y en la propia relación profesional-paciente (desconfianza, resentimiento...). Se recomienda el *debriefing* del equipo y con el paciente después de aplicar este tipo de medidas.

TABLA 8. COMPLICACIONES DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS EN LOS PACIENTES

COMPLICACIONES DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS EN LOS PACIENTES
Físicas.
Tromboembolismo, asfixia posicional, colapso cardiovascular por acidosis, broncoaspiración, rabdomiólisis, úlceras por presión, hematomas, abrasiones...
Psíquicas.
Elevado distrés emocional (sentimientos de humillación, de indefensión, de inseguridad, de rabia...) e incluso cuadros clínicos complejos como el trastorno de estrés postraumático.

La variabilidad es intensa en las aproximaciones coercitivas al tratamiento de la agitación y los trastornos de conducta (tanto con respecto a los protocolos de abordaje estratégico de la situación, como por los fármacos o el material de contención que se utiliza) pero, a continuación, presentamos el marco legal, teórico y práctico fundamental que se debe respetar y que se representa en la **Figura 1** (página 18).

Aunque se tienda a reducir el uso de estas medidas y que la situación actual sea mejorable, no hay suficientes conocimientos sobre el manejo efectivo de determinadas situaciones extremas con las alternativas menos coercitivas.

Así, ante determinadas situaciones de riesgo es necesaria la restricción de los movimientos del paciente. Las contenciones **están indicadas para asegurar la integridad física del paciente, los miembros del personal o de otras personas**. Se valorará siempre el binomio beneficio-riesgo en la aplicación de la medida.

No se utilizarán contenciones si hay otra medida viable de carácter menos restrictivo, ni sin la correspondiente autorización firmada por el médico responsable y el consentimiento informado generalmente por representación (salvo situaciones de urgencia), ni cuando se demuestre una intolerancia o una reacción adversa ante la medida adoptada, a pesar de haberla modificado para adaptarla o hacerla más adecuada, si el resultado de aplicarla es más grave que la situación que la provoca. Obviamente, no son indicaciones válidas de contención la disciplina, la conveniencia o el castigo.

Las medidas de contención que se utilizan serán siempre proporcionales al riesgo que presente el paciente. La contención se puede conseguir intentando que el paciente se tranquilice mediante las estrate-

gias de contención verbal y ambiental o bien introduciendo medidas más coercitivas en la relación terapéutica, siempre con la máxima **de utilizar la menos lesiva, con la mínima intensidad posible y durante el mínimo tiempo posible**.

Generalmente la **contención farmacológica** es menos coercitiva y restrictiva que la contención física. Puede ser suficiente por sí misma para controlar la situación o puede utilizarse de forma independiente o conjuntamente con la contención física. La contención farmacológica se debe basar en la evaluación de la causa más probable de la agitación. Si se trata de una condición médica o delirium, los médicos intentarán tratar esta causa subyacente en cuanto sea posible. Hay que ofrecer medicamentos orales antes de utilizar inyecciones intramusculares si el paciente coopera y no hay contraindicaciones médicas para su uso, e incluso podemos atender razonablemente las preferencias del paciente. La dosis ha de evitar la sedación excesiva, que se ha descrito que prolonga la estancia en observación, puede dificultar la diagnosis etiológica del cuadro y aumenta el riesgo de efectos adversos.

La **contención física** es la última opción terapéutica, y hay diferentes grados posibles de restricción de movimientos. Siempre habrá que utilizar el sistema menos restrictivo; así, tenemos que plantearnos por ejemplo si unas manoplas consiguen el objetivo pretendido en un caso concreto. Siempre se utilizarán dispositivos homologados y en buen estado, respetando las indicaciones del fabricante. Los cerramientos serán los correctos para garantizar la liberación inmediata en caso de urgencia. Están prohibidos los nudos y el uso de productos deteriorados que pueden comprometer la seguridad.

Es preciso subrayar que la indicación de la contención la hará siempre un médico

y, en el caso extremo de que se presente la necesidad de forma urgente y el riesgo para el paciente fuera elevado, se aplicará la medida menos restrictiva y se contactará con el médico lo antes posible, dejando constancia escrita de la actuación. Igualmente, el médico podrá autorizar la contención de forma urgente y excepcional en aquellos casos de peligro inminente y razonable hasta obtener el consentimiento por representación o la autorización judicial. En la obtención del consentimiento el médico ha de asegurar una correcta información, destacando que la indicación es consecuencia de la necesidad de prevenir auto y heteroagresividad.

La indicación de la medida comprenderá el tipo de sujeción prescrita, la duración y frecuencia, si procede, y la pauta de control y las medidas que hay que adoptar para prevenir sufrimiento y complicaciones. Así, toda contención física se acompañará de un **protocolo de seguimiento** que englobará las intervenciones destinadas a minimizar los posibles riesgos y efectos secundarios que puede haber, como en cualquier tratamiento médico. Se trata de una labor multi-

disciplinaria que requiere la intervención de múltiples profesionales y que comprenderá la supervisión constante del estado general del paciente, de la piel, de su confort y, en definitiva, de cualquier cambio que justifique replantear el tipo, la duración o la misma indicación de la medida.

En cualquier contención física instaurada y a pesar de haberse demostrado sus beneficios, habrá que hacer un **replanteamiento constante** de los motivos y las necesidades y reconsiderar las indicaciones y la conveniencia de mantenerla.

Por último, es necesario recordar que las actuaciones facultativas han de quedar debidamente **registradas documentalmente**, en la historia clínica del paciente así como en el expediente asistencial en el ámbito geriátrico. El médico responsable del paciente registrará los motivos y los objetivos de la contención, las medidas alternativas ensayadas y las características de la indicación realizada (tipo de sujeción prescrita, duración, frecuencia, pauta de control y medidas que hay que adoptar para prevenir sufrimiento y complicaciones).

9

Decálogo

La buena praxis en la utilización de contenciones como medida medicoterapéutica implica que sea siempre limitada y esté justificada por situaciones clínicas de riesgo, reflejadas en los cursos de la historia clínica, y que siga protocolos y se ajuste a la normativa reguladora actual.

1. Las contenciones son una medida terapéutica, aunque sea de última opción.
2. La contención física o farmacológica es un acto médico, por tanto, es necesario que la prescriba un médico. La utilización excepcional sin prescripción en situación de urgencia deberá ajustarse a las previsiones establecidas por la ley.

3. Como cualquier acto médico, estará sujeto a la ética médica y la legislación vigente. Existe un marco legislativo de aplicación en los casos de contenciones (Ley 25/2010 del libro segundo del Código Civil de Cataluña, Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, Decreto 176/2000 de regulación del sistema catalán de servicios sociales, Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, Ley 12/2007 de servicios sociales).

4. Proporcionar una información correcta es clave, planteando el consentimiento informado, fundamentalmente por representación de los familiares y con comunicación a la autoridad judicial cuando corresponda.
5. Las contenciones se utilizarán en situaciones de riesgo para el paciente o para otras personas cuando el uso de medidas menos restrictivas no sea viable.
6. La indicación de la contención ha de ser clara, específica, individual y argumentada, utilizando el sistema menos restrictivo posible. No se ha de hacer de forma rutinaria y se ha de revisar periódicamente.
7. Se trata de una medida excepcional que debe estar correctamente justificada y

documentada, y dejar constancia en la historia clínica del paciente y en el expediente asistencial en el ámbito social, como criterio de normopraxis asistencial.

8. Se recomienda el desarrollo de protocolos para la utilización y la aplicación de las contenciones, teniendo en cuenta la seguridad clínica del paciente y con el máximo respeto a sus derechos.
9. Es necesaria una buena colaboración interdisciplinaria con los demás profesionales sanitarios.
10. Se debe procurar una formación continuada del personal sanitario en esta materia.

10

Bibliografía

1. Cano, A. Sujeciones mecánicas. 1ª Parte: Uso en Unidades de Agudos y Residencias. Best Practice 2002; 6(3): 1-6.
2. Decret 176/2000, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del sistema català de serveis socials.
3. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. Current Psych 2002; 1(4): 32-9.
4. Galán CM, Trinidad D, Ramos P, Gómez JP, Gregorio J, Onrubia A et al. Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43(4): 208-13.
5. Gálvez R, Padilla F, Bueno A, Peinado C, Espigares M. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. Atención Primaria 1998; 21: 437-45.
6. Hammers JPH, Huizing AR. Why do we use physical restraints in the elderly?. Z Gerontol Geriatr 2005; 38: 19-25.
7. Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. West J Emerg Med 2011; 13: 1-2.
8. Ljunggren G, Phillips CD, Sgadari A. Comparisons of restraint use in nursing homes in eight countries Age and Ageing 1997; 26-S2: 43-7.
9. Ley de Enjuiciamiento Civil.
10. Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i dels drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
11. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.
12. Llei 12/2007, de 11 d'octubre, de serveis socials.
13. Quaderns de la Bona Praxi núm. 4. Finalitat i ús de la història clínica. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Juliol 1994.
14. Quaderns de la Bona Praxi núm. 15. Com prestar una assistència de qualitat a persones que estan en residències geriàtriques. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Desembre 2002.
15. Quaderns de la Bona Praxi núm. 25. El Consentiment Informat. La presa de la decisió informada del pacient. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Març 2008.
16. Rivera A, Soto MDE. Estudio de contenciones en una unidad de agudos de Psiquiatría. Psiquiatría.com 2002; 6(2).
17. Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermlink G, Kronstorfer R, Kuster W, Martinez-Funk B, Roser M, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 140-5.
18. Teijeira R, Caballín JM. Sujeciones físicas y farmacológicas: una ley pionera. Rev Esp Med Legal 2012; 38 :3-4.

Números publicados



Los Cuadernos de la Buena Praxis son una publicación que se envía, por correo electrónico, a todos los colegiados y a la que también se puede acceder a través del web de los colegios de médicos de Cataluña como servicio gratuito a los profesionales para promover las buenas prácticas. Se dispone de ejemplares en papel con un coste de 15€ para médicos colegiados en el COMB, COMG, COMT y COMLL y 20€ para otros interesados y entidades. Todos los números están en versión catalán, a partir del número 30 también los disponemos en versión castellana.

Los interesados deberán enviar una solicitud a cecmmc@comb.cat.

Cuadernos de la Buena Praxis



CENTRO DE ESTUDIOS COLEGIALES
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Paseo de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.
<http://cec.comb.cat>